

**MODUL
DASAR ASUHAN KEBIDANAN NEOATUS, BAYI DAN BALITA**



OLEH :
Rosmita Nuzuliana, S.ST., M.Keb.
Sri Ratnaningsih, S.ST., M.Keb

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AISYIAH YOGYAKARTA
2020**

LEMBAR PENGESAHAN
DASAR ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR, NEOATUS, BAYI DAN
BALITA

Penulis:

Rosmita Nuzuliana, S.ST, M.Keb
Sri Ratnaningsih, S.ST., M.Keb

KONTRIBUTOR:

Fayakun Nur Rohmah, S.ST., MPH
Evi Nurhidayati, M.Keb.
Dewi Rokhanawati, S.ST., M.PH.
Siti Istiyati, M.Kes.
Budi Susilawati, S.ST.
Suharni, M.Kes.
Sri Lestari, M.MR

DOSEN PENGAMPU:

Rosmita Nuzuliana, M.Keb.
Sri Lestari, S.Si.T., M.M.R
Siti Istiyati, M.Kes.
Sri Ratnaningsih, M.Keb.

dr.Astria Praharani, Sp.A.
Fayakun Nur Rohmah, M.P.H.
Dita Kristiana, M.H
Eny Fitriahadi, M.Kes.

Yogyakarta, Februari 2021

Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Kebidanan

Koordinator Mata Kuliah



Nurul Kurniati, M. Keb.



Rosmita Nuzuliana, S.ST, M.Keb

Daftar isi

Halaman depan	1
Lembar pengesahan	2
Daftar isi	3
Kata pengantar	4
Bab I . Visi Misi Prodi	5
Bab 2. Pendahuluan	6
Bab 3. Mortalitas dan Morbiditas	8
Bab 4. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir	12
Bab 5. Kunjungan neonatus dan Rencana Asuhan	16
Bab 6. Imunisasi	53
Bab 7. Tumbuh kembang balita	70
Bab 8. Kebutuhan Psikososial Bayi dan Balita	90
Bab 9. Nutrisi bayi dan balita	92
Bab10. Manual Rujukan	96
Bab 11. Penodokumentasian Kebidanan	102

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillahirobil'amin, puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT sehingga kami dapat menyelesaikan modul Dasar Asuhan Bayi Bau Lahir, Neonatus, Bayi dan Balita sehingga dapat mendukung pembelajaran mencapai kompetensi bagi mahasiswa D III Kebidanan

Modul Dasar Asuhan Bayi Bau Lahir, Neonatus, Bayi dan Balita ini disusun sebagai acuan proses pembelajaran Dasar Asuhan Bayi Bau Lahir, Neonatus, Bayi dan Balita. Metode pembelajaran meliputi kuliah teori klasikal, penugasan dan praktikum di laboratorium serta praktikum klinik di lahan.

Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan modul Dasar Asuhan Bayi Bau Lahir, Neonatus, Bayi dan Balita ini. Semoga buku modul ini dapat meningkatkan kualitas proses pembelajaran dan mendukung tercapainya kompetensi bidan dalam memberikan Asuhan Bayi Baru Lahir, Neonatus, Bayi dan Balita yang bersifat fisiologis.

Semoga buku ini bermanfaat bagi kita semua. Amin

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yogyakarta, Februari 2021

Penyusun

BAB 1. VISI DAN MISI

Visi Keilmuan :

Menjadi Program Studi Kebidanan Jenjang Diploma III yang unggul dan islami di Indonesia tahun 2021.

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang berkualitas, berkesinambungan dan terpadu guna memenuhi kebutuhan dan tuntutan ketenagaan kebidanan pada tingkat nasional, regional maupun global;
2. Menjadi tempat rujukan pendidikan DIII kebidanan tingkat nasional;
3. Mengembangkan Program Studi Kebidanan Jenjang Diploma III sebagai motor penggerak pelayanan kesehatan ibu dan anak dan kesehatan reproduksi;
4. Mengembangkan pendidikan tinggi Kebidanan untuk menghasilkan lulusan tenaga bidan dengan mengintegrasikan nilai-nilai qurani;
5. Menjalin kerjasama secara berkelanjutan dengan stakeholders;
6. Mengembangkan pendidikan Kebidanan Jenjang Diploma III dengan keunggulan kebidanan komunitas;
7. Mengembangkan organisasi program studi yang sesuai dengan tuntutan zaman serta meningkatkan manajemen yang transparan dan berkualitas secara berkelanjutan.

BAB 2

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Masa 1000 hari pertama kehidupan merupakan periode emas tumbuh kembang seorang anak. Kualitas tumbuh kembang pada masa ini sangat mempengaruhi tumbuh kembang sampai dewasa. Untuk itu, pada masa ini dibutuhkan dukungan yang adekuat baik dari lingkungan dalam kandungan maupun lingkungan luar. Salah satu yang bisa mendukung pada masa 1000 HPK yang optimal adalah adanya dukungan dari bidan sebagai tenaga kesehatan yang dekat dengan masyarakat terutama ibu dan anak. Dalam memberikan pelayanan bidan senantiasa harus menguasai tumbuh kembang anak mulai dari adaptasi bayi pada saat dilahirkan sampai kebutuhan bayi di kehidupan selanjutnya. Pengetahuan tentang adaptasi bayi baru lahir perlu dikuasai agar bidan mampu memenuhi kebutuhan bayi baru lahir. Kemampuan bidan ini diharapkan dapat disampaikan kepada ibu bayi pada saat pemberian KIE secara komprehensif. Komunikasi yang baik akan menjadikan ibu lebih paham dan percaya diri dalam mengasuh anak sehingga mampu menekan angka kesakitan pada bayi bahkan angka kematian bayi.

Kesejahteraan anak salah satunya adalah tergantung dari orang tuanya. Orang tua hendaklah memberikan pendidikan dan pengasuhan yang baik sehingga tumbuh kembangnya optimal. Hal ini jelas tergambar dalam sura Luqman ayat 12-13

12. *Dan sungguh, telah Kami berikan hikmah kepada Luqman, yaitu, "Bersyukurlah kepada Allah! Dan barang siapa bersyukur (kepada Allah), maka sesungguhnya dia bersyukur untuk dirinya sendiri; dan barang siapa tidak bersyukur (kufur), maka sesungguhnya Allah Mahakaya lagi Maha Terpuji."*

13. *Dan (ingatlah) ketika Luqman berkata kepada anaknya, ketika dia memberi pelajaran kepadanya, "Wahai anakku! Janganlah engkau mempersekutukan Allah, sesungguhnya mempersekutukan (Allah) adalah benar-benar kezaliman yang besar."*

B. DISKRIPSI MATA KULIAH

Modul ini mengacu Kepmenkes Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Kompetensi Bidan yang berfokus pada kompetensi 6 (Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan) dan Kompetensi 7 (Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun)), dengan elemen Penguasaan Ilmu dan Ketrampilan, Kemampuan Berkarya, Sikap dan Perilaku yang Berkarya, dan Pemahaman Kaidah Kehidupan.

Asuhan yang di berikan pada modul ini adalah Asuhan Bayi Baru Lahir, Neonatus, Bayi dan Balita yang bersifat Fisiologis dan diperuntukkan bagi mahasiswa D3 Kebidanan semester 2 reguler (lulusan SLTA). Mata kuliah ini penting dikuasai untuk melaksanakan praktik melaksanakan asuhan Kebidanan pada bayi dan balita umur 0 bulan-5 tahun dengan beban 4 SKS dengan 2 SKS teori (14 kali pertemuan), 2 SKS Praktikum (24 kali pertemuan di skills lab, 4 kali pertemuan di lakukan di Klinik/ Lahan Praktik)

Modul ini membahas tentang: a) mortalitas dan morbilitas bayi dan neonatus di Indonesia, b) Konsep Asuhan Bayi Baru Lahir, Neonatus, Bayi dan Balita c) Pertumbuhan dan perkembangan Asuhan Bayi Baru Lahir, Neonatus, Bayi dan Balita e) imunisasi f) kebutuhan fisik dan psikososial pada bayi dan balita, pola asuh pada bayi balita, g) pendokumentasian Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir, Neonatus, Bayi dan Balita

C. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH

1. Mampu menjelaskan ruang lingkup asuhan pelayanan bidan terhadap bayi baru lahir, neonatus, bayi dan balita yang mengedepankan *patient safety* dan memperhatikan nilai-nilai islami .(KK10, PP2)
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang perubahan fisiologis pada bayi baru lahir dengan tepat (PP2)
3. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian data obyektif dan subyektif pada bayi segera setelah lahir, 6- 48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari) dengan tepat dan memperhatikan *patient safety* (KU3,PP6, KK4)
4. Mahasiswa mampu melakukan perawatan bayi sehari-hari dengan tepat dan memperhatikan *patient safety*
5. Mahasiswa mampu memahami Rencana Asuhan pada Bayi segera setelah lahir, KN1 (6-48jam), KN 2 (3-7 jam), KN 3 (8-28 hari) secara tepat dan memperhatikan *patient safety* (PP2, KK4,)
6. Mahasiswa mampu memberikan profilaksis pada bayi baru lahir secara tepat dan memperhatikan *patient safety*
7. Mampu melaksanakan asuhan manajemen BBLR dengan tepat dan memperhatikan *patient safety*
8. Mahasiswa mampu menjelaskan tinjauan agama dan budaya dalam asuhan neonatus dengan tepat dan melibatkan keluarga serta memperhatikan *patient safety* (KK10, PP6)
9. Mahasiswa memahami konsep tumbuh kembang pada anak dengan tepat dan memperhatikan *patient safety* (KK4)
10. Mahasiswa memahami konsep imunisasi dan mampu memberikan imunisasi dasar lengkap pada bayi dengan tepat dan dan memperhatikan *patient safety* (KK4, PP6, S12)
11. Mampu memahami konsep gizi pada bayi dan balita dengan benar dan memperhatikan *patient safety* (PP2,
12. Mahasiswa mampu memahami manual rujukan pada neonatus dengan tepat dan menyesuaikan *patient safety* (KK4, PP6)
13. Mahasiswa mengetahui konsep penyakit-penyakit umum yang terjadi di masyarakat sehingga dapat melakukan upaya promotif dan preventif dalam praktik kebidanan (PP9)
14. Mahasiswa memahami konsep pendokumentasian dan melakukan dokumentasi asuhan pada BBL, neonatus dan bayi balita (KK8)

D. BAHAN KAJIAN

1. Aspek legal
2. Perubahan fisiologis
3. Kunjungan neonatus dan rencana asuhan
4. Imunisasi
5. Konsep tumbuh kembang
6. Kebutuhan fisik psikososial bayi dan balita
7. Pemenuhan Nutrisi pada bayi dan balita
8. Manual rujukan
9. Pendokumentasian

BAB 3.

MORTALITAS DAN MORBIDITAS BAYI BALITA

1. Mortalitas dan Morbiditas

Derajat kesehatan masyarakat yang tinggi dapat digunakan sebagai acuan keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan ekonomi yang secara tidak langsung dapat meningkatkan umur harapan hidup (UHH). Menurut Statistik Indonesia, umur harapan hidup pada saat lahir (life expectancy at birth) ialah rata-rata tahun hidup yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir pada suatu tahun tertentu. Umur harapan hidup di suatu wilayah berbeda dengan wilayah lainnya tergantung dari kualitas hidup yang mampu dicapai oleh penduduk. World Health Organization (2014) menyebutkan bahwa angka harapan hidup saat lahir mencerminkan tingkat kematian keseluruhan populasi. Angka harapan hidup saat lahir merangkum pola mortalitas yang berlaku di semua kelompok umur pada tahun tertentu (anak dan remaja, dewasa, dan orang tua)(Dinkes DIY 2019).

Angka kematian neonatus di dunia tahun 2019 adalah 17/1000 kelahiran hidup. Kematian ini banyak terjadi pada hari pertama kehidupan (bayi berumur 1 hari).

2. Capaian Pembelajaran

Mahasiswa memahami mortalitas dan morbiditas bayi balita

3. Materi

a. Definisi

Mortalitas : angka kematian

MORbiditas : angka kesakitan

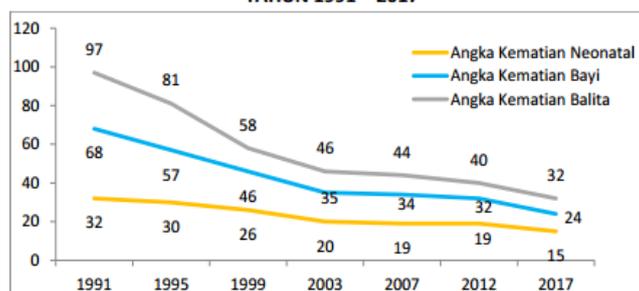
Infant Mortality Rate : atau angka kematian bayi Jumlah Kematian bayi bermur kurang dari satu tahun yang dicatat selama satu tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. di Indonesia angka IMR mencapai 12,4/1000 kelahiran hidup (UNICEF 2019a)

Neonatal Mortality Rate (NMR) = Jumlah Kematian bayi bermur kurang dari 28 hari yang dicatat selama satu tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Tinggi rendahnya NMR dapat digunakan untuk mengetahui tinggi rendahnya usaha perawatan post natal, program imunisasi, pertolongan persalinan, penyakit infeksi terutama saluran nafas bagian atas. Angka NMR di Indonesia mencapai 20,24/1000 kelahiran hidup (UNICEF 2019b)

Perinatal Mortality Rate : Jumlah Kematian janin pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih ditambah jumlah kematian bayi bermur kurang dari tujuh hari yang dicatat selama satu tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya PMR adalah bayaknyabayi dengan BBLR, satus gizi ibu dan bayi keadaan sosal ekonomi, penyakit infeksi terutama ISPA, pertolongan persalinan.

Under Five Mortality rate: Jumlah kematian balita atau usia 1-5 tahun selama satu tahun per 1000 kelahiran hidup. Jumlah angka kematian balita di Indonesia tahun 2019 adalah 23,8/ 1000 kelahiran hidup (UNICEF 2019c)

**TREN ANGKA KEMATIAN NEONATAL, BAYI, DAN BALITA
TAHUN 1991 – 2017**



Sumber: SDKI tahun 1991-2017

- b. Faktor factor yang mempengaruhi tingginya angka kematian bayi
Tabel angka kematian neonatal sepuluh besar terbesar di Dunia

Countries with the largest number of newborn deaths in 2016	Number of newborn deaths (in thousands)	Share of all global newborn deaths (%)	Newborn mortality rate (deaths per 1,000 live births)
India	640	24	25.4 [22.6, 28.4]
Pakistan	248	10	45.6 [33.9, 61.5]
Nigeria	247	9	34.1 [24.7, 46.3]
Democratic Republic of the Congo	96	4	28.8 [19.5, 41.5]
Ethiopia	90	3	27.6 [21.7, 35.2]
China	86	3	5.1 [4.3, 6.0]
Indonesia	68	3	13.7 [10.7, 17.5]
Bangladesh	62	2	20.1 [17.7, 22.5]
United Republic of Tanzania	46	2	21.7 [17.2, 27.6]
Afghanistan	46	2	40.0 [31.6, 48.9]

Note: Numbers in brackets present the lower and upper uncertainty bounds of 90 per cent uncertainty intervals of the newborn mortality rate. Excludes countries with fewer than 1,000 live births in 2016 or less than 90,000 total population.

Source: United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2017.

Tabel diatas Indonesia masih menempati angka 10 terbesar dalam menyumbang angka kematian. Factor yang bisa mengurangi angka kamatan bayi jika dilihat dan mencontoh negara yang memiliki angka kamatan bayi rendah adalah dengan tempat yang aman untuk persalinan. Di Negara jepang, Islandia, dan Singapurap, tempat persalinan yang aman adlag memiliki sistem kesehatan yang kuat dan memiliki sumber daya yang baik, jumlah petugas kesehatan yang sangat terampil, infrastruktur yang berkembang dengan baik, air bersih yang tersedia dan standar sanitasi dan kebersihan yang tinggi di fasilitas kesehatan. Pendidikan kesehatan masyarakat, dikombinasikan dengan standar perawatan medis yang sangat tinggi, menjamin akses universal ke perawatan kesehatan yang berkualitas di segala usia, dan standar umum gizi, pendidikan dan keamanan lingkunganyang memadai (UNICEF 2018) .

- c. Penyebab mortalitas dan morbiditas pada bayi dan balita

Tabel 1. Penyebab Mortalitas pada bayi dan balita

Janin	Kurang bulan	Cukup Bulan
Insufisiensi plasenta	Sindrom kegawatdaruratan pernafasan	Kelainan congenital
Infeksi intrauteri	Dysplasia bronkopulnormal	Trauma, asfiksia kelahiran
Malformasi kongenital	Imaturitas berat	Infeksi

Permasalahan talipusat	Perdarahan intraventrikuler	Pneumonia akibat aspirasi mekonium
Abrusio plasenta	Anomaly congenital	Sirkulasi janin persisten
Hidrops Fetalis	Infeksi	
	Enterokolitis netrokitans	

Tabel 2. Morbiditas dan sekuele penyakit perinatal dan neonatal

Morbiditas	Contoh
Sistem syaraf pusat	
Palsi serebral spastic yang diplegik-kuadriplegik	

- d. Cara menghitung angka kematian

$$NMR = \frac{\text{Jumlah neonatal}(0 - 28 \text{ hari}) \text{ yang mati dalam satu tahun}}{\text{Jumlah keseluruhan bayi yang lahir dalam satu tahun}} \times 1000$$

$$IMR = \frac{\text{Jumlah bayi (usia 1 bln - 1 tahun) yang mati dalam satu tahun}}{\text{Jumlah keseluruhan bayi yang lahir dalam satu tahun}} \times 1000$$

$$UFMR = \frac{\text{Jumlah balita (usia 1 - 5 tahun) yang mati dalam satu tahun}}{\text{Jumlah keseluruhan bayi yang lahir dalam satu tahun}} \times 1000$$

- e. Upaya mengurangi mortalitas dan morbiditas bayi dan balita

- 1) Peningkatan akses layanan Kesehatan

Peningkatan akses layanan Kesehatan dalam menurunkan angka kematian bayi dengan cara memiliki petugas kesehatan yang kompeten dalam jumlah yang memadai, yang didukung oleh fasilitas yang mampu menangani penyebab utama kematian bayi baru lahir, yang dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat.

- 2) Pemantauan standar pelayanan minimal yang diberikan pada bayi dan balita,. Hal ini disebabkan karena masih rendahnya tingkat kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar prosedur pelayanan kesehatan ini dan kepatuhan RS terhadap baku manajemen komplikasi maternal neonatal masih rendah.
- 3) pendekatan keluarga dalam menyetatkan keluarga dengan pola hidup sehat, lingkungan bersih, dan edukasi masalah kesehatan bayi balita.
- 4) Pemberian kapsul vitamin A yang dilakukan satu kali untuk anak usia 6 (enam) bulan sampai 11 (sebelas) bulan dan 2 (dua) kali dalam setahun untuk anak usia 12 (dua belas) bulan sampai 60 (enam puluh) bulan.
- 5) Optimalisasi gerakan masyarakat hidup sehatn dengan bekerjasama dengan berbagai sektor.

- f. Peran tenaga kesehatan terhadap mortalitas dan morbiditas bayi dan balita

- 1) Pelaksanaan ANC terpadu
- 2) Bersalin di tenaga kesehatan dan pelaksanaan Inisiasi menyusui dini
- 3) Melakukan persalinan yang aman

4. Prosedur Pembelajaran

Kegiatan yang dilakukan dalam memperdalam materi Mortalitas dan morbiditas adalah dengan pertemuan kuliah teori yang dilaksanakan dalam satu kali selama 100 menit. Pendalaman faktor penyebab dan pencegahan mortalitas dan morbiditas secara detail dijabarkan pada pertemuan selanjutnya.

5. Prosedur Penilaian

Penilaian yang dilakukan untuk menilai pemahaman mahasiswa yaitu dengan tes tertulis baik pada saat UTS dan UAS.

6. Referensi

Dinkes DIY (2019) 'Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2018'.

UNICEF (2018) *Every child alive: The urgent need to end newborn deaths*, Unicef. Switzerland. Available at: <https://data.unicef.org/resources/every-child-alive-urgent-need-end-newborn-deaths/>.

UNICEF (2019a) *UNICEF Data Warehouse (Infant mortality rate)*.

UNICEF (2019b) *UNICEF Data Warehouse (Neonatal Mortality Rate)*. Available at: https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.CME_MRM0+CME..&startPeriod=2017&endPeriod=2019.

UNICEF (2019c) *UNICEF Data Warehouse (Under five mortality rate)*.

BAB 4. ADAPTASI FISILOGIS BAYI BARU LAHIR

1. Adaptasi Perubahan Fisiologis bayi baru lahir

Ibu dan janin adalah dua makhluk yang tidak dapat dipisahkan. Dalam kelahirannya janin mengalami adaptasi fisiologis dari janin ke kehidupan ekstra uterin. Dalam adaptasi ini diperlukan kerjasama dari seluruh system tubuh yang ada. Pada saat proses persalinan, bayi masih bergantung pada ibu melalui plasenta, dan cairan ketuban. Bayi menjalani perubahan fisiologis yang sangat drastis dalam memulai kehidupan secara mandiri tanpa ketergantungan dari ibu setelah proses pemotongan tali pusat. Walaupun demikian, pada saat yang sama ketergantungan pada ibu tidak hilang. Pada saat tersebut bayi secara fisiologis melakukan adaptasi untuk bertahan hidup. Pada proses inilah ibu berperan dalam membantu bayi menyediakan lingkungan yang mendukung adaptasi metabolisme tubuh bayi (Davies and McDonald 2011)

2. Capaian Pembelajaran

Memahami perubahan dan adaptasi fisiologis bayi baru lahir

3. Materi

a. Adaptasi kardiopulmonal

Selama menjalani kehidupan intrauterine, janin terpisah oleh ibu, namun dalam pemenuhan kebutuhan metabolisme didukung penuh oleh ibu. Darah yang mengalir melalui plasenta secara efektif memberikan nutrisi dan oksigen kepada janin, guna mendukung pertumbuhan dan perkembangan serta membuang produk sisa via sirkulasi maternal. Tiga struktur hemodinamik di dalam sirkulasi janin adalah duktus venosus, duktus arteriosus, dan foramen ovale.

Pada saat persalinan, terdapat kontraksi bertekanan tinggi yang berlangsung secara intermiten di dalam kala II persalinan sehingga meningkatkan aliran darah plasenta ke bayi, sebelum dan sesudah kelahiran. Peningkatan tekanan ini menyebabkan peningkatan perfusi yang membuat kapiler kapiler dalam pembuluh darah pulmonal mulai terisi darah. Kapiler ini membungkus alveoli paru dan membuat kapiler teregang sehingga memudahkan masuknya udara ketika pernapasan mulai berjalan.

Darah dalam tali pusat mengandung komplemen lengkap faktor pembekuan darah yang dibutuhkan pada saat lahir. Riset Bonar dalam (Davies and McDonald 2011) menyebutkan bahwa system koagulasi darah ibu dan bayi segera setelah lahir dan menemukan bahwa proses kelahiran normal mengaktifkan system pembekuan dan fibrinolitik ibu dan bayi.

Tabel 4.1. Sirkulasi janin dan neonatus (London dalam Davies and McDonald (2011))

sistem	Janin	Neonatus
Pembuluh darah pulmonal	<ul style="list-style-type: none"> • Mendapat 8-10% curah jantung • Perfusi minimal dan konstriksi pembuluh darah dengan resistensi vaskuler yang tinggi • Paru paru terisi cair 	<ul style="list-style-type: none"> • Menerima 40-55% curah jantung • Peningkatan volume darah, meningkatkan perfusi vasodilatasi pembuluh darah dan menurunkan resistensi vaskuler • Kapiler terdistensi menunjang struktur alveolus dan masuknya udara • Cairan paru diabsorpsi ke dalam sirkulasi kapiler

Pembuluh darah sistemik	<ul style="list-style-type: none"> • Terdilatasi dengan resistansi rendah • Sepertiga volume darah dalam sirkulasi melintasi plasenta, sedangkan dua pertiga berada dalam janin. • Saturasi oksigen 35-65% 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan volume darah sistemik dan tekanan darah dengan selesainya tranfusi plasenta • Peningkatan saturasi oksigen
Duktus arteriosus	<ul style="list-style-type: none"> • Pembuluh darah besar dan berotot yang menghubungkan arteri pulmonal ke aorta desendens • Memintas hingga 40% curah jantung yang melewati paru 	<ul style="list-style-type: none"> • Aliran darah melalui duktus arteriosus berkurang akibat peningkatan tekanan arteri kiri • Penutupan dipicu oleh peningkatan kadar oksigen
Foramen Ovale	Pintu antara atrium kiri dan kanan mendistribusikan aliran darah yang setara	Tercapainya sirkulasi pulmonal dan peningkatan resistensi vaskuler menyebabkan peningkatan tekanan atrium kiri dan menutup katup satu arah

b. Adaptasi metabolic

Adaptasi metabolic melibatkan proses biokimia. Sebelum kelahiran janin bergantung pada ibu untuk mensuplay zat gizi dan tidak ada produksi glukosa oleh janin yang cukup bermakna. Pada trimester ke tiga, janin menyimpan glikogen, memproduksi katekolamin dan menumpuk lemak coklat dan putih. Ketika lahir, kadar glukosa darah bayi kurang lebih sebesar 70% kadar glukosa darah ibu.

Pada saat tali pusat dipotong, aksis hipotalamus-pituitari-adrenal aktif dan mengakibatkan kadar insulin plasma neonatus turun. Penurunan kadar insulin plasma mengakibatkan kadar glukosa meningkat. Namun peningkatan terkait produksi glukagon serum, hormon pertumbuhan, kortisol, dan epinefrin menciptakan efek regulasi berlawanan terhadap penurunan insulin yang memungkinkan peningkatan hasil akhir hepatic dengan cara lain. Cadangan glikogen hepatic dimobilisasi (glikolisis) dan terjadi sintesis glukosa dari substrat karbohidrat (glukoneogenesis). Substrat ini meliputi laktat, gliserol, dan asam amino dapat diubah melalui glikolisis menjadi piruvat memasuki siklus asam sitrat dan menghasilkan adenosis trifosfat (ATP) yang selanjutnya sebagai energy di otak. Kadar glukagon serum dan katekolamin dalam sirkulasi bersama dengan supresi kadar insulin memungkinkan peningkatan kadar glukosa darah secara bertahap. Beberapa neonatus akan mengalami hipoglikemi secara singkat dan akan berangsur normal jika kondisi neonatus sehat.

Faktor resiko hipoglikemi pada bayi adalah berat bayi lahir rendah (<2kg), berat badan lahir lebih (>4kg), preterm, bayi kecil masa kehamilan, bayi dengan retriksi pertumbuhan intra uteri (IUGR), ibu dengan DM/ diabetes gestasional, pemberian glukosa intrapartum, bayi mengalami hipoksia perinatal, bayi hipotermia, dll.

Tabel 4.2. Definisi hipoglikemi pada bayi cukup bulan yang sehat (Hewitt dalam (Davies and McDonald 2011))

Usia neonatus (jam)	Definisi hipoglikemi (mmol/liter)
0-3	<2.0
3-6	<1,4
6-24	<1.7
24-48	<2.2
>48	<2.5

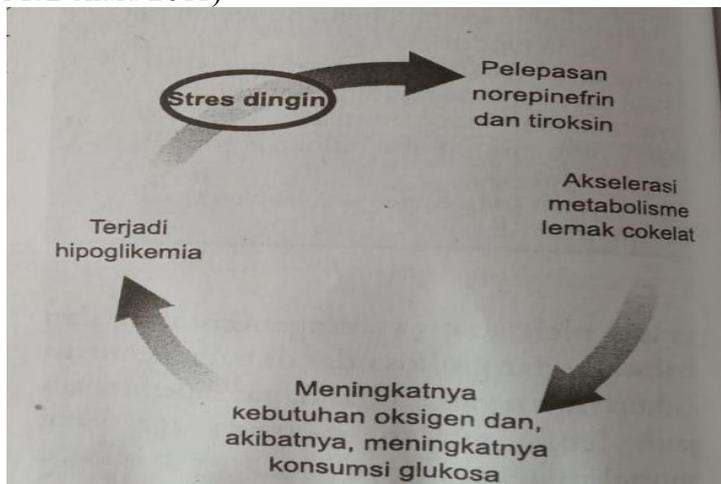
Tabel 4.3. tanda-tanda hipotermi

Tangisan melengking	Reflex moro berlebihan	Pucat
Hipotermia	Iritabilitas	Takipneu/apneu
Control suhu buruk	Letargi	Kelainan gerakan mata
berkeringat	Hpotonia	Takikardi
Isapan yang buruk / reflek sucking lemah atau menolak menyusu	Kejang	Gagal jantung kongestif
tremor	sianosis	Gawat nafas

c. Thermoregulasi (Davies and McDonald 2011)

Thermoregulasi adalah kemampuan bayi dalam menyeimbangkan antara produksi panas dan kehilangan panas. Kemampuan ini sangat terbatas untuk bayi baru lahir, hal ini disebabkan karena belum matangnya system termoregulasi dan membuat janin rentan terhadap perubahan suhu lingkungan .

Gambar 4.1. respon metabolic terhadap sters dingin (weber dalam (Davies and McDonald 2011)



Tabel 4.5 gejala stress dingin

Sianosis sentral	Hipoglikemia	Depresi SSP
Akrosianosis	Tubuh dingin saat disentuh	Bradikardia
Sulit makan	Distensi abdomen	Takipnea
Pernapasan tak teratur	Peningkatan residu lambung	Gelisah
Apnea	Penurunan aktivitas	Penurunan refleks
Timbul bercak di kulit	Letargi	Hipotonia
Isapan yang lemah	Rewel	Menangis lemah

Tabel 4.6. langkah langkah menghindari hipotermi

Metode-metode kehilangan panas	Cara menghindarinya
Evaporasi – Kehilangan panas ketika air menguap dari kulit dan saluran napas	Keringkan bayi dengan saksama setelah lahir Singkirkan handuk basah Pakaikan topi ke kepala bayi
Konveksi – Kehilangan panas akibat udara atau cairan lingkungan yang lebih dingin, bergantung pada suhu udara dan pergerakan udara	Dekatkan bayi agar terjadi kontak kulit dengan ibu, selimuti dengan kain hangat Tutup timbangan dengan kain hangat Hangatkan tangan dan stetoskop sebelum digunakan
Konduksi – Kehilangan panas akibat kontak langsung tubuh dengan objek padat yang dingin di lingkungan	Hangatkan pakaian, handuk dan linen sebelum digunakan
Radiasi – Kehilangan panas akibat kontak tidak langsung tubuh dengan objek padat yang dingin di lingkungan	Jauhkan tempat tidur bayi dari dinding, jendela dan aliran udara Sebaiknya, jangan memandikan bayi selama 24 jam

4. Prosedur Pembelajaran

Kuliah teori 2 kali pertemuan @ 100 menit

5. Prosedur Penilaian

Tes tertulis pada Ujian tengah semester dan ujian akhir semester

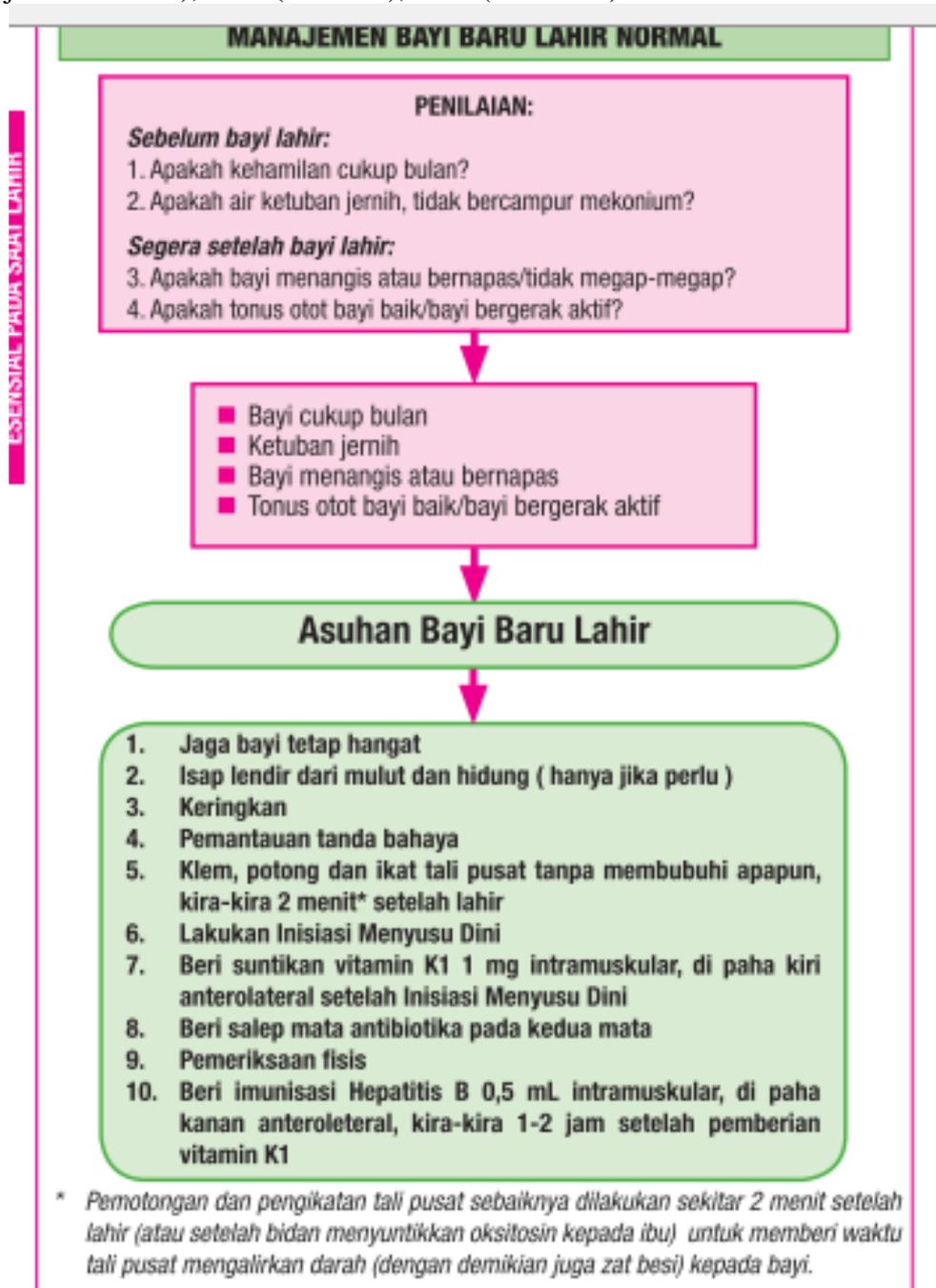
6. Referensi

Davies, L. and McDonald, S. (2011) *Pemeriksaan Kesehatan Bayi Pendekatan Multidimensi*. Terjemahan. Edited by D. Widiarti, A. Widhi, and E. Tiar. Jakarta: EGC.

BAB 5. KUNJUNGAN NEONATUS DAN RENCANA ASUHAN

1. Kunjungan Neonatus dan Rencana Asuhan

Kunjungan Neonatal (KN) minimal dilakukan sebanyak 3 kali. Yaitu KN 1(6-48 jam kelahiran), KN2 (3-7 hari), KN 3(8-28 Hari).



2. Capaian Pembelajaran

Memahami Rencana Asuhan neonates bayi dan balita. pada Bayi segera setelah lahir, KN1 (6-48jam), KN 2 (3-7 hari), KN 3 (8-28 hari) secara tepat dan memperhatikan *patient safety*

3. Materi

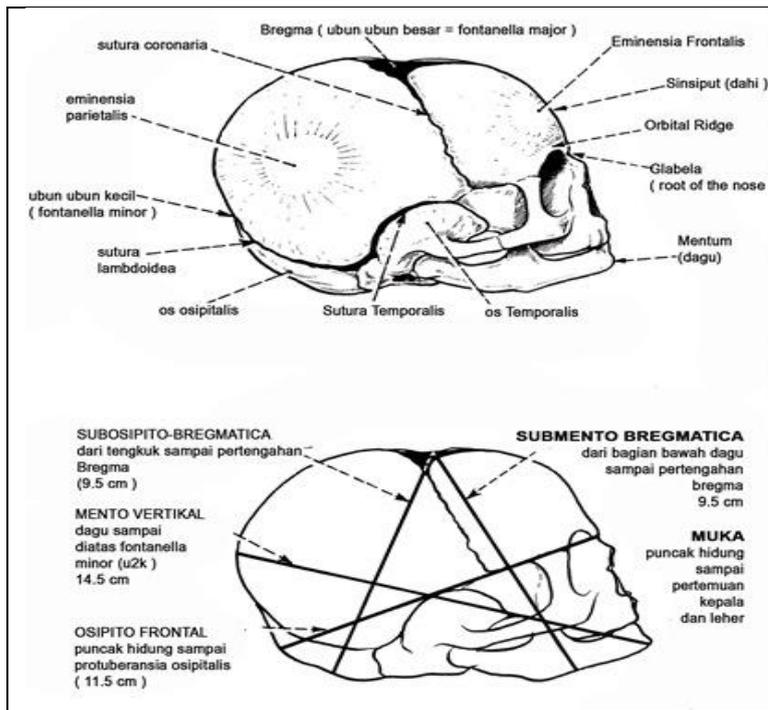
a. Kunjungan Neonatus (Menteri Kesehatan RI 2014)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, disebutkan bahwa pada bagian ke tiga pelayanan kesehatan bayi baru lahir disebutkan pada pasal 8, kunjungan neonatus adalah pada saat lahir 0-6 jam dan setelah lahir 6 jam sampai 28 hari. Pada pasal 9 disebutkan bahwa kunjungan 0-6 jam yaitu menjaga bayi tetap hangat, inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vitamin K1, pemberian salep mata antibiotik, pemberian imunisasi hepatitis B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, penanganan asfiksia bayi baru lahir, pemberian tanda identitas diri, merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

Pada pasal 10 dijabarkan ada pelayanan neonatal esensial yang dilakukan setelah lahir 6 jam sampai 28 hari. Kunjungan neonatus esensial paling sedikit dilakukan tiga kali kunjungan yaitu satu kali pada usia 6-48 jam, satu kali pada umur 3-7 hari, satu kali pada umur 8-28 hari. Pelayanan esensial tersebut meliputi menjaga bayi tetap hangat, perawatan tali pusat, pemeriksaan bayi baru lahir, perawatan dengan metode kanguru pada bayi berat lahir, perawatan dengan metode kanguru pada bayi berat lahir rendah, pemeriksaan status vitamin K1 dan imunisasi, penanganan bayi baru lahir sakit dan kelainan bawaan dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui abnormalitas eksternal yang jelas terlihat. Pemeriksaan dilakukan dari kepala sampai ujung kakidalam kondisi bayi tenang dan tidak menangis. Pada saat pemeriksaan bayi dalam keadaan tidak berpakaian, lingkungan yang hangat, pencahayaan baik sehingga dapat memeriksa dengan jelas. (Teachers, 2012)

- a.** Inspeksi secara umum: Warna kulit bayi cukup bulan berwarna merah muda dengan warna sedikit lebih muda pada pergelangan tangan dan kaki. Bayi cukup bulan bernafas secara teratur, jika terdapat nafas yang tersengal/ megap-megap/ taidak ada resesi dada, maka kemungkinan saluran pernafasan tersumbat oleh lendir dan perlu dibersihkan. Kondisi demikian juga dapat menimbulkan sianosis sirkumoral. *Sianosis sirkumoral* adalah warna kebiru biruan disekitar mulut yang akan membaik atau menghilang dalam 48 jam pertama (Davies and McDonald 2011)
- b.** Kepala:



Bentuk kepala neonatus sering berkaitan dengan persalinan. Pemeriksaan kepala dengan cara di palpasi didaerah tengkorak dengan tujuan untuk menentukan derajat *moulding*/ molase berdasarkan jumlah tulang yang tumpang tindih di sutura dan fontanel. Tulang pada bayi yang cukup bulan teraba keras.

Ukuran kepala perlu diperhatikan untuk menentukan kepala bayi normal, makrocephali (lebih besar dari ukuran normal), atau mikrocephali (lebih kecil dari ukuran normal). Fontanele anterior (ubun-ubun) adalah struktur yang lunak dan berbentuk seperti berlian dimana tulang parietal dan frontal bertemu. Dalam keadaan normal fontanele datar dan selama menangis fontanela menonjol. Fontanela neonatus sering terjadi *moulase* yaitu tumpang tindihnya tulang kranium saat melintasi canalis vagina. Fontanela menonjol menunjukkan adanya peningkatan tekanan intrakranial. Fontanela cekung menunjukkan keadaan dehidrasi.

Makrocephali didiagnosa dengan Fontanele anterior yang lebar dan sutura yang meregang. Keadaan ini mengindikasikan hidrocephalus atau imaturitas atau sindrom kongenital lain. Caput succedaneum adalah Caput adalah pembengkakan difus jaringan lunak kepala yang dapat, melampaui sutura garis tengah. Cephal Hematoma adalah pembengkakan pada daerah kepala yang disebabkan karena adanya penumpukan darah akibat pendarahan pada subperiostium. Ukuran lingkaran kepala normal:

1. Circumferentia Fronto Occipitalis : 34 cm
 2. Circumferentia Mento Occipitalis : 35 cm
 3. Circumferentia Sub Occipito Bregmantika : 32 cm
 4. Circumferentia Sub Mento Bregmantika : 32 cm
- c. Wajah: Observasi wajah secara menyeluruh bertujuan untuk deteksi kelainan kongenital (seperti sindrom down) dan kerusakan syaraf wajah. Kerusakan syaraf ini ditandai dengan asimetris bentuk wajah dan terlihat jelas ketika bayi menangis (Teacher, 2012)
- d. Mata: Bayi sensitif terhadap cahaya terang, yang menyebabkan bayi lebih sering mengerutkan dahi atau berkedip. Bayi lebih menyukai pola hitam dan putih yang tegas dan bentuk wajah manusia dan berfokus pada jarak 15-20 cm. Tidak ada air mata di dalam mata bayi baru lahir, untuk itu bayi lebih sering terkena

infeksi. Pemeriksaan pada mata normal akan ditemukan kedua bola mata simetris, dan terdapat lensa yang jelas. Jarak kedua bola mata kurang lebih 3 cm. Tidak ada tanda rabas, dan bersih. Jika terdapat lipatan epikantus yang lebar, dan miring, serta terdapat bintik putih di iris mata kemungkinan tanda-tanda sindrom down. Edema/memar yang terjadi setelah kelahiran dapat menghilang dalam beberapa hari.

Permasalahan pada mata:

- 1) Strabismus disebabkan oleh otot mata lemah. Dapat membaik beberapa minggu kemudian tetapi jika menetap perlu tindakan medis
 - 2) Brushfield spot ditandai dengan bintik putih diiris. Hal ini dapat mengindikasikan sindrom down
 - 3) Microphthalmia yaitu mata kecil yang tidak normal. Ketidaknormalan ini dihubungkan dengan kelainan kongenital yang disebabkan oleh rubella/cytomegalovirus
 - 4) Macrophthalmia yaitu mata besar yang tidak normal yang mengindikasikan glaukoma.
- e. Telinga: Telinga normal mempunyai letak yang simetris, terdapat lubang telinga, dengan pendengaran yang baik. Telinga letak rendah dan simetris dapat dikaitkan dengan berbagai sindrom (sindrom Edward, sindrom Noonan, Sindrom Aepert). Masalah telinga yang lain adalah:
- 1) *Misplace pinna* yang dikaitkan dengan sindrom Goldenhar
 - 2) Telinga melekat tidak normal dikaitkan dengan trisomi 17, 18 atau sindrom Edward
- f. Hidung

Indra penciuman bayi peka terhadap ASI. Yang dinilai pada Pemeriksaan Hidung normal yaitu, tidak adanya sumbatan (sekret), septum utuh dan tidak adanya deviasi septum nasal (pergeseran tulang hidung).

Septum hidung merupakan bagian dari hidung yang membatasi rongga hidung kanan dan kiri. Septum nasi berfungsi sebagai penopang batang hidung (dorsum nasi). Septum nasi dibagi atas dua daerah anatomi antara lain bagian anterior, yang tersusun dari tulang rawan quadrangularis; dan bagian posterior, yang tersusun dari lamina perpendikularis os ethmoidalis dan vomer.

Dalam keadaan normal, septum nasi berada lurus di tengah tetapi pada orang dewasa biasanya septum nasi tidak lurus sempurna di garis tengah. Deviasi septum dapat menyebabkan obstruksi hidung jika deviasi yang terjadi berat. Kecelakaan pada wajah merupakan faktor penyebab deviasi septum terbesar pada orang dewasa.

Gejala yang paling sering timbul dari deviasi septum ialah kesulitan bernapas melalui hidung. Kesulitan bernapas biasanya pada satu hidung, kadang juga pada hidung yang berlawanan. Pada beberapa kasus, deviasi septum juga dapat mengakibatkan drainase sekret sinus terhambat sehingga dapat menyebabkan sinusitis. Bayi bernapas melalui mulut juga memungkinkan bayi mengalami obstruksi jalan napas karena adanya atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung, atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring. Sedangkan pernapasan cuping hidung akan menunjukkan gangguan pada paru.

Trauma hidung banyak terjadi akibat kecelakaan yang bersifat tumpul, sehingga beresiko mengakibatkan berbagai macam komplikasi misalnya infeksi, obstruksi hidung, jaringan parut dan fibrosis, deformitas sekunder, sinekia, hidung pelana, obstruksi duktus nasolakrimalis, dan perforasi hidung. Berdasarkan waktu, trauma hidung terbagi atas trauma baru, dimana kalus belum

terbentuk sempurna; dan trauma lama, bila kalus sudah mengeras. Berdasarkan hubungan dengan telinga luar, ada yang disebut trauma terbuka dan trauma tertutup. Arah trauma menentukan kerusakan yang terjadi, misalnya bila trauma datang dari lateral, akan terjadi fraktur tulang hidung ipsilateral jika ringan, sedangkan trauma yang berat akan menyebabkan deviasi septum nasi dan fraktur tulang hidung kontralateral.

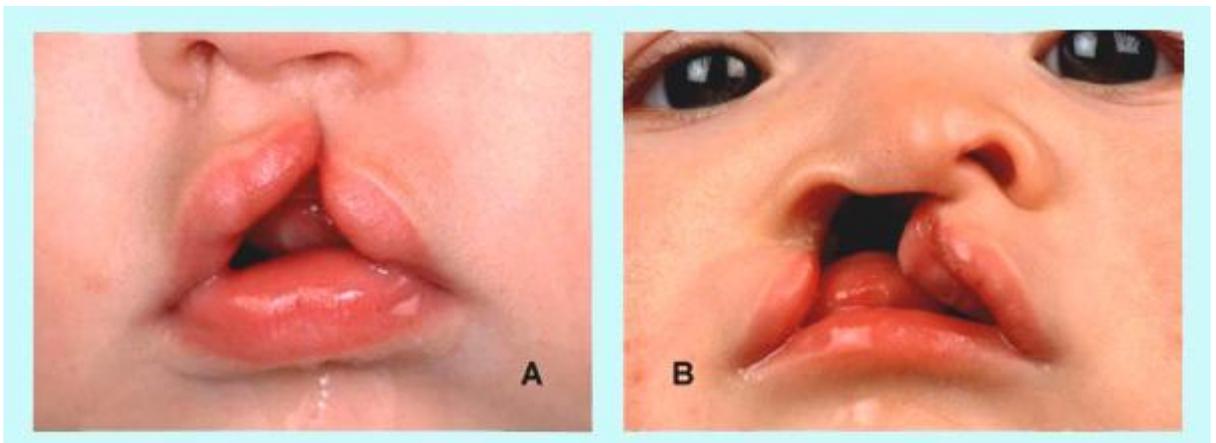
Pada mukosa hidung apabila terdapat sekret mukopurulen dan berdarah perlu, dipikirkan adanya penyakit sifilis kongenital dan kemungkinan lain.

g. Mulut

Pemeriksaan mulut harus dilakukan dalam keadaan mulut terbuka. Mulut yang normal mempunyai palatum durum yang melengkung, utuh, dan uvula berada di posisi tengah. Pada bayi normal akan berespon mengisap jari pemeriksa (refleks sucking). Pada saat pemeriksaan pada celah submukosa pada palatum. Disambungan palatum durum dan palatum mole terdapat bintik kecil putih disebut Mutiara Epstein (jaringan epitel yang menjadi terperangkap selama fusi palatal yang bersifat umum dan tidak membahayakan).



Palatoskisis adalah Adanya celah pada garis tengah palato yang disebabkan oleh kegagalan penyatuan susunan palato pada masa kehamilan 7-12 minggu disebut Labio palato skisis.



h. Leher

Bayi cenderung memiliki leher yang relatif pendek dengan mobilitas yang sempurna. Inspeksi untuk mengetahui kelainan meliputi:

- 1) Asimetris krn pembekakan (Pembekakan leher, Kekakuan pd leher, Torticollis, Artritis servikalis)
- 2) Pulsasi abnormal
- 3) Terbatasnya gerakan leher (kaku kuduk) merupakan gejala meningitis dan iritasi meningeal (misal : perdarahan subarachnoid), spasme otot, parkinson, kelainan lokal (artritis servikalis)
- 4) Palpasi untuk mengetahui kelainan meliputi: Tanda khas pembesaran kelenjar getah bening leher :
 - a) Radang banal lokal: Tonsilitis.

- b) Infeksi virus
 - c) Infeksi spesifik (TBC)
 - d) Limfoma maligna
- 5) Pemeriksaan kelenjar tyroid: Pada inspeksi tiroid tdk nampak kecuali bayi sangat kurus. Merupakan gejala dari penyakit Karsinoma tiroid, Struma pada penyakit Basedow, Struma endemik,
 - 6) Pemeriksaan Vena Jugularis : Vena Jugularis yang melebar merupakan tanda dari Gagal jantung kanan atau kongestif, perikarditis restriktif, Trombosis vena jugularis. Leher bayi yang pendek dan tebal harus diperiksa untuk menyingkirkan dugaan adanya pembengkakan dan untuk memastikan bahwa rotasi dan fleksi kepala.

i. Dada dan Abdomen

1) Dada

Gerakan dada dan abdomen terjadi secara bersamaan. Dada yang tidak simetris diakibatkan karena pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pada bayi baru lahir, pernafasan belum teratur. Frekuensi pernapasan bayi normal antara 40-60 kali per menit, harus dihitung 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.

Jarak antar puting susu yang lebar terjadi karena kelainan kromosom. Bentuk abdomen bundar. Pada tali pusat yang normal terdapat tiga pembuluh darah, apabila tidak lengkap (3 pembuluh darah) maka kemungkinan terjadi anomali ginjal. Palpasi daerah dada, untuk menentukan ada tidaknya fraktur klavikula dengan cara meraba ictus cordis dengan menentukan posisi jantung. 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. Semua bayi baru lahir bernafas dengan diafragma, sehingga pada waktu inspirasi bagian dada tertarik ke dalam dan pada saat yang sama perut bayi membuncit. Bila bayi dalam keadaan relaksasi, tenang dan warna kulitnya baik maka ventilasinya baik. Sebaliknya, pernafasan yang berat menandakan ventilasi paru yang abnormal, pneumonia, cacat bawaan atau gangguan mekanis lainnya di paru. Kesukaran bernafas yang disebabkan oleh terlalu banyak atau terlalu sedikit udara di paru akan menyebabkan jaringan interkostal tertarik ke dalam. Oleh karena itu, untuk membedakan atelektasis dan emfisema harus dinilai bentuk dan ukuran dada, perkusi dan pemeriksaan rontgen. Lingkar dada normal adalah 30-33 cm, apabila diameter kepala lebih besar 3 cm dari lingkar dada maka bayi mengalami hidrocephalus dan apabila diameter kepala lebih kecil 3 cm dari lingkar dada maka bayi mengalami microcephalus.

Skor Dows untuk melihat kelainan pernafasan

Pemeriksaan	Skor		
	0	1	2
Frekuensi nafas	<60/ menit	60-80/ menit	>80/ menit
Retraksi	Tidak ada retraksi	Retraksi ringan	Retraksi berat
Sianosis	Tidak ada sianosis	Sianosis hilang dengan O ₂	Sianosis menetap walaupun dengan O ₂
Air entry	Udara masuk	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk
Merintih	Tidak merintih	Dapat didengar dengan stetoskop	Dapat didengar tanpa alat bantu
Evaluasi			
Total	diagnosis		
1-3	RDS ringan		
4-5	RDS sedang		
≥6	RDS berat		

2) Abdomen:

Pengkajian abdomen meliputi warna, benuk, ukuran, bising usus, insersi sentral tali pusa (2 arteri dan satu vena). Pengkajian dilakukan dengan cara auskultasi, palpasi, inspeksi. Auskultasi dilakukan untuk mengkaji adanya bising usus pada keempat kuadran abdomen. Data auskultasi bisa didukung dengan informasi dari ibu mengenai riwayat buang air kecil, buang air besar. Inspeksi abdomen dilakukan untuk melihat gerak peristaltik, bentuk abdomen normalnya mulus, dan seringkaliterdistensi. Tidak boleh ada tanda infeksi dan hernia disekitar umbilikus (Davies and McDonald 2011).

j. Genitalia dan Anus

Genitalia:

- 1) Inspeksi pada genitalia wanita, meliputi keadaan labiominora, labio mayora, lubang uretra dan lubang vagina.
- 2) Inspeksi pada genitalia laki-laki, meliputi keadaan penis, ada tidaknya hipospadia (defek di bagian ventral ujung penis atau defek sepanjang penis), dan epispadia (defek pada dorsum penis).

Anus:

inspeksi pada anus dan rektum, untuk menilai adanya kelainan atresia ani atau posisi anus. 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.

k. Pemeriksaa Kulit

- a. Inspeksi ada tidaknya verniks kaseosa (zat yang bersifat seperti lemak berfungsi sebagai pelumas atau sebagai isolasi panas yang akan menutupi bayi yang cukup bulan).
- b. Inspeksi ada tidaknya lanugo (rambut halus yang terdapat pada punggung bayi). lanugo ini jumlahnya lebih banyak pada bayi kurang bulan dari pada bayi cukup bulan.
- c. Warna kulit kekuningan menandakan ikterus atau penyakit lain.

PEMERIKSAAN REFLEKS PADA BAYI

Refleks Umum yang terpantau pada bayi menurut teachers, 2012.

- Refleks Rooting



Adalah refleks yang sangat umum terpantau oleh bidan. Refleks ini adalah naluri alamiah bayi yang ditunjukkan dengan menoleh dan membuka mulutnya dengan lebar ketika pipi diberi stimulus berupa sentuhan jari, puting. Hal ini penting dilakukan karena mempermudah dalam menyusui. Setelah bayi berusia 4 bulan, refleks mengisapnya akan hilang, namun kepandaiannya dalam menyusui dari puting sang ibu juga meningkat.

- Refleks Menggenggam/ Palmar Graps Reflex

Menggerakkan atau memberikan tekanan ke telapak tangan akan membuat bayi mengepalkan tangannya. Refleks ini sangat kuat di lakukan oleh bayi baru lahir baik aterm maupun preterm. Refleks yang lemah dapat mengindikasikan gangguan neurologis. Refleks ini muncul dari usia gestasi 12 minggu, dan menghilang pada umur 6-8 bulan.



- Refleks Menghisap/ Sucking



Saat pangkal mulut bayi disentuh dengan jari atau puting, bayi secara spontan akan mulai menghisap. Bila tidak ada respons, menunjukkan ada kelainan pada susunan saraf. Respon ini dimulai sejak janin di dalam rahim usia 32 minggu., tapi belum berkembang secara penuh sampai usia gestasi 36 minggu. Oleh sebab itu, bayi premature mempunyai refleks menghisap yang lemah.

- Refleks Menelan (Swallowing).

Ketika ada benda mengenai langit-langit mulut, bayi menelannya. Bila tidak ada respons, ada kelainan susunan saraf. Bayi lahir sebelum usia 1 minggu biasanya belum memiliki refleks menelan sehingga butuh alat bantu, pipa orogastrik yang dipasang dari mulut ke lambung.

- Refleksi Moro



Refleksi Moro juga disebut refleksi kejut. Refleksi ini di mulai dengan mengejutkan bayi, biasanya dengan menopang bayi dalam posisi terlentang dibagian kepalanya dan lengan bawahnya. Saat bayi relaks maka kepala tiba-tiba dijatuhkan kebelakang sejauh beberapa sentimeter. Bayi kemudian membuka lengannya dengan tangan terbuka dan jari tangan sedikit melengkung ke dalam. Hal tersebut dilanjutkan dengan menarik lengannya kembali ke arah dada dalam posisi seperti memeluk/ merangkul. Kondisi tersebut mungkin disertai oleh mimik muka bayi yang menyeringai atau menangis. Releks ini bisa disimulasi dengan suara yang mendadak.

Relkes Moro Menghilang saat bayi berusia 3-6 bulan. Bila tak ada respons, menunjukkan ada kelainan saraf. Bila gerakan tidak simetris/tak sama kuat menandakan ada cedera pada bagian tubuh tertentu, seperti retak tulang kaki atau tangan.

- Releks Berjalan/ Melangkah



Ketika tubuh baayi diangkat dan diposisikan berdiri bayi akan melakukan gerakan seperti melangkah. Menghilang saat bayi berusia 3-4 bulan. Bila tidak ada respons, menunjukkan ada kelainan pada motorik kasar, cedera perifer (semua saraf selaian otak dan saraf tulang belakang) atau kemungkinan ada retak pada tulang atau tulang di betis.

- Refleksi Leher/ Tonic Neck



Saat bayi berbaring datar, saat bayi miring ke salah satu sisi, salah satu kaki dan lengan mengalami ekstensi di sisi yang searah dengan kepala bayi. Lengan dan tungkai disisi lain akan berada dalam posisi fleksi. Refleksi ini sering juga disebut fencing reflex.

Menghilang saat bayi berusia 5-6 bulan.

Bila tak ada respons, menunjukkan ada kelainan pada susunan saraf. Sebaliknya bila gerak refleksi itu menetap kemungkinan ada kelainan otak.

- Refleksi Babinski



Ketika telapak kaki bagian luar ditekan dari arah tumit ke arah jari-jari, maka jari-jari kakinya akan membuka & meregang. Menghilang saat bayi berusia 1 tahun. Bila tak ada respons, menunjukkan ada gangguan susunan saraf pusat. Sebaliknya bila refleks tersebut menetap, bisa jadi ada kelainan pada saraf otak.

- Refleks Plantar.



Ketika telapak kaki bayi disentuh, jari-jari kakinya akan menekuk dan telapak kakinya bergerak ke dalam menjauhi tulang kering. Menghilang saat bayi berusia 1 tahun. Bila tidak ada respons, menunjukkan ada kelainan pada susunan saraf. Refleksi ini tidak muncul bila bayi lahir prematur.

- Refleks Burning
Dengan cara memberi rangsangan cahaya pada pupil mata bayi ke arah kanan dan kiri secara perlahan. pupil bayi mengikuti pergerakan sumber cahaya.
- Pupillary Reflex
Menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap lingkungan gelap.
- Eyeblink Reflex
Refleksi terhadap cahaya dengan menutup dan mengejapkan mata. Berfungsi sebagai pelindung mata dari cahaya dan benda-benda. Reflek ini permanen dalam kehidupan

b. Kebutuhan Tidur dan istirahat bayi (Putra et al. 2014)

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Istirahat dan tidur yang cukup, akan membuat tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Kebutuhan tidur bayi berbeda dengan kebutuhan tidur orang dewasa.

Tabel 5.1. kebutuhan tidur manusia sesuai dengan umur

usia	Tingkat perkembangan	Rata rata kebutuhan tidur (jam/hari)
0-1 bulan	neonatus	14-18
1-10 bulan	bayi	12-14
18bulan-3 tahun	anak	11-12
3-6 tahun	Pra sekolah	11
6-12 tahun	sekolah	10
12-18 tahun	remaja	8,5
18-40 tahun	Dewasa muda	7-8
40-60 tahun	Paruh baya	7
60 tahun keatas	Dewasa tua	6 jam

Gangguan pola tidur:

Mubarak dalam (Putra et al. 2014) menyatakan beberapa gangguan tidur

- 1) Insomnia adalah ketidakmampuan memnuhi kebutuhan tidur baik secara kualitas maupun kuantitas
- 2) Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat

seseorang tidur

- 3) Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan terutama pada siang hari
- 4) Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari
- 5) Apnea saat tidur atau sleep apnea adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik saat tidur

c. Kebutuhan Pencegahan Infeksi

Bayi rentan terhadap infeksi maka bidan dan keluarga harus senantiasa menjaga bayi agar terhindar dari infeksi. Dengan cara (Kemenkes RI 2015) :

- 1) Persalinan di tenaga kesehatan
- 2) Pemotongan tali pusat dengan alat yang steril
- 3) Ibu/ keluarga harus senantiasa mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi
- 4) Ibu mencuci tangan sebelum dan sesudah menyusui.
- 5) Membersihkan talipusat jika basah atau kotor dengan air matang kemudian mengeringkan dengan kain bersih dan kering. Tali pusat harus senantiasa bersih dan kering
- 6) Menjaga kebersihan tubuh bayi dengan memandikannya setelah suhu stabil
- 7) Menghindari bayi baru lahir kontak dengan orang sakit, karena sangat rentan tertular penyakit
- 8) Meminta ibu untuk memberikan kolostrom karena mengandung zat kekebalan tubuh
- 9) Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin
- 10) Hindari pemakaian botol dan dot karena dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi saluran cerna

d. Kebutuhan Eliminasi

Dalam kebutuhan eliminasi melibatkan system perkemihan dan system pencernaan pada bayi.

System perkemihan adalah suatu system dimana proses penyaringan darah sehingga darah bebas dari zat-zat yang tidak dipergunakan oleh tubuh dan menyerap zat-zat yang masih diperlukan tubuh. Pengkajian system perkemihan pada seseorang meliputi :

- 1) frekuensi BAK : normal dewasa 6-8 kali per hari
- 2) pancaran BAK: kuat lemahnya pancaran urin saat BAK
- 3) jumlah urin : dewasa (0.5-1 cc/kgBB/Jam), anak (1-2cc/kgBB/Jam)
- 4) warna urin (jernih kuning tua, kemerahan, kecoklatan, orange)
- 5) Perasaan saat BAK (dinilai dengan perasaan yang dirasakan setelah BAK seperti perasaan lega, tidak puas ataupun nyeri)
- 6) Pola BAK (Poliuri, Oligori, anuria, inkontinensia urine, inkontinensia stress, inkontinensia urgensi , retensi urine, enuresis, urgensi, disuri)

System pencernaan

Sistem pencernaan manusia terdiri atas saluran dan kelenjar pencernaan. Proses eliminasi dalam system pencernaan adalah dengan adanya proses BAB. Yang dikaji dalam proses BAB yaitu frekuensi, konsistensi, bau, dan warna feses yang dihasilkan dari proses pencernaan .

e. Pencegahan hipotermi (Pritasari, Rohsiswatmo, and Weber 2010)

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia,

berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah lebih rentan untuk mengalami hipotermia. Walaupun demikian, bayi tidak boleh menjadi hipertermia (temperatur tubuh lebih dari 37,5°C).

- BBI dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut: Evaporasi adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Hal ini merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
 - 1) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.
 - 2) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika ada aliran udara dingin dari kipas angin, hembusan udara dingin melalui ventilasi/pendingin ruangan.
 - 3) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi dapat kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).
- Cara mencegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya berikut:
 - 1) Ruang bersalin yang hangat Suhu ruangan minimal 25°C. Tutup semua pintu dan jendela.
 - 2) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Segera ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering.
 - 3) letakkan bayi di dada atau perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada atau perut ibu. Luruskan dan usahakan ke dua bahu bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu.
 - 4) Inisiasi Menyusu Dini (lihat bagian Inisiasi Menyusu Dini halaman 10) ? Gunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat yang sama dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup
 - 5) Kangoro mother care (KMC).

Salah satu cara dalam pelaksanaan pencegahan hipotermi adalah dengan cara perawatan metode kangaroo / **Kangoro mother care (KMC)**.

Kangoro mother care (KMC).

Definisi: Perawatan pada bayi dengan berat lahir rendah guna mendukung kesehatan dan keselamatan, dengan cara melakukan kontak langsung antara

kulit ibu dengan kulit bayi, secara berkelanjutan, terus menerus, dan dilakukan sejak dini (<http://rscm.co.id/facilities>).

Komponen PMK

- 1) Posisi : dada bayi menempel didada ibu sehingga terjadi sentuhan kulit dan panas tubuh ibu mengalir ke bayi sehingga bayi terjaga kehangatannya.
- 2) Nutrisi : pemberian asi tetap diberikan karena asi nutrisi yang paling sempurna.
- 3) Dukungan (Support) : diperlukan dari keluarga dan masyarakat.
- 4) Pemulangan : ibu tetap melakukan PMK dirumah dan bekerja sama dengan petugas kesehatan yang terdekat dengan rumahnya.

Faktor-Faktor Yang Mendasari Dilaksanakannya PMK

- 1) BBLR \leq 2500 gr

Bayi berat lahir rendah merupakan permasalahan utama yang sering dijumpai dalam area maternal-neonatal. Penanganan bayi berat lahir rendah sangat kompleks dan memerlukan infrastruktur yang memadai dan staf yang ahli, dan bila hal tersebut tidak tercukupi maka risiko morbiditas dan mortalitas akan semakin meningkat. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut maka diciptakanlah perawatan metode kanguru untuk BBLR.

- 2) Tidak tersedianya fasilitas inkubator yang memadai

Tidak semua rumah sakit, khususnya di negara berkembang, memiliki fasilitas inkubator yang memadai. Maka, untuk mengatasi hal ini dilakukan perawatan metode kanguru. Pada saat bayi sudah dapat dirawat di rumah, maka hanya ada ibu atau ayah yang dapat melakukan perawatan metode kanguru bagi bayinya.

- 3) Keinginan ibu untuk memperbaiki emosi dengan bayinya

Ibu merasa lebih tenang dan nyaman bila berada dekat dengan bayinya daripada terpisah. Hal ini mendorong dilaksanakannya perawatan metode kanguru, guna memperbaiki keadaan emosi ibu pasca melahirkan.

- 4) Keinginan ibu untuk mempercepat masa rawat bayinya di rumah sakit

Pelaksanaan metode ini yang secara kontinyu dapat memperbaiki kondisi bayi dan ibu. Hal ini dapat terjadi seiring bertambahnya berat badan bayi, stabilnya suhu tubuh, serta banyaknya produksi ASI. Berbagai alasan tersebut dapat mengurangi hari rawat bayi di rumah sakit.

- 5) Keinginan orang tua bayi untuk menghemat biaya perawatan

Berkurangnya hari rawat di rumah sakit karena pelaksanaan metode ini maka akan menghemat biaya perawatan sehingga tidak membebani orang tua bayi

Syarat-Syarat Dilakukannya Perawatan Metode Kanguru

- 1) Bayi dengan berat badan \leq 2500 g

BBLR dengan berat di bawah 2500 gram, memerlukan berbagai fasilitas yang memadai dan para ahli untuk membantu menunjang kehidupannya, salah satunya adalah dengan adanya perawatan metode kanguru.

- 2) Sudah bernafas spontan.

BBLR yang sudah dapat bernafas spontan tanpa bantuan infus dan tambahan oksigen di ruang perinatal resiko tinggi, dapat menggunakan perawatan metode ini.

- 3) Tidak memiliki masalah kesehatan serius

Ibu dengan HIV/AIDS jelas tidak boleh memberi ASI pada bayinya, karena secara langsung akan menularkan penyakit ini. Karena perawatan

metode kanguru tidak lepas dari pemberian ASI pada bayi, maka sebaiknya ibu yang memiliki masalah kesehatan serius ini tidak melakukan metode ini.

- 4) Tidak ada kelainan atau penyakit yang menyertai

Bayi yang memiliki kelainan seperti *Atresia bilier* jelas tidak dapat dilakukan perawatan ini, karena perlunya intervensi dengan menggunakan perawatan di dalam inkubator.

- 5) Refleks dan kordinasi isap dan menelan yang baik

Bayi yang mengalami *labioskizis* dan atau *labiopalatoskizis* jelas tidak memiliki refleks dan koordinasi isap serta menelan yang baik. Oleh karena BBLR yang mengalami hal ini tidak dapat menyusui dengan baik, maka bayi dengan masalah kesehatan serius ini tidak dapat melakukan perawatan metode kanguru.

- 6) Perkembangan selama di inkubator baik

Setiap BBLR pada awalnya mendapatkan perawatan di inkubator sebelum akhirnya akan dilakukan perawatan metode kanguru, dalam hal ini perlu pengamatan secara kontinyu saat BBLR berada di dalam inkubator, agar dapat menilai seberapa jauh perkembangan BBLR di dalam inkubator. Semakin baik kondisi bayi, maka semakin mudah pula mengambil langkah perawatan selanjutnya, yaitu perawatan metode kanguru.

- 7) Minat, kesiapan dan keikutsertaan orang tua, sangat mendukung dalam keberhasilan.

Orang tua dalam hal ini ayah dan ibu sangat berperan penting dalam kesuksesan metode ini. Kerjasama antara keduanya dalam memberikan perawatan metode kanguru sangatlah penting (Perinasia, 2003).

Waktu Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru

Perawatan metode kanguru idealnya dilakukan 24 jam sehari, tetapi pada permulaan dapat dilakukan bertahap dari minimal 60-120 menit, kemudian ditingkatkan terus menerus siang dan malam.

Dengan adanya perawatan metode kanguru tidak berarti semua bayi prematur boleh keluar dari inkubator. Perawatan metode kanguru *intermitten* (jangka pendek) boleh dimulai pada bayi dalam proses penyembuhan yang masih memerlukan infus atau sedikit tambahan oksigen. Namun, perawatan metode kanguru *continue* (terus menerus) baru dapat dilakukan jika bayi dalam keadaan stabil, bernapas alami tanpa bantuan oksigen.

Metode ini dihentikan penggunaannya apabila bayi sudah tidak menghendaki lagi biasanya pada saat umur kehamilannya sekitar 37 minggu atau berat badannya 2500 gram. Pada usia tersebut bayi mulai gelisah, rewel kalau diletakkan pada posisi kanguru

f. Kebutuhan Nutrisi

Air susu ibu (ASI) adalah salah satu nutrisi yang dibutuhkan oleh bayi dari setelah lair sampai usia 2 tahun. Asi eksklusif adalah suatu periode yang anya memberikan minuman pada bayi berupa air susu ibu (ASI) , tidak termasuk airu apalagi akanan yang padat. Pemberian obat ketika bayi sakit masih bisa dikatakan bayi mendapatkan asi eksklusif asalkan dalam pecampuran obat tidak menggunakan bahan selain asi (Ikatan Dokter Anak Indonesia 2010). Dukungan menyusui yang diberikan baik dari tenaga kesehatan maupun dari keluarga dan orang sekitar sangat membantu ibu dalam

menyusui anaknya sesegera dan selama mungkin. Termasuk peran ayah (Breast feeding father) dalam mendukung istri agar menyusui akan lebih meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam menyusui bayinya. (Khomsan 2006). Penelitian (Evareny 2009) menjelaskan bahwa peran ayah memiliki hubungan statistic maupn secara praktis dalam pemberian ASI. Prpoorsi praktek pemberian asi. Proporsi praktek pemberian ASI secara eksklusif pada kelompok ayah yang mendukung lebih tinggi 2,25 kali dibandingkan dengan kelompok ayah yang tidak mendukung. Hal ini disebabkan seorang ayah juga berpartisipasi dalam mencari informasi mengenai pemberian ASI dan faktor resiko pemberian makanan lewat botol, selain itu aya berpegaruh terhadap keputusan dalam inisiasi memberikan ASI serta keputusan dalam memberikan ASI. Nystrom dan Februhartanty dalam (Evareny 2009) peran ayah dalam kegiatan pengasuhan anak tidak hanya dala pemberian asi saja namun mulai dari masa kehamilan, kelahiran dan menyusui perawatan anak dan sikap positif terhadap kehidupan pernikahan.

Februhartanty et al, dalam (Evareny 2009) yang berdasarkan pada partisipasi ayah dalam keputusan pemberian ASI dan keterlibatannya dalam perawatan, terdapat 4 tipe pengasuhan ayah yaitu: terlibat (involved), membantu (assistor), mengawasi (supervisor), dan melepaskan(detached). Ayah yang terlibat berpartisipasi aktif dalam keputusan pemberian ASI dan dalam merawat anak. Ayah bertipe membantu akan mengikuti langkah istri mereka berkenaan dengan pemberian ASI dan mereka terlibat secara aktif dalam perawatan anak. Ayah bertipe mengawasi terlibat dalam keputusan pemberian ASI dan mereka menyediakan jasa perawatan anak atau bantuan pembantu rumah tangga. Ayah bertipe melepaskan tidak terlibat dalam perawatan anak atau keputusan pemberian ASI.

Alquran juga menegaskan pentingnya pemberian ASI dalam surat Al-baqarah ayat 233

﴿ وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنَ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُنْمِ
 الرِّضَاعَةَ وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ ۚ لَا تُكَلِّفُ نَفْسٌ
 إِلَّا وُسْعَهَا ۚ لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَالِدِهِ ۚ وَعَلَى
 الْوَارِثِ مِثْلُ ذَلِكَ ۚ فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا عَنْ تَرَاضٍ مِنْهُمَا وَتَشَاوُرٍ فَلَا
 جُنَاحَ عَلَيْهِمَا ۚ وَإِنْ أَرَدْتُمْ أَنْ تَسْرِعُوا فَأَوْلَادَكُمْ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْكُمْ إِذَا
 سَلَّمْتُمْ مَا ءَانَيْتُمْ بِالْمَعْرُوفِ ۚ وَأَتَّقُوا اللَّهَ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ بِمَا تَعْمَلُونَ
 بَصِيرٌ ۝

Artinya: “Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah memberi makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara ma’ruf. Seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan seorang ayah karena anaknya, dan warispun berkewajiban demikian. Apabila keduanya ingin menyapih (sebelum dua tahun) dengan kerelaan keduanya dan permusyawaratan, maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin anakmu disusukan oleh orang lain, maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut yang patut. Bertakwalah kamu kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha Melihat apa yang kamu kerjakan (QS: Al-Baqarah Ayat: 233).

Dari ayat diatas disebutkan bahwa seorang ibu hendaklah menyusui anaknya. Walaupun ibu dalam keadaan sakit, ibu hendaknya menyusui bayinya. Sejenis penyakit seperti flu infeksi kulit, dan diare tidak ditularkan melalui asi. Ibu yang menderita infeksi, akan menghasilkan asi yang memiliki antibody pada penyakit tersebut dan kemungkinan bayi tidak akan mengalami penyakit yang sama dengan penyakit infeksi ibunya. Ibu yang memiliki kanker payudara juga dapat menyusui anaknya pada payudara yang sehat sebelum dilakukan kemoterapi. Kanker payudara tidak ditularkan melalui proses menyusui, namun ada beberapa pendapat hormon yang dihasilkan selama hamil dan menyusui mampu memicu rekurensi (munculnya kembali) kanker yang sudah di matikan. Bahkan, ibu wanita yang memasan implant payudara pun, masih mampu menyusui bayinya dan belum ada pembuktian ilmiah terkait resiko yang signifikan kepada bayi yang disusunya (Ikatan Dokter Anak Indonesia 2010) .

ASI menurut stadium laktasi yaitu kolostrom, air susu transisi/ peralihan dan air susu matur (mature)(Soetjiningsih 1997) .

- kolostrom

kolostrom adalah cairan viscus kental dengan warna kekuning kuningan, lebh kuning dari susu yang matur, yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara yang mengandung tissue debris dan residual material yang terdapat dalam alveoli dan duktus dari kelenjar payudara sebelum dan setelah masa nias. Kolostrom disekresi oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai hari keempat, dan berfungsi sebagai pencakar yang ideal dalam membersihkan mekonium dari usus bayi dan mempersiapkan pencernaan bayi. Volume kolostrom berkisar 150-300 ml/24 jam.

Kolostrom lebih banyak mengandung protein , antibodidi, natrium kalium, klorida, vitamin yang larut lemak, dibanding dengan asi matur. Protein yang ada di kolostrom adalah globulin (gama globulin) . kadar karbohidrat dan lemak lebih rendah dari asi matur. Kolostrom akan menggumpal jika dipanaskan dan memiliki pH yang lebih alkalis dibanding asi matur. Kolostrom terdapat tripsin inhibitor sehingga hidrolisis protein dalam usus bayi menjadi kurang sempurna. Hal ini akan lebih banyak menambah kadear antibody pada bayi.

- Air susu masa peralihan

Merupakan asi peralihan dari kolostrom menjadi ASI matur yang disekresi pada hari ke empat sampai hari kesepuluh dari masa laktasi. Kadar protein pada periode ini semakin rendah namun kadar karbohidrat dan lemak semakin tinggi dan volume asi meningkat

- Air Susu matur

Diproduksi pada hari kesepuluh dan seterusnya dengan komposisi relative konstan. Dan merupakan satu satunya makanan yang mempunyai komposisi yang lengkap untuk bayi 0-6 bulan. Asi matur berwarna putih kekuning kuningan. Hal ini dikarenakan warna dari kasein, riboflavin dan karoten yang terkandung dalam asi. Asi tidak menggumpal ketika dipanaskan (tidak dipanaskan langsung dengan api).

Kandungan asi

Asi mengandung paling banyak 100 bahan yang tidak ditemukan di susu sapi atau susu formula, dan memiliki hipoalergenik. Hal ini disebabkan karena ASI mengandung lebih dari 30 macam immunoglobulin . Kandungan asi menurut Soetjiningsih (1997) :

- Protein

Asi memiliki protein lebih rendah dari susu sapi, namun protein asi memiliki nilai nutrisi yang tinggi dan lebih mudah dicerna oleh pencernaan bayi. Hal ini disebabkan karena rasio protein whey lebih tinggi dari pada kasein. Protein whey endapannya lebih halus sehingga mudah dicerna. Kandungan protein asi tidak menjadikan bayi alergi karena hanya mengandung alfa-lactalbumin (pada susu sapi mengandung beta laktoglobulin dan bovine serum albumin yang sering menyebabkan alergi). Kadar sitin pada protein asi tinggi sehingga bisa berfungsi sebagai pertumbuhan otak bayi. Kadar tirsin dan fenilalanin pada asi rendah yang sangat bermanfaat pada bayi premature, karena bisa mengurangi gangguan pertumbuhan otak. Sintesis protein asi lebih tinggi karena memiliki kadar poliamin dan nukleotid

- Karbohidrat

Kandungan karbohidrat pada ASI lebih tinggi dibanding dengan susu formula maupun susu sapi. Kandungan karbohidrat yang paling banyak di ASI adalah laktosa, dimana kadar laktosa yang tinggi akan difermentasikan menjadi asam laktat yang sangat bermanfaat bagi usus bayi. Manfaat tersebut diantaranya adalah menghambat pertumbuhan bakteri jahat dalam usus, memacu pertumbuhan mikroorganisme yang memproduksi asam organik dan dapat mensistesi vitamin memudahkan terjadinya pengendapan Ca caseinat, dan memudahkan absorbs dari mineral (kalsium, fosfor dan magnesium)

Selain laktosa, ASI juga mengandung galaktosa, glukosa dan glukosamin. Galaktosa berfungsi sebagai pembentuk dan pertumbuhan otak serta proses mielinisasi dan sintesis galaktosida. Glukosamin pada ASI berfungsi sebagai bifidus faktor yaitu faktor yang mempengaruhi pertumbuhan laktobasilus bifidus pada pencernaan bayi. Laktobasilus bifidus ini

- Lemak

Kadar lemak ASI dan susu sapi sama besarnya, namun memiliki manfaat dan keistimewaan yang berbeda yaitu: memiliki bentuk emulsi yang sempurna karena asi mengandung enzim lipase yang memecah trigliserida menjadi digliserida dan kemudian menjadi monogliserida sebelum pencernaan di usus terjadi. Lemak asi merupakan lemak tak jenuh yang mampu memacu absorbs lemak, kalsium, dan garam kalsium. Garam kalsium di dalam lemak akan memacu perkembangan otak bayi dan mencegah terjadinya hipokalsemia. Selain itu kolesterol dalam lemak tak jenuh mampu menunjang proses mielinisasi susunan saraf pusat.

- Mineral

Jumlah mineral dalam ASI tergolong sedikit, namun kandungannya memiliki kandungan yang sangat lengkap dan cukup untuk bayi sampai usia 6 bulan. Mengandung Fe dan Ca yang stabil dan tidak dipengaruhi oleh asupan makanan yang dikonsumsi ibu. Garam organik yang terdapat pada ASI mengandung kalium kalsium dan natrium yang berasal dari asam klorida dan fosfat. Kalsium dan fosfat baik sebagai pembentuk tulang. Fe dalam ASI tidak dipengaruhi oleh kadar hemoglobin pada ibu. Penelitian (Ernawati, Ismarwati, and Hutapea 2019) menjelaskan kadar Fe pada ibu menyusui anemia (anemia ringan dan anemia sedang) dengan ibu menyusui yang tidak anemi tidak ada perbedaan yang signifikan.

- Air

Asi mengandung 88% air yang berfungsi sebagai pelarut zat-zat yang terkandung didalamnya. ASI sumber air yang aman dan meredakan rasa haus dan lapar bayi

- Vitamin
Vitamin yang terdapat di ASI memiliki kandungan lengkap yaitu vitamin A, D, C dan golongan vitamin B

Manfaat ASI

- Sebagai antibody / kekebalan tubuh
Hal ini disebabkan kandungan asi mengandung kekebalan non spesifik dan kekebalan spesifik dari ASI. Kekebalan non spesifik bisa terjadi adanya pertumbuhan laktobasilus bifidus, laktoferin, lisozom, dan laktoperoksidase pada asi. Faktor kekebalan di dalam ASI dikarenakan komposisi ASI mengandung immunoglobulin A (Ig A) yang terdapat di ASI matur dan memiliki komponen yang konstan setiap proses menyusui.
- Pertumbuhan dan perkembangan bayi lebih optimal
Bayi yang diberikan asi akan lebih tahan terhadap penyakit dan proses mielinisasi berjalan optimal. Bayi yang diberikan ASI eksklusif akan kembali ke berat lahir paling tidak usia 2 minggu, memiliki pertumbuhan berat badan dan panjang badan yang lebih baik dibandingkan dengan susu formula. Dalam pemberian ASI terdapat interaksi langsung antar ibu dengan anak sehingga ibu dapat memberikan berbagai macam stimulasi sensoris, taktil, pendengaran, penglihatan, dan penciuman
- Mengurangi resiko obesitas
Bayi yang mendapat asi tumbuh lebih cepat pada 2-3 bulan pertama kehidupannya, dan meningkat secara konstan sampai usia 6 bulan. Peningkatan berat badan pada bayi yang diberi ASI dengan susu formula biasanya lebih rendah dari pada bayi yang diberi susu formula. Hal ini disebabkan karena bayi yang mengkonsumsi asi dapat mengatur sendiri jumlah kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan sesuai dengan rasa lapar dan haus bayi, namun bayi yang diberikan susu formula kebutuhan nutrisi tergantung dari pengasuh yang memberikan susu tersebut. Susu formula memiliki jumlah kalori yang sangat besar dibanding asi, selain itu dalam susu formula mengandung hormone insulin yang lebih tinggi akan merangsang deposit lemak sehingga resiko obesitas sudah terjadi mulai usia dini.

Tanda Kecukupan ASI

Berdasarkan Ikatan Dokter Anak Indonesia (2010)

- Produksi asi akan berlimpak pada hari ke-2 dan ke-4, Nampak payudara membesar dan penuh akan asi dan seringkali ASI menetes dari payudara
- Bayi menyusui 8-10 kali dengan perlekatan benar dan minimal dilakukan 10 menit setiap menyusui pada setiap payudara
- Bayi puas dan tertidur bahkan saat proses menyusui terutama pada payudara yang kedua
- Frekuensi Buang Air Kecil (BAK) lebih dari enam kali perhari dan berwarna jernih tidak kekuningan. Jika terdapat butiran halus kemerahan salah satu tanda kekurangan asi
- Frekuensi Buang air besar (BAB) > 4 kali sehari dengan jumlah tidak kurang dari satu sendok makan, atau setiap bayi menyusui mengeluarkan BAB masih dikatakan normal
- Feses berwarna kekuningan dengan utiran berwarna putih susu (seedy ilk), setelah bayi usia 4-5 hari. Jika pada hari tersebut bayi masih mengeluarkan feses berupa mekonium atau berwarna hijau kecoklatan maka kemungkinan bayi kurang asi

- Berat badan bayi tidak turun lebih dari 10% dari berat lahir.
- Berat badan bayi seperti berat lahir setelah usia 10-14 hari setelah lahir.

4. Prosedur Pembelajaran

Aktivitas pembelajaran pada materi ini adalah dengan discovery learning dan diskusi dalam peningkatan pengetahuan. Peningkatan pemahaman dan ketrampilan dalam materi kunjungan neonatus bayi dan balita maka mahasiswa diberi pembelajaran role play dan evaluasi. Daftar tilik ketrampilan tercantum pada prosedur penilaian

- kuliah teori sebanyak 2 kali pertemuan,
- Praktik anamnesa pengkajian neonates, bayi dan balita Estimasi waktu: 2x120 menit
- Praktikum pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Estimasi waktu : 3x120 menit
- Kanggoro mother care, Estimasi waktu 2x 120 menit
- Praktikum KIE perawatan bayi sehari hari, Estimasi waktu 2x120 menit
- Praktek pemberian profilaksis pada bayi baru lahir, Estimasi waktu: 2x120 menit
- Praktek memandikan bayi dan tindik bayi, Estimasi waktu : 1x120 menit
- Praktek Pijat bayi Estimasi waktu 3x120 menit
- Penugasan terstruktur (rancangan penugasan dan penilaian penugasan tercantum dalam prosedur penilaian)

5. Prosedur Penilaian

Penilaian yang digunakan dalam materi tumbuh kembang adalah keaktifan mahasiswa, soft skills mahasiswa dalam kegiatan praktikum, UTS, UAS, dan penugasan. Dalam penilaian pembelajaran praktikum mahasiswa di ujikan dalam bentuk evaluasi masing masing sub materi. Penugasan terlampir.

DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN FISIK

NO	LANGKAH/ TUGAS	PENILAIAN		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >=4</p>			
B	CONTEN			
2	Mempersiapkan alat –alat, berupa <ul style="list-style-type: none"> a. Timbangan b. Pengukur panjang badan c. Metlyn d. Thermometer e. stetoskop f. senter g. Handscoon h. Alat tulis i. Buku catatan 			
3	Membaca basmalah disetiap awal tindakan			
4	Anamnesa pengkajian data subyektif berupa biodata, riwayat pada saat ibu hamil, riwayat kelahiran			
5	Mencuci tangan dengan teknik <i>handwash/ handrub</i>			
6	Menggunakan sarung tangan			
7	Menilai keadaan umum bayi *			
8	Mengukur tanda vital (suhu badan, pernafasan; nadi;) *			
9	Menimbang berat badan dengan hati-hati *			
10	Mengukur panjang badan *			
11	Melakukan pemeriksaan kepala dengan hati-hati (inspeksi, palpasi, lihat ubun-ubun, moulase, memeriksa tulang cranial)			
12	Mengukur lingkar kepala * : <ul style="list-style-type: none"> 1. Cirkumverentia Fronto Occipitalis 2. Cirkumverentia Mento Occipitalis 3. Cirkumverentia Sub Occipito Bregmantika 4. Cirkumverentia Sub Mento Bregmantika : 			
13	Mengukur Lingkar lengan Atas (LILA)			
14	Melakukan pemeriksaan telinga (simetris, lubang telinga, dan pendengaran → pada usia 3 bulan bisa dilakuka tes pendengaran di dokter THT)			
15	Melakukan pemeriksaan mata (tanda infeksi, conjungtiva, sclera, pemeriksaan reflek pada mata yaitu burning, pupillary, eyeblink)			

16	Melakukan pemeriksaan hidung dan mulut 1) Pola pernapasan, 2) Mukosa lubang hidung 3) Amati septum pada hidung 4) Lakukan inspeksi adanya kista yang ada pada mukosa mulut. 5) Amati warna, kemampuan refleks menghisap. Apabila lidah menjulur keluar dapat dinilai adanya kecacatan kongenital. 6) Identifikasi adanya kelainan congenital berupa labioskisis/ labio palato skisis 7) Amati adanya bercak pada mukosa mulut, palatum dan pipi biasanya disebut sebagai Monilia albicans. 8) Amati gusi dan gigi, untuk menilai adanya pigmen.			
17	Melakukan pemeriksaan leher (adakah pembesaran kelenjar thyroid, getah bening, vena jugularis) dan refleks tonickneck dan reflek rooting Cek Kekakuan pada leher (Letakkan tangan pemeriksa pada bagian belakang kepala penderita, kemudian angkat pelan-pelan rasakan adanya tahanan &kekakuan)			
18	Melakukan pemeriksaan dada (bentuk, putting susu, ukuran lingkaran dada, retraksi dinding dada, adakah stridor dan weezing)			
19	Melakukan pemeriksaan ekstremitas (LILA, gerakan, jumlah jari) (bisa dilakukan reflek moro, babinski, palmar)			
20	Melakukan pemeriksaan pemeriksaan perut, meliputi* a. Inspeksi bentuk perut (cekung/ buncit) b. Perdarahan tali pusat c. Perut lembek saat diam d. palpasi perut (benjolan/ massa yang keras dan abnormal)			
21	Melakukan pemeriksaan genetalia a. Perempuan: Vagina, Uretra, labia minor dan labia mayor b. Laki-laki: Dua testis dalam skrotum, Penis berlubang pada ujung			
22	Melakukan pemeriksaan tungkai kaki (gerakan, simetris, jumlah jari)			
23	Melakukan pemeriksaan punggung dan anus, meliputi a. Pada punggung apakah terdapat spina bifida, bentuk tulang belakang. b. Terdapat lubang anus			
24	Melakukan pemeriksaan kulit (vernix caseosa, warna, pembengkakan, bercak hitam dan tanda lahir)			
25	Mengakhiri kegiatan dengan membaca hamdalah			
	TEHNIK			
26	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
27	Melakukan kontak mata dan empati			
28	Menerapkan prinsip pasien safety			
	JUMLAH			
	NILAI= JUMLAH SKOR : 0,56 =			

Keterangan:

Yogyakarta,
Evaluatur

.....

DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN REFLEKS PRIMITIF PADA BAYI

NO	CONTENT	0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1.	a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >=4			
B	CONTENT			
2	Memulai Kegiatan dengan membaca basmalah			
3	Cuci tangan anda dengan sabun			
4	Memastikan tempat aman dan nyaman			
5	Memeriksa reflek moro			
6	Memeriksa Refleks pada mata			
	a. Refleks Burning			
	b. Refleks Puppilary Reflex			
	c. Refleks Eyeblink Reflex			
7	Memeriksa reflek rooting			
8	Memeriksa reflek sucking			
9	Memeriksa reflek tonic neck			
10	Memeriksa reflek babinski			
11	Memeriksa reflek palmar			
12	Mengakhiri kegiatan dengan membaca hamdalah			
C	TEKNIK			
13	Melaksanakan tindakan secara sistematis/berurutan			
14	Menerapkan prinsip pencegahan infeksi			
	Jumlah Skor			

Nilai= jumlah skor : 28 X100

Yogyakarta,
Evaluatur

(.....)

DAFTAR TILIK PERAWATAN METODE KANGURU

NO	LANGKAH	PENILAIAN		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >=4</p>			
B	CONTENT			
2	Mengawasi tindakan dengan membaca basmalah			
	Penyampaian informasi			
3	Memperkenalkan diri			
4	Menjelaskan kepada ibu, keluarga mengapa bayi perlu dirawat KMC			
	Persiapan ibu			
5	Ibu membersihkan daerah dada dan perut dengan cara mandi dengan sabun 2-3 x sehari			
6	Kuku dan tangan ibu harus bersih, kuku pendek			
7	Pakaian/baju kanguru harus bersih dan hangat dengan cara mencuci baju dan menghangatkan setiap kali sebelum dipakai yaitu dengan cara dijemur dibawah terik matahari atau dengan cara diseterika			
	Persiapan bayi			
8	Bayi jangan dimandikan, tetapi cukup dibersihkan dengan kain bersih dan hangat			
9	Bayi perlu memakai tutup kepala/topi dan popok selama penggunaan metode kanguru			
10	Setiap popok bayi basah akibat buang air besar atau kecil segera ditangani			
	Cara memakai baju kanguru			
11	Selama memakai baju Kanguru, ibu/ pengganti ibu tidak memakai BH dan baju dalam*			
12	Kepala bayi dipalingkan kekanan/ kekiri sedikit tengadah, dan kepala bayi harus mencapai dagu ibu. *			
13	Dada bayi menempel dada ibu (kulit bayi menempel kulit ibu)*			
14	Tangan bayi diposisikan terbuka, pangkal paha bayi pada posisi bayi dalam kandungan			
15	Kaitkan dengan kuat kain penggendong dengan kuat. Tali atas dikaitkan ke leher ibu, tali yang bawah di pinggang ibu.			
16	Pastikan kain penggendong menopang leher bayi, berada sampai ke batas bawah kuping bayi.			
	Memonitor bayi			
17	Memperhatikan pernafasan bayi jika terlalu pelan atau kurang teratur			
18	Panas bayi dan jika menjadi dingin sedikit atau panas			

19	Gerakan bayi jika lesu/gemetar			
20	Jika popok basah akibat buang air kecil segera diganti			
21	Mengakhiri tindakan dengan membaca hamdalah			
	TEKNIK			
22	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
23	Menerapkan prinsip pencegahan infeksi			
	JUMLAH			

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Jumlah total

$$\text{Nilai} = \frac{\text{-----}}{46} \times 100$$

Nilai ≥ 70 , mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai < 70 , mahasiswa harus mengulang

Yogyakarta,

Evaluator

.....

DAFTAR TILIK KIE PERAWATAN BAYI

NO	LANGKAH / TUGAS	SKOR		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan kegiatan KIIE d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >/=4</p>			
	CONTENT			
2	Memulai tindakan dengan membaca basmalah			
3	Menjelaskan ke ibu tentang pencegahan hipotermi, hipertermi.			
4	Mejelaskan pada ibu untuk memberikan ASI saja pada bayi dan cara pemberian ASI			
5	Menjelaskan pada ibu untuk selalu melakukan pencegahan infeksi (perawatan tali pusat, memandikan bayi, cuci tangan sebelum dan setelah menyusui, Personal higien bayi)			
6	Menjelaskan pada ibu terkait pentingnya Imunisasi dan jadwal imunisasi			
7	<p>Menjelaskan Tanda – tanda bahaya pada bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kesulitan pemberian ASI, sulit menghisap, atau hisapan lemah. b) Kesulitan bernafas, contoh pernafasan cepat > 60 x/menit atau menggunakan otot nafas tambahan. c) Letargi, gerakan asimetris (kejang) d) Warna abnormal: kulit / bibir biru (sianosis) atau bayi sangat kuning. e) Suhu: terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermia) f) Tangis atau perilaku abnormal atau tidak biasa (misal tangis melengking) g) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak buang air besar selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus – menerus, muntah dan pembesaran abdomen, faeces hijau tua atau berdarah / lender. h) Mata: bengkak atau mengeluarkan cairan. 			
8	Melakukan Evaluasi pemahaman ibu			
9	Mendokumentasi kegiatan			
10	Mengakhiri kegiatan dengan membaca hamdalah			
	TEKNIK			
11	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
	Jumlah Skor			

Nilai= jumlah skor : 0,26=

Yogyakarta,
Evaluators

.....

DAFTAR TILIK SALEP MATA

NO	LANGKAH	PENILAIAN		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu pada keluarga d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >=4</p>			
B	CONTENT			
2	Mengawali kegiatan dengan membaca basmalah			
3	Mencuci tangan			
4	Menyiapkan: Tempat : aman, nyaman, bersih, terjaga privacy. Alat : bak instrumen, bengkok, kassa , air DTT, salep mata			
5	Menyiapkan obat mata (berlabel <i>Ophthalmic</i>) -Memilih bungkus unit dosis yang sesuai atau tempat obat, cocokkan label dengan instruksi pengobatan dan tentukan dosis obat yang diberikan -Hangatkan obat atau salep sesuai dengan temperatur tubuh dengan menggenggam selama 2 menit			
6	Identifikasi ketepatan pasien (nama bayi, tanggal lahir, nomor rekam medis dll)			
7	Mencocokkan tempat obat atau dosis obat dengan instruksi pengobatan sebelum obat diberikan			
8	Menjelaskan prosedur pada ibu bahwa anak akan diberikan salep mata untuk pencegahan infeksi			
9	Menjaga privacy			
10	Membersihkan mata dengan kassa yang telah dibasahi dengan cairan steril Untuk membersihkan sekret. Membersihkan chantus dari sebelah dalam menuju keluar. Gunakan kasa yang berbeda untuk masing-masing mata.			
11	Mencuci tangan kembali			
12	Mengatur posisi petugas, dominasi di ujung kepala klien			
13	Meletakkan tangan petugas di atas bagian depan kepala pasien dan pegang salep, tekan tube salep pegang secara vertikal antara ibu jari dan jari telunjuk			
14	Memberikan salep mata: -Meletakkan 3 jari tangan di bawah mata dan tarik ke bawah dengan pelan-pelan tetapi kuat untuk membuka konjungtiva bayi -Memegang tube secara tegak lurus dan salep di buang dulu -Memulai disebelah dalam canthus, berikan salep pada konjungtiva			
15	Biarkan mata tetap menutup selama 2 menit. Usap sisa-sisa obat dengan kapas, atau kassa atau tissue dan buang ke bengkok			
16	Mengulangi prosedur tersebut untuk mata yang lain. Gunakan satu salep mata untuk satu bayi			
17	Mengevaluasi bayi terhadap reaksi obat dan efek samping obat			

18	Memberikan bayi kepada ibunya agar tercipta bounding attachment			
19	Membereskan dan merapikan alat			
20	Mencuci tangan			
21	Mencatat pemberian salep mata pada bayi. Mencatat keadaan mata, dan kelopak mata, karakteristik sekret dan perhatikan reaksi bayi terhadap perawatan yang diberikan.			
22	Mengakhiri kegiatan dengan membaca hamdalah			
	TEKNIK			
23	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
24	Menerapkan prinsip pencegahan infeksi			
	JUMLAH			

NILAI= JUMLAH SKOR:0,48=

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

Yogyakarta,

Evaluator

.....

DAFTAR TILIK INJEKSI VITAMIN K (INTRAMUSKULER)

NO	LANGAH	PENILAIAN		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1	a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >=4			
	CONTENT			
2	Komunikasi dengan ibu/ pasien selama melakukan tindakan			
3	Persiapan tempat			
	a.Aman			
	b.Nyaman			
	Persipan alat			
	a.Sputit insulin			
	b.Kapas DTT			
	C. Vit K.			
4	Mencuci tangan (hanwash/ hansrub) dan menggunakan sarung tangan			
5	Mengisi spuit dengan vit K* (Rekomendasi WHO dosis Vitamin K 1 mg) <ul style="list-style-type: none"> • Atau sebanyak 0,5 ml untuk sediaan Neo K 2mg/ml (lebih direkomendasikan) • Sebanyak 0,1 ml untuk Sediaan phytomenadione 10 mg/ml 			
6	Mengatur posisi bayi terlentang diatas tempat yang datar dalam keadaan hangat dan bersih			
7	Menyiapkan bagian yang akan diinjeksi; 1/3 tengah paha kiri bagian luar			
8	Meletakkan ibu jari dan telunjuk pada posisi yang akan disuntik			
9	Membersihkan lokasi penyuntikan dengan kapas desinfektan			

10	Menusukkan jarum tegak lurus ke bawah melalui kulit antara ibu jari dan jari tengah sampai ke dalam otot (injeksi intra muscular)*			
11	Menarik piston/aspirasi sedikit untuk meyakinkan jarum tidak masuk pembuluh darah*			
12	Mendorong pangkal piston dengan ibu jari tangan kanan			
13	Menarik jarum setelah vaksin habis sambil menekan lokasi penyuntikan dengan kapas			
14	merapikan bayi sekaligus mengamati kondisi umum bayi			
15	Membereskan alat-alat (merendam bengkok ke larutan klorin, membuang needle ke safety box, spuit, kapas alkohol dan handscone ke tempat sampah infeksius)			
16	mencuci tangan			
17	Mengakhiri tindakan dengan membaca hamdalah			
	TEKNIK			
19	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
20	Menerapkan pencegahan infeksi			
Jumlah				

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah total}}{40} \times 100$$

Nilai \geq 70, mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai $<$ 70, mahasiswa harus mengulang

Yogyakarta,

Evaluator

.....

DAFTAR TILIK MEMANDIKAN BAYI

NO	LANGKAH / TUGAS	PENILAIAN		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >=4</p>			
B	CONTEN			
2	Mengawali tindakan dengan membaca basmalah			
3	Cuci tangan anda dengan sabun			
4	Persiapan tempat : Ruang hangat Persiapan alat: <ul style="list-style-type: none"> a. Handscoon dan tempatnya b. Ember bayi c. Washlap d. Sabun mandi e. Pakaian bersih f. Handuk g. perlak dan kain bersih h. Baby oil i. Minyak telon 			
5	Pastikan ruangan dalam keadaan hangat			
6	Siapkan air hangat, tapi tidak terlalu panas dalam bak mandi			
7	Menggunakan sarung tangan			
8	Lepaskan pakaian bayi			
9	Bersihkan tinja dari daerah pantat sebelum dimandikan agar air mandi tetap segar			
10	Letakkan bayi pada perlak yang dialasi kain bersih			
11	Sanggalah kepala bayi sambil mengusap air ke muka, tali pusat dan tubuh bayi			
12	Sabuni seluruh badan bayi (jangan memberi sabun pada muka dan cuci mukanya dahulu sampai bersih)			
13	Cuci tali pusat dengan air bersih dan sabun, bersihkan dan keringkan seluruhnya			
14	Jika bayi laki – laki tarik katup (preputium) kebelakang dan bersihkan bila bayi perempuan bersihkan labia mayora dan minora			
15	Tempatkan bayi kedalam bak mandi sambil menyangga kepala dan punggungnya. Bilaslah sabun dengan cepat (tidak perlu mengilangkan verniks)			
16	Tempatkan bayi di handuk bersih yang sudah disiapkan			

17	Keringkan betul – betul bayi dengan sebuah handuk yang hangat dan kering			
18	Perawatan tali pusat (tidak diberikan apapun. Jaga agar tetap kering dan bersih)			
19	Kenakan popok dengan pas, tidak terlalu ketat			
20	Yakinkan bahwa ujung atas popok berada dibawah tali pusat			
21	Kenakan pakaian yang bersih dan kering			
22	Serta bungkuslah selimut yang bersih dan kering			
23	Bereskan alat, lepas sarung tangan, Cuci tangan			
24	Mengakhiri tindakan dengan membaca hamdalah			
	TEKNIK			
25	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
26	Menarapkan prinsip pencegahan infeksi			

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Jumlah total

$$\text{Nilai} = \frac{\text{-----}}{56} \times 100$$

Nilai ≥ 70 , mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai < 70 , mahasiswa harus mengulang

Yogyakarta,

Evaluator

.....

DAFTAR TILIK PIJAT BAYI

NO	LANGKAH	PENILAIAN		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan			
2	Komunikasi dengan ibu/ pasien selama melakukan tindakan			
	CONTENT			
3	Tangan bersih dan hangat			
4	Hindari agar kuku dan perhiasan tidak mengakibatkan goresan pada kulit bayi			
5	Ruang yang hangat dan tidak pengap			
6	Bayi sudah selesai makan/ minum ASI atau sedang tidak lapar			
7	Secara khusus menyediakan waktu untuk tidak diganggu minimal 15 menit			
8	Baringkan bayi di atas permukaan kain yang rata, lembut dan bersih			
9	Siapkan handuk, popok, baju ganti dan minyak bayi			
10	Mintalah ijin pada bayi sebelum melakukan pemijatan dengan cara membelai wajah dan kepala bayi serta mengajak berbicara			
11	Duduk pada posisi yang nyaman dan tenang			
	KAKI			
	a.Perahan India			
12	Peganglah kaki bayi pada pangkal paha seperti memegang pemukul soft ball, kemudian gerakan tangan ke bawah secara bergantian, seperti memerah susu			
	b.Peras dan putar			
13	Pegang kaki bayi pada pangkal paada dengan kedua tangan secara bersamaan. Peras dan putar kaki bayi dengan lembut dimulai dari pangkal paha ke arah mata kaki			
	c.Telapak kaki			
14	Urutlah telapak kaki bayi dengan kedua ibu jari secara bergantian, dimulai dari tumit kaki menuju jari-jari di seluruh telapak kaki			
	d.Tarikan lembut jari			
15	Pijatlah jari-jarinya satu per satu dengan gerakan memutar menjauhi telapak kaki, diakhiri dengan tarikan kasih yang lembut pada tiap ujung jari			
	e.Gerakan perengangan (<i>stretch</i>)			
16	Dengan mempergunakan sisi dari jari telunjuk, pijat telapak kaki mulai dari batas jari-jari ke arah tumit, kemudian ulang lagi dari perbatasan jari ke arah tumit. Kemudian dengan jari tangan lain regangkan dengan lembut punggung kaki pada daerah pangkal kaki ke arah tumit			
	f.Titik tekan			
17	Tekan-tekanlah kedua ibu jari secara bersamaan di seluruh permukaan telapak kaki dari arah tumit ke jari-jari			
	g.Punggung kaki			
18	Dengan mempergunakan kedua ibu jari secara bergantian pijatlah punggung kaki dari pergelangan kaki ke arah jari-jari secara bergantian			
	h.Peras dan putar pergelangan kaki (<i>ankle circles</i>)			
19	Buatlah gerakan seperti memeras dengan mempergunakan ibu jari dan jari-jari lainnya di pergelangan kaki bayi			
	i.Perahan Swedia			
20	Peganglah kaki bayi pada pergelangan kaki, gerakan tangan secara bergantian dari pergelangan ke pangkal paha			
	j.Gerakan menggulung			

21	Pegang pangkal paha dengan kedua tangan Anda, buatlah gerakan menggulung dari pangkal paha menuju pergelangan kaki			
	k.Gerakan akhir			
22	Setelah gerakan a-k dilakukan pada kaki kanan dan kiri, rapatkan kedua kaki bayi. Letakkan kedua tangan Anda secara bersamaan pada pantat dan pangkal paha. Usap kedua kaki bayi dengan tekanan lembut dari paha ke arah pergelangan kaki.			
	PERUT			
	a.Mengayuh sepeda			
23	Lakukan gerakan memijat pada perut bayi seperti mengayuh pedal sepeda, dari atas ke bawah perut, bergantian dengan tangan kanan dan kiri			
	b.Mengayuh sepeda dengan kaki diangkat			
24	Angkat kedua kaki bayi dengan salah satu tangan. Dengan tangan yang lain, pijat perut bayi dari perut bagian atas sampai ke jari-jari kaki.			
	c.Ibu jari kesamping			
25	Letakkan kedua ibu jari di samping kanan-kiri pusar perut. Gerakkan kedua ibu jari ke arah tepi perut kanan dan kiri			
	d.Bulan-matahari			
26	Buat lingkaran searah jarum jam dengan jari tangan kiri mulai dari perut sebelah kanan bawah (daerah usus buntu) ke atas, kemudian kembali ke daerah kanan bawah (seolah membentuk gambar matahari). Gunakan tangan kanan untuk membuat gerakan setengah lingkaran mulai dari bagian kanan bawah perut bayi sampai bagian kiri perut bayi (seolah membentuk gambar bulan). Lakukan kedua gerakan secara bersama-sama.			
	e.Gerakan I Love You			
27	I.....Pijatlah perut bayi mulai dari bagian kiri atas ke bawah dengan menggunakan jari-jari tangan kanan membentuk huruf "I" Love Pijatlah perut bayi membentuk huruf "L" terbalik, mulai dari kanan atas ke kiri atas, kemudian dari kiri atas ke kiri bawah. You Pijatlah perut bayi membentuk "U" terbalik, mulai dari kanan bawah (daerah usus buntu) ke atas, kemudian ke kiri, ke bawah dan berakhir di perut kiri bawah.			
	f.Gelembung atau jari-jari berjalan (<i>walking fingers</i>)			
28	Letakkan ujung jari-jari satu tangan pada perut bayi bagian kanan. Gerakkan jari-jari Anda pada perut bayi dari bagian kanan ke kiri guna mengeluarkan gelembung-gelembung udara.			
	DADA			
	a.Jantung besar			
29	Buatlah gerakan yang menggambarkan jantung dengan meletakkan ujung-ujung jari kedua telapak tangan Anda di tengah dada bayi/ ulu hati. Buat gerakan ke atas sampai di bawah leher, kemudian ke samping di atas tulang selangka, lalu ke bawah mmebentuk bentuk jantung dan kembali ke ulu hati.			
	b.Kupu-kupu			
30	Buatlah gerakan diagonal seperti gambar kupu-kupu, dimulia dengan tangan kanan membuat gerakan memijat menyilang dari tengah dada/ ulu hati ke arah bahu kanan, dan kembali ke ulu hati. Gerakan tangan kiri Anda ke bahu kiri dan kembali ke ulu hati.			
	TANGAN			
	a.Memijat ketiak (<i>armpits</i>)			

31	Buatlah gerakan memijat pada daerah ketiak dari atas ke bawah. Perlu diingat, kalau terdapat pembengkakan kelenjar di daerah ketiak, sebaiknya gerakan tidak dilakukan.			
	b.Perahan cara India			
32	Peganglah lengan bayi bagian pundak dengan tangan kanan seperti memegang pemukul <i>soft ball</i> , tangan kiri memegang pergelangan tangan bayi. Gerakkan tangan kanan mulai dari bagian pundak ke arah pergelangan tangan, kemudian gerakkan tangan kiri dari pundak ke arah pergelangan tangan. Demikian seterusnya, gerakkan tangan kanan dan kiri ke bawah secara bergantian dan berulang-ulang seolah memerah susu sapi.			
	c.Peras dan putar (<i>squeeze and twist</i>)			
33	Peras dan putar lengan bayi dengan lembut mulai dari pundak ke pergelangan tangan.			
	d.Membuka lengan			
34	Pijat telapak tangan dengan kedua ibu jari, dari pergelangan tangan ke arah jari-jari.			
	e.Putar jari-jari			
35	Pijat lembut jari bayi satu per satu menuju ke arah ujung jari dengan gerakan memutar. Akhirilah gerakan ini dengan tarikan lembut pada tiap ujung jari			
	f.Punggung tangan			
36	Letakkan tangan bayi di antara kedua tangan Anda. Usap punggung tangannya dari pergelangan tangan ke arah jari-jari dengan lembut.			
	g.Pers dan putar pergelangan tangan (<i>wrist circle</i>)			
37	Peraslah sekeliling pergelangan tangan dengan ibu jari dan jari telunjuk			
	h.Perahan cara swedia			
38	Gerakkan tangan kanan dan kiri Anda secara bergantian mulai dari pergelangan tangan kanan bayi ke arah pundak. Lanjutkan dengan pijatan dari pergelangan kiri bayi ke arah pundak.			
	i.Gerakan menggulung			
39	Peganglah lengan bayi bagian atas/ bahu dengan kedua telapak tangan. Bentuklah gerakan menggulung dari pangkal lengan menuju ke arah pergelangan tangan/ jari-jari.			
	MUKA			
	a.Dahi : Menyetrika dahi (<i>open book</i>)			
40	Letakkan jari-jari kedua tangan Anda pada pertengahan dahi. Tekankan jari-jari Anda dengan lembut mulai dari tengah dahi ke luar samping kanan dan kiri seolah menyetrika dahi atau membuka lembaran buku. Gerakkan ke bawah ke daerah pelipis, kemudian gerakkan ke dalam melalui daerah pipi di bawah mata.			
	b.Alis : Menyetrika alis			
41	Letakkan kedua ibu jari Anda pada pertengahan alis. Gunakan kedua ibu jari untuk memijat secara lembut pada alis mata dan di atas kelopak mata, mulai dari tengah ke samping seolah menyetrika alis.			
	c.Hidung : Senyum I			
42	Letakkan kedua ibu jari Anda pada pertengahan alis. Tekankan ibu jari Anda dari pertengahan kedua alis turun melalui tepi hidung ke arah pipi dengan membuat gerakan ke samping dan ke atas seolah membuat bayi tersenyum.			
	d.Mulut bagian atas : Senyum II			
43	Letakkan kedua ibu jari Anda di atas mulut di bawah sekat hidung. Gerakkan kedua ibu jari Anda dari tengah ke samping dan ke atas ke daerah pipi seolah membuat bayi tersenyum			

	e.Mulut bagian bawah : Senyum III			
44	Letakkan kedua ibu jari Anda ditengah dagu. Tekankan dua ibu jari pada dagu dengan gerakan dari tengah ke samping, kemudian ke atas ke arah pipi seolah membuat bayi tersentum.			
	f.Lingkaran kecil di rahang (<i>small circles around jaw</i>)			
45	Dengan jari kedua tangan, buatlah lingkaran-lingkaran kecil di daerah rahang bayi.			
	g.Belakang telinga			
46	Dengan menggunakan ujung jari, berikan tekanan lembut pada daerah belakang telinga kanan dan kiri. Gerakkan ke arah pertengahan dagu di bawah dagu.			
	PUNGGUNG			
	a.Gerakan maju mundur (kursi goyang)			
47	Tengkurapkan bayi melintang di depan Anda dengan kepala di sebelah kiri dan kaki di sebelah kanan Anda. Pijatlah sepanjang punggung bayi dengan gerakan maju mundur menggunakan kedua telapak tangan, dari bawah leher sampai ke pantat bayi, kembali lagi ke leher.			
	b.Gerakan menyetrika			
48	Pegang pantat bayi dengan tangan kanan. Dengan tangan kiri, pijatlah mulai dari leher ke bawah sampai bertemu dengan tangan kanan yang menahan pantat bayi seolah menyetrika punggung.			
	c.Gerakan menyetrika dan mengangkat kaki			
49	Ulangi gerakan menyetrika punggung, hanya kali ini tangan kanan memegang kaki bayi dan gerakan dilanjutkan sampai ke tumit kaki bayi.			
	d.Gerakan melingkar			
50	Dengan jari-jari kedua tangan Anda, buatlah gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil mulai dari batas tengkuk turun ke bawah di sebelah kanan dan kiri tulang punggung sampai ke pantat. Mulai dengan lingkaran-lingkaran kecil di daerah leher, kemudian lingkaran yang lebih besar di daerah pantat.			
	e.Gerakan menggaruk			
51	Tekankan dengan lembut kelima jari-jari tangan kanan Anda pada punggung bayi. Buat gerakan menggaruk ke bawah memanjang sampai ke pantat bayi.			
	TEKNIK			
52	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
53	Menjaga privasi pasien			
	JUMLAH			

Keterangan

Yogyakarta,

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Jumlah total

Nilai = ----- x 100

106

Evaluator

.....

Nilai \geq 70, mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai $<$ 70, mahasiswa harus mengulang

6. Referensi

- Davies, L. and McDonald, S. (2011) *Pemeriksaan Kesehatan Bayi Pendekatan Multidimensi*. Terjemahan. Edited by D. Widiarti, A. Widhi, and E. Tiar. Jakarta: EGC.
- Ernawati, D., Ismarwati and Hutapea, H. P. (2019) 'Analisis Kandungan Fe dalam Air Susu Ibu (ASI) Pada Ibu Menyusui', *Jurnal Ners dan Kebidanan*, 6(1), pp. 51–55. doi: 10.26699/jnk.v6i1.ART.p051.
- Evareny, L. (2009) *Peran Ayah dalam Praktek Pemberian ASI di Kota Bukittinggi Provinsi Sumatera Barat*. Universitas Gadjah Mada.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia (2010) *Indonesia Menyusui*. Edited by R. Suradi et al. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Kemendes RI (2015) *Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*. Revisi MTBS. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Bakti Husada.
- Khomsan, A. (2006) *Solusi Makanan Sehat*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Menteri Kesehatan RI (2014) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak*. doi: 10.1038/132817a0.
- Pritasari, K., Rohsiswatmo, R. and Weber, M. (2010) *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*.
- Putra, D. S. H. et al. (2014) *Keperawatan Anak dan Tumbuh Kembang (Pengkajian dan Pengukuran)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Soetjiningsih (1997) *ASI Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: EGC.

BAB 6. **IMUNISASI**

1. Imunisasi

Berdasarkan hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian bayi (AKB) 34/1000 kelahiran hidup dan angka kematian balita (AKBA) 44/1000 kelahiran hidup. Hasil survei Riskesdas tahun 2013 didapatkan data cakupan imunisasi HB-0 (79,1%), BCG (87,6%), DPT-HB-3 (75,6%), Polio-4 (77,0%), dan imunisasi campak (82,1%). Survei ini dilakukan pada anak usia 12– 23 bulan. Hal ini disebabkan masih ada pemahaman masyarakat yang berbeda mengenai imunisasi, sehingga masih banyak bayi dan balita yang tidak mendapatkan pelayanan imunisasi. Alasan yang disampaikan orangtua mengenai hal tersebut, antara lain karena anaknya takut panas, sering sakit, keluarga tidak mengizinkan, tempat imunisasi jauh, tidak tahu tempat imunisasi, serta sibuk/ repot. Karena itu, pelayanan imunisasi harus ditingkatkan di berbagai tingkat unit pelayanan.

Imunisasi merupakan upaya kesehatan masyarakat yang telah diselenggarakan di Indonesia sejak 1956. Program ini terbukti pula paling efektif dan efisien dalam pemberian layanan kesehatan. Lewat program ini pula Indonesia dinyatakan bebas dari penyakit cacar sejak tahun 1974. Mulai tahun 1977, selanjutnya kegiatan imunisasi diperluas menjadi Program Pengembangan Imunisasi (PPI) dalam rangka pencegahan penularan terhadap beberapa Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I), yaitu Tuberkulosis, Difteri, Pertusis, Campak, Polio, Tetanus, Hepatitis-B, serta Pneumonia.

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi membawa program imunisasi ke dalam penyelenggaraan pelayanan yang bermutu dan efisien. Upaya tersebut didukung dengan kemajuan yang pesat dalam bidang penemuan vaksin baru (Rotavirus, Japanese Encephalitis, dan lain-lain). Perkembangan teknologi lain adalah menggabungkan beberapa jenis vaksin sebagai vaksin kombinasi yang terbukti dapat meningkatkan cakupan imunisasi, mengurangi jumlah suntikan dan kontak dengan petugas (Mulyanti et al. 2014).

2. Capaian Pembelajaran

memahami konsep imunisasi dan mampu memberikan imunisasi dasar lengkap pada bayi

3. Materi

a. Immunologi

Imunologi adalah ilmu yang sangat kompleks mempelajari tentang sistem kekebalan tubuh. Perlindungan terhadap penyakit infeksi dihubungkan dengan suatu kekebalan, yaitu kekebalan aktif dan kekebalan pasif. Sistem kekebalan adalah suatu system yang rumit dari interaksi sel yang tujuan utamanya adalah mengenali adanya antigen. Antigen dapat berupa virus atau bakteri yang hidup atau yang sudah diinaktifkan. Jenis kekebalan terbagi menjadi kekebalan aktif dan kekebalan pasif.

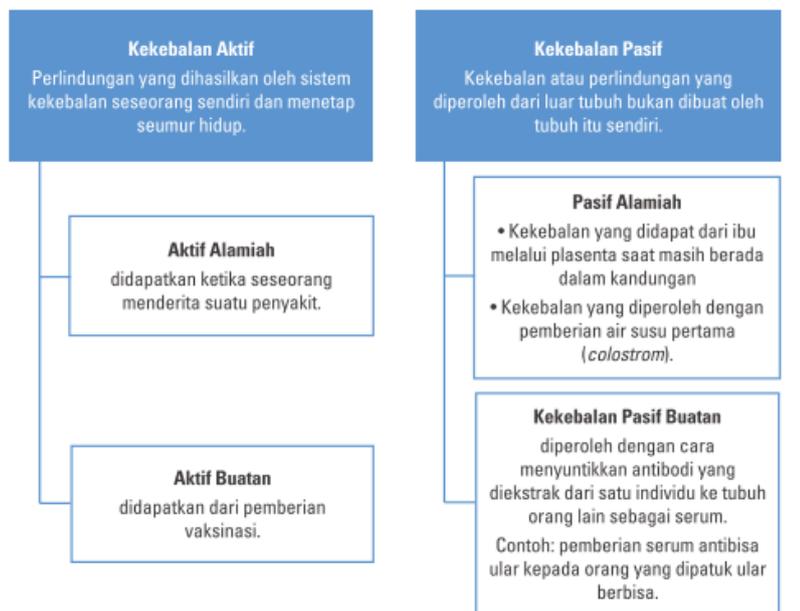
b. Definisi Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten. Anak diimunisasi, berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak kebal atau resisten terhadap suatu penyakit tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.

Vaksin adalah antigen berupa mikroorganisme yang sudah mati, masih hidup tapi dilemahkan, masih utuh atau bagiannya, yang telah diolah, berupa toksin mikroorganisme yang telah diolah menjadi toksoid, protein rekombinan yang apabila diberikan kepada seseorang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit infeksi tertentu.

Imunisasi wajib merupakan imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit menular tertentu. Imunisasi wajib terdiri atas imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus.

Imunisasi rutin: Imunisasi rutin merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan secara terus-menerus sesuai jadwal. Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan.



Sumber: Depkes RI, 2009

Tabel 6.1. Klasifikasi Vaksin

	<i>Live Attenuated</i>	<i>Inactivated</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Derivat dari virus atau bakteri liar (<i>wild</i>) yang dilemahkan. Tidak boleh diberikan kepada orang yang defisiensi imun. Sangat labil dan dapat rusak oleh suhu tinggi dan cahaya. 	<ul style="list-style-type: none"> Dari organisme yang diambil, dihasilkan dari menumbuhkan bakteri atau virus pada media kultur, kemudian diinaktifkan. Biasanya, hanya sebagian (fraksional). Selalu memerlukan dosis ulang.
VIRUS	Campak, mumps, rubella, polio, yellow fever, dan cacar air	<ul style="list-style-type: none"> Virus inaktif utuh: influenza, polio, rabies, hepatitis A. Virus inaktif fraksional: sub-unit (hepatitis B, influenza, acellular pertussis, typhoid injeksi), toxoid (DT botulinum), polisakarida murni (<i>pneumococcal</i>, meningococcal, Hib), dan polisakarida konjugasi (Hib dan <i>pneumococcal</i>).
BAKTERI	BCG dan tifoid oral	<ul style="list-style-type: none"> Bakteri inaktif utuh (pertussis, typhoid, cholera, pes)

c. Tujuan

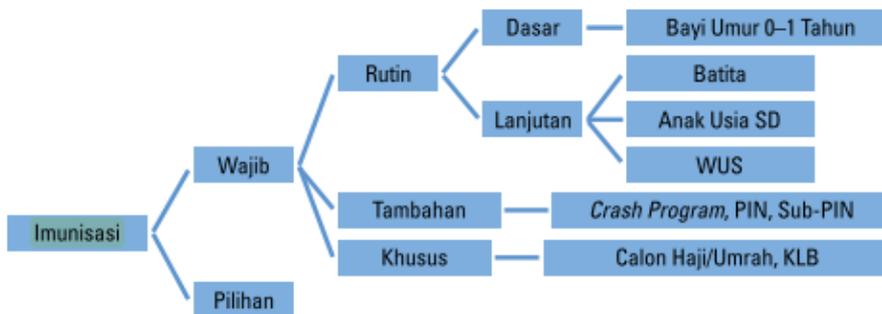
Tujuan Umum : Menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I). 2. tujuan khusus

Tujuan Khusus:

- 1) Tercapainya target Universal Child Immunization (UCI) yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di seluruh desa/ kelurahan pada tahun 2014.
- 2) Tervalidasinya Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (insiden di bawah 1 per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun) pada tahun 2013.
- 3) Eradikasi polio pada tahun 2015. d. Tercapainya eliminasi campak pada tahun 2015.
- 4) Terselenggaranya pemberian imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (safety injection practise and waste disposal management).

d. Jenis dan jadwal Imunisasi

Jenis Vaksin berdasarkan sifat penyelenggaraan



Gambar 2.3 Skema Jenis Imunisasi Berdasarkan Sifat Penyelenggaraan

Jadwal Imunisasi Anak Usia 0 – 18 Tahun
Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2017

Imunisasi	Usia																					
	Bulan												Tahun									
	Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	18	
Hepatitis B	1		2	3	4																	
Polio	0		1	2	3						4											
BCG	1 kali																					
DTP			1	2	3						4						5				6 (Td/Tdep)	7 (Td)
Hib			1	2	3					4												
PCV			1		2				3		4											
Rotavirus			1		2				3*													
Influenza	Ulangan 1 kali setiap tahun																					
Campak								1			2					3						
MMR										1						2						
Tifoid	Ulangan setiap 3 tahun																					
Hepatitis A	2 kali, interval 6 – 12 bulan																					
Varisela	1 kali																					
HPV	2 atau 3 kali ^P																					
Japanese encephalitis									1							2						
Dengue	3 kali, interval 6 bulan																					

Keterangan
 Cara membaca kolom usia : misal berarti usia 2 bulan (60 hari) s.d. 2 bulan 29 hari (89 hari)
 Rekomendasi imunisasi berlaku mulai **Juni 2017**
 Dapat diakses pada website IDAI (<http://idai.or.id/public-articles/klinik/imunisasi/jadwal-imunisasi-anak-idai.html>)
^P Vaksin rotavirus merupakan tidak perlu dosis ke-3 (lihat keterangan)
^A Apabila diberikan pada remaja usia 10-13 tahun, pemberian cukup 2 dosis dengan interval 6-12 bulan; respons antibodi setara dengan 3 dosis (lihat keterangan)

 Optimal Catch-up Booster Daerah Endemis

Untuk memahami tabel (jadwal imunisasi) perlu membaca keterangan tabel

- Vaksin hepatitis B (HB). Vaksin HB pertama (monovalen) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan disusul pemberian surtitan vitamin K₁ minimal 30 menit sebelumnya. Jadwal pemberian vaksin HB monovalen adalah usia 0,1, dan 6 bulan. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, diberikan vaksin HB dan imunoglobulin hepatitis B (IGIB) pada ekstremitas yang berbeda. Apabila diberikan HB kombinasi dengan DTPa, maka jadwal pemberian pada usia 2, 3, dan 4 bulan. Apabila vaksin HB kombinasi dengan DTPa, maka jadwal pemberian pada usia 2, 4, dan 6 bulan.
- Vaksin polio. Apabila lahir di rumah segera berikan OPV-0. Apabila lahir di sarana kesehatan, OPV-0 diberikan saat bayi dipulangkan. Selanjutnya, untuk polio-1, polio-2, polio-3, dan polio booster diberikan OPV atau IPV. Paling sedikit harus mendapat satu dosis vaksin IPV bersamaan dengan pemberian OPV-3.
- Vaksin BCG. Pemberian vaksin BCG dianjurkan sebelum usia 3 bulan, optimal usia 2 bulan. Apabila diberikan pada usia 3 bulan atau lebih, perlu dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu.
- Vaksin DTP. Vaksin DTP pertama diberikan paling cepat pada usia 6 minggu. Dapat diberikan vaksin DTPa atau DTPa atau kombinasi dengan vaksin lain. Apabila diberikan vaksin DTPa maka interval mengikuti rekomendasi vaksin tersebut yaitu usia 2, 4, dan 6 bulan. Untuk anak usia lebih dari 7 tahun diberikan vaksin Td atau Tdap. Untuk DTP 6 dapat diberikan Td/Tdap pada usia 10-12 tahun dan booster Td diberikan setiap 10 tahun.
- Vaksin pneumokokus (PCV). Apabila diberikan pada usia 7-12 bulan, PCV diberikan 2 kali dengan interval 2 bulan; dan pada usia lebih dari 1 tahun diberikan 1 kali. Keduanya perlu booster pada usia lebih dari 12 bulan atau minimal 2 bulan setelah dosis terakhir. Pada anak usia di atas 2 tahun PCV diberikan cukup satu kali.
- Vaksin rotavirus. Vaksin rotavirus monovalen diberikan 2 kali, dosis pertama diberikan usia 6-14 minggu (dosis pertama tidak diberikan pada usia > 15 minggu), dosis ke-2 diberikan dengan interval minimal 4 minggu. Batas akhir pemberian pada usia 24 minggu. Vaksin rotavirus pentavalen diberikan 3 kali, dosis pertama diberikan usia 6-14 minggu (dosis pertama tidak diberikan pada usia > 15 minggu), dosis kedua dan ketiga diberikan dengan interval 4-10 minggu. Batas akhir pemberian pada usia 32 minggu.
- Vaksin influenza. Vaksin influenza diberikan pada usia lebih dari 6 bulan, diulang setiap tahun. Untuk imunisasi pertama kali (primary immunization) pada anak usia kurang dari 9 tahun diberi dua kali dengan interval minimal 4 minggu. Untuk anak 6-96 bulan, dosis 0,25 ml. Untuk anak usia 36 bulan atau lebih, dosis 0,5 ml.
- Vaksin campak. Vaksin campak kedua (18 bulan) tidak perlu diberikan apabila sudah mendapatkan MMR.
- Vaksin MMR/MMR. Apabila sudah mendapatkan vaksin campak pada usia 9 bulan, maka vaksin MMR/MMR diberikan pada usia 15 bulan (minimal interval 6 bulan). Apabila pada usia 12 bulan belum mendapatkan vaksin campak, maka dapat diberikan vaksin MMR/MMR.
- Vaksin varisela. Vaksin varisela diberikan setelah usia 12 bulan, terbaik pada usia sebelum masuk sekolah dasar. Apabila diberikan pada usia lebih dari 13 tahun, perlu 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu.
- Vaksin human papilloma virus (HPV). Vaksin HPV diberikan mulai usia 10 tahun. Vaksin HPV bivalen diberikan tiga kali dengan jadwal 0, 1, 6 bulan; vaksin HPV tetavalen dengan jadwal 0,2,6 bulan. Apabila diberikan pada remaja usia 10-13 tahun, pemberian cukup 2 dosis dengan interval 6-12 bulan; respons antibodi setara dengan 3 dosis.
- Vaksin Japanese encephalitis (JE). Vaksin JE diberikan mulai usia 12 bulan pada daerah endemis atau turis yang akan bepergian ke daerah endemis tersebut. Untuk perlindungan jangka panjang dapat diberikan booster 1-2 tahun berikutnya.
- Vaksin dengue. Diberikan pada usia 9-16 tahun dengan jadwal 0, 6, dan 12 bulan.

- e. Kejadian ikutan pasca imunisasi
 Aspek keamanan vaksin pentabio dilihat dari kejadian ikutan pasca imunisasi. Keamanan vaksin dari segi klasifikasi lapangan dikarenakan reaksi vaksin, kesalahan prosedur, reaksi suntikan, kebetulan dan tidak diketahui. Reaksi vaksin berupa reaksi ringan dan reaksi langka/ jarang.

Vaksin	Reaksi Lokal	Demam >38 ⁰ C	Gelisah, Lesi gejala sistemik
BCG	90-95%		
Hib	5-15%	2-10%	
Hepatitis B	Dewasa → 15% Anak → 5 %	1-6%	
MR	0-10%	5-15%	5% ruam
Polio Oral	-	<10%	0-25%
Tetanus/ DT/d	0-10%	0-1%	0-25%
Pertusis	10-50%	10-50%	25-55%

Perkiraan KIPI karena kesalahan prosedur tidak steril dan salah pakai pelarut vaksin

- Abses lokal didaerah suntikan
- Sepsis, sindrom syok toksik
- Infeksi penyakit yang ditularkan lewat darah

- d. Hepatitis dan HIV
- e. Abses lokal karena kurang kocok
- f. Kematian
- g. Vaksin tidak efektif

4. Prosedur Pembelajaran

Metode Pembelajaran dilakukan dengan self directed learning dan discovery learning. Selain itu dalam meningkatkan pemahaman mahasiswa, maka diberikan penugasan terstruktur dan role play pelaksanaan imunisasi.

5. Prosedur Penilaian

Penilaian pada materi ini adalah berupa terst tertulis yaitu melalui UTS dan UAS serta penilaian pada saat pelaksanaan praktikum. Penialain praktikum menggunakan daftar tilik penilaian pelaksanaan imunisasi

**DAFTAR TILIK PELAKSANAAN PEMBERIAN IMUNISASI PADA BAYI
PELAKSANAAN IMUNISASI BCG**

No	Komponen Penilaian	NILAI		
		0	1	2
	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<p>a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga</p> <p>b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)*</p> <p>c. Menjelaskan tujuan pemberian vaksin, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu</p> <p>d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga</p> <p>e. Merespon reaksi pasien</p> <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar</p> <p>Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4</p> <p>Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >=4</p>			
	CONTEN			
2	Mengawasi tindakan dengan membaca basmalah			
	Persiapan			
3	Menyiapkan alat: ampul berisi vaksin BCG dan gergaji ampul, ampul berisi pelarut NaCl 0,9%, spuit tuberkulin dengan jarum ukuran 25-27 panjang 10 mm, kapas lembab (dibasahi air matang), sarung tangan bersih			
	Pelaksanaan			
4	Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan			
5	Membuka ampul yang berisi vaksin BCG kering			
6	Melarutkan BCG dengan NaCl 0,9% sebanyak 4 cc*			
7	Mengisi spuit dengan vaksin BCG sebanyak 0,05 ml (isi 0,06 ml, kurang 0,01 ml ketika mengeluarkan udara dari spuit)*			
8	Mengatur posisi bayi			
9	Menyiapkan bagian yang akan diinjeksi 1/3 bagian lengan kanan atas			
10	Membersihkan lengan dengan kapas yang telah dibasahi dengan air matang*			
11	Memegang lengan tangan kanan anak dengan tangan kiri sehingga lengan kita berada di bawah lengan anak.			
12	Menyuntikkan dengan teknik intra cutan*			
	Evaluasi			
13	Bila vaksinasi BCG tepat, maka akan timbul benjolan di kulit yang mendatar dengan kulit kelihatan pucat dan pori-pori jelas			
14	Merapikan anak			
15	Membereskan alat-alat			
16	Melepas sarung tangan dan membuang ke tempat sampah infeksius dan cuci tangan			
	Terminasi			
17	Memberikan penjelasan pada orangtua sehubungan hasil imunisasi, efek samping dan perawatan setelah imunisasi			
18	Memberikan penjelasan kepada orangtua tentang jadwal imunisasi selanjutnya			
19	Melakukan dokumentasi asuhan yang telah dilakukan			
20	Mengakhiri kegiatan dengan membaca hamdalah			

	TEKNIK			
21	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
22	Menerapkan prinsip pencegahan infeksi			
	JUMLAH TOTAL			

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Jumlah total

$$\text{Nilai} = \frac{\text{-----}}{44} \times 100$$

Nilai ≥ 75 , mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai < 75 , mahasiswa harus mengulang

Yogyakarta,

Evaluator

.....

DAFTAR TILIK PELAKSANAAN IMUNISASI PENTAVALEN

No	Komponen Penilaian	Nilai		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<p>a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga</p> <p>b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)*</p> <p>c. Menjelaskan tujuan pemberian vaksin, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu</p> <p>d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga</p> <p>e. Merespon reaksi pasien</p> <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar</p> <p>Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4</p> <p>Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >/=4</p>			
B	CONTEN			
2	Mengawali tindakan dengan membaca basmalah			
3	<p>Menyiapkan alat: flakon berisi vaksin pentavalen/ Pentabio, spuit, jarum ukuran 23, kapas desinfektan, sarung tangan</p> 			
4	Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan			
5	Mengisi spuit dengan vaksin pentavalen sebanyak 0,5 ml (isi 0,6 ml, kurang 0,1 ml ketika mengeluarkan udara dari spuit)*			
6	Mengganti jarum spuit dengan jarum yang baru, mengeluarkan udara dari spuit*			
7	Mengatur posisi bayi (bayi dipangku ibunya, tangan kiri ibu merangkul bayi, menyangga kepala, bahu dan memegang sisi luar tangan kiri bayi). Tangan kanan bayi melingkar ke badan ibu. Tangan kanan ibu memegang kaki bayi dengan kuat			
8	Menyiapkan bagian yang akan diinjeksi yaitu 1/3 tengah paha bagian luar atas (anterolateral paha)			
9	Membersihkan lokasi penyuntikan dengan kapas desinfektan			
10	Menusukkan jarum secara intramuscular, yaitu tegak lurus ke bawah melalui kulit antara ibu jari dan jari tengah sampai ke dalam otot.*			
11	Menarik piston sedikit untuk meyakinkan jarum tidak masuk pembuluh darah*			
12	Mendorong pangkal piston dengan ibu jari tangan kanan			
13	Menarik jarum setelah vaksin habis sambil menekan lokasi penyuntikan dengan kapas			
14	Evaluasi			
	Mengamati kondisi umum anak sekaligus merapikan anak			

15	Membersihkan alat-alat			
16	Melepas sarung tangan dan cuci tangan			
	Terminasi			
18	Memberikan penjelasan pada orangtua sehubungan hasil imunisasi, efek samping dan obat penurun panas untuk mengantisipasi efek samping berupa panas			
19	Memberikan penjelasan kepada orangtua tentang jadwal imunisasi selanjutnya			
20	Melakukan dokumentasi asuhan yang telah dilakukan			
21	Mengakhiri kegiatan dengan dengan membaca hamdalah			
	TEKNIK			
22	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
23	Menerapkan prinsip pencegahan infeksi			

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Jumlah total

$$\text{Nilai} = \frac{\text{-----}}{56} \times 100$$

Nilai ≥ 70 , mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai < 70 , mahasiswa harus mengulang

Yogyakarta,

Evaluator

.....

DAFTAR TILIK PELAKSANAAN IMUNISASI HB0

No	Komponen Penilaian	Nilai		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan pemberian vaksin, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >=4</p>			
B	CONTEN			
2	Memulai kegiatan dengan membaca basmalah			
3	Menyiapkan alat: vaksin HB0, alkohol swab, sarung tangan			
				
4	Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan			
5	Memastikan bahwa vaksin dalam keadaan tertutup			
6	Memosisikan bayi senyaman mungkin. Dan menyiapkan paha yang akan disuntik			
7	Menekan tutup vaksin kebawah sampai berbunyi klik			
8	Melakukan disinfeksi pada paha yang akan disuntik dengan kapas air DTT			
9	Membuka tutup vaksin dan menusukkan vaksin secara intramuscular ke anterolateral paha (paha bagian luar) bayi			
10	Menekan vaksin sampai isinya habis			
11	Cabut vaksin dan viksasi bekas penyuntikan dengan kasa dan plester.			
12	Amati reaksi bekas suntikan			
13	Bereskan alat, buang vaksin ke safety box,			
14	Lepas sarung tangan dan buang ke sampah infeksius kemudian cuci tangan			
	Terminasi			
15	Memberikan penjelasan pada orangtua sehubungan hasil imunisasi, efek samping dan obat penurun panas untuk mengantisipasi efek samping berupa panas			
16	Memberikan penjelasan kepada orangtua tentang jadwal imunisasi selanjutnya			
17	Melakukan dokumentasi asuhan yang telah dilakukan			
19	Mengakhiri kegiatan dengan dengan membaca hamdalah			

	TEKNIK			
20	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
21	Menerapkan prinsip pencegahan infeksi			
	Jumlah			

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

Jumlah total

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah total}}{42} \times 100$$

Nilai ≥ 70 , mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai < 70 , mahasiswa harus mengulang

Yogyakarta,

Evaluator

.....

DAFTAR TILIK PELAKSANAAN IMUNISASI ORAL POLIO VACCINE (OPV)

No	Komponen Penilaian	Nilai		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan pemberian vaksin, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >/=4</p>			
B	CONTEN			
2	Mengawali kegiatan dengan membaca basmalah			
3	Menyiapkan alat: flakon berisi vaksin polio, pipet plastik			
				
4	Mencuci tangan			
5	Membuka tutup metal dan tutup karet			
11	Memasang pipet plastik pada flakon			
				
12	Mengatur posisi bayi dengan cara menelentangkan bayi di atas pangkuan ibunya dan memegangnya erat-erat			
13	Membuka mulut anak menggunakan 2 jari (dengan ibu jari dan jari telunjuk menekan pipi anak sehingga mulut terbuka)			
				
14	Meneteskan vaksin polio langsung dari pipet ke dalam mulut sebanyak 2 tetes*			
	Evaluasi			
15	Memastikan bahwa vaksin polio sebanyak 2 tetes telah masuk ke dalam mulut anak			

16	Membereskan alat-alat			
17	Mencuci tangan			
	Terminasi			
18	Memberikan penjelasan pada orangtua sehubungan hasil imunisasi, efek samping imunisasi			
19	Memberikan penjelasan kepada orangtua tentang jadwal imunisasi selanjutnya			
20	Melakukan dokumentasi asuhan yang telah dilakukan			
21	Mengakhiri kegiatan dengan membaca hamdalah			
	TEKNIK			
22	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
23	Menerapkan prinsip pencegahan infeksi			
	TOTAL			

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah total}}{46} \times 100$$

Nilai ≥ 70 , mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai < 70 , mahasiswa harus mengulang

Yogyakarta,

Evaluator

.....

DAFTAR TILIK PELAKSANAAN IMUNISASI IPV (INJECTION POLIO VAKSIN)

No	Komponen Penilaian	Nilai		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)* c. Menjelaskan tujuan pemberian vaksin, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga e. Merespon reaksi pasien Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4 Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >=4			
B	CONTEN			
2	Mengawali tindakan dengan membaca basmalah			
3	Menyiapkan alat: flakon berisi vaksin polio, spuit, jarum ukuran 23, kapas desinfektan, sarung tangan			
4	Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan			
5	Mengisi spuit dengan vaksin pentavalen sebanyak 0,5 ml (isi 0,6 ml, kurang 0,1 ml ketika mengeluarkan udara dari spuit)*			
6	Mengganti jarum spuit dengan jarum yang baru, mengeluarkan udara dari spuit*			
7	Mengatur posisi bayi (bayi dipangku ibunya, tangan kiri ibu merangkul bayi, menyangga kepala, bahu dan memegang sisi luar tangan kiri bayi). Tangan kanan bayi melingkar ke badan ibu. Tangan kanan ibu memegang kaki bayi dengan kuat			
8	Menyiapkan bagian yang akan diinjeksi yaitu 1/3 tengah paha bagian luar atas (anterolateral paha)			
9	Membersihkan lokasi penyuntikan dengan kapas desinfektan			
10	Menusukkan jarum secara intramuscular, yaitu tegak lurus ke bawah melalui kulit antara ibu jari dan jari tengah sampai ke dalam otot.*			
11	Menarik piston sedikit untuk meyakinkan jarum tidak masuk pembuluh darah*			
12	Mendorong pangkal piston dengan ibu jari tangan kanan			
13	Menarik jarum setelah vaksin habis sambil menekan lokasi penyuntikan dengan kapas			
14	Evaluasi			
	Mengamati kondisi umum anak sekaligus merapikan anak			
15	Membereskan alat-alat			
16	Melepas sarung tangan dan cuci tangan			
	Terminasi			
18	Memberikan penjelasan pada orangtua sehubungan hasil imunisasi, efek samping dan obat penurun panas untuk mengantisipasi efek samping berupa panas			

19	Memberikan penjelasan kepada orangtua tentang jadwal imunisasi selanjutnya			
20	Melakukan dokumentasi asuhan yang telah dilakukan			
21	Mengakhiri kegiatan dengan dengan membaca hamdalah			
	TEKNIK			
22	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
23	Menerapkan prinsip pencegahan infeksi			

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah total}}{56} \times 100$$

Nilai ≥ 70 , mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai < 70 , mahasiswa harus mengulang

Yogyakarta,

Evaluator

.....

DAFTAR TILIK PELAKSANAAN IMUNISASI MR

No	Komponen Penilaian	Nilai		
		0	1	2
A	SIKAP DAN PERILAKU			
1	<p>a. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada keluarga</p> <p>b. Memastikan identitas pasien kepada keluarga (nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)*</p> <p>c. Menjelaskan tujuan pemberian vaksin, prosedur tindakan, dan meminta persetujuan dan kontrak waktu</p> <p>d. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya dan memberikan perhatian terhadap setiap pertanyaan keluarga</p> <p>e. Merespon reaksi pasien</p> <p>Nilai 0 : jika tidak melakukan sama sekali atau tidak melakukan poin b secara benar</p> <p>Nilai 1 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku <4</p> <p>Nilai 2 : Jika melakukan poin sikap dan perilaku >/=4</p>			
B	CONTENT			
	Persiapan			
2	Megawali tindakan dengan membaca basmalah			
3	<p>Menyiapkan alat: flakon berisi vaksin MR, ampul pelarut vaksin MR, spuit, jarum ukuran 23, kapas desinfektan, sarung tangan</p> <p style="text-align: center;">MR-VAC</p> <p style="text-align: center;">Measles & Rubella Vaccine (Live) I.P.</p> 			
	Pelaksanaan			
4	Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan			
5	Membuka ampul pelarut vaksin MR			
6	Melarutkan vaksin MR dengan pelarutnya sebanyak 5 cc			
7	Mengisi spuit dengan vaksin MR sebanyak 0,5 ml (isi 0,6 ml, kurangi 0,1 ml ketika mengeluarkan udara dari spuit)*			
8	Mengganti jarum spuit dengan harum yang baru, mengeluarkan udara dari spuit*			
9	Mengatur posisi bayi (bayi dipangku ibunya, lengan kanan bayi dilipat diketiak ibunya. Ibu menopang kepala bayi, tangan kiri ibu memegang tangan kiri bayi.			
10	Menyiapkan bagian yang akan diinjeksi 1/3 bagian lengan kanan atas			
11	Membersihkan lengan dengan kapas desinfektan*			
12	Menjepit lengan yang akan disuntik			
13	Menusukkan jarum secara sub cutan ke dalam kulit yang dijepit dengan sudut 45 ⁰ terhadap lengan, tidak menusukkan jarum terlalu dalam*			
14	Mengontrol jarumnya dengan menarik pistonnya untuk meyakinkan jarum tidak mengenai pembuluh darah*			
15	Mendorong pangkal piston dengan ibu jari tangan kanan sampai vaksin habis			

16	Setelah vaksin habis menarik jarum, sambil menekan lokasi penyuntikan dengan kapas			
	Evaluasi			
17	Mengamati kondisi umum anak			
18	Membereskan alat-alat			
19	Melepas sarung tangan dan cuci tangan			
	Terminasi			
20	Memberikan penjelasan pada orangtua sehubungan hasil imunisasi, efek samping dan obat penurun panas untuk mengantisipasi efek samping berupa panas			
21	Memberikan penjelasan kepada orangtua tentang jadwal imunisasi selanjutnya			
22	Melakukan dokumentasi asuhan yang telah dilakukan			
23	Mengakhiri kegiatan dengan membaca hamdalah			
	TEKNIK			
24	Melaksanakan tindakan secara sistematis/ berurutan			
25	Menerapkan prinsip pencegahan infeksi			

Keterangan

* = Jika tidak tepat mahasiswa dinyatakan tidak lulus

0 = Tidak dilakukan sama sekali

1 = Dilakukan tetapi tidak sempurna

2 = Dilakukan dengan sempurna

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah total}}{50} \times 100$$

Nilai ≥ 70 , mahasiswa dinyatakan lulus

Nilai < 70 , mahasiswa harus mengulang

Yogyakarta,

Evaluator

.....

6. Referensi

Mulyanti, D. N. H. *et al.* (2014) *Buku Ajar Imunisasi*. Pusat Pendidikan Dan Pelatihan Tega. Available at: <http://www.pdpersi.co.id/pusdiknakes/>.

BAB 7. TUMBUH KEMBANG BALITA

1. Tumbuh Kembang bayi dan balita

Pertumbuhan dan Perkembangan adalah sesuatu yang berbeda namun saling berhubungan. Pertumbuhan (*growth*) adalah bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan sehingga bisa diukur dengan satuan panjang dan berat. Bertambahnya ukuran fisik pambuhan disebabkan oleh bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan intraseluler yang ada dalam tubuh (Kemenkes RI 2012).

2. Capaian Pembelajaran

Mahasiswa memahami konsep tumbuh kembang pada anak dengan tepat

3. Materi

a. Konsep Tumbuh Kembang

Pertumbuhan adalah :

Perkembangan yaitu bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dengan pola yang teratur dan dapat diramalkan. Proses ini merupakan hasil dari pematangan susunan syaraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Peningkatan kemampuan ini berupa kemampuan dalam melakukan gerak kasar, gerak halus, berbicara, bahasa, sosialisasi berupa kemandirian, intelektual, emosi dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih 1995).

Individu yang berkembang akan mengalami perubahan-perubahan yang menuju tingkat kedewasaan atau kematangan (*maturasi*) yang berlangsung secara sistematis, progresif, berkesinambungan dan kekal sepanjang daur kehidupan manusia (Soetjiningsih 2012). Sistematis berarti adanya saling kebergantungan dan saling mempengaruhi antara bagian-bagian organ baik fisik maupun psikis. Progresif berarti perkembangan itu meningkat, meluas dan terdapat perubahan baik fisik maupun psikis (Soetjiningsih 2012). Berkesinambungan pada proses perkembangan yaitu perubahan yang terjadi secara berurutan, tidak terjadi secara kebetulan, memiliki tahapan perkembangan yang sama dan tidak akan terjadi runtutan yang berbeda. Tingkat kecerdasan individu tidak mempengaruhi pola atau tahapan perkembangan, akan tetapi mempengaruhi kecepatan perkembangan individu. Seseorang yang cerdas akan berkembang lebih cepat dari pada seseorang yang kurang cerdas (Hurlock 1978). Kekal adalah menuju kearah tingkat integrasi yang lebih tinggi yang akan menunjukkan sifat yang khas dan kekhususan seseorang.

Proses tumbuh kembang juga memiliki prinsip yang saling berkaitan. Prinsip tersebut antara lain (Kemenkes RI 2012):

- 1) Perkembangan merupakan hasil proses kematangan dan belajar
Potensi yang dimiliki individu akan lebih terasah apabila disertai dengan proses belajar. Dengan proses belajar anak akan memiliki kemampuan dalam menggunkan potensi yang dimilinya.
- 2) Pola perkembangan dapat diramalkan
Setiap anak berkembang dengan pola yang sama, karena perkembangan berlangsung dari tahap yang umum ke tahap yang spesifik dan terjadi secara berkesinambungan.

Allah berfirman dalam Alquran Surat Al Mu'minun ayat (23:12-16):

Dan sungguh, Kami telah menciptakan manusia dari saripati (berasal) dari tanah. Kemudian Kami menjadikannya air mani (yang disimpan) yang disimpan dalam tempat yang kokoh (rahim). Kemudian, air mani itu Kami jadikan sesuatu

yang melekat, lalu sesuatu yang melekat itu Kami jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu Kami jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu Kami bungkus dengan daging. Kemudian, Kami menjadikannya makhluk yang (berbentuk) lain. Mahasuci Allah, Pencipta yang paling baik.. Kemudian setelah itu, sungguh kamu pasti mati.. Kemudian, sungguh kamu akan dibangkitkan (dari kuburmu) pada hari kiamat.

Dari ayat tersebut dijelaskan Allah telah menjelaskan perkembangan manusia bisa diamati, yaitu perkembangan pada saat didalam kandungan, lahir menjadi bayi, balita, balita, anak, remaja dewasa, tua dan akhirnya meninggal. Untuk itu manusia haruslah senantiasa mengoptimalkan setiap proses perkembangannya (Departemen Agama Republik Indonesia 2010).

b. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan

Faktor yang mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan balita bersifat holistik, yaitu faktor bio, psiko, sosial dan spiritual. menjelaskan bahwa secara umum faktor yang mempengaruhi perkembangan balita adalah faktor genetik dan lingkungan baik lingkungan pada saat sebelum dilahirkan (prenatal) maupun lingkungan setelah dilahirkan (postnatal). (Soetjiningsih 1995).

1. Genetik.

Faktor genetik merupakan modal dasar yang bersifat faktor biologis dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Sifat dasar genetik mempengaruhi bentuk tubuh dan kecerdasan sehingga akan sangat berpengaruh terhadap perkembangan anak selanjutnya. Campbell et al (2003) dalam penelitiannya menemukan bahwa riwayat keterlambatan bicara pada keluarga berhubungan secara signifikan dengan perkembangan bicara dan bahasa anak selanjutnya

2. Lingkungan Prenatal

a. Usia Ibu saat hamil sangat menentukan kualitas perkembangan dan pertumbuhan janin di dalam kandungan. Terdapat beberapa pendapat terkait usia yang aman untuk hamil, namun dari beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan usia yang aman untuk hamil adalah usia 21-35 tahun. Sebelum dan sesudah yang ditentukan tersebut memiliki resiko yang tinggi untuk hamil. Ibu yang hamil tidak pada usia yang ditentkan akan memiliki resiko tinggi terhadap kejadian abortus, prematur, kelahiran dengan berat badan lahir rendah, bayi cacat, bayi memiliki kelainan bawaan seperti down sindrom (Soetjiningsih 2012). Kejadian prematur berhubungan dengan kejadian stunting pada saat bayi berumur 6-12 bulan. Bayi yang lahir prematur memiliki risiko untuk mengalami stunting sebesar 2 kali lebih besar dibandingkan dengan subjek yang lahir normal (Rahayu and Sofyaningsih 2011)

b. Gizi ibu pada saat hamil harus diperhatikan karena makanan janin di dalam kandungan berasal dari aliran darah ibu melalui plasenta. Kondisi ibu hamil yang cukup akan protein, lemak, karbohidrat serta zat makanan yang lain akan meningkatkan kekebalan ibu sehingga menghindarkan ibu hamil dari resiko serangan penyakit dan janin akan tumbuh dan berkembang sesuai usianya tanpa paparan penyakit atau obat dari ibunya. Ibu dengan kekurangan zat makanan akan menjadikan anak lahir dengan kondisi dan fisik yang tidak sempurna sehingga akan menghambat proses perkembangan (Hurlock 1978).

- c. Kondisi lingkungan pada ibu hamil terpapar oleh virus dan zat-zat kimia/logam bisa mengakibatkan kelainan pada pertumbuhan dan perkembangan. Zat-zat beracun seperti timah (Pb) dari asap knalpot mobil, pabrik dan cat tembok; kadmium (Cd) dari batu baterai serta turunan air raksa (Hg) yang digunakan sebagai bahan tambalan gigi (Amalgam). Zat kimia diatas dapat mengakibatkan munculnya gangguan perkembangan misalnya autisme (<http://www.autism society org>, 2002)(E. A. Yusuf 2003).
 - d. Obat-obatan yang dikonsumsi ibu hamil harus perlu diperhatikan. Sudah banyak ditemukan beberapa macam obat yang bisa mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin apabila obat ini dikonsumsi pada saat hamil. Obat tersebut meliputi:
 - 1) Obat penenang. Pemberian obat penenang pada trimester awal dapat mengakibatkan kelainan bawaan seperti bibir sumbing (labioskizis dan labiopalatoskizis)
 - 2) Alkohol yang dikonsumsi ibu hamil akan beresiko terjadinya abortus walaupun dikonsumsi dalam jumlah sedikit.
 - 3) Nikotin merupakan bahan aktif pembuatan rokok. Ibu hamil yang merokok dapat berdampak buruk pada perkembangan pra keahiran, saat kelahiran, dan post kelahiran. Dampak buruk itu meliputi meningkatkan angka kematian bayi, bayi dengan berat lahir rendah, problem neurologis, kecerdasan rendah, sindrom mati mendadak, gangguan pemusatan perhatian/ Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (Soetjiningsih 2012)
3. Setelah lahir (faktor postnatal).
- a. Lingkungan biologis
 - 1) Jenis kelamin.

Jenis kelamin berpengaruh terhadap proses perkembangan anak. Hasil penelitian dari beberapa peneliti dijelaskan bahwa laki-laki mengalami keterlambatan dalam proses perkembangan terutama area kognitif, bahasa dan sosial mencapai tiga-empat kali lebih banyak dibandingkan wanita. Penyebab keterlambatan ini dikarenakan laki-laki lebih rentan mengalami gangguan neurologis. Selain itu anak laki-laki lebih mudah diketahui oleh orang tuanya bahwa mereka mempunyai kelainan dalam perkembangan maupun keterlambatan bicara (Campbell et al. 2003),(Dewanti et al. 2012),(Tjandrajani et al. 2012).
 - 2) Umur.

Umur yang paling rawan adalah masa balita, karena pada masa ini perkembangan sinaps otak akan berkembang sebanyak 80%. Stimulasi yang baik akan mampu menghubungkan antar sinaps dan myelin otak. Pada masa ini juga rawan terjadi kurang gizi sehingga anak mudah sakit. Disamping itu masa balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak. keterlambatan perkembangan balita pada tiga tahun awal kehidupannya akan mengalami permasalahan dan penurunan perkembangan kognitif dan prestasi belajarnya dikehidupan selanjutnya(Baker-Henningham and Lopez Boo 2010). Selain itu berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yosoprawoto dan Ariani (2012) juga ditemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara umur balita dengan status perkembangan balita (p value 0,007 dan OR 2,93) hal ini didukung oleh penelitian Briawan dan Herawati (2008)

semakin meningkat umur anak maka perkembangannya akan semakin baik ($\alpha < 0.01$)(Briawan and Herawat 2008).

3) Status kesehatan.

Perawatan kesehatan yang teratur dan menimbang anak secara rutin setiap bulan akan menunjang tumbuh kembang anak. Anak yang mengalami penyakit menahun akan terganggu perkembangan, dan pendidikannya, disamping itu anak menjadi mudah stress akan penyakitnya. Dalam suatu penelitian disebutkan bahwa 49,7% balita dengan keterlambatan perkembangan umum disebabkan karena infeksi, kelainan kongenital, sensori integrasi, kejang demam, hipotiroid kongenital, riwayat asfiksia, dan ADHD. Dengan memberikan imunisasi maka diharapkan anak terhindar dari penyakit-penyakit yang sering menyebabkan cacat atau kematian. Hal ini dapat dibuktikan dalam penelitian Heri dan Cich Tahun 2011 yang mengatakan kelengkapan imunisasi berpengaruh signifikan terhadap status kesehatan balita (Heri and Cich 2011)

Selain itu, berat badan sewaktu dilahirkan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya. Kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) dan panjang badan lahir yang kurang memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting pada usia 6-12 bulan (p value $< 0,01$). Bayi yang lahir dengan BBLR mempunyai risiko untuk mengalami stunting pada usia 6-12 bulan sebesar 3,6 kali dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan normal, sedangkan panjang badan lahir yang kurang dari normal memiliki risiko untuk mengalami stunting pada usia 6-12 bulan sebesar 2,4 kali dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan panjang badan normal (Rahayu and Sofyaningsih 2011).

Penyakit kronis dan Fungsi metabolisme yang terganggu bisa menyebabkan keterlambatan pada pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini disebabkan karena adanya perbedaan yang mendasar pada proses metabolisme pada berbagai umur maka kebutuhan akan berbagai nutrisi harus didasarkan perhitungan yang tepat.

4) Hormone

Hormone yang berpengaruh pada tumbuh kembang antara lain adalah somatotropin, tiroid, hormone seks, insulin dan hormone yang dihasilkan kelenjar adrenal.

b. Gizi

Gizi yang adekuat menjadi salah satu faktor dalam pencapaian tumbuh kembang yang maksimal. Kekurangan gizi dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan dan merubah struktur dan fungsi otak. Kekurangan gizi pada usia dibawah 2 tahun akan menyebabkan sel otak berkurang 15-20% sehingga anak hanya memiliki kualitas otak 80-85% (Gunawan, Fadlyana, and Rusmil 2011).

Salah satu nutrisi yang menyumbang gizi yang baik untuk anak terutama usia 0-6 bulan adalah air susu ibu (ASI). ASI Eksklusif adalah bayi hanya menerima air susuyang berasal dari ibunya atau sepersusuannya atau perasan air susu ibu dan tidak menerima cairan atau makanan padat lainnya kecuali vitamin dan obat-obatan baik berupa tetes atau sirup. WHO merekomendasikan bahwa ASI harus diberikan secara eksklusif sampai usia 6 bulan dan makanan pendamping ASI harus mulai diberikan pada usia ini dan tetap melanjutkan ASI setelahnya hingga 2 tahun. Bayi yang diberikan

asi eksklusif perkembangannya lebih pesat dari pada yang tidak mendapat asi eksklusif baik dari perkembangan kecerdasan, kemampuan dalam bahasa maupun motoriknya (Eickmann and Ferraz 2012). Hal ini disebabkan ASI mengandung laktosa, oligosakarida, lemak, dan protein.

Laktosa adalah sejenis karbohidrat yang berperan penting sebagai sumber energi. Laktosa dalam ASI juga akan diolah menjadi glukosa dan galaktosa yang berperan dalam perkembangan sistem syaraf. Zat ini membantu penyerapan kalsium dan magnesium dimasa pertumbuhan bayi. Hasil pengamatan terhadap bayi yang mendapat ASI eksklusif menunjukkan rata-rata pertumbuhan gigi sudah terlihat pada bayi berusia 5 atau 6 bulan, dan gerakan motorik kasarnya lebih cepat.

Lemak merupakan zat gizi terbesar kedua di ASI dan menjadi sumber energi utama bayi serta berperan dalam pengaturan suhu tubuh bayi. Lemak ASI mengandung komponen asam lemak esensial yaitu: asam linoleat dan asam alfa linoleat yang akan diolah oleh tubuh bayi menjadi AA dan DHA. AA dan DHA ini sangat penting untuk perkembangan otak bayi dan dapat mencegah terjadinya rangsangan kejang.

Oligosakarida merupakan komponen bioaktif di ASI yang berfungsi sebagai prebiotik karena terbukti meningkatkan jumlah bakteri sehat yang secara alami hidup dalam system pencernaan bayi. Potein merupakan komponen dasar dari protein adalah asam amino, berfungsi sebagai pembentuk struktur otak. Beberapa jenis asam amino tertentu yaitu taurin, triptofan, dan fenilalanin merupakan senyawa yang berperan dalam proses ingatan.

Manfaat ASI sangatlah besar bagi tahap awal pertumbuhan bayi. Dijelaskan dalam Al Qur'an tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif, yaitu pada surah Al-Baqarah Ayat 233:

❁ وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ
الرِّضَاعَةَ وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ
إِلَّا وُسْعَهَا لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَالِدِهِ وَعَلَى
الْوَارِثِ مِثْلُ ذَلِكَ فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا عَنْ تَرَاضٍ مِنْهُمَا وَتَشَاوُرٍ فَلَا
جُنَاحَ عَلَيْهِمَا وَإِنْ أَرَدْتُمْ أَنْ تَسْتَرْضِعُوا أَوْلَادَكُمْ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْكُمْ إِذَا
سَلَّمْتُمْ مَا آتَيْتُم بِالْمَعْرُوفِ وَاتَّقُوا اللَّهَ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ بِمَا تَعْمَلُونَ

بَصِيرٌ ﴿٢٣٣﴾

Artinya: “Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah memberi makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara ma'ruf. Seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan seorang ayah karena anaknya, dan warispun berkewajiban

demikian. Apabila keduanya ingin menyapih (sebelum dua tahun) dengan kerelaan keduanya dan permusyawaratan, maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin anakmu disusukan oleh orang lain, maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut yang patut. Bertakwalah kamu kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha Melihat apa yang kamu kerjakan (QS: Al-Baqarah Ayat: 233).

c. Faktor fisik.

Yang dimaksud faktor fisik adalah cuaca, sanitasi, keadaan rumah dan radiasi. Musim kemarau yang panjang dapat berdampak pada tumbuh kembang anak akibat gagal panen banyak anak menderita kurang gizi. Sanitasi dan radiasi lingkungan memiliki peran cukup dominan dalam penyediaan lingkungan yang mendukung kesehatan anak dan tumbuh kembangnya. Kebersihan diri dan lingkungan yang kurang akan menyebabkan anak mudah sakit (Soetjiningsih 1995).

d. Faktor psikososial (Soetjiningsih 1995)

Faktor psikososial yang dapat mempengaruhi perkembangan balita adalah adanya stimulasi, cinta kasih, ganjaran, hukuman dan pengasuhan dari orang tua orang tua. Faktor lain yang mempengaruhi adalah motivasi belajar anak, adanya kelompok sebaya, stress, lingkungan sekolah.

Stimulasi yang teratur dan memberikan lingkungan yang kondusif menjadikan anak lebih cepat dalam menyelesaikan tugas perkembangannya. Pemberian Ganjaran atau hukuman yang wajar dan adanya kelompok sebaya akan mengurangi kecemasan pada anak sehingga menjadikan proses perkembangannya tidak terganggu.

Salah satu hak anak adalah untuk dicintai dan dilindungi. Wujud dari cinta kasih orang tua adalah pengasuhan yang tepat sesuai dengan kebutuhan asah asih asuh. Kebutuhan asuh dimaknai dengan pemenuhan kebutuhan secara fisis-biomedis berupa nutrisi yang seimbang dan adekuat, perawatan kesehatan dasar, pakaian yang layak, tempat tinggal yang bersih, nyaman dan aman. Kebutuhan asih berupa kasih sayang keluarga, harga diri dan kesempatan dalam belajar. Kebutuhan asah berupa stimulasi yang dilakukan keluarga dalam mengasah perkembangan anaknya (Tanuwijaya 2002)

Pola asuh yang tidak memadai menyebabkan rendahnya status gizi yang akan menyebabkan rentannya terjadinya penyakit infeksi sehingga berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak (Diana 2004). Shapiro (1998) menjelaskan bahwa secara umum ada tiga pola pengasuhan terhadap anak. Pola pengasuhan otoriter, permisif dan otoritatif. Pengasuhan yang baik adalah mendidik anak sesuai dengan zamannya. Pengasuhan anak yang baik juga mampu menghindarkan resiko kekerasan pada usia remaja (Yulianto, Rahmawati, and Sulistyorini 2014).

Faktor psikososial juga bisa didapatkan dari kelompok bermain. Penelitian Maimon et al. (2013) terdapat hubungan yang bermakna antara anak yang mengikuti kelompok bermain dibandingkan dengan anak yang tidak mengikuti kelompok bermain ($p=0,003$). Mengikuti kelompok bermain memberikan kontribusi pada perkembangan anak dikarenakan dalam kelompok bermain akan terdapat stimulasi yang teratur dan terarah (OR 3,2; IK 95%: 1,558-6,774, $p=0,002$).

e. Faktor keluarga dan adat istiadat

Faktor dari keluarga yang berpengaruh terhadap keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan adalah faktor sosial ekonomi. Status Sosial ekonomi menurut Santrock (2007) adalah pengelompokan orang-orang di suatu masyarakat berdasarkan kesamaan karakteristik pekerjaan, tingkat pendidikan, dan Pendapatan keluarga. Kondisi sosial ekonomi seseorang merupakan salah satu faktor umum yang dapat mendorong terjadinya kesenjangan (disparity) antara satu dengan yang lain. Pendapatan keluarga bisa didefinisikan dengan melihat rata-rata pengeluaran perkapita perbulan. Rata-rata ini bisa dihitung dengan jumlah pendapatan dibagi dengan jumlah anggota keluarga. Rata-rata pengeluaran berdasarkan garis kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu Rp 270.110,00 perkapita perbulan (Badan Pusat Statistik 2012)

Status sosial ekonomi memiliki pengaruh besar terhadap perkembangan anak khususnya perkembangan kecerdasan otak dalam mengolah bahasa (Hackman and Farah 2009), status emosional anak atau koping terhadap suatu permasalahan, dan status sosial terhadap lingkungan sekitar (Bradley and Corwyn 2002).

Rendahnya status sosial ekonomi bisa menyebabkan kurang adekuatnya dalam pemberian nutrisi, pemberian stimulasi sehingga mudah terkena paparan infeksi dan penyakit dan mudahnya terjadinya kekerasan dan penelantaran pada anak (WHO and Unicef 2012)

Alquran surat An-nisa ayat 9 juga menyebutkan:

“Dan hendaklah takut (kepada Allah) orang-orang yang sekiranya mereka meninggalkan keturunan yang lemah di belakang mereka yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan) nya. Oleh sebab itu, hendaklah mereka bertaqwa kepada Allah, dan hendaklah mereka berbicara dengan tutur kata yang benar.”

Surat ini menerangkan bahwa kelemahan ekonomi, kurang stabilnya kondisi kesehatan fisik dan kelemahan intelegensi anak, akibat kekurangan makanan yang bergizi, merupakan tanggung jawab kedua orang tuanya. Setiap orang tua bertanggungjawab terhadap perkembangan masa depan generasi mudanya, karena dengan didikan dari orang tua yang baik, seorang anak akan berkembang sesuai dengan usianya.

1) Pekerjaan atau pendapatan keluarga.

Pekerjaan dan pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik primer atau sekunder. Status pekerjaan orang tua memberikan dampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita. Status pekerjaan berhubungan dengan kesempatan orang tua dalam memberikan stimulasi dan pemenuhan kebutuhan dasar balita untuk pertumbuhan dan perkembangan. Ibu yang bekerja kurang memberikan perhatian kepada anak karena ibu yang bekerja akan lebih fokus terhadap pekerjaannya dan akan lebih banyak menghabiskan waktu untuk bekerja daripada memantau dan menstimulasi perkembangan anak (Dewi 2011).

Selain itu, anak dengan ibu bekerja berpengaruh terhadap kesehatan gizi dan kurangnya waktu dalam menstimulasi perkembangan anak sehingga terlambatnya proses tumbuh kembang anak tersebut (Risma 2009).

Disisi yang lain pekerjaan berbanding lurus dengan pendapatan keluarga. Berbagai penelitian dijelaskan bahwa ada korelasi secara signifikan antara pengeluaran dan pendapatan keluarga dengan pola pengasuhan terhadap anak. Keluarga dengan kondisi ekonomi menjadikan orang tua harus bekerja lebih keras dalam mencukupi kebutuhan sehingga mempengaruhi keinginan dan perilaku orang tua dalam mengasuh anaknya.

Winardi dalam Sumarni (2012) pendapatan keluarga adalah seluruh uang, dan barang dari hasil yang dicapai dari penggunaan kekayaan atau jasa yang diterima oleh seseorang atau rumah tangga selama jangka waktu tertentu pada suatu kegiatan ekonomi. Pendapatan dapat berasal dari berbagai sumber. Dari sektor formal pendapatan diperoleh dari gaji atau upah yang diperoleh secara bertahap, sektor informal di dapatkan dari hasil kerja sendiri (wiraswasta).

Pendapatan keluarga berpengaruh terhadap proses pengasuhan sehingga apabila pengasuhan yang tidak adekuat maka perkembangan balitapun akan terlambat (Hastuti, Fiernanti, and Guhardja 2011). Grantham dan Mc Gregor dalam Baker-Henningham & Lopez Boo (2010) memperkirakan lebih dari 200 juta anak yang berusia dibawah lima tahun didaerah negara berkembang mengalami keterlambatan dikarenakan kemiskinan dan mengalami gizi buruk. Anak-anak dengan latar belakang ekonomi yang rendah cenderung memiliki perbaikan ekonomi yang terbatas ketika dewasa, sehingga menimbulkan garis keturunan yang miskin, kesehatan yang buruk dan gizi buruk. Terlambatnya atau hilangnya potensi perkembangan anak-anak menyebabkan kerugian sebesar 20% pendapatan ketika dewasa.

2) Pendidikan orang tua.

Pendidikan orang tua yang rendah lebih meningkatkan resiko keterlambatan dalam perkembangan balita. Berbagai penelitian menjelaskan pendidikan orang tua berpengaruh terhadap perkembangan kognitif, bahasa, perkembangan motorik (Freitas et al. 2013), (Campbell et al. 2003).

Tingkat pendidikan orang tua terutama ibu mempengaruhi stimulasi yang diberikan kepada anak, cara mendidik, mengasuh dan cara memecahkan masalah yang sedang terjadi. Orang tua dengan pendidikan tinggi dan status sosial tinggi mempunyai kesempatan lebih besar untuk mendapatkan informasi serta pelayanan kesehatan. Pada umumnya orang tua dengan pendidikan tinggi lebih sadar apabila terdapat gangguan dalam perkembangan balitanya (Tjandrajani et al. 2012). Ibu dengan pendidikan yang rendah meningkatkan resiko keterlambatan perkembangan pada anak, hal ini disebabkan oleh ketidaktahuan ibu dalam memberikan stimulasi pada anak. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar salah satunya mengenai stimulasi perkembangan balita (Dewanti et al. 2012).

3) Jumlah saudara dan jenis kelamin dalam keluarga.

Jumlah anak yang banyak pada keluarga dengan sosial ekonomi cukup akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak. Pada masyarakat tradisional wanita mempunyai

status yang lebih rendah dibanding laki-laki sehingga angka kematian bayi, dan malnutrisi masih tinggi pada wanita.

4) Stabilitas rumah tangga.

Gurgel et al. (2014) dalam penelitian systematic review menjelaskan keterlambatan perkembangan balita terutama perkembangan bahasa atau bicara dipengaruhi oleh stabilitas rumah tangga berupa interaksi orang tua dan lingkungan sosial balita tersebut. Interaksi orang tua kepada balita yang baik akan menjadikan stimulasi balita dalam perkembangannya.

Interaksi orang tua merupakan kegiatan pemberian kebutuhan berupa kebutuhan asih anak. Terdapat beberapa jenis interaksi orang tua kepada bayinya salah satunya adalah memperdengarkan ayat Al-Quran atau mengajarkan anak dengan ayat Al-Quran. Penelitian Abdurrochman dalam Julianto & Etsem (2011) menunjukkan bahwa ketika mendengarkan ayat Al-Quran terjadi kenaikan signifikan gelombang otak yang dihasilkan sebelum dan sesudah mendengarkan ayat Al Quran. Selain itu alquran menjadikan bayi lebih cerdas karena ayat ayat alquran dapat menstimulus gelombang otak yang dihasilkan bayi. Penelitian Julianto & Etsem (2011) terkait pengaruh membaca Alquraan terhadap peningkatan memori jangka pendek didapatkan bahwa pada saat membaca dan mendengarkan Al Quran menunjukkan ada aktivitas berfikir yang melibatkan emosi dan ada aktivitas ke Tuhanan. Gelombang yang berubah juga berbeda, tergantung aktivitas apa yang terjadi.

5) Sosial budaya (Adat-istiadat dan agama).

Adat istiadat yang berlaku di tiap daerah akan berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Demikian pula dengan norma-norma yang berlaku dimasyarakat. Sosial budaya yang tidak peduli dengan kesehatan dan perkembangan anak akan meningkatkan keterlambatan perkembangan pada anak. Hal ini disebabkan karena akses kesehatan yang kurang memadai sehingga kurangnya optimlaisasi pertumbuhan dan perkembangan otak manusia (WHO 2012).

c. Macam Macam Perkembangan

1) Perkembangan Kognitif.

Perkembangan kognitif adalah perkembangan manusia yang berkaitan dengan pengetahuan dari proses psikologis individu yang dipelajari dari lingkungan. Teori Pieget tentang perkembangan koginitif menjelaskan bahwa perkembangan kognitif dibentuk dari faktor biologis dan pengalaman anak. Seorang anak membangun pengetahuannya sendiri sejak dilahirkan dengan berbagai proses meliputi skema, asimilasi, akomodasi, organisasi, keseimbangan dan penyeimbangan (Rachmawati, Kuswanti, and Hardani 2007).

2) Perkembangan Motor (gerak)

Keterlambatan perkembangan gerak pada anak akan menyebabkan masalah terhadap perilaku dan emosional anak, lingkungan sosial, karena pada saat mencapai tahap kemandirian dalam melakukan sesuatu anak tersebut gagal sehingga mereka putus asa (Hurlock 1978). Eickmann & Ferraz (2012) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa perkembangan pada gerak kasar atau halus signifikan dipengaruhi oleh jenis kelamin balita, kondisi sewaktu dilahirkan (riwayat asfiksia, berat badan rendah) dan pemberian asi secara eksklusif.

3) Perkembangan Bahasa.

Perkembangan bahasa atau berbicara adalah suatu proses perkembangan yang kompleks yang melibatkan kognitif anak, indera pendengar dan indera penglihatan. Perkembangan bahasa dan bicara anak dimulai dari tangisan pertamanya diikuti suara cooing dalam bentuk suara "oo.." atau "coo.." atau "goo .." seterusnya dapat mengucapkan suku kata vokal, mengucapkan kata, dan merangkai kata sehingga bisa dipahami (Soetjiningsih 2012)

Kejadian keterlambatan bicara pada anak mencapai 3-15% pada anak. Faktor yang menyebabkan keterlambatan ini adalah rendahnya interaksi orang tua dengan balita, lingkungan sosial yang tidak mendukung, dan rendahnya stimulasi yang diberikan pada anak pada usia dibawah satu tahun (Gurgel et al. 2014). Suparmiati et al. (2013) dalam penelitiannya ibu yang berkerja dan aktivitas menonton televisi kurang berpengaruh terhadap keterlambatan balita. Faktor yang sangat mempengaruhi keterlambatan ini adalah adanya riwayat keluarga yang memiliki keterlambatan dalam berbicara (OR 7,18)

4) Perkembangan Sosial.

Yusuf (2011) menjelaskan bahwa perkembangan sosial merupakan proses pencapaian dari kematangan dari hubungan sosial dan juga merupakan proses belajar dalam menyesuaikan diri dengan norma-norma kelompok moral dan tradisi yang melebur menjadi satu kesatuan. Kemampuan sosial diperoleh dari berbagai kesempatan dan pengalaman berinteraksi dengan lingkungannya.

d. Penilaian pertumbuhan dan perkembangan

1) Penilaian pertumbuhan

Penilaian pertumbuhan pada balita salah satunya dilaksanakan dengan pengukuran antropometri. Secara definisi, antropometri adalah pengukuran dimensi tubuh manusia, meliputi dimensi tulang, otot dan lemak. Antropometri digunakan untuk mengukur dan memperkirakan kesehatan dan mengukur status nutrisi individu dan populasi.

a) Berat Badan

Pengukuran berat badan digunakan sebagai penentuan status gizi dan tumbuh kembang anak, berat badan digunakan sebagai standar pemberian dosis obat (A. AzizAlimul Hidayat 2009). Alat yang digunakan dalam pengukuran berat badan berupa timbangan. Cara mengukur Berat Badan:

- untuk usia lahir-24 bulan, bayi → anak ditimbang tanpa pakaian
- untuk usia 2-18 tahun → memakai pakaian dengan berat 0,05 kg
- untuk umur 2 tahun, pakaian seberat 0,09 kg untuk umur 3-5 tahun, dan 0,11-0,3 kg untuk umur 6-18 tahun.

Macam macam nya alat pengukur berat badan: Beam balance scale, Spring scale (dengan pegas), Kecuali itu ada timbangan yang: Digital, Non digital.

Hasil pengukuran berat badan harus dinterpretasikan berdasarkan umur maupun berdasarkan Panjang badan/ tinggi badan. Intepretasi pengukuran berat badan berdasarkan umur, seringkal sebai penanda normal, wasting(kurus) , atau obesitas.



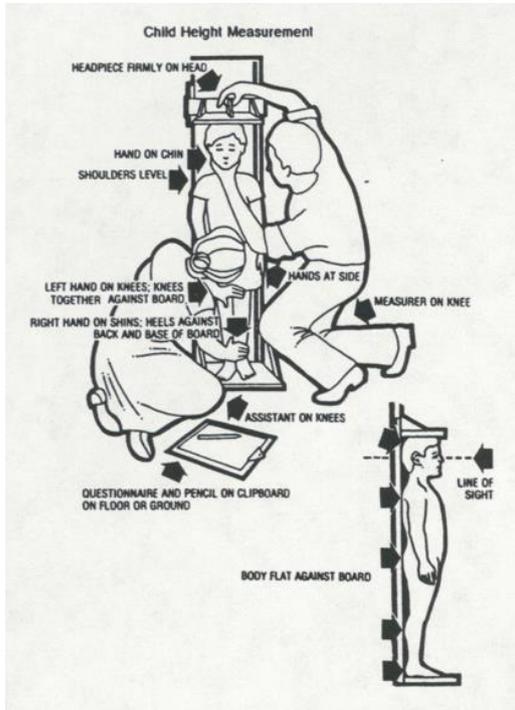
b) Tinggi badan

Pertumbuhan tinggi badan berdasarkan rekaman tinggi badan yang dilakukan oleh Count Philier de Montbeillard menyatakan bahwa tinggi badan akan meningkat sesuai dengan usianya, namun laju pertumbuhan mengalami ritme yang berbeda di setiap umur perkembangannya. Pengukuran tinggi badan dianggap cukup dalam menilai status gizi jangka panjang dan digunakan untuk skrining anak sehat dengan perawatakn pendek (stunting).

Berdasarkan kurva laju perkembangan yang diciptakan oleh Count Philier de Montbeillard didapatkan laju pertumbuhan mengalami penurunan ketika lahir sampai selesainya proses pertumbuhan. Pada usia remaja terjadi pacu tumbuh yang berbeda antara laki laki dan perempuan. Anak perempuan memulai pacu tumbuhnya pada usia 10,5 tahun dan mencapai puncaknya pada usia 12 tahun. Pada anak laki laki memulai pacu tumbuhnya pada usia 12 tahun dan mencapai puncaknya pada usia 14 tahun. Rata rata laju pertumbuhan anak laki laki lebih tinggi dari pada anak perempuan. Kecepatan rata rata seluruh tahun pada anak laki laki adalah 9,5 cm per tahun dan pada anak perempuan 8,1 cm per tahun (Soetjiningsih 1995).

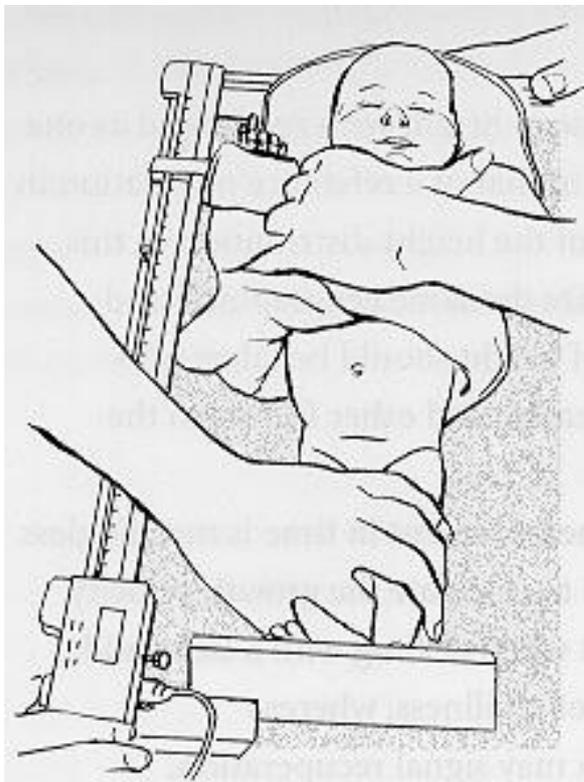
Pengukuran panjang badan atau tinggi badan

- untuk interval lahir-36 bulan, diukur panjang badan pada posisi tiduran tanpa sepatu yang diukur oleh 2 orang
- untuk umur 2-3 tahun (dari interval 2-18 tahun) pada umumnya diukur dengan tiduran, sedangkan umur di atasnya diukur dengan berdiri



Microtois

Panjang badan diukur oleh dua orang. Satu orang memegang kaki, orang yang lain memegang kepala



c) Lingkar Kepala

Pengukuran lingkaran kepala bertujuan untuk mengetahui pertumbuhan tulang kepala karena terdapat keterkaitan dengan pertumbuhan otak. Pertumbuhan otak tercepat pada saat kehamilan trimester ketiga sampai bayi berusia 5-6 bulan. Pada masa ini terjadi pembelahan sel otak yang sangat pesat, setelah itu melambat dan terjadi pembesaran sel otak saja. Ukuran lingkaran kepala pada saat lahir lebih besar dari pada ukuran lingkaran dada.

Lingkaran kepala pada waktu lahir rata-rata 34 cm dan besarnya lingkaran kepala ini lebih dari lingkaran dada. Pada anak umur 6 bulan lingkaran kepala rata-ratanya adalah 44 cm, umur 1 tahun 47 cm, 2 tahun 49 cm dan dewasa 54 cm. Jadi penambahan lingkaran kepala pada 6 bulan pertama ini adalah 10 cm, atau sekitar 50% dari penambahan lingkaran kepala dari lahir sampai dewasa terjadi 6 bulan pertama kehidupan (Soetjiningsih and Ranuh 2013).

Cara mengukur lingkaran kepala

- Gunakan pita yang fleksibel, sempit (tidak lebar), dan tidak mudah melar ('molor') – biasanya dari fiberglass atau metal, lebar 0,6 cm
- Anak dalam posisi tegak, relaks
- Pengukur berdiri dari arah samping kiri anak, sehingga posisi pita dapat diketahui dengan benar



d) Lingkaran lengan atas

Lingkaran Lengan Atas dapat digunakan sebagai salah satu penanda cadangan energy dan protein, dan dapat memberikan informasi akan kadar lemak tubuh. Pengukuran dilakukan dititik dititik tengah lengan atas, ditengah antara ujung lateral akromion dan olekranon bila tangan dalam posisi fleksi dengan sudut 90° (diukur dan diberi tanda). Dalam pengukuran LILA anak harus berdiri tegak lurus dengan lengan dilemaskan disisi tubuh. Pita ukur yang fleksibel dan yang tidak dapat eregang diletakkan tegak lurus dengan aksis panjang dari lengan, dirapatkan melingkari lengan dan dicatat dengan ketelitian sampai 0.1 cm. pengukuran ini sebaiknya dilakukan 3 kali, dan hasil akhir diambil dari rata rata ketiga pengukuran tersebut (Sjarif et al. 2011).



2) Penilaian perkembangan

Penilaian perkembangan anak sangat penting karena sebagai deteksi dini kelainan perkembangan balita. Tahap tahap penilaian perkembangan balita menurut Soetjiningsih (1995) meliputi anamnesis, skrining gangguan, evaluasi lingkungan anak, evaluasi pendengaran dan penglihatan anak, evaluasi bicara dan bahasa anak, pemeriksaan fisik, pemeriksaan neurologis, evaluasi penyakit metabolik, dan mengintegrasikan seluruh penemuan.

Banyak cara dalam melakukan skrining perkembangan. Di tingkat pelayanan dasar, petugas kesehatan menggunakan Kuisioer Pra Skrining Perkembangan (KPSP), Tes Daya Dengar, Tes Daya Lihat dalam mendeteksi penyimpangan perkembangan. Penilaian deteksi dini penyimpangan mental emosional menggunakan Kuesioner Masalah Mental Emosional (KMME), Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), dan Gangguan Pemusatan dan Hiperaktivitas (GPPH). Penilaian skrining perkembangan ditingkat lebih tinggi, salah satunya menggunakan Denver II. Denver II merupakan pengembangan dan hasil revisi dari *Denver Development Screening Test* (DDST). Denver II bukan merupakan tes diagnostik maupun tes dan I.Q. Denver II merupakan metode skrining yang baik dan memiliki validasi yang tinggi dan efektif dalam mengidentifikasi 85-100% bayi dan anak prasekolah yang mengalami keterlambatan perkembangan dan pada follow up selanjutnya 89% kelompok dengan hasil DDST abnormal mengalami kegagalan disekolah di 5-6 tahun selanjutnya (Soetjiningsih 1995).

Penilaian Denver II memiliki 125 tugas perkembangan yang disusun berdasarkan urutan perkembangan dan dikelompokkan menjadi empat kelompok besar yaitu (1) sektor perilaku sosial yaitu aspek yang berkaitan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan, (2) gerakan halus (fine motor adaptive) yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak dalam melakukan sesuatu yang melibatkan bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil tetapi membutuhkan koordinasi yang cermat, (3) aspek gerakan kasar (gross motor) yaitu aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh, (4) bahasa (language) adalah kemampuan dalam merespon suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

Hasil penilaian diklasifikasikan dalam kategori Normal, Abnormal, dan

Meragukan (Questionable), dan tidak dapat dinilai (Untestable) (Soetjiningsih 1995). Dari empat hasil penilaian Denver II tersebut menurut Dodds (2004) hasil interpretasi Denver II ada tiga yaitu Normal, Suspek dan Tidak dapat diuji (untestabel). Normal berarti tidak ada keterlambatan (delays) atau terdapat 1 caution. Suspek berarti terdapat dua atau lebih caution dan terdapat satu atau lebih delays. Tidak dapat diuji jika terdapat skor menolak pada satu item tes atau lebih total disebelah kiri garis umur atau menolak pada lebih dari satu item yang tembus pada daerah 75%-90%. Pada pemeriksaan denver apabila ditemukan penilaian suspek dan Tidak dapat diuji dilakukan screening ulang dalam 1-2 minggu. Namun apabila setelah pemeriksaan ulang tetap dinyatakan suspek atau *untestable* maka harus di rujuk ke spesialis pertumbuhan dan perkembangan.

e. Konsep Bermain

1) Definisi :

Bermain merupakan kegiatan yang dilakukan secara suka rela untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan. Bermain sebagai cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional dan sosial. Bermain juga merupakan media yang baik untuk belajar anak :berkomunikasi, menyesuaikan diri dengan lingkungan, melakukan apa yang di lakukan, mengenal waktu, jarak & suara.

2) Tujuan Bermain

- Dapat melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang normal
- Dapat mengekspresikan keinginan, perasaan dan fantasi
- Dapat mengembangkan kreatifitas
- Dapat beradaptasi lebih efektif terhadap stress

3) Faktor yang mempengaruhi bermain

- Tahap perkembangan
- Status Kesehatan
- Jenis Kelamin
- Lingkungan
- Alat permainan

4) Klasifikasi bermain

Menurut isinya:

- Sosial affective play : hub interpersonal yg menyenangkan antara anak dgn orang lain (EX : ciluk-baa).
- Sense of pleasure play : permainan yg sifatnya memberikan kesenangan pada anak (EX : main air dan pasir).
- Skill play : permainan yg sifatnya memberikan keterampilan pada anak (EX: naik sepeda).
- Dramatik Role play : anak bermain imajinasi/fantasi (EX : dokter dan perawat).
- Games : permainan yg menggunakan alat tertentu yg menggunakan perhitungan / skor (EX : ular tangga).
- Un occupied behaviour: anak tidak memainkan alat permainan tertentu, tapi situasi atau objek yang ada disekelilingnya , yg digunakan sebagai alat permainan(EX : jinjit-jinjit, bungkuk-bungkuk, memainkan kursi, meja dsb).

Menurut karakter sosial

- Onlooker play : anak hanya mengamati temannya yg sedang bermain, tanpa ada inisiatif utk ikut berpartisipasi dlm permainan(EX : Congklak).
- Solitary play : anak tampak berada dalam kelompok permainan, tetapi anak bermain sendiri dengan alat permainan yang dimilikinya.
- Parallel play : anak menggunakan alat permainan yg sama, tetapi antara satu

anak dgn anak lain tidak terjadi kontak satu sama lain sehingga antara anak satu dgn lainnya tidak ada sosialisasi.

- Associative play : permainan ini sudah terjadi komunikasi antara satu anak dgn anak lain, tetapi tidak terorganisasi, tidak ada pemimpin dan tujuan permainan tidak jelas (EX bermain boneka, masak-masak).
- Cooperative play : aturan permainan dlm klp tampak lebih jelas pada permainan jenis ini, dan punya tujuan serta pemimpin (EX : main sepak bola).

f. Toilet Training

1) Definisi :

Merupakan suatu usaha untuk melatih anak agar mampu mengontrol dalam melakukan buang air kecil dan buang air besar, berlangsung pada fase kehidupan anak usia 18-24 bulan. Toilet training membutuhkan kesabaran dan ketelatenan.

2) Tujuan :

- Bermanfaat dalam pendidikan seks bagi si anak karena saat anak melakukan kegiatan tersebut, anak akan mempelajari anatomi tubuhnya sendiri serta fungsinya
- Terjadi pengaturan impuls atau rangsangan dan insting anak dalam melakukan buang air besar atau buang air kecil

3) Waktu pelaksanaan :

- Toilet training secara umum dapat dilaksanakan pada setiap anak yang sudah mulai memasuki fase kemandirian yaitu umur 18 bulan - 2 tahun
- Secara fisik anak sudah kuat dan mampu. Hal ini dapat ditunjukkan dengan anak mampu duduk atau berdiri sehingga memudahkan untuk dilatih buang air besar dan kecil
- Secara Psikologis Anak membutuhkan suasana yang nyaman agar mampu mengontrol konsentrasi dalam merangsang untuk buang air besar dan buang air kecil.
 - Secara intelektual , Anak dapat mulai memahami arti buang air besar atau buang air kecil, Anak dapat mengetahui kapan saatnya harus buang air kecil dan buang air besar. , Kesiapan tersebut akan menjadikan anak selalu mempunyai kemandirian dalam mengontrol khususnya buang air besar dan buang air kecil (toilet training).

4) Teknik

a) Tenik Lisan

- Merupakan usaha untuk melatih anak dengan cara memberikan instruksi pada anak dengan kata-kata sebelum atau sesudah BAB dan BAK.
- Teknik lisan ini mempunyai nilai yang cukup besar dalam memberikan rangsangan untuk BAB dan BAK di mana dengan teknik ini, persiapan psikologis pada anak akan semakin matang dan akhirnya anak mampu dengan baik dalam melaksanakan BAB dan BAK.

b) Teknik Modeling

- Merupakan usaha untuk melatih anak dalam melakukan BAB dengan cara meniru atau membuatkan contoh.
- Dampak yang jelek pada cara ini adalah apabila contoh yang diberikan salah maka anak pun akan mempunyai kebiasaan yang salah.
- Melakukan observasi waktu pada saat anak merasakan BAK dan BAB,
- Tempatkan anak di atas pispot atau ajak ke kamar mandi, berikan pispot dalam posisi sama dan nyaman,
- Ingatkan pada anak bila akan melakukan BAK atau BAB,

- Dudukkan anak di atas pispot atau orang tua duduk atau jongkok di hadapan anak sambil mengajak bicara,
- Berikan pujian jika anak berhasil, jangan disalahkan atau dimarahi,
- Biarkan anak pergi ke toilet pada jam tertentu dan beri anak celana yang mudah dilepas.

4. Prosedur Pembelajaran

Pembelajaran ini dilakukan dengan beberapa metode pembelajaran yaitu melalui metode Cooperative Learning dan discovery Learning. Metode ini digunakan untuk memamparkan mahasiswa terkait konsep tumbuh kembang, konsep dasar bermain, dan toilet training pada anak balita.

5. Prosedur Penilaian

Penilaian yang digunakan dalam materi ini adalah penilaian tutorial dan penilain UTS dan UAS

6. Referensi

Badan Pusat Statistik (2012) *Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin Garis Kemiskinan Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1) dan Indeks Keparahan Kemiskinan (P2) Menurut Provinsi September 2012*. Available at: <http://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1489> (Accessed: 21 July 2015).

Baker-Henningham, H. and Lopez Boo, F. (2010) 'Early Childhood Stimulation Interventions in Developing Countries: A Comprehensive Literature Review', in *IZA*, pp. 1–71. Available at: <papers2://publication/uuid/54FD61A9-84D5-4BF8-BF59-F629C6174D42>.

Bradley, R. H. and Corwyn, R. F. (2002) 'Socioeconomic Status and Child Development', *Annual Review of Psychology*, 53, pp. 371–399. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135233.

Briawan, D. and Herawat, D. T. (2008) 'Peran Stimulasi Orangtua Terhadap Perkembangan Anak Balita Keluarga Miskin', *Jurnal Ilmu Keluarga & Konsumen*, 1, no. V(1), pp. 63–76. Available at: <http://jurnal.ipb.ac.id/index.php/jikk/article/view/6255/11263>.

Campbell, T. F. *et al.* (2003) 'Risk Factors for Speech Delay of Unknown Origin in 3-Year-Old Children', *Child Development*, 74(2), pp. 346–357.

Departemen Agama Republik Indonesia (ed.) (2010) *Al-Qur'an Terjemahan dan Tafsir Perkata*. Bandung: Jabal.

Dewanti, A. *et al.* (2012) 'Karakteristik Keterlambatan Bicara di Klinik Khusus Tumbuh Kembang Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Tahun 2008 - 2009', 14(4), pp. 230–234.

Dewi, N. A. (2011) *Faktor Dominan Karakteristik Ibu yang Berhubungan dengan Pertumbuhan dan Perkembangan Balita Usia 2-5 tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang Tahun 2011*. Universitas Andalas.

Diana, F. M. (2004) 'Hubungan Pola Asuh Dengan Status Gizi Kelurahan Pasar Ambacang Kota Padang Tahun 2004', pp. 19–23.

Dodds, W. F. J. B. (2004) *Pemntauan Perkembangan Denver II*. Terjemahan. Edited by D. Ismail *et al.* Yogyakarta: Pediatri Sosial/ Tumbuh kembang Bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

- Eickmann, S. H. and Ferraz, N. (2012) 'Psychomotor development of preterm infants aged 6 to 12 Months', 130(5), pp. 299–306.
- Freitas, T. C. B. *et al.* (2013) 'Family socioeconomic status and the provision of motor affordances in the home', *Brazilian Journal Of Phphysical Therapy*, 17(4), pp. 319–327.
- Gunawan, G., Fadlyana, E. and Rusmil, K. (2011) 'Hubungan Status Gizi dan Perkembangan anak Usia 1-2 tahun', 13(2), pp. 142–146. Available at: <http://saripediatri.idai.or.id/pdf/13-2-10.pdf>.
- Gurgel, L. G. *et al.* (2014) 'Risk factors for proper oral language development in children: a systematic literature review', *CoDAS*, 26(5), pp. 350–356. doi: 10.1590/2317-1782/20142014070.
- Hackman, D. A. and Farah, M. J. (2009) 'Socioeconomic Status and The Developing Brain', *Science Direct*, 13(2), pp. 65–73. doi: 1364-6613.
- Hastuti, D., Fiernanti, D. Y. I. and Guhardja, S. (2011) 'Kualitas Lingkungan Pengasuhan dan Perkembangan Sosial Emosi Anak Usia Balita di Daerah Rawan Pangan', *Ilmu Keluarga dan Konsumen*, 4(1), pp. 57–65. doi: ISSN 1907-6037.
- Heri, L. and Cicih, M. (2011) 'Pengaruh Perilaku ibu terhadap status Kesehatan Anak Baduta di Jawa Tengah', 13(1). Available at: <http://saripediatri.idai.or.id/pdf/13-1-7.pdf>.
- Hidayat, A. A. (2009) *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Surabaya: Salemba Medika.
- Hurlock, E. B. (1978) *Perkembangan Anak Jilid I (Edisi bahasa Indonesia)*. 6th edn. Edited by A. Dharma. Jakarta: Erlangga.
- Julianto, V. and Etsem, M. B. (2011) 'The Effect of Reciting Holy Qur ' an toward Short-term Memory Ability Analysed trough the Changing Brain Wave', *Psikologi*, 38(1), pp. 17–29.
- Kemenkes RI (2012) *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Edited by K. Rusmil. Jakarta: Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Maimon, E., Ismail, D. and Sitaresmi, M. N. (2013) 'Hubungan Mengikuti Kelompok Bermain dan Perkembangan Anak', 15(4). Available at: <http://saripediatri.idai.or.id/pdf/15-4-6.pdf>.
- Rachmawati, M., Kuswanti, A. and Hardani, W. (eds) (2007) *Perkembangan Anak, Edisi Ketujuh, Jilid satu (terjemahan dari Child Development, eleventh edition)*. Jakarta: Erlangga.
- Rahayu, L. S. and Sofyaningsih, M. (2011) 'Pengaruh BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) dan Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Perubahan Status Stunting Pada Balita Di Kota Dan Kabupaten Tangerang Provinsi Banten', in *Prosiding Seminar Nasional 'Peran Kesehatan masyarakat dalam Pencapaian MDG's Di Indonesia'*,

pp. 160–169. Available at:
http://journal.unsil.ac.id/jurnal/prosiding/9/9leni_19.pdf.pdf.

- Risma (2009) *Hubungan Antara Status Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi dan Perkembangan Anak Usia 1-3 Tahun di Kecamatan Kodia Kediri*. Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- Shapiro, L. E. (1998) *Mengajarkan Emotional Intelligence Pada Anak*. Terjemahan. Edited by A. T. Kartjono. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sjarif, D. R. *et al.* (2011) *Buku Ajar: Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik Jilid I*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI).
- Soetjiningsih (1995) *Tumbuh Kembang Anak*. Edited by I. Ranuh. Jakarta: EGC.
- Soetjiningsih, C. H. (2012) *Perkembangan Anak (Sejak Pembuahan Sampai dengan Kanak-Kanak Akhir)*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Soetjiningsih and Ranuh, G. (2013) *Tumbuh kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Sumarni (2012) ‘Sosial Ekonomi Komunitas Pemulung Di TPA Lubuk Minturun’, *Economica*, 1(1), pp. 159–171.
- Suparmiati, A., Ismail, D. and Sitaresmi, M. N. (2013) ‘Hubungan Ibu Bekerja dengan Keterlambatan Bicara pada Anak’, 14(5), pp. 3–6.
- Tanuwijaya (2002) *Konsep Umum Tumbuh Kembang In Tumbuh Kembang Anak dan Remaja Ikatan Dokter Indonesia*. 1st edn. CV Sagung Seto.
- Tjandrajani, A. *et al.* (2012) ‘Keluhan Utama pada Keterlambatan Perkembangan Umum di Klinik Khusus Tumbuh Kembang RSAB Harapan Kita’, 13(6), pp. 373–377. Available at: <http://saripediatri.idai.or.id/pdf/13-6-1.pdf>.
- WHO (2012) *Developmental Difficulties in Early Childhood Prevention, early identification, low- and middle-income countries*. Geneva. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/development_difficulties_early_childhood/en/.
- WHO and Unicef (2012) ‘Early Childhood Development and Disability: A discussion Paper’, in. switzerland: (www.who.int. doi: 978 92 4 150406 5).
- Yosoprawoto, M. and Ariani (2012) ‘Usia Anak dan Pendidikan Ibu sebagai Faktor Risiko Gangguan Perkembangan Anak’, *Kedokteran Brawijaya*, 27(2), pp. 118–121.
- Yulianto, R. P. C., Rahmawati, I. and Sulistyorini, L. (2014) ‘Hubungan Pengasuhan Orang Tua dengan Risiko Tindak Kekerasan pada Remaja di Kelurahan Patrang Kecamatan Patrang Kabupaten Jember (The Correlation of Parenting with Risk of Juvenile Violent in Patrang Village District Patrang Jember)’, 2(1), pp. 179–184.
- Yusuf, E. A. (2003) *Autisme masa anak*. Universitas Sumatra Utara.
- Yusuf, S. (2011) *psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

BAB 8.

KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL BAYI DAN BALITA

1. Kebutuhan psikosial bayi dan balita

Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 anak sebagai tunas, potensi, dan generasi muda penerus cita-cita perjuangan bangsa memiliki peran strategis, ciri, dan sifat khusus sehingga wajib dilindungi dari segala bentuk perlakuan tidak manusiawi yang mengakibatkan terjadinya pelanggaran hak asasi manusia.

2. Capaian Pembelajaran

memahami kebutuhan psikososial pada bayi dan balita dengan benar

3. Materi (Aziz Alimul Hidayat 2008)

Kebutuhan psikosial adalah kebutuhan akan kasih sayang, rasa aman, harga diri, rasa memiliki dan mendapat pengalaman dan stimulasi.

- Kebutuhan kasih sayang bisa dikatakan kebutuhan asih yang bernakana memberikan ketentraman secara psikologis anak. terpenuhinya kebutuhan ini menjadikan anak tentram, bahagia dan aman. Kebutuhan ini tercermin dalam hubungan yang baik antara ana dengan kedua orang tua, keluarga atau lingkungan.
- Kebutuhan rasa aman adalah anak merasa diterima oleh orang tuanya, dipenuhi segala kebutuhannya selalu diperhatikan, dan didukung dengan adanya hubungan yang baik di lingkungan keluarga. Contoh dari kebutuhan rasa aman yaitu menemani bayi pada saat tidur. Pada kondisi menemani bayi tidur adalah tidur di tempat yang sama. Bayi yang tidur dengan ibunya akan lebih gampang dan sering menyusu dan mengurangi resiko jatuh (Davies and McDonald 2011)
- Kebutuhan harga diri yaitu bayi dan anak merasa dihargai, baik oleh dirinya maupun orang lain. anak memiliki tempat di hati keluarga dan juga mendapatkan perhatian sebagaimana orang-orang disekitarnya
- Kebutuhan rasa memiliki berarti memiliki anak merupakan suatu kebutuhan dan perlindungan akan resiko yang dapat menjadikan anak cedera.
- Kebutuhan mendapatkan pengalaman. Pengalaman merupakan hal yang sangat berharga. Pengalaman yang baik akan menjadikan anak lebih percaya diri dan merasakan kesuksesan yang besar dari pengalaman yang ada dan digunakan untuk aktivitas yang dilakukannya. Pengalaman tersebut perlu dihargai agar dapat membantu pertumbuhan anak.
- Kebutuhan stimulasi atau asah merupakan proses pembelajaran dan pencapaian dalam pertumbuhan dan perkembangan secara optimal. Stimulasi ini dapat berupa latihan atau bermain.

Contoh pelaksanaan kebutuhan psikosial

- diperhatikan minat, keinginan, dan pendapatnya
- diberi contoh (bukan dipaksa)
- dibantu, didorong/dimotivasi, dan dihargai
- dididik dengan penuh kegembiraan, melakukan koreksi dengan kegembiraan dan kasih sayang (bukan ancaman/ hukuman)

4. . Prosedur Pembelajaran

Metode Pembelajaran dilakukan adalah self directed learning, cooperative learning dan pertemuan tatap muka sebanyak satu kali pertemuan. selain itu, pertemuan diskusi dan praktik pembuatan MPASI juga diajarkan guna meningkatkan pendalaman materi

5. Prosedur Penilaian

Penilaian pada materi ini berasal dari penilaian ujian tengah semester dan ujian akhir semester dan penilaian presentasi penugasan serta hasil diskusi.

6. Referensi

Davies, L. and McDonald, S. (2011) *Pemeriksaan Kesehatan Bayi Pendekatan Multidimensi*. Terjemahan. Edited by D. Widiarti, A. Widhi, and E. Tiar. Jakarta: EGC.

Hidayat, A. A. (2008) *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan*. Surabaya: Salemba Medika.

BAB 9.

NUTRISI BAYI DAN BALITA

1. Pemenuhan Nutrisi pada Bayi dan Balita Sehat

Indonesia adalah Negara kepulauan yang luas yang banyak memiliki permasalahan terutama pada status gizi. Indonesia memiliki beban ganda malnutrisi, yaitu terjadinya kekurangan gizi berupa perawakan pendek (stunting), kurus (wasting), dan kelebihan gizi /obesitas (Unicef Indonesia 2014). Tantangan gizi yang dialami selama periode 1000 HPK yang meliputi 270 hari masa kehamilan dan 730 hari hingga anak usia dua tahun, salah satunya adalah persepsi, komitmen, dan langkah nyata yang terkoordinasi dari pemangku kebijakan, khususnya pemerintah daerah, dalam rangka mewujudkan sumber daya manusia Indonesia yang sehat, cerdas, dan produktif. Untuk mendukung upaya perbaikan gizi, pemerintah secara terus-menerus dan berkesinambungan melakukan berbagai upaya percepatan dan atau penyelamatan perbaikan gizi serta melakukan pemetaan program dan intervensi secara spesifik yang melibatkan berbagai sektor kesehatan dan intervensi sensitif yang dilakukan berupa kegiatan di masyarakat yang secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap status gizi (BAPPENAS 2013)

Status gizi anak ditentukan dengan beberapa kriteria, yaitu kesesuaian berat badan dengan umur (BB/U), kesesuaian panjang badan atau tinggi badan dengan umur (PB/U), dan kesesuaian berat badan dan tinggi badan (BB/TB). Indeks BB/TB merefleksikan status gizi pada masa kini, sedangkan indeks TB/U merefleksikan status gizi balita pada masa lampau (Ni'mah and Muniroh 2015). Kemenkes RI (2019) menjabarkan pada hasil Riset kesehatan Dasar pada Tahun 2018 itu data status Gizi balita usia 0-59 bulan di Indonesia untuk kategori sangat kurus 3.5%, kurus 6.7%, normal 81.8% dan gemuk 8%. Sedangkan di Daerah Istimewa Yogyakarta menyumbang angka 1,2% balita sangat kurus, 7,2% balita kurus, 86% balita memiliki status gizi normal, dan 4,7% memiliki status gizi gemuk. Proporsi terbanyak pada balita yang sangat kurus adalah pada usia 24-35 bulan, balita kurus pada usia 0-5 bulan, normal pada usia 36-59 bulan, dan gemuk pada usia 0-5 bulan. Dan kejadian paling banyak di tingkat pedesaan.

Permasalahan yang terjadi pada anak dengan kekurangan gizi tidak hanya dengan postur tubuh, namun berdampak pada kesehatan baik saat ini maupun pada kehidupan selanjutnya. Status gizi yang buruk juga berdampak terhadap kognitif anak (Dasman 2019), keterlambatan perkembangan (Leroy and Frongillo, 2019), dan bisa menyebabkan rendahnya kualitas sumber daya manusia (Dasman 2019). Status gizi pada balita dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kondisi sosial ekonomi keluarga, riwayat embernin asi eksklusif, pemberian MPASI yang tepat, dan asupan nutrisi yang diberikan (Putri, Sulastri, and Lestari 2015). Status sosial ekonomi keluarga akan berdampak pada sumber pendapatan dan daya beli jenis dan variasi makanan yang akan diberikan kepada balitanya.

2. Capaian Pembelajaran

memahami konsep gizi pada bayi dan balita dengan benar dan memperhatikan *patient safety*

3. Materi

Makanan sehari-hari yang dipilih dengan baik akan memberikan semua zat gizi yang dibutuhkan untuk fungsi tubuh normal. Zat gizi ada tiga fungsi dalam tubuh: sebagai sumber energy, sebagai pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh, sebagai pengatur proses tubuh.

Balita membutuhkan pemenuhan gizi makro dan gizi mikro. Makronutrien terdiri atas karbohidrat, lemak serta protein dan dinamakan demikian karena dibutuhkan dalam

jumlah besar (jumlah makro) mengingat ketiga nutrien ini umumnya terpakai habis dan tidak didaur ulang. Macam macam makronutrien yang ada adalah karbohidrat, lemak, protein. Suplementasi Mikronutrien adalah suatu suplemen yang terdiri dari vitamin dan mineral. Vitamin dan mineral diperlukan tubuh dalam jumlah sedikit (jumlah mikro) karena dapat didaur ulang. Vitamin adalah suatu zat organik yang kompleks yang dibutuhkan dalam tubuh dalam jumlah yang sangat kecil dan tidak bisa diproduksi oleh tubuh, oleh karena itu dibutuhkan vitamin dari makanan. Vitamin berperan dalam tahapan reaksi metabolisme energy pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh.

Makanan pendamping asi adalah makanan yang diberikan setelah usia 6 bulan. Pemberian MP-ASI yang baik sangat penting bagi tumbuh kembang anak. Pemberian MP-ASI merupakan proses pembelajaran untuk memperkenalkan anak dengan berbagai jenis makanan. Perilaku responsif pada pemberian makan masih sangat rendah di beberapa negara dan diduga berkontribusi terhadap kejadian malnutrisi. Pemberian MPASI secara dini yaitu dibawah usia 6 bulan tidak meningkatkan status gizi pada anak, namun pemberian MPASI yang tepat mampu mengurangi adanya kejadian stunting (Syed and Das 2017).

Panduan MPASI menurut WHO yaitu: AFATVAH (Age, Frequency, Amount, Texture, Variety, Active/Responsive dan Hygiene)

- AGE : MPASI diberikan pada anak usia 6 bulan. Jika pemberian terlambat maka pertumbuhan, tumbuh kembangnya lebih lambat, malnutrisi dan defisiensi gizi seperti zat besi, dan lain - lain.
- FREQUENCY : Frekuensi pemberian MPASI. Di awal mulai makan (umur 6 bln), 1-2 kali/hari, 6 - 9 bulan berikan 2 – 3kali /har makan dan 2 kali selingan makanan ringan. Umur 1 tahun ke atas, berikan 3-4 kali/hari makan dan 2 kali selingan.
- AMOUNT : Jumlah makanan tentu harus diperhatikan, bayi baru mulai makan diberi sesuai selera bayi, lalu tingkatkan secara bertahap. MPASI Umur 6 bulan (awal) mulai dengan 2-3 sdm setiap kali makan. Tingkatkan secara bertahap sampai setengah mangkok ukuran 250ml untuk usia 6-9 bulan. MPASI Setelah umur 9-12 bulan, diharapkan sudah mulai makan setengah sampai tiga perempat mangkok ukuran 250ml. MPASI Setelah umur 1 tahun, porsi rata-rata 1 mangkok ukuran 250ml.
- TEXTURE : Tahapan tekstur ini jangan terlalu cepat, tapi jangan terlalu lambat. 6 – 7 bulan : mulai dikenalkan makanan padat pertamanya, dimulai dari yang teksturnya encer menyerupai ASI dengan rasa yang tidak jauh berbeda dengan ASI. Saat ini dapat diberikan bubur susu, puree sayuran, puree buah. Sebaiknya bayi dikenalkan terlebih dahulu dengan sayur yang rasanya tidak seaneh buah. 8 – 9 bulan : tekstur makanan bayi mulai semakin padat, pada usia ini dapat dikenalkan bubur saring (sebaiknya hindari memblender makanan). 9 – 12 bulan : dapat dikenalkan nasi tim yang kadar airnya disesuaikan dengan kemampuan bayi mengunyah dan berlanjut menjadi makin menyerupai table food yang dinikmati oleh anggota keluarga yang lain.
- VARIETY : Berikan makanan yang bervariasi agar kebutuhan nutrisi terpenuhi setiap harinya. Daging, ayam, ikan atau telur harus diberikan setiap hari. Buah-buahan dan sayuran yang kaya akan vitamin A harus diberikan juga setiap hari. Jangan lupa menambahkan lemak dalam makanan. Hindari pemberian gula dan garam untuk anak dibawah 1 tahun. Pemberian gula akan mengajarkan anak suka makanan yang manis sampai besar dan memiliki kecenderungan obesitas dan diabetes, sedangkan penambahan garam sebaiknya dihindari karena dapat meningkatkan kerja ginjal bayi. Rasa asin dan manis didapatkan dari rasa alami makanan.
- ACTIVE/RESPONSIVE : Beri makan bayi langsung dari tangan ibu, bayi yang lebih besar harus diawasi saat makan sendiri, pelajari kapan anak lapar dan kenyang,

berikan makan secara perlahan dan sabar, jangan dipaksa, bila bayi menolak macam-macam makanan, coba berikan kombinasi makanan, rasa, tekstur dan cara pembuatan, hindari apapun yang dapat mengganggu konsentrasi bayi saat makan seperti TV atau mainan, selalu diingat bahwa proses makan adalah proses belajar dan mencurahkan cinta untuk itu ajaklah bicara sambil memberikan makan dan pertahankan kontak mata.

- **HYGIENE** : Jagalah kebersihan makanan saat membuat dan menyimpannya dengan mencuci tangan pengasuh dan anak sebelum membuat makanan dan makan, simpan makanan dengan aman dan makanlah secepatnya setelah dibuat, pakailah alat makan yang bersih, hindari menggunakan botol yang ada sendok ujungnya karena cenderung sulit dibersihkan.

4. Prosedur Pembelajaran

Metode Pembelajaran dilakukan pada materi ini adalah pertemuan teori, dan tutorial dan presentasi dalam praktikum. Semua dilakukan secara daring. Penugasan terlampir.

5. Prosedur Penilaian

Penilaian pada materi ini berasal dari penilaian ujian tengah semester dan ujian akhir semester dan penilaian pada sat presentasi hasil diskusi dan hasil penugasan dengan materi MPASI.

DAFTAR TILIK SEMINAR GIZI

NO	CONTEN	NILAI		
		0	1	2
	ISI			
1	Ketepatan Pemilihan Jenis MPASI sesuai Usia dan kehalalannya*			
2	Kelengkapan variasi nutrisi makanan*			
3	Ketepatan Jadwal Pemberian			
4	Ketepatan Dalam menentukan takaran*			
5	Ketepatan cara penngolahannya dengan menerapkan kebersihan.			
	PRESENTASI DAN EVALUASI			
6	Mengawali presentasi dengan membaca basmalah			
7	Kejelasan dalam menjelaskan materi			
8	Ketepatan dalam menjawab pertanyaan			
9	Mengakhiri presentasi dengan membaca hamdalah			

6. Referensi

- BAPPENAS (2013) *Pedoman perencanaan program gerakan nasional percepatan perbaikan gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.*
- Dasman, H. (2019) ‘Empat dampak stunting bagi anak dan negara Indonesia’, *The Conversation (Disipln Ilmiah, gaya Jurnalistik)*, pp. 22–24. Available at: [http://repo.unand.ac.id/21312/1/Empat dampak stunting bagi anak dan negara Indonesia.pdf](http://repo.unand.ac.id/21312/1/Empat%20dampak%20stunting%20bagi%20anak%20dan%20negara%20Indonesia.pdf).
- Kemendes RI (2019) ‘Laporan Nasional Riskesdas 2018’. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Available at: http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf.

- Leroy, J. L. and Frongillo, E. A. (2019) 'Perspective : What Does Stunting Really Mean ? A Critical Review of the Evidence'. Oxford University Press, pp. 196–204.
- Ni'mah, C. and Muniroh, L. (2015) 'Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan dan Pola Asuh Ibu dengan Wasting dan Stunting pada Balita Keluarga Miskin', *Media Gizi Indonesia*, 10(1), pp. 84–90.
- Putri, R. F., Sulastri, D. and Lestari, Y. (2015) 'Artikel Penelitian Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1), pp. 254–261.
- Syed, S. and Das, B. (2017) 'Assessment of nutritional status and its association with feeding practices in children under five years', *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 4(1), pp. 68–72.
- Unicef Indonesia (2014) *Nutrisi, Unicef Indonesia*. Available at: <https://www.unicef.org/indonesia/id/nutrisi> (Accessed: 14 November 2019)

BAB 10.

MANUAL RUJUKAN

1. Manual Rujukan

Sesuai SK Menteri Kesehatan No.23/1972 pengertian sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu, atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

2. Capaian Pembelajaran

manual rujukan pada neonatus dengan tepat dan menyesuaikan patient safety

3. Materi

a. Jenjang Sistem Rujukan

Sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif, dan sesuai kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan obstetri dan neonatal, sesuai kondisi pasiennya. Bidan di desa (Bides) dan pondok persalinan desa (Polindes) dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas dan bayi baru lahir (BBL), baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat. Bides dan bidan praktek swasta (BPS) memberikan pelayanan persalinan normal, dan pengelolaan kasus-kasus tertentu sesuai kewenangan dan kemampuannya, atau melakukan rujukan pada puskesmas, puskesmas PONED, dan RS PONEK sesuai tingkat pelayanan yang sesuai.

Puskesmas non PONED atau bisa juga disebut puskesmas jejaring PONED memberikan pelayanan sesuai kewenangannya dan harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan sebelum melakukan rujukan ke Puskesmas PONED atau RS PONEK. Puskesmas PONED memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung dan dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK. RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan memberikan pelayanan PONEK langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas/BBL baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, Bides/BPS, Puskesmas, dan Puskesmas PONED

b. Pengembangan Manual Rujukan KIA

Sistem rujukan yang dibangun harus dilengkapi dengan manual supaya bisa dilaksanakan dengan lebih tertata dan jelas. Manual rujukan sebaiknya disusun dan dikembangkan oleh kelompok kerja (Pokja)/tim rujukan di sebuah kabupaten/kota. Tujuan manual adalah untuk menjalankan sistem rujukan pelayanan ibu dan bayi dikaitkan dengan sumber pembiayaannya. Manual rujukan tersusun dari kejadian yang dapat dialami oleh ibu dan bayi dalam proses kehamilan dan persalinan, dan bagaimana proses tersebut dapat didanai. Sumber dana untuk mendukung pelayanan teknis. Rujukan dapat berasal dari pemerintah pusat (APBN), pemerintah provinsi (APBN Provinsi) dan pemerintah kabupaten/ kota (APBD kab/kota), dana perusahaan dalam bentuk corporate social responsibility (CSR), dana masyarakat mandiri, dan berbagai sumber dana lainnya.

Pokja/tim rujukan di kabupaten/kota komposisinya adalah: Ketua (kepala dinas kesehatan); Wakil Ketua (direktur RSUD); Penanggung Jawab Prosedur Klinik (dokter obsgyn dan dokter anak RSUD); dan Anggota yang dapat terdiri dari perwakilan kepala puskesmas; perwakilan dokter puskesmas; perwakilan bidan RS; perwakilan BPS/Bides; perwakilan perawat; dokter-dokter perwakilan RS Swasta,

POGI, IDAI, IBI, PPNI, dll . Komposisi anggota pokja menunjukkan bahwa penanggung-jawab sistem rujukan secara keseluruhan adalah kepala dinas kesehatan. Akan tetapi penanggung jawab proses pelayanan klinik dan mutunya adalah para dokter spesialis.

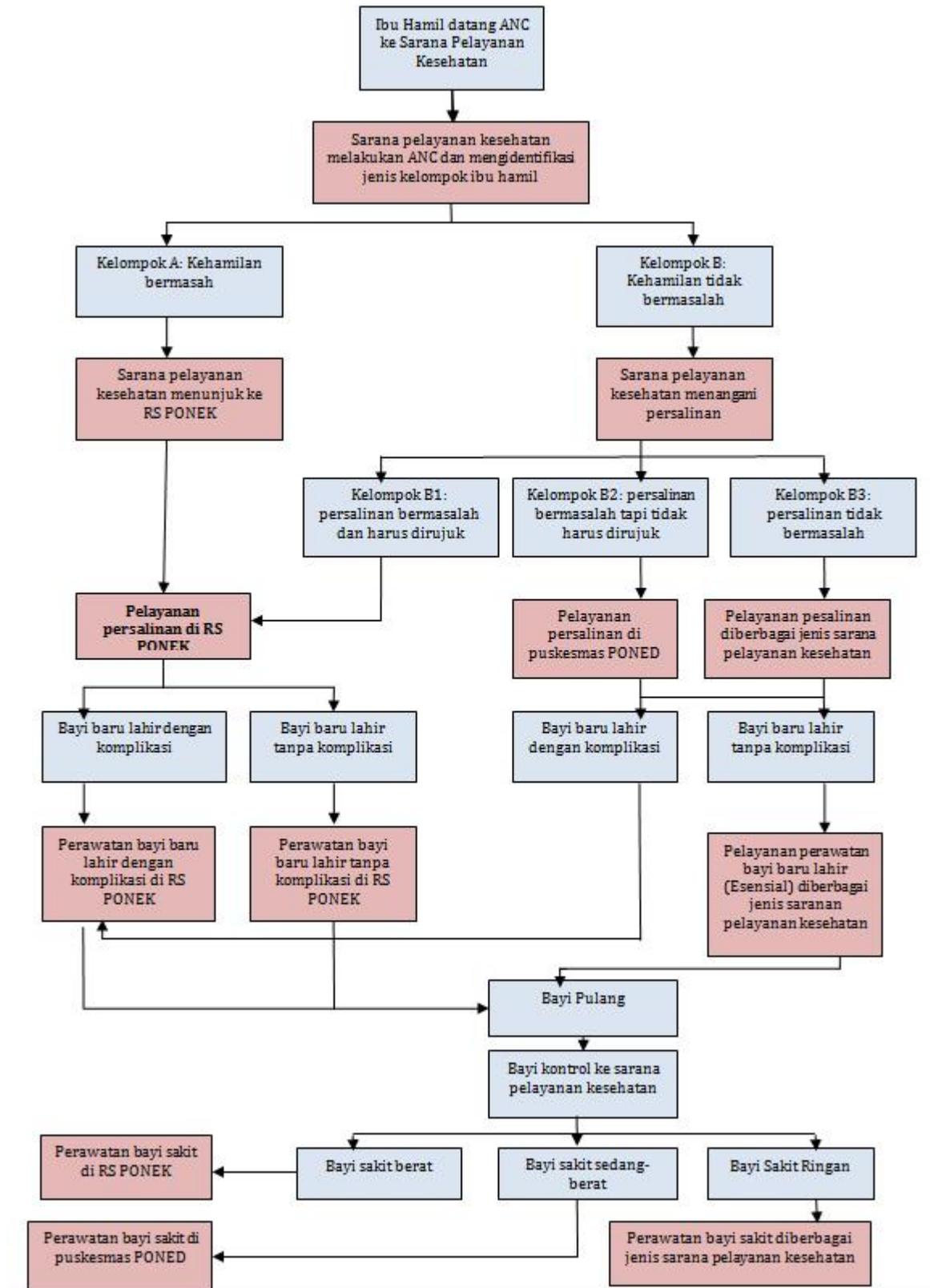
c. **Tujuan**

Menggambarkan alur kegiatan pelayanan ibu hamil, persalinan, nifas, dan pelayanan bayi berdasarkan *continuum of care* lengkap dengan Pedoman dan SOP yang terkait dengan sumber pembiayaan. Menjelaskan uraian tugas (*Job description*) lembaga-lembaga dan profesi yang terlibat dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. Menjadi acuan kegiatan dilapangan untuk Kelompok Kerja Rujukan dalam perencanaan (persiapan Musrenbang), pelaksanaan, dan monitoring hasil.

d. **Kebijakan dan Prinsip Dasar**

- Prinsip utama adalah mengurangi kepanikan dan kegaduhan yang tidak perlu dengan cara menyiapkan persalinan (rujukan terencana) bagi yang membutuhkan (*pre-emptive strategy*). Sementara itu bagi persalinan *emergency* harus ada alur yang jelas.
- Bertumpu pada proses pelayanan KIA yang menggunakan *continuum of care* dengan sumber dana.
- Sarana pelayanan kesehatan dibagi menjadi 3 jenis: RS PONEK 24 jam, Puskesmas PONEK dan Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya seperti Puskesmas, bidan praktek, Rumah Bersalin, Dokter Praktek Umum, dan lain-lain
- Harus ada RS PONEK 24 jam dengan hotline yang dapat dihubungi 24 jam.
- Sebaiknya ada hotline di Dinas Kesehatan 24 jam dengan sistem jaga untuk mendukung kegiatan persalinan di RS.
- Memperhatikan secara maksimal ibu-ibu yang masuk dalam:
Kelompok A. Ibu-ibu yang mengalami masalah dalam kehamilan saat pemeriksaan kehamilan (ANC) dan di prediksi akan mempunyai masalah dalam persalinan yang perlu dirujuk secara terencana;
Kelompok B. Ibu-ibu yang dalam ANC tidak bermasalah, dibagi menjadi 3:
Kelompok B1. Ibu-ibu bersalin yang membutuhkan rujukan *emergency* ke RS PONEK 24 jam.
Kelompok B2. Ibu-ibu bersalin yang ada kesulitan namun tidak perlu dirujuk ke RS PONEK 24 jam, dapat dilakukan di puskesmas PONEK
Kelompok B3. Ibu-ibu yang mengalami persalinan normal.
- Menekankan pada koordinasi antar lembaga seperti LKMD, PKK, dan pelaku
- Memberikan petunjuk rinci dan jelas mengenai pembiayaan, khususnya untuk mendanai ibu-ibu kelompok A dan kelompok B1 dan B2 dan B3. Juga dilihat bagaimana konsidi bayinya: kelainan lahir, kelainan genetik, gawat janin, kelainan korgenetik dan anecephali

Prinsip Pembagian Jenis Kehamilan dan Persalinan serta Bayi Baru Lahir (BBL)



Penjelasan

- Ibu Hamil dapat memperoleh pelayanan ANC diberbagai Sarana Pelayanan Kesehatan (Bidan, Puskesmas biasa, Puskesmas PONEK, RB, RS biasa atau RS PONEK)
- Sarana Pelayanan Kesehatan mengidentifikasi jenis kehamilan dan perkiraan jenis persalinan dari ibu-ibu yang mendapatkan pelayanan ANC dimasing-masing sarana.
- Sarana Pelayanan Kesehatan mengelompokan jenis kehamilan dan jenis persalinan menjadi 2 kelompok. **Kelompok A:** merupakan ibu-ibu yang dideteksi mempunyai permasalahan dalam kehamilan dan diprediksi akan mempunyai permasalahan dalam persalinan; **Kelompok B:** merupakan ibu-ibu yang dalam ANC tidak ditemukan permasalahan.
- Untuk kelompok A, Rujukan bisa dilakukan pada saat ANC dimana Sarana Pelayanan Kesehatan akan merujuk Ibu Hamil Kelompok A ke RS PONEK (kecuali ibu hamil tersebut sudah ditangani di RS PONEK sejak ANC)
- Sarana Pelayanan Kesehatan akan menangani persalinan ibu Hamil Kelompok B
- Pada saat persalinan Sarana Pelayanan Kesehatan akan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya penyulit pada persalinan menggunakan proses dan tehnik yang baik (misalnya penggunaan partogram)
- Sarana pelayanan kesehatan mengelompokkan jenis persalinan menjadi 3 kelompok: **Kelompok B1:** Ibu-ibu yang mengalami permasalahan di dalam persalinan dan harus dirujuk *emergency* (dirujuk dalam keadaan in-partu); **Kelompok B2:** Ibu-ibu yang mengalami permasalahan di dalam persalinan tapi tidak memerlukan rujukan; **Kelompok B3:** Ibu-ibu dengan persalinan normal
- Ibu Bersalin Kelompok B1 akan dirujuk ke RS PONEK (kecuali persalinan memang sudah ditangani di RS PONEK)
- Ibu Bersalin Kelompok B2 dapat ditangani di Puskesmas PONEK
- Ibu Bersalin Kelompok B3 dapat ditangani di seluruh jenis sarana pelayanan kesehatan/persalinan (Puskesmas, RB, RS)
- Bayi baru lahir yang dimaksud dalam manual ini adalah neonatus berusia antara 0-28 hari.
- Bayi baru lahir tanpa komplikasi dapat ditangani di seluruh jenis sarana pelayanan kesehatan termasuk RS PONEK apabila sang ibu bersalin di RS PONEK tersebut (karena masuk kelompok A dan B1).
- Bayi baru lahir dengan komplikasi dapat lahir dari ibu dengan komplikasi persalinan maupun dari ibu yang melahirkan normal, baik di Rumah Sakit PONEK atau di sarana pelayanan kesehatan primer.
- Bayi baru lahir yang telah pulang pasca kelahiran dan kemudian kembali lagi ke fasilitas kesehatan karena menderita sakit juga termasuk dalam manual rujukan ini.
- Bayi baru lahir kontrol ke sarana pelayanan kesehatan sesuai dengan surat kontrol yang diberikan oleh fasilitas kesehatan di tempat kelahiran.
- Pengelompokan tingkat kegawatan bayi baru lahir dilakukan berdasarkan algoritme Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Bayi baru lahir dengan sakit berat dirujuk ke Rumah Sakit PONEK, bayi baru lahir dengan sakit sedang dirujuk ke Puskesmas PONEK, sementara bayi baru lahir sakit ringan ditangani di sarana pelayanan kesehatan primer atau di sarana pelayanan kesehatan tempat bayi kontrol.

e. Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal dalam Rumah Sakit

Semua pasien rujukan maternal dan neonatal ke RS masuk melalui instalasi gawat darurat (IGD), sesegera mungkin dilakukan identifikasi dan pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan.

Segala urusan administrasi dapat dilakukan kemudian, prinsip utama adalah ibu dan BBR segera mendapat pelayanan untuk stabilisasi keadaan umum atau melakukan tindakan yang cepat, tepat, aman, dan memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi.

f. **Proses Penyusunan Dan Pelaksanaan Manual Rujukan KIA**

- 1) Dimulai dari dinas kesehatan kabupaten/kota membentuk pokja/tim rujukan kabupaten/ kota
- 2) Pokja rujukan melakukan pertemuan membahas penyusunan manual
- 3) Kerangka manual dapat mencontoh Kerangka Manual Rujukan KIA yang telah disusun oleh Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran UGM tahun 2012. Pokja rujukan kabupaten/kota melakukan penyesuaian sesuai kondisi nyata wilayah, termasuk apakah wilayah tersebut merupakan daratan atau kepulauan
- 4) Menyusun *plan of action* (POA) kegiatan pokja beserta pendanaannya. Hasil dari kegiatan ini dimasukkan dalam perencanaan terpadu tingkat kabupaten/kota atau *integrated district planning* (IDP) untuk diusulkan ke dalam APBD dan APBN serta berbagai sumber dana lainnya
- 5) Pokja rujukan harus memahami proses klinik, dan melakukan mapping lokasi sarana pelayanan kesehatan yang ada di wilayah beserta tingkat kemampuan pelayanannya
- 6) Menyiapkan RS PONEK dan Puskesmas PONEK
- 7) Membangun sistem komunikasi dan informasi pendukung manual rujukan
- 8) Manual yang disusun disosialisasikan kepada semua stakeholders
- 9) Melaksanakan pelatihan-pelatihan bagi tenaga kesehatan yang terkait kasus-kasus obstetri dan bayi yang ada dalam manual
- 10) Melakukan uji coba manual rujukan, dan melakukan penyempurnaan sesuai hasil uji coba
- 11) Memberlakukan manual rujukan dengan SK bupati/walikota
- 12) Menyusun jadwal monitoring/pemantauan pelaksanaan manual di tingkat pemberi pelayanan langsung seperti RS, puskesmas, RB, BPS, dll
- 13) Sistem Rujukan ini membutuhkan minimal 1 RS PONEK 24 jam di setiap kabupaten/kota. Dalam rangka rujukan regional, beberapa kabupaten/kota dapat melakukan koordinasi penyusunan manual dengan fasilitasi dinas kesehatan provinsi.

Pemantauan Sistem Rujukan

Penguatan sistem rujukan hanya bisa dilakukan kalau dinas kesehatan kabupaten/kota dengan RS kabupaten/kota berada dalam sebuah tim inti yang kompak dan harmonis. Tanpa kekompakan tim inti akan sulit mendapatkan dukungan dari lintas program dan lintas sektoral termasuk organisasi profesi dan LSM. Perlu peningkatan frekuensi pertemuan pemantapan sistem rujukan untuk menyusun rencana kegiatan bersama untuk mengembangkan sistem pembinaan teknis kebidanan dan kesehatan neonatal bagi dokter/bidan puskesmas/bides/perawat, berupa antara lain pertemuan AMP, upaya pemenuhan kebutuhan darah, kegiatan supervisi/penyeliaan, dll.

Dan yang sangat penting adalah adanya laporan rutin RS PONEK ke dinas kesehatan kabupaten/kota yang meliputi jumlah persalinan, jumlah kasus dan komplikasi Kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang dikelola, jumlah tindakan seksio sesaria,

jumlah kematian ibu dan perinatal beserta penyebabnya. Laporan ini harus dianalisis sehingga didapatkan informasi untuk pengambilan keputusan/kebijakan lebih lanjut. Khusus kasus kematian ibu dan kematian neonatal harus diberlakukan sebagai kejadian luar biasa (KLB) yang harus dilaporkan sesegera mungkin tidak menunggu laporan bulanan, supaya mendapatkan respon segera sesuai tugas dan kewenangan masing-masing.

Supervisi Fasilitatif

Proses ini adalah kegiatan observasi dan evaluasi langsung oleh penyelia terhadap fasilitas kesehatan, kinerja tim medis dan hasil yang diperoleh. Yang dikunjungi adalah semua fasilitas kesehatan baik yang bermasalah maupun yang berprestasi. Perbedaan supervisi fasilitatif dengan supervisi evaluatif terletak pada para pelaku dan proses lingkaran kegiatan observasi dan evaluasi (termasuk menjaga mutu). Dalam proses supervisi evaluatif penyelia memegang peranan utama dalam evaluasi dan menjaga mutu pelayanan. Masukan dan rekomendasi penyelia menjadi beban pekerjaan yang harus diselesaikan oleh pelaksana program dan staf klinik. Penilaian pekerjaan dan target output sangat tergantung dari penyelesaian pekerjaan yang ditentukan oleh penyelia.

Pada supervisi fasilitatif, proses observasi dan evaluasi dilakukan oleh tim medik dan staf klinik yang telah dilatih tentang menetapkan, menjalankan, dan menilai mutu pelayanan. Penyelia datang sebagai fasilitator dalam kegiatan yang diperankan secara penuh oleh mereka yang ada di fasilitas kesehatan. Penyelia melakukan bimbingan terhadap setiap tahap evaluasi dan upaya pemecahan masalah sehingga tim medik dan staf klinik (tim pemantau mutu setempat) dapat menentukan cara terbaik untuk mengatasi kesenjangan mutu yang terjadi. Rekomendasi dan jadwal supervisi ulangan ditetapkan oleh tim lokal sehingga mereka tidak merasakan tugas tersebut sebagai beban. Tim penjaga mutu setempat selalu berupaya agar apa yang telah mereka sepakati, dapat dilaksanakan secara penuh dan sesuai target yang telah ditetapkan.

Supervisi fasilitatif diharapkan dapat meningkatkan kerjasama antara elemen terkait. Supervisi berjenjang dilakukan oleh Dinas kesehatan provinsi ke dinas kesehatan kabupaten/kota dan RS PONEK dan jaringannya, dan dinas kesehatan kabupaten/kota ke puskesmas PONEK dan jaringannya.

Aspek yang disupervisi meliputi:

- Aspek medis teknis kebidanan dan neonatal oleh dokter obsgyn dan dokter anak RS PONEK, dimana mereka telah memiliki kualifikasi minimal sebagai pelatih tingkat lanjut terqualifikasi (*qualified advanced trainer*)
- Aspek administratif/manajerial oleh pengelola program KIA dari dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota
- Kerjasama dinas kesehatan kabupaten/kota dengan RS kabupaten/kota

4. Prosedur Pembelajaran

Metode Pembelajaran dilakukan adalah self directed learning, cooperative learning dan pertemuan tatap muka sebanyak satu kali pertemuan. .

5. Prosedur Penilaian

Penilaian pada materi ini berasal dari penilaian ujian tengah semester dan ujian akhir semester

6. Referensi

Zaenab, Siti Nur. <http://www.kesehatan-ibuanak.net/kia/index.php/hubungi-kami/70-blended-learning-kia/372-sistem-rujukan-dan-pengembangan-manual-rujukan-kia>

BAB 11. PENDOKUMENTASIAN KEBIDANAN

1. Pendokumentasian

Pendokumentasian merupakan salah satu aspek legal yang bisa dipertanggungjawabkan atas segala tindakan yang telah dilakukan. Dokumentasi kebidanan merupakan suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi kebidanan mempunyai manfaat dari berbagai aspek, antara lain aspek administrasi, aspek hukum, aspek pendidikan, aspek penelitian, aspek ekonomi, dan aspek manajemen.

Manfaat dari aspek administrasi, yaitu dokumentasi kebidanan dijadikan sebagai catatan tentang tindakan bidan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis

Manfaat dari aspek hukum, yaitu dokumentasi kebidanan dijadikan sebagai jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan.

Manfaat dari aspek pendidikan, yaitu dokumentasi kebidanan dijadikan sebagai data informasi tentang perkembangan kronologis dan dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi.

Manfaat dari aspek penelitian, yaitu dokumentasi kebidanan dijadikan sebagai data dan informasi dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Manfaat dari aspek ekonomi, yaitu dokumentasi kebidanan dijadikan sebagai dasar untuk perincian biaya atau keuangan.

Manfaat dari aspek manajemen, yaitu dokumentasi kebidanan dijadikan sebagai patokan keberhasilan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada kli

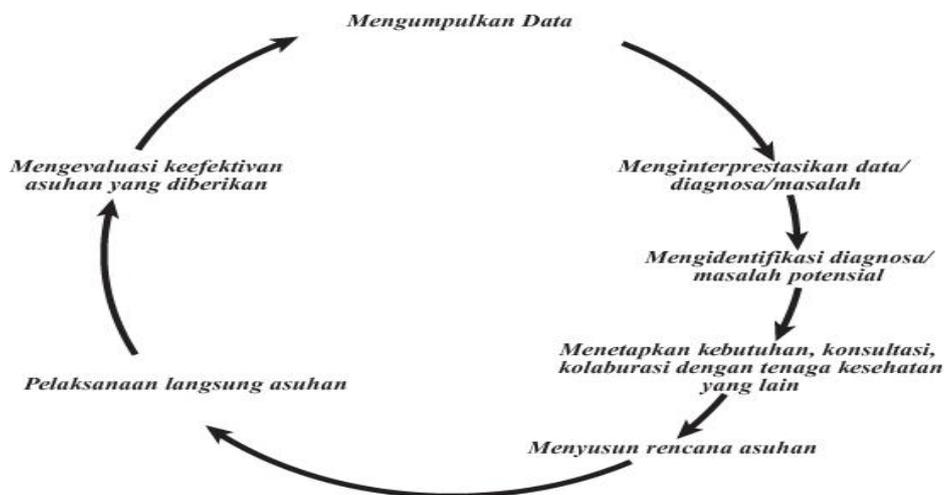
2. Capaian Pembelajaran

memahami konsep pendokumentasian dan melakukan dokumentasi asuhan pada BBL, neonatus dan bayi balita

3. Materi

Menurut Hellen Varney, manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan - penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Suatu sistem pencatatan dan pelaporan tentang layanan mandiri yang dilakukan bidan. Suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan reproduksi dan semua kegiatan yang dilakukan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.



a. Tujuan :

- Bukti pelayanan yang bermutu/standar
 - Tanggung jawab legal
 - Informasi untuk perlindungan nakes
 - Data statistik untuk perencanaan layanan
 - Informasi pembiayaan/asuransi
 - Informasi untuk penelitian dan pendidikan
 - Perlindungan hak pasien
- b. Prinsip pendokumentasian
- Mengandung nilai administratif
 - Mengandung nilai hukum
 - Mengandung nilai keuangan
 - Mengandung nilai riset
 - Mengandung nilai edukasi
 - Ringkas
 - Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata salah di atasnya serta paraf dengan jelas
 - Tulis nama yang jelas dan bubuhi tanda tangan
 - Jika catatan bersambung pada halaman yang baru, tandatangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
 - SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis.
 - Dilakukan setiap kali bidan bertemu dengan pasien dalam pemberian asuhan
 - Harus menyediakan informasi tentang kondisi fisik, status mental dan pendidikan pasien
 - Meliputi : Subyektif, Obyektif, Analisa dan Penatalaksanaan

Guideline pembuatan dokumentasi

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI SEGERA SETELAH LAHIR

NO. REGISTER :
 MASUK RS TANGGAL, JAM :
 DIRAWAT DIRUANG :

Biodata

Nama bayi/anak :
 Jenis kelamin :
 Tanggal lahir/umur :

	Ibu	Ayah
Nama :		
Umur :		
Agama :		
Suku/bangsa :		
Pendidikan :		
Pekerjaan :		
Alamat :		
No. Telepon/Hp :		

DATA SUBYEKTIF

Riwayat kelahiran anak

- Masa kehamilan :minggu
- Lahir tanggal : jam:.....
- Jenis persalinan :
- Penolong Persalinan :
- Lama persalinan : kala I.....jam.....menit
Kala II.....jam.....menit
- Komplikasi : ibu :
Janin :

DATA OBYEKTIF

Data objektif didapatkan dari penilaianselintas yang dilakukan pada saat bayi lahir.

Misal: menangis? tonus otot? Warna kulit?

Data Penunjang

a. Riwayat pada saat dalam kandungan

- Anak ke :....., jml saudara hidup....., jml saudara mati....
- Masa kehamilan :.....minggu
- Riwayat ANC ibu : teratur/ tidak,.....kali, di....., oleh.....
- Imunisasi TT ibu :kali
- Kenaikan BB Ibu selama hamil :
- Keluhan ibu selama hamil :
- Penyakit ibu selama hamil :

b. Riwayat obstetri ibu

P/A/AH

Hamil ke	Persalinan							Nifas		
	Tgl lahir	Umur hamil	Jenis persalinan	penolong	komplikasi		L/P	BB lahir	laktasi	komplikasi
					Ibu	bayi				

ANALISA:

Didapatkan dari analisa data subyektif dan objektif. Terdiri dari:

1. Nama bayi: bayi baru lahir/ segera lahir biasanya belum memiliki nama sehingga bisa menggunakan nama ibunya. Misal: bayi Nyoya N/ Bayi Ibu T/ By.Ny.L
2. Keadaan bayi terkait usia kehamilan saat dilahirkan: Cukup Bulan/ Kurang Bulan/ Lebih Bulan
3. Jenis persalinan

PENATALAKSANAAN Tanggal/ jam:

Tatalaksana sesuai dengan analisa yang ada

1. Apabila bayi lahir secara normal dengan kondisi yang stabil tidak perlu adanya resusitasi maka bisa dilakukan tatalaksana IMD (Inisiasi Menyusu Dini)
2. Setelah IMD berhasil mencapai puting dan bayi tertidur, atau maksimal 2 jam setelah bayi lahir lakukan pemberian vit K sesuai dosis
3. Lakukan pemeriksaan fisik, tanda tanda vital secara keseluruhan
4. Lakukan asuhan bayi baru lahir (cegah hipotermi, pencegahan infeksi, pemberian ASI dan imunisasi)

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

NO. REGISTER :
MASUK RS TANGGAL, JAM :
DIRAWAT DIRUANG :

Biodata

Nama bayi :
Jenis kelamin :
Tanggal lahir/umur :

	Ibu	Ayah
Nama :		
Umur :		
Agama :		
Suku/bangsa :		
Pendidikan :		
Pekerjaan :		
Alamat :		
No. Telepon/Hp :		

DATA SUBYEKTIF

1. Alasan Masuk :
2. Keluhan :
3. Pola Pemenuhan Kebutuhan sehari-hari :
 - a. Nutrisi Pemberian ASI : Frekuensi, kecukupan asi
MPASI : frekuensi, tekstur, jenis
PASI : Frekuensi, jenis
 - b. Pola istirahat : durasi tidur ketika siang dan malam, keluhan ?
 - c. Pola Eliminasi : Frekuensi BAK, Mekonium atau BAB
 - d. Personal Higien :
Mandi :
Ganti baju dan celana/ popok :
Perawatan tali pusat :
 - e. Aktivitas :

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum
 - a. Keadaan umum :
 - b. Kesadaran :
 - c. Tanda vital
Tekanan darah :
Nadi :
Pernafasan :
Suhu :
 - d. Kulit :
 - e. Kuku :
 - f. Kelenjar getah bening/limfe (palpasi leher atau inguinal)
2. Pemeriksaan fisik
 - a. Kepala
Rambut :
Ubun-ubun :

- Wajah :
- Mata :
- Telinga :
- Hidung :
- Mulut :
- b. Leher :
- c. Dada :
- d. Abdomen :
- e. Anus dan rektum :
- f. Genetalia :
- g. Tulang belakang :
- h. Ekstremitas :
- 3. Pemeriksaan Refleks :
 - Moro :
 - Rooting :
 - Walking :
 - Graphs :
 - Sucking :
 - Tonick Neck :
 - Burning :
 - Babinski :
- 4. Antropometri
 - BB :
 - TB :
 - LK :
 - LD :
 - Lila :
- 5. Pemeriksaan penunjang :
- 6. Catatan medik lainnya
 - c. Riwayat prenatal
 - Anak ke :....., jml saudara hidup....., jml saudara mati....
 - Masa kehamilan :.....minggu
 - Riwayat ANC ibu : teratur/ tidak,.....kali, di....., oleh.....
 - Imunisasi TT ibu :kali
 - Kenaikan BB Ibu selama hamil :
 - Keluhan ibu selama hamil :
 - Penyakit ibu selama hamil :
 - d. Riwayat kelahiran
 - Lahir tanggal :..... jam:.....
 - Jenis persalinan :
 - Penolong kelahiran :
 - Lama kelahiran : kala I.....jam.....menit
Kala II.....jam.....menit
 - Pelaksanaan IMD : ya/ tidak. Jika ya menit
 - Komplikasi : ibu :
Janin :
 - Keadaan bayi baru lahir
 - BB/PB lahir :
 - Jenis kelamin :
 - Nilai APGAR :

Cacat bawaan :
Resusitasi : penghisapa lendir : ya/ tidak
VTP : ya/ tidak
Masage jantung : ya/ tidak
Pemberian Vitamain K : tidak/ya, jam.....
Riwayat imunisasi
Riwayat pemberian vit. A

ANALISA: Tanggal/ Jam:

Didapatkan dari analisa data subyektif dan objektif. Terdiri dari:

1. Nama bayi: bayi baru lahir/ segera lahir biasanya belum memiliki nama sehingga bisa menggunakan nama ibunya. Misal: bayi Nyoya N/ Bayi Ibu T/ By.Ny.L
2. Keadaan bayi terkait usia kehamilan saat dilahirkan: Cukup Bulan/ Kurang Bulan/ Lebih Bulan
3. Kesesuaian berat badan dengan umur kehamilan saat dilahirkan
Sesuai masa kehamilan, Kecil Masa Kehamilan dll
4. Jenis persalinan
Spontan, Sectio Caesaria, Manual Aid dengan Presentasi Bokong dsb.

Misal: Bayi Ny. T usia segera setelah lahir, Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan, Spontan, dengan kondisi normal

PENATALAKSANAAN Tanggal/ Jam:

Sesuaikan dengan analisa dan kebutuhan dari permasalahan bai bru lahir/ neonatus/ balita yang dikaji.

TTD

(nama bidan)

4. Prosedur Pembelajaran

Metode pembelajaran pada materi Pendokumentasian ini dilakukan dengan cara pertemuan tatap muka dengan discovery learning, diskusidan presentasi. Dalam meningkatkan pemahaman mahasiswa, maka diberikan penugasan secara terstrutur dan dipresentasikan pada kegiatan praktikum.

LAMPIRAN

RANCANGAN TUGAS DAN KRITERIA PENILAIAN (Penugasan 1)

Nama Mata Kuliah	:	Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi dan Balita	sks	:	4 sks
Program Studi	:	Kebidanan Jengjang Diploma III	Pertemuan ke	:	1
Fakultas	:	Ilmu Kesehatan	Bobot nilai	:	10%
Materi	:	kunjungan neonates dan rencana asuhan			

1. TUJUAN TUGAS

Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada neonates bayi dan balita

2. URAIAN TUGAS:

a. Obyek Garapan :

Anamnesa, pemeriksaan Fisik dan KIE perawatan sehari hari pada bayi balita

b. Batasan yang harus dikerjakan:

- 1) Anamnesis pada ibu bayi
- 2) Pemeriksaan Fisik pada bayi
- 3) Pemberian KIE perawatan sehari hari
- 4) Sertakan justifikasi ilmiah pada poin yang ke 3

c. Metode/Cara Pengerjaan (acuan cara pengerjaan):

- 1) Penugasan dikerjakan secara individu
- 2) Penugasan ini bisa dikerjakan setelah praktikum anamnesis, pengkajian data objektif (pemeriksaan fisik) dan KIE perawatan bayi sehari hari
- 3) Penugasan ini adalah penugasan pembuatan video dari pelaksanaan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemberian KIE pada bayi
- 4) Pembuatan video ini bisa dilakukan dengan pantome bayi/ boneka/ bisa dengan probandus asli.
- 5) Jika mahasiswa menggunakan probandus asli/ bayi asli diwajibkan memenuhi protocol Kesehatan yang ketat.
- 6) Penugasan ini digunakan sebagai penilaian (evaluasi comprehensive) pasca dilakukan demonstrasi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan KIE perawatan bayi sehari hari.

d. Deskripsi Luaran tugas yang dihasilkan:

Video yang sudah dihasilkan dikirimkan ke dosen pengampu praktikum dan elearning dalam bentuk link (bisa link youtube/ google drive)

e. Bobot dan sistem penilaian

Bobot tugas 2 % dari prosentase nilai praktikum

3. KRITERIA PENILAIAN

a. Penilaian *Hard Skills*

GRADING SCHEME

GRADE	SKOR	DESKRIPSI
A	81 >	Video menjabarkan, anamnesis, tatalaksana pemeriksaan , dan pemberian KIE secara lengkap dan sistematis dan benar
B	61 - 80	Video menjabarkan, anamnesis, tatalaksana pemeriksaan , dan pemberian KIE secara lengkap dan benar
C	41 - 60	Video menjabarkan, anamnesis, tatalaksana pemeriksaan , dan pemberian KIE secara lengkap dan sistematis
D	21 - 40	Video menjabarkan, anamnesis, tatalaksana pemeriksaan , dan pemberian KIE tidak lengkap dan tidak sistematis
E	... < 20	Tidak menjawab

b. Penilaian Softskills

No	Aspek Pengamatan	Skor			
		Kurang	cukup	Baik	Sangat Baik
		1	2	3	4
1	Melaksanakan tugas dengan baik				
2	Menerima resiko dari tindakan yang dilakukan				

3	Tidak menuduh orang lain tanpa bukti yang akurat				
4	Mengembalikan barang yang dipinjam				
5	Meminta maaf atas kesalahan yang dilakukan				
Jumlah Skor					

K

KRITERIA Penilaian sikap tanggungjawab

Keterangan

- Sangat Baik (SB)/ 4 = selalu, apabila selalu melakukan sesuai pernyataan.
 Baik (B)/3 = sering, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukannya.
 Cukup (C) / 2 = kadang-kadang, apabila kadang-kadang melakukan dan sering tidak melakukannya.
 Kurang (K)/1 = tidak pernah, apabila tidak pernah melakukannya

KRITERIA : Belajar Mandiri

No	Aspek Pengamatan	Skor			
		Kurang	cukup	Baik	Sangat Baik
		1	2	3	4
1	Mengatur waktu dan tempat belajar sendiri dengan baik				
2	Menemukan materi pembelajaran yang sesuai dengan topik bahasan				
3	Mengevaluasi pemahaman terhadap materi yang dipelajari				
4	Menunjukkan motivasi belajar yang konsisten				
5	Merefleksikan hasil belajar dengan baik				
Jumlah Skor					

Keterangan

- Sangat Baik (SB)/ 4 = selalu, apabila selalu melakukan sesuai pernyataan.
 Baik (B)/3 = sering, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukannya.
 Cukup (C) / 2 = kadang-kadang, apabila kadang-kadang melakukan dan sering tidak melakukannya.
 Kurang (K)/1 = tidak pernah, apabila tidak pernah melakukannya

RANCANGAN TUGAS DAN KRITERIA PENILAIAN (Penugasan 2)

Nama Mata Kuliah	: Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi dan Balita	sks	: 4 sks
Program Studi	: Kebidanan Jengjang Diploma III	Pertemuan ke	: 1
Fakultas	: Ilmu Kesehatan	Bobot nilai	: 10%
Materi	: kunjungan neonates dan rencana asuhan		

1. TUJUAN TUGAS

Mahasiswa mampu mempraktikkan pijat bayi

2. URAIAN TUGAS:

a. Obyek Garapan :

Pelaksanaan pijat bayi yang sistematis dan benar serta memperhatikan pasien safety

b. Batasan yang harus dikerjakan:

Praktik Pijat bayi

c. Metode/Cara Pengerjaan (acuan cara pengerjaan):

- 1) Mahasiswa sudah melalui praktikum demonstrasi pijat bayi
- 2) Penugasan dilakukan secara individu
- 3) Penugasan dilakukan dengan menggunakan pantome/ boneka yang memiliki anggota tubuh yang lengkap
- 4) Mahasiswa mempraktikkan cara memijat bayi dengan benar sesuai dengan video yang diajarkan pada praktikum sebelumnya
- 5) Mahasiswa mendokumentasikan kegiatan pemijatan bayi dengan video

d. Deskripsi Luaran tugas yang dihasilkan:

Video yang sudah dihasilkan dikirimkan ke dosen pengampu praktikum dan elearning dalam bentuk link (bisa link youtube/ google drive). Penilaian penugasan ini sekaligus sebagai penilaian praktikum pijat bayi.

e. Bobot dan sistem penilaian

Bobot tugas 2 % dari prosentase nilai praktikum

3. KRITERIA PENILAIAN

c. Penilaian *Hard Skills*

GRADING SCHEME

GRADE	SKOR	DESKRIPSI
A	81 >	Video menjabarkan tatalaksana dan tujuan pijat bayi yang lengkap dan sistematis dan benar
B	61 - 80	Video menjabarkan tatalaksana dan tujuan pijat bayi yang lengkap dan benar
C	41 - 60	Video menjabarkan tatalaksana dan tujuan pijat bayi yang lengkap dan sistematis

GRADE	SKOR	DESKRIPSI
D	21 - 40	Video menjabarkan tatalaksana dan tujuan pijat bayi yang tidak lengkap dan tidak sistematis
E	... < 20	Tidak menjawab

d. Penilaian Softskills

No	Aspek Pengamatan	Skor			
		Kurang	cukup	Baik	Sangat Baik
		1	2	3	4
1	Melaksanakan tugas dengan baik				
2	Menerima resiko dari tindakan yang dilakukan				
3	Tidak menuduh orang lain tanpa bukti yang akurat				
4	Mengembalikan barang yang dipinjam				
5	Meminta maaf atas kesalahan yang dilakukan				
Jumlah Skor					

KRITERIA Penilaian sikap tanggungjawab

Keterangan

- Sangat Baik (SB)/ 4 = selalu, apabila selalu melakukan sesuai pernyataan.
 Baik (B)/3 = sering, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukannya.
 Cukup (C) / 2 = kadang-kadang, apabila kadang-kadang melakukan dan sering tidak melakukannya.
 Kurang (K)/1 = tidak pernah, apabila tidak pernah melakukannya

KRITERIA : Belajar Mandiri

No	Aspek Pengamatan	Skor			
		Kurang	cukup	Baik	Sangat Baik
		1	2	3	4

1	Mengatur waktu dan tempat belajar sendiri dengan baik				
2	Menemukan materi pembelajaran yang sesuai dengan topik bahasan				
3	Mengevaluasi pemahaman terhadap materi yang dipelajari				
4	Menunjukkan motivasi belajar yang konsisten				
5	Merefleksikan hasil belajar dengan baik				
Jumlah Skor					

Keterangan

- Sangat Baik (SB)/ 4 = selalu, apabila selalu melakukan sesuai pernyataan.
Baik (B)/3 = sering, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukannya.
Cukup (C) / 2 = kadang-kadang, apabila kadang-kadang melakukan dan sering tidak melakukannya.
Kurang (K)/1 = tidak pernah, apabila tidak pernah melakukannya

PENUGASAN KE TIGA

Nama Mata Kuliah	: Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi dan Balita	Sks	: 4 sks
Program Studi	: Kebidanan Jengjang Diploma III	Pertemuan ke	:
Fakultas	: Ilmu Kesehatan	Bobot nilai	: 10%
Materi	: Gizi bayi balita		

1. TUJUAN TUGAS

Mahasiswa mampu menyusun menu dan meyiapkan MPASI Bayi balita

2. URAIAN TUGAS:

a. **Obyek Garapan** : Video penyiapan menu makan untuk bayi dan balita

b. Batasan yang harus dikerjakan:

Penugasan ini dilakukan setelah pelaksanaan Diskusi Penyiapan Menu makan bayi dan balita. Hasil diskusi tersebut kemudian diaplikasikan dalam persiapan dan pengolahan menu MPASI mahasiwa.

c. Metode/Cara Pengerjaan (acuan cara pengerjaan):

- 1) Penugasan dilakukan secara kelompok (1 klp kecil dibagi menjadi 3) **bayi usia 6-8 bulan, kelompok kedua bayi usia 9-10 bulan, kelompok 11-12 bulan.**
- 2) Penugasan ini dilakukan di skill lab gizi kemudian di videokan
- 3) Penugasan dipresentasikan pada praktikum ke presentasi menu bayi dan balita

f. Deskripsi Luaran tugas yang dihasilkan:

Video persiapan dan penyajian MPASI bayi dan balita

g. Bobot dan sistem penilaian

Bobot tugas 10 % dari prosentase nilai penugasan

3. KRITERIA PENILAIAN

a. Penilaian Hard Skills

GRADING SCHEME

GRADE	SKOR	DESKRIPSI
A	81 >	mengerjakan penyiapan menu makan balita dengan tepat
B	61 - 80	mengerjakan penyiapan menu makan balita kurang tepat
C	41 - 60	mengerjakan penyiapan menu makan balita sangat kurang tepat
D	21 - 40	mengerjakan penyiapan menu makan balita tidak tepat
E	... < 20	Tidak mengerjakan

Penilaian Softskills

KRITERIA Penilaian sikap tanggungjawab

No	Aspek Pengamatan	Skor			
		Kurang	cukup	Baik	Sangat Baik
		1	2	3	4
1	Melaksanakan tugas kelompok dengan baik				
2	Menerima resiko dari tindakan yang dilakukan				
3	Tidak menuduh orang lain tanpa bukti yang akurat				
4	Mengembalikan barang yang dipinjam				
5	Meminta maaf atas kesalahan yang dilakukan				
Jumlah Skor					

Keterangan

- Sangat Baik (SB)/ 4 = selalu, apabila selalu melakukan sesuai pernyataan.
Baik (B)/3 = sering, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukannya.
Cukup (C) / 2 = kadang-kadang, apabila kadang-kadang melakukan dan sering tidak melakukannya.
Kurang (K)/1 = tidak pernah, apabila tidak pernah melakukannya

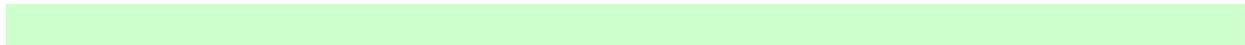
KRITERIA : Belajar Mandiri

No	Aspek Pengamatan	Skor			
		Kurang	cukup	Baik	Sangat Baik
		1	2	3	4
1	Mengatur waktu dan tempat belajar sendiri dengan baik				
2	Menemukan materi pembelajaran yang sesuai dengan topik bahasan				
3	Mengevaluasi pemahaman terhadap materi yang dipelajari				
4	Menunjukkan motivasi belajar yang konsisten				

5	Merefleksikan hasil belajar dengan baik				
Jumlah Skor					

Keterangan

- Sangat Baik (SB)/ 4 = selalu, apabila selalu melakukan sesuai pernyataan.
 Baik (B)/3 = sering, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukannya.
 Cukup (C) / 2 = kadang-kadang, apabila kadang-kadang melakukan dan sering tidak melakukannya.
 Kurang (K)/1 = tidak pernah, apabila tidak pernah melakukannya



RANCANGAN TUGAS DAN KRITERIA PENILAIAN (Penugasan 4)

Nama Mata Kuliah	:	Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi dan Balita	Sks	:	4 sks
Program Studi	:	Kebidanan Jenjang Diploma III	Pertemuan ke	:	20
Fakultas	:	Ilmu Kesehatan	Bobot nilai	:	10%
Materi	:	Gizi bayi balita			

1. TUJUAN TUGAS

Mahasiswa mampu menyusun pendokumentasian pada neonates dan bayi

2. URAIAN TUGAS:

a. Obyek Garapan :

Mahasiswa menyusun pendokumentasian SOAP pada kasus bayi dan balita normal

b. Batasan yang harus dikerjakan:

Materi yang digunakan pada pengkajian/ pembahasan pada penugasan ini adalah

- 1) materi identifikasi data subyektif
- 2) materi identifikasi data objektif
- 3) materi penyusunan rencana asuhan

c. Metode/Cara Pengerjaan (acuan cara pengerjaan):

- 1) Penugasan ini disusun oleh 3 kelompok kecil dalam setiap kelompok praktikum
- 2) Penyusunan pendokumentasian ini menggunakan kasus yang ada di modul ini
- 3) Penyusunan pendokumentasian dengan menggunakan SOAP
- 4) Data Subyektif, Objektif, Analisa harus sistematis dan saling terkait satu sama lain
- 5) Data yang belum lengkap bisa dilengkapi sesuai dengan kebutuhan

d. Deskripsi Luaran tugas yang dihasilkan:

- 1) Tugas ini disusun dengan margin atas 3 cm, bawah 3 cm, kanan 3 cm, kiri 3 cm. Diketik dengan font times new roman, font size 12.
- 2) Makalah ini digunakan sebagai bahan presentasi pada praktikum presentasi dokumentasi SOAP
- 3) Akhir sesi presentasi praktikum mahasiswa wajib mengupload makalah yang telah dipresentasikan,. Makalah yang akan di upload harus sudah direvisi (jika terdapat koreksi dari dosen pembimbing) dan terdapat verifikasi dari dosen pembimbing.

e. Bobot dan sistem penilaian

No	Subyek Penilaian	Nilai Maksimal	
1	Isi makalah <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan penyusunan data subyektif 2. Ketepatan penyusunan data objektif 3. Ketepatan penentuan analisa 4. Ketepatan penentuan tata laksana 	40	
2	Sesi Presentasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistematika isi presentasi 2. Cara penyampaian materi 	30	

	3. Referensi yang dipakai 4. Waktu presentasi		
3	Sesi Tanya jawab 1. Cara menjawab pertanyaan 2. Keakuratan jawaban yang di berikan 3. Detail jawaban yang diberikan	30	
	JUMLAH PENILAIAN		

Kasus 1.

Bayi baru saja dilahirkan

Kasus 2.

Bayi usia 6-48 jam

Kasus ke 3.

bayi 28 minggu

