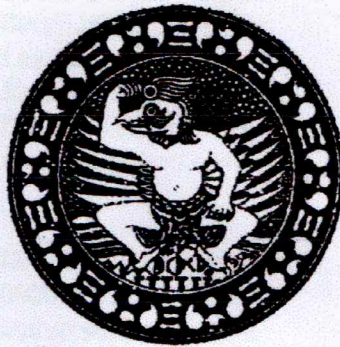


**LAPORAN AKHIR
PENELITIAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI
TAHUN ANGGARAN 2015**



JUDUL PENELITIAN

**PEMBERDAYAAN PENGASUHAN GIZI ANAK 0-6 BULAN
BERDASARKAN PENDEKATAN FAKTOR RISIKO**

Tahun ke satu dari rencana satu tahun

PENELITI:

Dr. Sri Umijati, dr.,MS

NIDN. 0005126203

Dr. Susilowati Andajani, dr. MS.

NIDN. 0020055507

**Dibiayai oleh DIPA DITLITABMAS Tahun Anggaran 2015 sesuai dengan Surat
Keputusan Rektor Universitas Airlangga Tentang Pelaksanaan Hibah Kegiatan Penelitian
dan Program Pengabdian Kepada Masyarakat Baru dan Lanjutan Dana DIPA Ditlitabmas
tahun anggaran 2015 Nomor 519/UN3/2015, Tanggal 26 Maret 2015**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
Oktober, 2015**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian	Pemberdayaan Pengasuhan Gizi Anak 0-6 Bulan Berdasarkan Pendekatan Faktor Risiko
Peneliti / Pelaksana	
Nama Lengkap	: Dr. Sri Umijati, dr.,MS.
NIDN	: 0005126203
Jabatan Fungsional	: Lektor Kepala
Program Studi	: Kedokteran
Nomer HP	: 081330200891
Alamat surel	: umijati@yahoo.com
Anggota Peneliti (1)	
Nama Lengkap	: Dr. Susilowati Andajani, dr. MS.
NIDN	: 0020055507
Perguruan tinggi	: Universitas Airlangga
Tahun Pelaksanaan	: tahun ke satu dari rencana satu tahun
Biaya Tahun berjalan	: Rp. 55.000.000,-
Biaya keseluruhan	: Rp. 55.000.000,-

Surabaya, 27 Oktober 2015

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga



Prof. Agung Pranoto, dr., MKes., Sp.PD.K-EMD, FINASIM
NIP. 195601041983121001

Ketua Peneliti,

Dr. Sri Umijati, dr., MS
NIP. 196212051989022001

Mengetahui

Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi



Prof. H. Hery Purnomobasuki, Drs., M.Si., Ph.D.
NIP. 196705071991021001

RINGKASAN

Umijati 2012, mengungkapkan bahwa masih sedikit ibu yang mampu memberikan asuhan pada anak yang sakit (28,4%) dan sehat dengan benar (7,3%). Demikian pula hanya 67,1% ibu mengetahui 4 dari 8 tanda gizi kurang yang ditanyakan.

Asuhan pada anak sangat menentukan pertumbuhannya sebagai ciri status gizinya Umijati, 2012, juga mengungkapkan bahwa awal penyimpangan pertumbuhan terjadi pada umur 3 bulan. Faktor risiko gangguan gizi yang berkaitan dengan pengasuhan pada kelompok umur 0-3 bulan dan 4-6 bulan telah ditemukan guna pencegahannya melalui peningkatan keberdayaan ibu dalam mengasuh anaknya. BB lahir adalah factor risiko gizi kurang anak 0-6 bulan. Hubungan yang erat kejadian sakit infeksi anak dan pengasuhan kesakitan anak turut menjadi factor risiko, walaupun tidak didapatkan hubungannya dengan status gizi anak.

Factor risiko tersebut dapat berperan bagi pencegahan gangguan pertumbuhan anak di awal kehidupannya. Peningkatan keberdayaan ibu dalam mengasuh anaknya melalui factor risiko tersebut dapat menanggulangi gizi kurang anak secara dini.

Sebagai pengasuh, ibu dituntut untuk paham akan adanya potensi risiko, faktor risiko, dan akibat masalah gizi yang berkaitan dengan pengasuhan kesehatan sesuai dengan potensi yang dimilikinya. Oleh karena itu, diperlukan upaya pendekatan risiko gizi kurang anak 0-6 bulan. Pemahaman ini dapat diberikan melalui metoda pendampingan ibu dengan menggunakan modul melalui tutorial dengan indikator kesesuaiannya adalah peningkatan keberdayaan ibu dalam mencegah terjadinya gizi kurang anak 0-6 bulan atau terjadi perubahan perilaku pengasuhannya. Modul yang disusun harus sesuai dengan risiko yang ada. Apakah pemberdayaan ibu akan pencegahan gizi kurang anak 0-6 bulan dapat dilakukan melalui upaya pendekatan faktor risikonya?

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dua sampel dengan kontrol dilakukan di tiga kecamatan di Surabaya timur yaitu Tambak Sari, Simokerto dan Kenjeran. Pada setiap kecamatan terpilih 1 Puskesmas yang mewakili pemilihan ibu berbalita. Setiap Puskesmas memilih 3 posyandu, sehingga terpilih 9 Posyandu. Selanjutnya 4 Posyandu dikelompokkan sebagai kelompok perlakuan, dan 4 Posyandu yang lain sebagai kelompok kontrol serta 1 Posyandu untuk kelompok uji coba modul. Setiap posyandu pada masing-masing kelompok perlakuan dan kontrol, mewakili karakteristik ibu berpendidikan tinggi, rendah dan ibu bekerja serta tidak bekerja.

Sebanyak 74 ibu bayi mengikuti penelitian ini. Pada kelompok perlakuan dilakukan pendampingan akan berat badan lahir anak (BBLA), pengenalan tanda sakit dan pengasuhan kesakitan pada ibu dengan tingkat pendidikan tinggi, rendah, dan ibu bekerja serta tidak bekerja. Sementara diberikan penyuluhan dengan tema sama pada kelompok kontrol. Selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji multivariate anova dan t 2 sampel bebas.

Sebelum modul diterapkan di daerah penelitian, modul di uji cobakan pada sepuluh ibu bayi 0-6 bulan di Poyandu Mawar Merah binaan Puskesmas Tanah Kali Kedinding Kecamatan Kenjeran berdasarkan tahapannya guna kesempurnaannya melalui nilai validitas dan rehabilitas modul pada kelompok coba. Perbaikan pengajaran juga segera dilakukan bila ditemukan kesulitan pemahaman dari peserta. Selanjutnya dilakukan penyempurnaan modul berdasarkan hasil uji coba. Penyusunan dan perbaikan modul dilakukan sesuai dengan masalah prioritas dan bisa diterapkan dengan hasil yang sama pada pengulangan modul.

Peneliti melakukan pendampingan dengan menggunakan alat modul pengajaran yang diberikan melalui tutorial, simulasi dan pelatihan ketrampilan serta belajar lapangan. Buku

kesehatan ibu dan anak dari Departemen Kesehatan RI tahun 2003 dan beberapa buku terbitan WHO yang berkaitan dengan berat badan lahir, kesakitan dan perawatan kesakitan digunakan sebagai acuan modul pengajaran. Modul disusun sedemikian rupa sehingga modul dapat digunakan sebagai media pembelajaran yang mudah dan tepat baik bagi responden dan pendamping.

Tahap pendampingan dimulai dari pemberian pre tes terhadap modul pengajaran. Pada pertemuan berikutnya dengan selang waktu satu hari (karena keterbatasan waktu penelitian) diberikan post tes modul sebelumnya dan pre tes modul berikut. Waktu yang singkat dalam penelitian menyebabkan tidak dilakukan pembelajaran lapangan pada ibu balita.

Hasil uji sebelum dan sesudah pendampingan dilakukan antar kelompok perlakuan dan kontrol dengan menggunakan uji multivariate anova dan t 2 sampel bebas apabila uji multivariat anova tidak menunjukkan perbedaan. Pengukuran berulang (*repeated measure*) dilakukan pada hasil yang menunjukkan perbedaan bermakna guna mengetahui bahwa perbedaan tersebut sebagai akibat pendampingan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa modul tutorial berdasarkan risiko gizi kurang anak 0-6 bulan yaitu BBLA, pengenalan tanda sakit dan perawatan anak sakit adalah handal (alfa chronbach lebih dari 0,65), walaupun belum dapat meningkatkan keberdayaan ibu akan pencegahan gizi kurang anak 0-6 bulan (nilai p uji Anova dan t dua sampel bebas lebih dari 0,05). Diperlukan penelitian ulang dengan mengalokasikan waktu yang cukup untuk meningkatkan keberdayaan ibu dalam mencegah gizi kurang anak 0-6 bulan melalui pendampingan pembelajaran modul BBLA, pengenalan tanda dini anak sakit dan perawatan kesakitan anak.

PRAKATA

Alhamdulillah robbil 'aalamin, saya panjatkan syukur ke hadirat Allah SWT., yang Maha Pengasih dan Penyayang atas rahmat dan karuniaNya sehingga kami dapat menyelesaikan penelitian ini yang berjudul Pengembangan Model Pengasuhan Gizi Anak 0-6 Bulan Berdasarkan Pendekatan Faktor Risiko Sebagai Upaya Pemberdayaan Pengasuhan Ibu.

Kami sampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya, kepada Pemerintah Republik Indonesia c.q. Menteri Pendidikan dan Kebudayaan yang telah memberikan bantuan dana DIPA BOPTN tahun anggaran 2015.

Penelitian ini dapat diselesaikan tidak terlepas dari kerjasama dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, perkenankanlah kami menghaturkan terimakasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Pemerintah Kota Surabaya dalam hal ini Ketua dan staf Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat, serta Kepala dan staf Dinas Kesehatan Kota Surabaya bersama Pimpinan dan staf Puskesmas di Kecamatan Tambak Sari, Simokerto dan Kenjeran yang telah memberi ijin dan membantu kami untuk dapat melakukan penelitian hingga saat ini tanpa hambatan apapun bahkan sangat membantu kami dalam menentukan sasaran yang tepat.
2. Para ibu sasaran penelitian yang sangat ramah, penuh antusias dalam menjawab kuesioner penelitian ini,
3. Para pimpinan Puskesmas beserta staf dan juga kader Posyandu yang dengan ringan tangan membantu dalam pengumpulan data primer,
4. Ketua beserta staf Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada masyarakat Universitas Airlangga.
5. Pimpinan dan staf Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
6. Djohar Nuswantoro, dr., MPH., selaku Ketua Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat-Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga beserta staf yang telah memberikan kesempatan, dan dukungan untuk mengikuti penelitian PUPT ini.
7. Terimakasih kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah mendukung dan membantu proses penelitian serta penulisan laporan kami. Semoga hasil penelitian ini mendapat ridloNYA, bermanfaat bagi umat manusia pada umumnya dan ilmu kedokteran khususnya serta bagi ibu bayi dalam mengasuh kesehatan dan gizi anak-anak mereka. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan karuniaNya kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian penelitian ini. Amin ya mujibassailin.

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	i
RINGKASAN DAN SUMMARY.....	ii
PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	
1.2. Rumusan Masalah.....	2
1.3. Risiko Penelitian.....	
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	
2.1. Status Gizi Anak 0-6 bulan Dan Faktor Risikonya	3
2.1.1. Faktor Risiko Berat Badan Lahir Anak.....	
2.1.2. Faktor Risiko Penyakit Infeksi Anak.....	7
2.1.3. Faktor Risiko Pengasuhan Ibu.....	8
2.1.3.1. Sumber Daya Pengasuhan	9
2.1.3.2. Pengenalan Tanda Anak Sakit.....	
2.1.3.3. Merawat Anak Sakit.....	11
2.2. Risiko Pengasuhan Balita.....	17
2.3. Pengembangan Faktor Risiko Gizi Kurang Anak.....	
2.4. Upaya Pemberdayaan Ibu sebagai Bentuk Pengembangan Faktor Risiko Gizi Kurang Anak.....	18
2.4.1. Modul Pengajaran Pengasuhan Balita.....	
2.5. <i>Roadmap</i> penelitian.....	30
BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN.....	
3.1. Tujuan Umum.....	
3.2. Tujuan Khusus.....	
3.3. Manfaat.....	31
BAB IV. METODE PENELITIAN.....	
4.1. Jenis Penelitian.....	
4.2. Rancangan Percobaan.....	
4.3. Lokasi.....	
4.4. Populasi.....	
4.5. Sampel.....	
4.6. Besar sampel.....	
4.7. Variabel Penelitian.....	33
4.8. Definisi Operasional, dan Pengumpulan Data.....	
4.9. Bahan, dan Alat Ukur penelitian.....	
4.10. Prosedur pengambilan data	34
4.11. Pengolahan Dan Analisis Data.....	35
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	
5.1. Gambaran Daerah Penelitian.....	

5.2. Karakteristik Responden	
5.3. Modul Pembelajaran Pemberdayaan Ibu	
5.4. Analisis Hasil Pendampingan.....	38
5.4.1. Perubahan Perilaku berdasarkan Pendidikan Ibu.....	40
5.4.1.1. Berat Badan Lahir Anak (BBLA)	
5.4.1.2. Mengenal Tanda Sakit.....	41
5.4.1.3. Merawat Bayi Sakit.....	42
5.4.2. Perubahan Perilaku Ibu Berdasarkan Pekerjaannya.....	43
5.4.2.1. Berat Badan Lahir Anak (BBLA)	
5.4.2.2. Mengenal Tanda Sakit.....	44
5.4.2.3. Merawat Bayi Sakit.....	45
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN.....	48
DAFTAR PUSTAKA.....	49
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1. Matriks Penjabaran Variabel Penelitian.....	lampiran 1
Tabel 5.1. Profil Tiga Kecamatan Daerah Penelitian Tahun 2009	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Road penelitian.....	20
Gambar 4.1. Rancangan Percobaan Penelitian.....	21

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Variabel penelitian
- Lampiran 2. Information for consent dan inform consent
- Lampiran 3. Modul Penelitian
- Lampiran 4. Hasil Uji Statistik

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah.

Umijati 2012, berdasarkan analisis deskriptif hasil survei Assessment Data Dasar Situasi Gizi Anak Balita dan Ibu, Fast Up program USAID WVI 2005 di tiga kecamatan miskin Surabaya, mengungkapkan bahwa masih sedikit ibu yang mampu memberikan asuhan pada anak yang sakit dan sehat dengan benar (28,4% dan 7,3%). Demikian pula hanya 67,1% ibu mengetahui 4 dari 8 tanda gizi kurang yang ditanyakan.

Asuhan pada anak sangat menentukan pertumbuhannya sebagai ciri status gizinya (Khomsan, 2006; Satoto, 1990). Umijati, 2012, juga mengungkapkan bahwa awal penyimpangan pertumbuhan terjadi pada umur 3 bulan. Hal ini berarti bahwa terdapat perbedaan risiko gizi kurang dan pengasuhan anaknya dengan yang berusia 4-6 bulan.

Factor risiko gizi yang berkaitan dengan pengasuhan anak yang berumur kurang dari 3 bulan adalah BB lahir anak, dan kejadian sakit anak. Sedangkan faktor risiko gizi yang berkaitan dengan pengasuhan anak berumur 4 hingga 6 bulan adalah BB lahir anak, kesakitan anak, dan keberhasilan ibu akan perawatan kesakitannya. Factor risiko tersebut dapat berperan bagi pencegahan gangguan pertumbuhan anak utamanya pada saat awal kehidupannya. Peningkatan keberhasilan ibu dalam mengasuh anaknya melalui factor risiko tersebut dapat menanggulangi gizi kurang anak secara dini.

Sebagai pengasuh, ibu dituntut untuk paham akan adanya potensi risiko, faktor risiko, dan akibat masalah gizi yang berkaitan dengan pengasuhan kesehatan sesuai dengan potensi yang dimilikinya. Oleh karena itu, diperlukan upaya pendekatan risiko gizi kurang anak 0-6 bulan.

Factor risiko gizi kurang dapat dimengerti melalui suatu proses pengajaran. Factor risiko dapat digunakan sebagai alat pengajaran dalam bentuk modul pengajaran (modul). Pengajaran ini dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan pengasuhan secara individu, dan dimulai dari batasan faktor risiko gizi kurang, potensi risiko dan pencegahannya, sampai dengan penanggulangan masalahnya.

Pendidikan kesehatan yang dilakukan dalam program perbaikan gizi selama ini tidak difokuskan pada pendidikan individu dan risiko gizi yang ada. Kegiatannya didominasi oleh petugas kesehatan dan makanan tambahan mengalihkan keseluruhan kegiatan dari orientasi perubahan perilaku, serta harapan yang tinggi pada penimbangan saja (Hill, 1983; Satoto, 1984).

Pendekatan risiko merupakan strategi baru yang menanggulangi masalah gizi kurang melalui seluruh risikonya termasuk kejadian infeksi secara terintegrasi melalui ibu yang berdaya mengasuh gizi anaknya.

1.2. Rumusan Masalah :

Apakah pemberdayaan ibu akan pencegahan gizi kurang anak 0-6 bulan dapat dilakukan melalui pendekatan factor risikonya? Pada pemberdayaan ini, perlu diperhatikan hal berikut.

1. Apakah factor risiko yang didapat sesuai dengan fenomena risiko gizi kurang di masyarakat?
2. Apakah pemberdayaan ibu akan pencegahan gizi kurang anak dapat dilakukan melalui pendampingan dengan pembelajaran factor risiko secara tutorial?.

1.3. Risiko Penelitian :

1. Kurangnya waktu cukup dalam pendampingan (minimal 3 bulan).
2. Kehadiran yang tidak tepat waktu di lapangan
3. kesulitan menyesuaikan waktu pertemuan pada ibu yang bekerja.
4. Kesulitan menyamakan karakteristik pendidikan ibu
5. Waktu penelitian yang tepat bersamaan dengan bulan puasa.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

Asuhan pada balita sangat menentukan pertumbuhan anak sebagai ciri status gizinya (Khomsan, 2006; Satoto, 1990). Peran ibu merupakan faktor terpenting meringankan dampak negatif masalah gizi karena anak tergantung sepenuhnya pada perawatan dan pemberian makanan oleh ibunya (Titi, 2000, Soekirman, 1984, Sayogyo, 1980, Santosa, 1981, dan Khumaidi, 1994). Asuhan pada anak sangat tergantung pada sumber daya pengasuhan, pendidikan dan pengetahuan, kondisi kesehatan pengasuh, waktu, dukungan sosial dan sumber daya ekonomi keluarga. Asuhan dikatakan berhasil apabila pengasuh memiliki waktu, perhatian, kemampuan, dukungan keluarga dan masyarakat serta budaya untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental dan sosial dalam rangka tumbuh kembang anak dan anggota keluarga lainnya (Engle, 1997, Satoto, 1990, Latham 1997).

2.1. Status Gizi Anak 0-6 bulan Dan Faktor Risikonya.

Anak usia 0-6 bulan adalah termasuk anak balita yang berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang (Titi, 2000; Presiden Republik Indonesia, 2002). Status gizi anak mencerminkan pertumbuhan dan perkembangannya, dan dapat terhambat jika zat gizi yang diterima dari ibu tidak mencukupi di awal kehidupan manusia sejak masa janin, dengan manifestasi diantaranya BBLR.

2.1.1. Faktor Risiko Berat Badan Lahir Anak.

Kusin, et.al, 1994, membuktikan adanya peningkatan bermakna akan rerata BB lahir dan menurunnya kejadian BBLR terhadap peningkatan BMI ibu. Bayi BBLR bila bertahan hidup akan mengalami hambatan pertumbuhan dalam kehidupan selanjutnya dengan konsekuensi yang kurang menguntungkan (Stein dan Susser 1975, Kusin, et.al, 1994, Titi, 2000, Shrimpton, et.al., 2001, Harding, 2001, Schmidt, et.al., 2002).

BB normal bayi saat lahir adalah sebesar 2500 gram hingga 4000 gram. BB normal saat lahir dicapai bila umur kandungan kurang lebih 40 minggu. BB lahir kurang dari normal (BB lahir rendah /BBLR) adalah BB bayi yang kurang dari 2500 gram dengan umur kehamilan kurang lebih 40 minggu (cukup usia kehamilan) atau kurang dari 37 minggu (premature).

BBLR merupakan masalah penting karena mempunyai kecenderungan ke arah peningkatan terjadinya infeksi, kesukaran mengatur nafas tubuh, hipotermia (suhu tubuh rendah), mudah terserang komplikasi tertentu (ikterus, hipoglikomia) yang dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu BBLR memiliki risiko tinggi, karena dapat terjadi kematian dan kesakitan yang lebih tinggi dari pada bayi lahir dengan BB cukup. Akibat yang ditimbulkan dalam jangka waktu pendek adalah gangguan pertumbuhan dengan manifestasinya anak pendek dan dalam jangka waktu panjang apabila anak ini selamat sampai dewasa adalah menjadi dewasa pendek. Konsekuensi gangguan pertumbuhan ini adalah penurunan kecerdasan (*intelligent quotient / IQ*) dan meningkatnya penyakit degenerative (ketuaan) seperti darah tinggi (*hypertention*), Kencing manis (*diabetes mellitus*), katarak, kanker dan lain sebagainya sehingga akan terjadi penurunan kualitas sumber daya manusia.

Berdasarkan data RISKESDAS 2013, BBLR di Indonesia mencapai 10,2%, turun dari tahun 2010 yaitu sebesar 11,1%, walaupun demikian angka kejadian ini masih tinggi (lebih dari 10%) menurut badan kesehatan dunia (WHO, 2010). Berat badan lahir merupakan hasil suatu proses yang berlangsung mulai sebelum dan selama berada dalam kandungan sebagaimana keadaan berikut.

Umur ibu erat kaitannya dengan berat bayi lahir. Kehamilan dibawah umur 20 tahun merupakan kehamilan berisiko tinggi karena organ reproduksi ibu masih mengalami pertumbuhan. Apabila ibu hamil pada usia ini, maka beban ibu menjadi berat karena menanggung beban pertumbuhan ganda dengan anaknya. Pada umur yang masih muda, pertumbuhan dan perkembangan organ reproduksi ibu belum optimal, sehingga asupan gizi ibu harus mencukupi kalori yang diperlukan untuk pertumbuhan ibu dan sekaligus janin yang dikandungnya bila ibu hamil. Apabila kecukupan kalori ibu tidak terpenuhi saat kehamilan maka pertumbuhan janin terhambat dan pada akhirnya BB janin yang dilahirkan akan rendah (BBLR) yaitu kurang dari 2500 gram atau bayi kecil.

Demikian pula untuk kehamilan diatas usia 35 tahun juga tidak dianjurkan, karena mulai sering muncul penyakit seperti darah tinggi (*hipertention*), tumor jinak kandungan, atau penyakit degeneratif pada persendian tulang belakang dan panggul yang membahayakan kehamilan dan persalinan bayinya seperti lemahnya kontraksi rahim serta sering timbul kelainan pada tulang panggul tengah. BBLR juga dapat terjadi pada kehamilan di usia tua. Usia terbaik untuk hasil kehamilan yang baik adalah pada usia 20 hingga 30 tahun.

Jarak kelahiran yang baik adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kelahiran yang kurang dari 2 tahun membahayakan kehidupan ibu dan janin. Kehamilan yang terjadi dengan jarak kurang dari 2 tahun menyebabkan BBLR karena ibu belum cukup untuk memulihkan kondisi tubuhnya setelah melahirkan anak sebelumnya. di samping itu asupan gizi pada kehamilan dengan jarak kurang dari 2 tahun dipergunakan untuk pemulihan kondisi ibu dan sekaligus pertumbuhan anak. Keadaan ini mengalahkan asupan untuk janinnya sehingga anak lahir dengan BBLR.

Paritas dikatakan tinggi bila seorang ibu/wanita melahirkan anak ke empat atau lebih. Seorang wanita yang sudah mempunyai tiga anak dan terjadi kehamilan lagi keadaan kesehatannya akan mulai menurun, sering mengalami kurang darah (*anemia*), terjadi perdarahan lewat jalan lahir dan letak bayi sungsang ataupun melintang. Hal ini akan berdampak kurangnya asupan gizi anak sehingga anak lahir dengan BBLR.

Status gizi ibu saat sebelum dan selama kehamilan dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandungnya. Status gizi ibu yang cukup sesaat sebelum hamil merupakan dasar pertumbuhan janin yang optimal. Status gizi ibu dapat dipenuhi dari asupan zat gizi yang cukup dan seimbang.

Kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, sehingga kebutuhan energi

dan zat gizi lainnya meningkat selama kehamilan. Peningkatan energi dan zat gizi tersebut diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan metabolisme tubuh ibu, pengaliran makanan dari pembuluh darah ibu ke pembuluh darah janin melalui plasenta. Kekurangan zat gizi tertentu yang diperlukan saat hamil dapat menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna. Oleh karena itu, Ibu makan lebih banyak dari pada saat sebelum hamil dan tetap mengkonsumsi menu seimbang.

Penambahan jumlah asupan makanan bukan berarti makan dua kali lebih banyak dari biasanya namun merubah pola makan menjadi sedikit tetapi sering. Frekuensi makan menjadi 6 kali per hari yang terbagi menjadi sarapan, makan kudapan (snack) pagi, makan siang, snack sore, makan malam dan snack malam 2-3 jam sebelum tidur. Makanan kudapan harus dipilih mengandung kalori yang tinggi seperti kue nogo sari, ote-ote dengan udang dan telur, tahu isi ayam, pastel isi bihun dan ayam telur, pudding susu, ditambah jus buah segar atau susu. Frekuensi makan yang sedikit tapi sering membantu mengurangi rasa mual saat trimester pertama.

Asupan ibu saat awal bulan kehamilan sepenuhnya untuk pemeliharaan metabolisme ibu dan pertumbuhan janin. Status gizi ibu yang cukup di awal kehamilan tidak mengurangi zat gizi yang diperlukan janin untuk tumbuh sehingga pertumbuhan janin tidak terganggu.

Pertumbuhan sel yang cepat terjadi sejak dua minggu setelah konsepsi dan mulai terbentuk plasenta. Minggu ke dua hingga ke delapan kehamilan adalah masa dimana organ tubuh yang penting terbentuk seperti jantung, paru, ginjal, hati dan tulang serta jaringan pembuluh darah juga lemak tubuh untuk penyusuan ASI. Kekurangan gizi saat ini menimbulkan kelainan organ bayi atau bahkan kelahiran premature.

Demikian pula gizi ibu hamil selama kehamilan di trimester kedua dan ke tiga. Gizi ibu hamil perlu dipertahankan baik sehingga pertumbuhan janin tetap optimal utamanya di trimester ke tiga. Pemenuhan gizi ibu hamil dapat diketahui dengan memperhitungkan kecukupan energinya. Pada trimester ke dua energy diperlukan untuk pertumbuhan jaringan reproduksi ibu dan penumpukan lemak untuk persiapan penyusuan. Sedangkan trimester ke tiga hanya untuk janin dan plasenta. Berdasarkan hal tersebut, gizi ibu hamil menentukan pertumbuhan bayi yang dilahirkan dan dapat diketahui melalui berat bayi yang dilahirkan.

Gizi ibu yang baik saat sebelum dan selama kehamilan menentukan BB lahir anak yang baik pula. Gizi ibu hamil merupakan cerminan pertumbuhan anak. Oleh karena itu pemantauan

gizi ibu hamil sangatlah penting.

Pengukuran antropometri merupakan salah satu cara untuk menilai status gizi ibu hamil. Ukuran antropometri ibu hamil yang paling sering digunakan adalah kenaikan berat badan ibu selama hamil. Ibu yang kurus dan penambahan berat badan selama kehamilan rendah (kurang 10 kg), mempunyai risiko tinggi untuk melahirkan bayi dengan BBLR. Kenaikan berat badan selama hamil pada ibu dengan gizi cukup di awal kehamilannya adalah sebesar 11-12,5 Kg atau 20% dari berat badan sebelum hamil.

Ukuran antropometri yang lain adalah pengukuran lingkaran lengan atas (LLA) saat kehamilan. LLA telah terbukti sebagai cerminan status gizi ibu selama hamil karena sesuai dengan kenaikan BB ibu. Ibu dengan LLA kurang 23,5 cm berisiko melahirkan bayi BBLR. Pengukuran LLA lebih praktis untuk mengetahui status gizi ibu hamil karena alat ukurnya sederhana dan mudah dibawa kemana saja, dan dapat dipakai untuk ibu dengan kenaikan berat badan yang ekstrim.

Pemeriksaan kehamilan merupakan hal yang penting dilakukan guna mengenal secara dini risiko yang timbul selama kehamilan, sehingga komplikasi kehamilan dapat dicegah dan mendapat penanganan yang tepat dan cepat. Badan kesehatan dunia (WHO) menganjurkan pemeriksaan kehamilan sekurang-kurangnya empat kali selama kehamilan. Namun bila ibu ingin mendapatkan hasil yang optimal maka pemeriksaan kehamilan dilakukan 12 kali utamanya yang memiliki risiko kehamilan. Periksa kehamilan sebanyak 12 kali adalah sekali sebulan hingga kehamilan usia 7 bulan dan setiap 2 minggu sekali pada bulan ke 7-8, dan setiap minggu bulan ke 9 hingga melahirkan. Sedangkan untuk pemeriksaan kehamilan yang minimal 4 kali secara berkala, yaitu 1 kali di trimester 1, 1 kali di trimester 2 dan 2 kali di trimester 3. Pemeriksaan ini untuk kehamilan yang tidak berisiko.

Risiko kehamilan meliputi kehamilan umur muda (kurang 18 tahun), atau terlalu tua (lebih 35 tahun), terlalu lama punya anak, terlalu cepat punya anak lagi (kurang dari 2 tahun), terlalu banyak punya anak (4 atau lebih), tinggi badan ibu kurang dari 145 cm, pernah gagal hamil, pernah melahirkan tidak dengan spontan (alami), ibu hamil sakit (kurang darah, malaria, TBC, payah jantung, kencing manis, penyakit kelamin, darah tinggi), hamil kembar, hamil lewat waktu, dan janin mati dalam rahim, serta perdarahan sebelum melahirkan.

2.1.2. Faktor Risiko Penyakit Infeksi Anak.

Mereka yang tidak BBLR, seiring dengan bertambahnya umur, akan mengalami

penyimpangan pertumbuhan. Penyimpangan pertumbuhan dimulai pada umur 3 bulan di 39 negara berkembang (Asia selatan, Afrika dan Amerika Latin) (Shrimpton, et.al, 2001), sedangkan di Madura (Jawa Timur, Indonesia) dimulai sebelum anak berusia 4 bulan (Kardjati, et.al., 1994). Pada umur lanjut, penurunan terjadi disebabkan adanya asupan zat gizi yang lebih rendah dari kebutuhan sehari serta tingginya beban penyakit infeksi pada awal kehidupan.

Gangguan gizi sering dihubungkan dengan infeksi. Infeksi bisa berhubungan dengan gangguan gizi melalui beberapa cara yaitu mempengaruhi nafsu makan, dapat juga menyebabkan kehilangan bahan makanan karena diare / muntah-muntah, atau mempengaruhi metabolisme dan banyak cara lain lagi. Secara umum defisiensi gizi sering merupakan awal dari gangguan defisiensi sistem kekebalan. Gizi kurang dan infeksi kedua-duanya dapat bermula dari kemiskinan dan lingkungan yang tidak sehat dengan sanitasi buruk. Selain itu juga diketahui bahwa infeksi menghambat reaksi immunologis yang normal dengan menghabiskan sumber-sumber energi di tubuh.

Jaringan limfoid yang terlibat pada sistem kekebalan tubuh menunjukkan perubahan morfologi yang jelas pada anak-anak yang meninggal oleh karena KEP sehingga memang diperkirakan bahwa gizi-kurang merubah reaksi imunologis. Akan tetapi Chandra (1980) menyebutkan bahwa perubahan ini tidak didapatkan secara merata meliputi bermacam bagian sistem imunologis. Umur dan taraf perkembangan kekebalan tubuh pada saat terjadinya KEP merupakan determinan yang penting.

Pada KEP, thymus kecil dan beratnya kurang dibandingkan dengan ukuran anak-anak sehat pada umur yang sama. Di daerah kortek dari thymus, terdapat penurunan jumlah limfosit kadang-kadang disertai perkapuran dari badan basal. Perubahan yang terjadi pada thymus KEP bervariasi dari ringan sampai berat. Selain itu anak-anak dengan KEP didapatkan gangguan dari produksi IgA sekretoar di dalam saluran pencernaan. Penurunan kadar IgA ini dapat berakibat masuknya kuman gram negatif ke dalam dinding usus dan memudahkan terjadinya septisemia. Perubahan lain yang sering berhubungan dengan penurunan kadar IgA sekretoar adalah atrofi dari dinding usus, penurunan enzim-enzim pencernaan dan gangguan dari sistem retikulo endotelial hati. Semua ini secara bersama-sama memudahkan masuknya kuman ke dalam dinding usus. Menurut Chandra (1980) untuk proses pemulihan dan penyembuhan kekebalan tubuh ini diperlukan paling sedikit 10 sampai 12 bulan.

Pertahanan tubuh terhadap jasad renik pada anak-anak dengan KEP tergantung dari kemampuan untuk melakukan fagositosis. Pada KEP semua tahapan fagositosis tampaknya menurun, walaupun penderita KEP masih mampu menunjukkan reaksi penyembuhan luka di kulit dan dapat melakukan fagositosis dan membunuh kuman.

2.1.3. Factor Risiko Pengasuhan Ibu.

Masalah gizi kurang yang terbanyak adalah Kurang Energi Protein (KEP) merupakan hasil interaksi antar makanan yang dikonsumsi dan pemanfaatan zat makanan oleh tubuh yang masing-masing dipengaruhi kemampuan sosio ekonomi keluarga, perilaku gizi dan pola asuh keluarga, penyakit infeksi, keadaan lingkungan, dan pelayanan kesehatan, serta yang lainnya, sehingga kaitannya dengan masalah gizi menjadi sangat luas.

Umijati, 2006, berdasarkan hasil penelitian Fast Up program USAID WVI 2005 menemukan factor risiko yang mendasar adanya gizi kurang anak di tiga kecamatan miskin Surabaya adalah pengasuhan ibu. Kurangnya keberdayaan ibu terhadap pola asuh anak diantaranya mempengaruhi asupan gizi dan kejadian infeksi anak yang pada akhirnya menentukan status gizi anak.

Pendidikan yang ditujukan pada wanita merupakan strategi yang ampuh dalam usaha menanggulangi masalah gizi dan kesehatan. Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan penyerapan informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi.

Kebutuhan asuh adalah kebutuhan dasar fisik-biomedis anak dimana kebutuhan pangan / gizi merupakan kebutuhan terpenting guna pertumbuhan fisiknya disamping perawatan kesehatan dasar anak. Secara spesifik Eagle, 1992 dan Latham, 1997, mendefinisikan pola pengasuhan anak sebagai perilaku pengasuhan yang meliputi pemberian ASI, diagnosis penyakit, pemberian makanan tambahan, stimulasi bahasa, dan kemampuan kognitif lainnya serta pemberian dukungan emosional pada anak. Pada penelitian Umijati 2014 (belum dipublikasikan) didapatkan hasil pengasuhan anak sakit sebagai faktor risiko gizi kurang anak 0-6 bulan yang berhubungan erat dengan kesakitan anak walau tidak ada hubungan antara kesakitan anak dengan keadaan gizinya. Hasil penelitian Rogers dan Youssef, 1988, menunjukkan bahwa ibu memberikan alokasi waktu yang lebih banyak dalam pengasuhan anak, selanjutnya adalah wanita lainnya.

2.1.3.1. Sumber Daya Pengasuhan

Asuhan pada anak sangat tergantung pada sumber daya pengasuhan dan praktek asuhan oleh ibu atau pengganti pengasuh. Asuhan baru akan berhasil apabila yang memberi asuhan memiliki waktu, perhatian, kemampuan, dukungan keluarga dan masyarakat serta budaya. Setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang optimal baik fisik, mental dan sosial.

Berbagai faktor dari sumber daya pengasuhan yang dapat mempengaruhi proses pengasuhan anak seperti sumber daya manusia (tingkat pendidikan, pengetahuan, kepercayaan, status kesehatan, gizi dan mental), sumber daya ekonomi (tingkat ekonomi, tingkat kewenangan mengontrol sumber daya keluarga, beban kerja, dan waktu untuk mengasuh) dan dukungan pengasuhan dari anggota keluarga atau masyarakat terhadap pengasuhan.

2.1.3.2. Pengenalan Tanda Anak Sakit.

Hasil Fast Up program USAID WVI 2005 di Surabaya, secara deskriptif menunjukkan bahwa hanya 28.4% ibu memberikan asuhan sakit pada anak sakit dengan benar, sedangkan untuk anak sehat hanya sebesar 7.3% saja. Keadaan ini mengungkapkan bahwa ibu tidak mengerti tentang kesakitan dan penanggulangannya pada anak.

Bayi berumur 0-6 bulan belum dapat mengeluh bila sakit, oleh karena itu pengasuh harus mampu mengenali gejala atau tanda dini bayi sakit agar ibu dapat segera melakukan penanganan awal sehingga penyakit tidak menjadi parah. Pada dasarnya bayi yang sehat memiliki ciri khas aktif, selalu bergerak, dan menyusu dengan baik. Sebaliknya bila bayi tidak aktif, rewel, menangis terus menerus dan tidak bisa di diamkan menandakan bayi sakit.

Secara umum, bayi dicurigai sakit jika terdapat perubahan tingkah laku dari yang biasanya, terutama jika disertai dengan gejala lain, seperti demam, tidak mau menyusu, minum, muntah, sesak, batuk, pilek, kejang, gangguan kencing (kencing menetes, kencing merah, menangis saat kencing), sembab di mata atau tungkai, kelainan kulit (kemerahan), lebam dan sebagainya. Apabila bayi demam kurang dari 40 derajat C, batuk, pilek, dan diare, kesakitan ini adalah ringan dan bisa ditangani ibu sebagai pengasuh. Gejala selebihnya adalah berat dan langsung di bawa ke dokter. Demam adalah tanda infeksi yang sering dijumpai pada bayi. Penyakit infeksi sering dikenal dengan penyakit radang, seperti radang tenggorok, telinga, gigi, mulut, tali pusat dan sebagainya.

Ada lima tanda radang yaitu bengkak, panas saat diraba atau panas seluruh badan, sakit saat disentuh atau saat menelan, terlihat berwarna merah dan terganggu fungsi gerakannya atau tersumbat hidungnya atau nafsu makan menurun atau kurang pendengaran. Bila tubuh terkena radang atau infeksi, tubuh akan mencoba menyembuhkan sendiri dengan melawan bakteri atau kuman penyebab radang melalui pembuatan zat kebal. Tanda tubuh bisa menang adalah tubuh berangsur sehat sebaliknya bila tubuh kalah maka penyakit yang semula ringan lama-lama menjadi berat dan parah. Pada bayi, radang tali pusat bisa terjadi dengan tanda pangkal tali pusat dan daerah sekitarnya berwarna merah, keluar cairan yang berbau, ada darah yang keluar terus-menerus, dan bayi demam tanpa sebab yang jelas.

Penyakit infeksi yang banyak diderita bayi adalah diare, dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA). Penyakit ini tergolong penyakit ringan dan bila tidak segera dikenali dan ditangani sementara daya tahan tubuh menurun maka penyakit segera dapat berlanjut menjadi parah seperti kekurangan cairan (dehidrasi), radang otak dan pneumoni yang pada akhirnya dapat menyebabkan kematian bayi.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, Angka kejadian pneumoni pada bayi sebesar 13,6 % dan kejadiannya meningkat dari tahun 2007. Jawa Timur memiliki kejadian ISPA tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 28,3%. Pada bayi kejadian ISPA berkisar 13,6%. Demikian pula insiden diare pada bayi sebesar 7%. Angka ini melebihi kejadian diare di Indonesia. Kelompok umur balita adalah kelompok yang paling tinggi menderita diare.

Warna tinja yang normal adalah kuning kehijauan, tetapi dapat bervariasi tergantung dari makanan yang dikonsumsi anak. Yang perlu diperhatikan adalah bila tinja berwarna merah (mungkin darah) atau hitam (mungkin darah lama/beku) atau putih seperti dempul (pada penyakit hati).

Pada umumnya Anak buang air besar 3 kali sehari dan sejarang-jarangnya sekali tiap tiga hari. Bentuk tinja tergantung pada kandungan air dalam tinja. Pada keadaan normal, tinja berbentuk seperti pisang. Dilihat dari kandungan airnya bentuk tinja bervariasi mulai dari 'cair' (kadar airnya paling tinggi biasanya terjadi pada diare), 'berbentuk' (tinja normal, seperti pisang) dan 'keras' (kandungan air sedikit seperti pada keadaan sembelit).

Pada bayi berusia 0-2 bulan, apalagi yang minum ASI, frekuensi buang air besarnya lebih sering lagi, yaitu bisa 8-10 kali sehari dengan tinja yang lebih encer, berbuih dan berbau asam.

Selama berat badan bayi meningkat normal, hal tersebut tidak tergolong diare akibat belum sempurnanya perkembangan saluran cerna.

Anak dinyatakan menderita diare bila buang air besarnya lebih encer dan lebih sering dari biasanya. Tinja diare dapat mengandung lendir dan darah., tergantung pada penyebabnya. Gejala ikutan lainnya adalah demam dan muntah. Kadangkala gejala muntah dan demam mendahului mencretnya. Diare disebut juga muntahber (muntah berak), muntah menceret atau muntah bocor.

Karena terjadinya mencret dan muntah yang terus menerus, pada awalnya anak akan merasa haus karena terjadi kekurangan cairan tubuh (dehidrasi) ringan. Bila tidak ditolong, dehidrasi bertambah berat dan timbulah gejala-gejala seperti; anak tampak cengeng, gelisah dan bisa tidak sadar diri pada dehidrasi berat. Mata tampak cekung, ubun-ubun cekung (pada bayi), bibir dan lidah kering, tidak tampak air mata walaupun menangis, bila kulit perut dicubit tetap berkerut (turgor berkurang), nadi melemah sampai tidak teraba, tangan dan kaki teraba dingin dan kencing berkurang. Pada keadaan dehidrasi berat, nafas tampak sesak dan dapat terjadi kejang (karena tubuh kekurangan mineral / elektrolit).

2.1.3.3. Merawat Anak Sakit

Bila penderita diare banyak sekali kehilangan cairan tubuh maka hal ini dapat menyebabkan kematian, terutama pada bayi dan anak-anak di bawah umur lima tahun, dan dapat mencetuskan gangguan pertumbuhan (kurang gizi) bila tidak diberikan asupan makanan / gizi yang cukup. Penyebab diare yang terpenting adalah karena peradangan usus, misalnya : kholera, disentri, bakteri-bakteri lain, virus dsb., karena kekurangan gizi misalnya : kelaparan, kekurangan zat putih telur, karena keracunan makanan, dan karena tak tahan terhadap makanan tertentu, misalnya : si anak tak tahan meminum susu yang mengandung lemak atau laktosa.

Diare dapat ditularkan melalui tinja yang mengandung kuman penyebab diare. Tinja tersebut dikeluarkan oleh orang sakit atau pembawa kuman yang berak di sembarang tempat. Tinja tadi mencemari lingkungan misalnya tanah, sungai, air sumur. Orang sehat yang menggunakan air sumur atau air sungai yang sudah tercemari, kemudian menderita diare. Oleh karena itu menjaga higiene dan sanitasi lingkungan adalah penting untuk pencegahan terjadinya diare.

Sebagian besar Diare pada anak akan sembuh sendiri asalkan dicegah terjadinya dehidrasi yang merupakan penyebab kematian. Minum garam ORALIT dapat mencegah terjadinya kekurangan cairan tubuh sebagai akibat diare. Minumkanlah cairan oralit sebanyak

mungkin penderita mau. Satu bungkus kecil oralit dilarutkan ke dalam 1 gelas air masak (200 cc) Kalau oralit tidak ada dapat membuat LARUTAN GARAM GULA. Ambillah air teh (masak) 1 gelas. Masukkan dua sendok teh peres gula pasir, dan seujung sendok teh garam dapur. Diaduk rata dan diberikan kepada penderita sebanyak mungkin ia mau minum.

Pemberian makanan seperti yang diberikan sebelum sakit harus terus dilanjutkan termasuk pemberian ASI. Gizi yang kurang dapat dicegah dengan pemberian makanan yang cukup selama berlangsungnya diare. Bila diare tak berhenti dalam sehari atau penderita lemas sekali, muntah terus menerus sehingga pemberian oralit tidak bisa dilakukan dan bila dijumpai tanda-tanda dehidrasi pada anak seperti mata cekung, turgor kurang, tangan dan kaki dingin, tidak sadar, maka bawalah segera ke Puskesmas.

Diare dapat dicegah dengan berak di kakus, tidak di kali, selokan, halaman atau sembarang tempat. Cuci tangan sebelum makan, dan sesudah buang air besar. Minum air dan makanan yang sudah dimasak. Berikan ASI selama 2 tahun, di samping makanan lainnya sesuai umur. Bayi yang minum susu botol lebih mudah diserang diare dari pada bayi yang disusui ibunya. Tetaplah anak disusui walaupun anak menderita diare.

Berdasarkan Riset kesehatan dasar di Indonesia pada tahun 2013, ISPA disebabkan oleh virus atau bakteri. WHO, 1986, ISPA merupakan sekelompok penyakit yang disebabkan oleh berbagai penyebab dan dapat mengenai setiap lokasi di sepanjang saluran nafas. ISPA merupakan salah satu penyebab utama dari tingginya angka kematian dan angka kesakitan pada balita dan bayi di Indonesia. Dalam bidang kesehatan, penyakit tersebut mendapat prioritas tinggi. (Depkes, 1998).

ISPA adalah suatu tanda dan gejala yang berlangsung tidak lebih dari 14 hari akibat infeksi yang terjadi di setiap bagian saluran pernafasan. Sebagian besar dari infeksi saluran pernafasan hanya bersifat ringan seperti batuk pilek, namun demikian anak akan menderita infeksi saluran pernafasan yang lebih parah bila infeksi batuk pilek ini tidak diobati dengan segera dan dapat mengakibatkan kematian.

Berbagai laporan menyatakan bahwa ISPA anak merupakan penyakit yang paling sering pada anak, mencapai kira-kira 50% dari semua penyakit balita. Kejadian ISPA pada balita lebih sering terjadi di daerah perkotaan dibandingkan pada balita di daerah pedesaan. Seorang anak yang tinggal di daerah perkotaan akan mengalami ISPA sebanyak 5-8 episode setahun (WHO, 1992).

Umumnya infeksi biasanya mengenai saluran nafas bagian atas, hanya kurang dari 5% yang mengenai saluran pernafasan bawah. ISPA merupakan penyakit yang utama dari layanan rawat jalan meliputi 25-40% balita yang berobat, dan ISPA pula yang merupakan penyebab rawat inap balita di rumah sakit sekitar 30-35% dari seluruh balita yang dirawat inap. Menurut survei kesehatan rumah tangga (1990) ISPA merupakan penyakit yang menyebabkan kematian nomor dua setelah diare, tetapi terjadinya perubahan proporsi kematian pada SKRT 1986 dan 1992, ISPA merupakan penyebab utama kematian pada bayi dan nomor dua pada balita .

ISPA dapat ditularkan melalui air ludah, darah, bersin, udara pernapasan yang mengandung kuman yang terhirup oleh orang sehat kesaluran pernapasannya. Mayoritas penyebab dari ISPA adalah oleh virus, dengan frekuensi lebih dari 90% untuk ISPA bagian atas, sedangkan untuk ISPA bagian bawah frekuensinya lebih kecil (WHO, 1984).

Pada umumnya suatu penyakit saluran pernapasan dimulai dengan keluhan dan gejala yang ringan. Pada perjalanan penyakitnya gejala memberat dan dapat jatuh dalam keadaan kegagalan pernapasan dan mungkin meninggal. Seorang anak dinyatakan menderita ISPA ringan jika ditemukan gejala sebagai berikut. Batuk, serak, yaitu anak bersuara parau pada waktu mengeluarkan suara (misalnya pada waktu berbicara atau menangis), pilek yaitu mengeluarkan lendir atau ingus dari hidung, dan panas atau demam dimana suhu badan lebih dari 37⁰C atau jika dahi anak diraba dengan punggung tangan terasa panas.

Beberapa faktor mempengaruhi tingginya kematian dan kesakitan ISPA serta berat ringannya penyakit, yang dikenal sebagai faktor risiko. Faktor inang (diri manusia), seperti berat badan lahir. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) berisiko lebih besar untuk sakit ISPA karena pembentukan zat kekebalan belum sempurna.

Kebanyakan infeksi saluran pernafasan yang sering mengenai anak usia dibawah 3 tahun, terutama bayi kurang dari 1 tahun. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak pada usia muda akan lebih sering menderita ISPA daripada usia yang lebih lanjut (Koch *et al*, 2003).

Terdapat perbedaan kejadian penyakit ISPA terhadap jenis kelamin, dimana anak perempuan lebih tinggi daripada laki-laki di negara Denmark (Koch *et al*, 2003). Demikian pula akan status gizi. Interaksi antara infeksi dan kurang gizi adalah sinergistik, saling mempengaruhi, yang satu merupakan predisposisi yang lainnya (Tupasi, 1985).

Imunisasi yang lengkap dapat memberikan peranan yang cukup berarti dalam mencegah kejadian ISPA (Koch *et al*, 2003). Pemberian vitamin A pada balita sangat berperan untuk masa

pertumbuhannya, daya tahan tubuh dan kesehatan. ASI dapat berperan juga sebagai sumber zat anti mikroorganisme yang kuat. ASI dapat memberikan imunisasi pasif melalui penyampaian antibodi dan sel-sel imunokompeten ke permukaan saluran pernafasan atas (William and Phelan, 1994).

Faktor berikutnya adalah lingkungan. Rumah kumuh di perkotaan sangat minim akan fasilitas kesehatan. Kepadatan hunian seperti luas ruang per orang, jumlah anggota keluarga, dan masyarakat diduga merupakan faktor risiko untuk ISPA. Penelitian oleh Koch *et al* (2003) membuktikan bahwa kepadatan hunian (*crowded*) mempengaruhi secara bermakna prevalensi ISPA berat.

Kebiasaan merokok dari anggota keluarga yang merokok. Secara statistik anaknya mempunyai kemungkinan terkena ISPA 2 kali lipat dibandingkan dengan anak dari keluarga yang tidak merokok. Selain itu dari penelitian lain didapat bahwa episode ISPA meningkat 2 kali lipat akibat orang tua merokok (Koch *et al*, 2003). Adanya ventilasi rumah yang kurang sempurna dan asap tungku di dalam rumah seperti yang terjadi di Negara Zimbabwe akan mempermudah terjadinya ISPA anak (Mishra, 2003).

Jika anak menderita ISPA ringan maka perawatan cukup dilakukan di rumah. Di rumah dapat diberi obat penurun panas yang dijual bebas di toko atau Apotik tetapi jika dalam dua hari gejala belum hilang, anak harus segera di bawa ke dokter atau Puskesmas terdekat.

Keadaan gizi dan keadaan lingkungan merupakan hal yang penting bagi pencegahan ISPA. Beberapa hal yang perlu dilakukan untuk mencegah ISPA adalah mengusahakan agar anak mempunyai gizi yang baik dan sebaiknya orang tua tidak memberikan makanan yang dapat merangsang rasa sakit pada tenggorokan, menjaga kebersihan perorangan dan lingkungan, mengusahakan kekebalan anak dengan imunisasi dan pengobatan segera.

Tanda sakit lain adalah demam. Demam adalah kenaikan suhu tubuh diatas normal oleh karena berbagai penyakit infeksi dan bukan infeksi. Suhu diatas 37.5°C diketiak, dianggap sebagai suhu yang tidak normal, dan dikatakan sebagai demam. Batas suhu yang memerlukan evaluasi lebih lanjut, pada usia 3 bulan sampai 3 tahun adalah 39°C , sedang kurang 3 bulan 38°C . Demam bukan infeksi dapat terjadi pada keadaan setelah berolah raga, penggunaan pakaian berlapis lapis, mandi air panas, atau berada di udara panas dan tumbuh gigi.

Demam bisa bermanfaat sebagai pertahanan tubuh. Demam merupakan bagian dari jawaban tubuh dalam melawan infeksi. Pada keadaan demam pertumbuhan beberapa bakteri

merugikan dan virus mengalami gangguan. Dalam dibawah suhu 40°C dapat menghambat pertumbuhan bakteri dan virus dapat mengganggu fungsi organ tubuh sehingga dapat meningkatkan angka kematian.

Demam juga merugikan karena menimbulkan rasa tak nyaman dan meningkatkan kebutuhan sistem pernafasan, jantung dan kerusakan otak dengan akibat serangan kejang, karenanya demam perlu disembuhkan.

Rasa tak nyaman, kemungkinan karena dehidrasi (kekurangan cairan tubuh). Ketika mengalami demam, terjadi peningkatan penguapan cairan tubuh sehingga anak bisa kekurangan cairan. Rasa tak nyaman lainnya karena kekurangan oksigen. Saat demam, anak dengan penyakit paru-paru atau penyakit jantung-pembuluh darah bisa mengalami kekurangan oksigen karena gerak paru dan jantung yang lebih cepat.

Demam di atas 42 derajat selsius bisa menyebabkan kerusakan neurologis (otak dan saraf tepi), meskipun sangat jarang terjadi. Tidak ada bukti penelitian yang menunjukkan terjadinya kerusakan syaraf bila demam di bawah 42 derajat selsius.

Demam yang perlu diobati pada keadaan seperti anak dengan keadaan Syok, latar belakang penyakit pada ginjal dan jantung, demam yang tinggi (suhu tinggi $> 40.0^{\circ}\text{C}$), anak gelisah sehingga perlu membuat rasa nyaman, bagi yang berisiko terjadi kejang demam.

Pengobatan anak demam Untuk anak usia 2 bulan sampai 5 tahun selain dengan menggunakan obat penurun panas /paracetamol sesuai BB dan umur anak setiap 4-6 jam, bisa juga dengan tindakan non obat seperti penyeka dengan air hangat-hangat kuku berguna dalam menurunkan suhu tubuh. Jangan digunakan alkohol untuk menyeka, karena dapat menguap dan terhirup, serta dapat menembus kulit, sehingga terjadi efek toksik pada susunan saraf pusat.

Pengobatan hanya mengurangi keluhan demamnya saja, yang pasti tak akan merubah perjalanan penyakit infeksiya sendiri. Selama sebagian besar penyakit demam pada anak adalah penyakit virus yang sembuh dengan sendirinya, pemberian obat penurun panas berkepanjangan tak diperlukan. Bayi dibawah 2 bulan dengan demam harus segera dirujuk.

Tindakan lain seperti menambah jumlah cairan yang masuk tubuh, dengan menganjurkan banyak minum, serta jangan membungkus anak dengan pakaian yang berlapis. Alasannya pada anak demam akan kehilangan cairan lebih banyak, karena terjadi banyak berkeringat, dan kehilangan lewat saluran nafas karena frekwensi nafas bertambah. Jika dalam waktu 4 sampai 5

hari panas tetap tinggi, atau muncul gejala kejang, harus segera dibawa ke petugas kesehatan terdekat.

Pemberian makanan yang cukup gizi, sedikit-sedikit tetapi berulang-ulang yaitu lebih sering dari biasanya, lebih-lebih jika muntah. Pemberian ASI pada bayi yang menyusu tetap diteruskan. Demikian pula usahakan pemberian cairan (air putih, air buah dan sebagainya) lebih banyak dari biasanya. Ini akan membantu mengencerkan dahak, kekurangan cairan akan menambah parah sakit yang diderita. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah tidak dianjurkan mengenakan pakaian atau selimut yang terlalu tebal dan rapat, lebih-lebih pada anak dengan demam dan apabila selama perawatan di rumah keadaan anak memburuk maka dianjurkan untuk membawa ke dokter atau petugas kesehatan.

2.2. Risiko Pengasuhan Balita

Risiko pengasuhan merupakan pengetahuan, sikap dan praktek ibu dalam mengasuh kesehatan dan gizi anaknya yang berpeluang terjadinya gizi kurang pada anak yang diasuhnya. Risiko tersebut berhubungan dengan risiko gizi balita.

Risiko pengasuhan balita dikelompokkan pada risiko ringan, sedang dan berat. Pengasuhan dengan kelompok risiko ringan dimaksudkan bahwa dalam ibu mengasuh anaknya, ibu mampu menemukan adanya risiko gizi pada anak yang awal sebagai kegawatan yang tidak mendesak, dimana masih ada waktu bagi ibu untuk memperbaiki pengasuhannya. Makin tepat ukuran risiko, akan makin jelas diketahui kebutuhan pelayanan dan akan lebih efektif hasilnya.

2.3. Pengembangan Faktor Risiko Gizi Kurang Anak.

Pengembangan faktor risiko gizi kurang anak merupakan konsep pendekatan risiko yang memberikan kerangka untuk perencanaan, pelaksanaan dan administrasi dari pelayanan kesehatan (gizi) yang lebih baik dengan menggabungkan pengalaman yang didapat dari penanganan kasus individu sebagai prediksi klinis dan pengetahuan epidemiologik sebagai prediksi masyarakat. Tujuannya meningkatkan kualitas kesehatan atau gizi anak, dengan melakukan usaha untuk mengenal secara dini dan menurunkan atau menghilangkan risiko, mengelola penggunaan sumber daya dengan optimal, dan meningkatkan akses pelayanan serta kemampuan merawat gizi – kesehatan.

Pendekatan risiko tersebut adalah alat untuk menilai dan mengatur sumber-sumber daya yang ada untuk mendukung perawatan kesehatan. Risiko yang terjadi dikemukakan dan diselesaikan dengan pendekatan risiko sesuai potensi ibu, sumber daya keluarga, dan sosial, ekonomi, budaya dan pelayanan kesehatan yang ada. Ukuran obyektif dan efisiensinya dinyatakan dalam kemampuan dan kepekaan terhadap risiko dan cara pendekatannya. Manfaat pendekatan risiko bagi ibu dalam pencegahan gizi kurang adalah sebagai berikut.

1. meningkatkan kemampuan untuk mengenal prioritas gizi dan kesehatan berdasarkan perilaku hidup sehat. Pengenalan prioritas dalam gizi dan kesehatan anak dan ibu akan meningkatkan perhatian mereka terhadap usaha pencegahan dengan pengenalan dini tanda risiko gizi kurang dan kesehatan.
2. Pengenalan dini adanya risiko tidak perlu memberikan rasa takut terhadap masalah gizi dan kesehatan, tetapi lebih meningkatkan kemampuan diri dan keluarga melalui upaya pencegahan yang benar, hingga kondisi risiko dikenal segera dan menjadi prioritas.

Ibu dapat melakukan skrining sendiri dan keluarga, utamanya anak terhadap risiko, ketrampilan menghadapi risiko, serta pengembangan ketrampilan dan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan gizi dan kesehatan keluarga.

2.3. Upaya Pemberdayaan Ibu sebagai Bentuk Pengembangan Faktor Risiko Gizi Kurang Anak.

Proses penanggulangan gizi kurang merupakan suatu rangkaian kegiatan yang sistematis. Proses ini dilakukan untuk penggerakan sumber daya dalam setiap proses / kegiatan/ fungsinya guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan yaitu menurunkan masalah gizi kurang di tingkat keluarga melalui pendekatan risikonya, tetapi pada saat yang bersamaan mereka harus secara penuh bertanggung jawab atas hasil yang dicapai (baik atau buruk).

Pemberdayaan tercipta melalui pendampingan, penyuluhan dan pelayanan (P3). Pemberdayaan membuat ibu lebih mampu dan peka melihat sumber daya (peluang) yang ada untuk merencanakan kesehatan dan gizi anak hingga menikmati hasilnya; dapat menentukan penanggulangan masalah berdasar potensi yang ada; mampu mengontrol sendiri keadaan

kesehatan dan status gizi anak; serta dapat menguasai lingkungan sosialnya (Laverack, 2005; WHO, Mullik, 2003; Widyastuti, 1995).

Pola asuh ibu dalam menjaga BB lahir anak, kemampuan mengenal dan merawat penyakit merupakan faktor yang sangat menentukan pertumbuhan anak sebagai ciri status gizinya (Khomsan, 2006; Satoto, 1990). Sampai demikian jauh, walaupun berbagai evaluasi program UPGK, (Berman dan kawan-kawan, 1982; Fajans dan Sudirman, 1983; Priyosusilo, 1988; dan lain-lain) menunjukkan bahwa secara jelas telah terjadi peningkatan kebersamaan ibu-ibu, dan pengetahuan serta ketrampilan mereka dalam perawatan anak, namun tetap peningkatan status gizi anak belum ditemukan secara nyata.

Keadaan ini utamanya disebabkan karena tindak lanjut pemantauan pertumbuhan dalam bentuk komunikasi intensif jarang terjadi (Hill dkk., 1983; Satoto, 1984), disamping karena keadaan eksternal juga seperti penyakit infeksi, keadaan ekonomi keluarga, dan lain-lain, serta para pelaksana kesehatan masih terjebak pada strategi kuratif penyelesaian masalah gizi, dan lebih memperhatikan aspek statis status gizi, serta tidak adanya umpan balik kegiatan. Pendidikan kesehatan tidak difokuskan pada pendidikan individu, kegiatan didominasi oleh petugas kesehatan, makanan tambahan mengalihkan keseluruhan kegiatan dari orientasi perubahan perilaku, dan harapan yang tinggi pada penimbangan saja.

Ibu sebagai pelaku utama dari pemberdayaan, memiliki karakteristik yang berbeda-beda, karenanya setiap perbedaan menuntut pola pemberdayaan yang berbeda. Semua kekuatan, kelemahan, dan permasalahan yang ada perlu diidentifikasi dengan cermat sebagai data risiko, terutama yang berhubungan dengan pola pikir mereka. Kegiatan pemberdayaan harus menghargai dan mengakui bahwa ibu memiliki potensi untuk memenuhi kebutuhannya, memecahkan permasalahannya, serta mampu melakukan usaha-usaha produktif dengan prinsip swadaya dan kebersamaan (Laverack, 2005). Karenanya diperlukan strategi pendekatan risiko sebagai upaya pemberdayaan pengasuhan anak dengan kaitan kebutuhan pencegahan dan dikomunikasikan secara intensif dalam bentuk mudah dimengerti.

Berdasarkan penyebab ketidak berdayaan, pendampingan adalah pilihan yang tepat dalam upaya pemberdayaan ibu pada proses pengasuhan anak. Pada pendampingan dapat terbentuk komunikasi intensif karena terjaminnya kedekatan ibu dan pemberdaya.

2.3.1. Modul Pengajaran Pengasuhan Balita

Pengajaran (proses belajar) berada dalam rangka mencapai tujuan pendidikan, diperlukan untuk memperoleh ketrampilan yang dibutuhkan manusia dalam hidup berkeluarga dan bermasyarakat, sebagai penyempurnaan potensi atau kemampuan manusia (Soekidjo, 2007). Pada proses belajar terdapat pula peralihan dari potensi keaktivitasan yang berlaku secara subyektif yaitu kesanggupan subyek menjadi aktif.

Pengajaran atau pembelajaran pada pengasuh balita yang terbanyak dilakukan oleh ibu sebagai orang dewasa berbeda dengan pengajaran pada anak-anak. Kenyataan di lapangan, bahwa tidak sedikit orang dewasa yang harus mendapat pendidikan baik pendidikan informal maupun nonformal, dengan masalah yang sering muncul adalah bagaimana kiat, dan strategi membelajarkan orang dewasa yang tidak menduduki bangku sekolah, dan sesuai dengan perkembangan jaman, maka pembelajaran tidak lagi dirumuskan hanya sekedar sebagai upaya untuk mentransmisikan pengetahuan, tetapi dirumuskan sebagai suatu proses pendidikan sepanjang hayat (*long life education*).

Orang dewasa yang tumbuh sebagai pribadi dan memiliki kematangan konsep diri bergerak dari ketergantungan seperti yang terjadi pada masa kanak-kanak menuju ke arah kemandirian atau pengarahan diri sendiri. Keadaan ini mendorong timbulnya kebutuhan psikologi yang sangat dalam yaitu keinginan dipandang dan diperlakukan orang lain sebagai pribadi yang mengarahkan dirinya sendiri, bukan diarahkan, dipaksa dan dimanipulasi oleh orang lain, sehingga pembelajaran orang dewasa memerlukan pendekatan khusus dan harus memiliki pegangan yang kuat akan konsep teori yang didasarkan pada asumsi atau pemahaman orang dewasa sebagai siswa. Perlu dipahami apa pendorong bagi orang dewasa belajar, apa hambatan yang dialaminya, apa yang diharapkannya, bagaimana ia dapat belajar paling baik dan sebagainya (Lunandi, 1987). Oleh karena itu, dalam pembelajaran orang dewasa yang lebih penting adalah kegiatan belajar dari peserta didik bukan kegiatan mengajar guru.

Pembelajaran tersebut membuat orang dewasa mampu mengembangkan kemampuan, keterampilan, memperkaya khasanah pengetahuan, meningkatkan kualifikasi keteknisannya atau keprofesionalannya dalam upaya mewujudkan kemampuan ganda yakni di suatu sisi mampu mengembangkan pribadi secara utuh dan dapat mewujudkan keikutsertaannya dalam perkembangan sosial budaya, ekonomi, dan teknologi secara bebas, seimbang dan berkesinambungan. Begitu pula, bahwa pendidikan orang dewasa mencakup segala aspek

pengalaman belajar yang diperlukan, sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuannya masing-masing.

Dampak positif terhadap keberhasilan pembelajaran orang dewasa yang tampak adalah perubahan perilaku ke arah pemenuhan pencapaian kemampuan/keterampilan yang memadai, dimana setiap individu yang berhadapan dengan individu lain akan dapat belajar bersama dengan penuh keyakinan. Perubahan perilaku dalam hal kerjasama dalam berbagai kegiatan, merupakan hasil dan adanya perubahan setelah adanya proses belajar, yakni proses perubahan sikap yang tadinya tidak percaya diri menjadi perubahan kepercayaan diri secara penuh dengan menambah pengetahuan atau keterampilannya. Perubahan perilaku terjadi karena adanya perubahan (penambahan) pengetahuan atau keterampilan serta adanya perubahan sikap mental yang sangat jelas. Pembelajaran tersebut tidak cukup hanya dengan memberi tambahan pengetahuan, tetapi harus dibekali juga dengan rasa percaya yang kuat dalam pribadinya. Pertambahan pengetahuan saja tanpa kepercayaan diri yang kuat, niscaya mampu melahirkan perubahan ke arah positif berupa adanya pembaharuan baik fisik maupun mental secara nyata, menyeluruh dan berkesinambungan.

Perubahan perilaku bagi orang dewasa terjadi melalui adanya proses pendidikan yang berkaitan dengan perkembangan dirinya sebagai individu, dan dalam hal ini, sangat memungkinkan adanya partisipasi dalam kehidupan sosial untuk meningkatkan kesejahteraan diri sendiri, maupun kesejahteraan bagi orang lain, disebabkan produktivitas yang lebih meningkat. Bagi orang dewasa pemenuhan kebutuhannya sangat mendasar, sehingga setelah kebutuhan itu terpenuhi ia dapat beralih ke arah usaha pemenuhan kebutuhan lain yang lebih diperlukannya sebagai penyempurnaan hidupnya.

Berdasarkan hal tersebut, maka pendidikan orang dewasa yang memiliki harga diri dan dirinya membutuhkan pengakuan, dan itu akan sangat berpengaruh dalam proses belajarnya. Secara psikologis, dengan mengetahui kebutuhan orang dewasa sebagai peserta kegiatan pendidikan/pelatihan, maka akan dapat dengan mudah dan dapat ditentukan kondisi belajar yang harus disediakan, isi materi apa yang harus diberikan, strategi, teknik serta metode apa yang cocok digunakan. Lunandi, 1987, mengatakan bahwa yang terpenting dalam pendidikan orang dewasa adalah apa yang dipelajari pelajar, bukan apa yang diajarkan pengajar. Oleh karena itu, hasil akhir yang dinilai adalah apa yang diperoleh orang dewasa dan pertemuan

pendidikan/pelatihan, bukan apa yang dilalukukan pengajar, pelatih atau penceramah dalam pertemuannya.

Pembelajaran orang dewasa bukan lagi menjadi obyek sosialisasi yang seolah-olah dibentuk dan dipengaruhi untuk menyesuaikan dirinya dengan keinginan memegang otoritas di atas dirinya sendiri, akan tetapi tujuan kegiatan belajar lebih mengarah kepada pencapaian pematapan identitas dirinya sendiri untuk menjadi dirinya sendiri, dalam istilah Rogers dalam Knowles, 1979, kegiatan belajar bertujuan mengantarkan individu untuk menjadi pribadi atau menemukan jati dirinya. Maslow, 1966, pembelajaran merupakan *process of becoining a person*, bukan proses pembentukan atau *process of being shaped* yaitu proses pengendalian dan manipulasi untuk sesuai dengan orang lain, atau belajar merupakan proses untuk mencapai aktualiasi diri (*self-uchuslizatiun*).

Knowles, 1970, mengembangkan konsep pembelajaran orang dewasa atas empat asumsi pokok sebagai berikut. Asumsi Pertama, seseorang tumbuh dan matang konsep dirinya bergerak ke arah pengarahan diri sendiri (mandiri), sehingga membutuhkan penghargaan orang lain. Asumsi kedua, sebagaimana individu tumbuh matang akan mengumpulkan sejumlah besar pengalaman dimana hal ini menyebabkan dirinya menjadi sumber belajar yang kaya, dan pada waktu yang sama memberikan dia dasar yang luas untuk belajar sesuatu yang baru. Oleh karena itu penggunaan teknik diskusi, kerja laborator, simulasi, pengalaman lapangan, dan lainnya lebih banyak dipakai. Asumsi ketiga, bahwa pendidikan itu secara langsung atau tidak langsung, secara implisit atau eksplisit, pasti memainkan peranan besar dalam mempersiapkan dirinya untuk memperjuangkan eksistensinya di tengah masyarakat (Kartini, 1992). Sejalan dengan itu, diasumsi bahwa kesiapan untuk belajar kurang ditentukan oleh paksaan akademik dan perkembangan biologisnya, tetapi lebih ditentukan oleh tuntutan tugas perkembangan untuk melakukan peranan sosialnya, sebagai pekerja, orang tua, pimpinan suatu organisasi, dan lain-lain. Kesiapan belajar mereka bukan semata-mata karena paksaan akademik, tetapi karena kebutuhan hidup dan untuk melaksanakan tugas peran sosialnya. Hal ini dikarenakan belajar bagi orang dewasa seolah-olah merupakan kebutuhan untuk menghadapi masalah hidupnya.

Pembelajaran yang diberikan kepada orang dewasa dapat efektif, bilamana pembimbing (pemberdaya) tidak terlalu mendominasi kelompok kelas, mengurangi banyak bicara, namun mengupayakan agar individu orang dewasa itu mampu menemukan alternatif untuk mengembangkan kepribadian mereka. Seorang pembimbing yang baik harus berupaya untuk

banyak mendengarkan dan menerima gagasan seseorang, kemudian menilai dan menjawab pertanyaan yang diajukan mereka.

Orang dewasa pada hakekatnya adalah makhluk yang kreatif bilamana seseorang mampu menggerakkan/menggali potensi yang ada dalam diri mereka, sehingga diperlukan keterampilan dan kiat khusus dalam pembelajaran tersebut. Orang dewasa dapat dibelajarkan lebih aktif apabila mereka merasa ikut dilibatkan dalam aktivitas pembelajaran, terutama apabila mereka dilibatkan memberi sumbangan pikiran dan gagasan yang membuat mereka merasa berharga dan memiliki harga diri di depan sesama temannya. Mereka akan belajar lebih baik apabila pendapat pribadinya dihormati, dan dapat mengemukakan ide pikirannya, yang tidak hanya dari teori yang disampaikan pembimbing. Namun, diperlukan pula adanya kepercayaan dari pemberdaya, dan pada akhirnya mereka harus mempunyai kepercayaan pada dirinya sendiri. Tanpa kepercayaan diri tersebut maka suasana belajar yang kondusif tak akan pernah terwujud.

Orang dewasa memiliki sistem nilai yang berbeda, mempunyai pendapat dan pendirian yang berbeda. Pada suasana belajar yang kondusif, mereka dapat mengemukakan isi hati dan pikirannya tanpa rasa takut dan cemas, walaupun saling berbeda pendapat. dll. Keterbukaan seorang pembimbing sangat membantu bagi kemajuan orang dewasa dalam mengembangkan potensi pribadinya. Sifat keterbukaan untuk mengungkapkan diri, dan mendengarkan gagasan, akan berdampak baik bagi kesehatan psikologis, dan psikhis mereka. Di samping itu, harus dihindari segala bentuk akibat yang membuat orang dewasa mendapat ejekan, hinaan, atau dipermalukan.

Orang dewasa belajar secara khas dan unik. Faktor tingkat kecerdasan, kepercayaan diri, dan perasaan yang terkendali harus diakui sebagai hak pribadi yang khas sehingga keputusan yang diambil tidak harus selalu sama dengan pribadi orang lain. Kebersamaan dalam kelompok tidak selalu harus sama dalam pribadi, sebab akan sangat membosankan kalau saja suasana yang seakan hanya mengakui satu kebenaran tanpa adanya kritik yang memperlihatkan perbedaan tersebut. Oleh sebab itu, latar belakang pendidikan, kebudayaan, dan pengalaman masa lampau masing-masing individu dapat memberi warna yang berbeda pada setiap keputusan yang diambil.

Bagi orang dewasa, terciptanya suasana belajar yang kondusif merupakan suatu fasilitas yang mendorong mereka mau mencoba perilaku baru, berani tampil beda, dapat berlaku dengan sikap baru dan mau mencoba pengetahuan baru yang mereka peroleh. Walaupun sesuatu yang

baru mengandung risiko terjadinya kesalahan, namun kesalahan, dan kekeliruan itu sendiri merupakan bagian yang wajar dan belajar.

Pada akhirnya, orang dewasa ingin tahu apa arti dirinya dalam kelompok belajar itu. Bagi orang dewasa ada kecenderungan ingin mengetahui kekuatan dan kelemahan dirinya. Dengan demikian, diperlukan adanya evaluasi bersama oleh seluruh anggota kelompok dirasakannya berharga untuk bahan renungan, di mana renungan itu dapat mengevaluasi dirinya dan orang lain yang persepsinya bisa saja memiliki perbedaan.

Hal lain yang perlu diperhatikan bahwa belajar dapat diartikan sebagai suatu proses evolusi. Artinya penerimaan ilmu tidak dapat dipaksakan sekaligus begitu saja, tetapi dapat dilakukan secara bertahap melalui suatu urutan proses tertentu. Pembimbing / pemberdaya menentukan secara jauh mengenai materi pengetahuan dan keterampilan yang akan disajikan. Mereka mengatur isi (materi) ke dalam unit-unit, kemudian memilih alat yang paling efisien untuk menyampaikan setiap unit dan materi tersebut. Selanjutnya mengembangkan suatu rencana untuk menyampaikan unit-unit isi ini dalam suatu bentuk urutan. Pada pembelajaran orang dewasa banyak metode yang diterapkan. Keberhasilan dapat dicapai dengan mempertimbangkan faktor sarana dan prasarana yang tersedia.

Sejalan dengan itu, pembelajaran lebih efektif bila mereka dapat mendengarkan dan berbicara, dapat melihat pula, dan makin efektif lagi kalau dapat juga mengerjakan. Fungsi bicara hanya sedikit terjadi pada waktu tanya jawab. Untuk metode diskusi bicara dan mendengarkan adalah seimbang. Pada pembelajaran dengan cara demonstrasi, peserta sekaligus mendengar, melihat dan berbicara. Pada saat latihan praktis peserta dapat mendengar, berbicara, melihat dan mengerjakan sekaligus, sehingga dapat diperkirakan akan menjadi paling efektif.

Kegiatan belajar dapat terjadi dimana saja, kapan saja, dan oleh siapa saja. Seseorang dikatakan belajar apabila didalam dirinya terdapat perubahan dari tidak tahu menjadi tahu dan dari tidak dapat mengerjakan sesuatu menjadi dapat mengerjakan serta bukan sebagai akibat suatu perkembangan kematangan kehidupan. Belajar adalah suatu proses perubahan kegiatan dan reaksi terhadap lingkungan.

Scientific stream dan *artistic* atau *intuitive / reflective stream* adalah aliran yang merupakan landasan teori belajar dan mengajar orang dewasa. Aliran ini sangat dipengaruhi oleh filsafat pendidikan John Dewey, yang berpendapat bahwa sumber yang paling berguna dalam pendidikan orang dewasa adalah pengalaman peserta didik.

Belajar akan lebih bermakna jika pembelajar 'mengalami' apa yang dipelajarinya, bukan 'mengetahui'-nya. Pembelajaran yang bertarget penguasaan materi terbukti berhasil dalam kompetisi 'mengingat' jangka pendek, tetapi gagal dalam membekali pembelajar memecahkan persoalan dalam kehidupan jangka panjang.

Pendekatan kontekstual (*Contextual Teaching And Learning*) merupakan konsep belajar yang membantu guru mengaitkan antara materi yang diajarkan dengan situasi dunia nyata siswa dan mendorong antara pengetahuan yang dimilikinya dengan penerapannya dalam kehidupan mereka sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

Tugas guru membantu siswa mencapai tujuannya dengan strategi pembelajaran yang lebih produktif dan bermakna serta mampu mengolah kelas sebagai sebuah tim yang bekerja sama (*learning community*) untuk 'menemukan' suatu yang baru (pengetahuan dan ketrampilan) bukan dari 'apa kata guru'. *Learning community* bisa terjadi apabila ada proses komunikasi dua arah. Masyarakat belajar memberi informasi yang diperlukan teman bicaranya dan sekaligus meminta informasi yang diperlukan dari teman belajarnya. Setiap orang bisa menjadi sumber belajar dan kaya dengan pengetahuan dan pengalaman.

Guru bukan satu-satunya model yang bisa ditiru. Model dapat dirancang dengan melibatkan siswa dan siswa lain dapat menggunakan model tersebut sebagai standar kompetensi yang harus dicapainya.

Strategi belajar ini harus lebih memberdayakan siswa, mendorong mengkonstruksikan pengetahuan di benak mereka sendiri (Yatim Riyanto, 2009). Siswa diharapkan belajar melalui 'mengalami', bukan 'menghafal'. Mereka berfikir tentang apa yang baru dipelajari atau berfikir kebelakang tentang apa yang sudah dilakukan di masa lalu. Siswa mengendapkan apa yang baru dipelajarinya yang merupakan pengayaan atau revisi dari pengetahuan sebelumnya.

Lima elemen yang harus diperhatikan dalam pembelajaran kontekstual, yaitu pengaktifan pengetahuan yang sudah ada, pemerolehan pengetahuan yang baru dengan cara mempelajari secara keseluruhan dahulu, kemudian memperhatikan detailnya. Elemen ketiga adalah pemahaman pengetahuan dengan cara menyusun konsep sementara, melakukan 'sharing' kepada orang lain agar mendapat tanggapan (*validasi*) selanjutnya merevisi konsep dan mengembangkannya, elemen ke empat mempraktikkan pengetahuan dan pengalaman tersebut untuk selanjutnya merefleksi terhadap strategi pengetahuan dan pengembangan tersebut.

Pada pendekatan pembelajaran secara kontekstual siswa secara aktif terlibat dalam proses pembelajaran, belajar dari teman melalui kerja kelompok dan diskusi, saling koreksi, pembelajaran dikaitkan dengan kehidupan nyata dan masalah yang disimulasikan, perilaku dibangun atas kesadaran sendiri, ketrampilan dikembangkan atas pemahaman, seseorang tidak melakukan yang jelek karena sadar bahwa hal itu keliru dan merugikan, siswa diajak menggunakan bahasa dalam konteks nyata, pemahaman rumus dikembangkan atas dasar rumus yang sudah ada dalam diri siswa dan berbeda pada setiap siswa, mereka menggunakan berpikir kritis, terlibat penuh dan ikut bertanggung jawab dalam mengupayakan terjadinya proses pembelajaran yang efektif, pengetahuan yang dimiliki siswa dikembangkan sendiri dengan cara memberi artidan memahami pengalamannya, sehingga mereka sadar bahwa selalu mengalami peristiwa baru, pengetahuan yang dimiliki tidak pernah stabil, selalu berkembang, penyesalan adalah hukuman dari perilaku yang jelek, serta siswa berperilaku baik karena dia yakin itulah yang terbaik dan bermanfaat.

Berdasarkan pendekatan pembelajaran tersebut, maka landasan berpikir pendekatan pembelajaran kontekstual adalah *constructivism*, yaitu pengetahuan dibangun oleh manusia sedikit demi sedikit, pengetahuan bukanlah seperangkat fakta, konsep atau kaidah yang siap untuk diambil dan diingat, tetapi pengetahuan harus dikonstruksikan dan diberi makna melalui pengalaman nyata. Oleh karena itu, siswa perlu dibiasakan untuk memecahkan suatu permasalahan, menemukan sesuatu yang berguna bagi dirinya, dan bergelut dengan berbagai ide. Siswa membangun pengetahuan mereka melalui keterlibatan aktif dalam proses belajar mengajar.

Program pembelajaran berisi scenario tahap demi tahap tentang apa yang dilakukan bersama siswanya seubungan dengan topic yang dipelajarinya. Tercermin pula tujuan pembelajaran, media yang digunakan, langkah pembelajarannya dan *authentic assessment*-nya.

Assessment ditekankan pada proses pembelajarannya, maka data yang dikumpulkan harus diperoleh dari kegiatan nyata yang dilakukan siswa pada saat proses pembelajaran, bukan melalui hasil. Ketrampilan dan performasi diukur, bukan mengingat fakta, berkesinambungan, dan terintegrasi.

Berdasarkan tujuan pemberdayaan pengasuhan ibu, dan masalah pemberdayaan yang ada pada penelitian terdahulu, maka pembelajaran diberikan dalam bentuk mudah dimengerti dan tercipta jalinan serta komunikasi dari informasi teknis tentang risiko dengan kaitan kebutuhan

pencegahan. Pengajaran individual adalah cara tepat komunikasi karena pengajaran yang diselenggarakan sedemikian rupa sehingga setiap individu terlibat setiap saat dalam proses belajarnya dengan hal-hal yang paling berharga bagi dirinya sebagai individu. Pengajaran individual merupakan usaha untuk menyajikan kondisi belajar yang optimum bagi masing-masing individu (Vembriarto, 1985).

Pengajaran individual dapat ditujukan pada sekelompok masyarakat namun dengan mengakui dan melayani perbedaan individu sedemikian rupa sehingga pengajaran itu memungkinkan berkembangnya potensi masing-masing individu secara optimal. Dasar fikiran pengajaran individual adalah adanya pengakuan terhadap perbedaan individu pada setiap peserta. Pengajaran ini menekankan adanya perbedaan setiap peserta, melalui *continuous progress* yaitu memungkinkan setiap individu secara berkesinambungan mengikuti pendidikan yang bertujuan tercapainya pertumbuhan dan perkembangan pribadi secara optimal.

Beberapa kesulitan muncul dalam pengajaran individual akan perbedaan minat, kebutuhan, dan irama belajar individu, karenanya diantaranya dilakukan pengelompokan individu sesuai kemajuan dan modul pengajaran (modul). Pengajaran modul merupakan cara mutakhir yang banyak digunakan oleh ahli pendidikan. Buku kesehatan ibu dan anak dari Departemen Kesehatan RI tahun 2003 dan berbagai buku terbitan WHO yang berkaitan dengan pengasuhan digunakan sebagai acuan pengajaran karena telah dikenal dan sebagai pegangan ibu dalam mengasuh anak .

Modul adalah suatu konsep baru tentang unit program pengajaran yang tersusun dari beberapa unit kecil bahan pelajaran. Ciri pengajaran berprograma adalah langkah belajar yang setahap demi setahap, keterlibatan peserta secara aktif, proses *reinforcement* yang terjadi dengan segera, dan proses belajar menurut perkembangan peserta. Pengajaran berprograma menggunakan pendekatan *audio-tutorial* yaitu termuat rumusan tujuan pengajaran, audio tape, lembaran petunjuk untuk guru dan belajar peserta, kunci lembaran kerja dan evaluasi, lembaran evaluasi, alat peraga, dan benda-benda nyata yang diperlukan dalam pengajaran.

Media pada modul pengajaran sebanyak mungkin melalui panca inderanya, karena seseorang dapat mempelajari sesuatu dengan baik apabila ia menggunakan lebih dari satu indera. Setiap indera ternyata berbeda pengaruhnya terhadap hasil belajar seseorang. Belajar sesuatu hal melalui rasa mendapatkan 1 persen dari ilmu yang disampaikan, tetapi bila belajar melalui sentuhan mendapatkan ilmu sebesar 2 persen, demikian seterusnya bila belajar melalui

penciuman sebesar 3 persen, melalui pendengaran sebesar 11 persen dan melalui penglihatan sebesar 83 persen.

Media yang digunakan juga dapat mempengaruhi daya ingat pelajar, dimana pelajar dapat mengingat pelajaran sebanyak 10 persen dari yang dibaca, 20 persen dari yang didengar, 30 persen dari yang dilihat, 50 persen dari yang dilihat dan didengar secara bersama, 80 persen dari yang diucapkan, dan 90 persen dari yang diucapkan dan dilakukan secara bersama.

Pada teori proses belajar terdapat teori *stimulus respons* yang kurang memperhitungkan faktor internal dan teori *transformasi* yang memperhitungkan faktor tersebut juga faktor eksternal. Pada teori stimulus respons, apa yang terjadi pada diri subyek belajar merupakan rahasia. Belajar adalah mengambil tanggapan-tanggapan dan menggabungkannya dengan jalan mengulang-ulang. Tanggapan tersebut diperoleh melalui pemberian stimulus. Makin banyak diberi stimulus makin memperkaya tanggapan pada subyek belajar. Sebaliknya pada teori *transformasi*, proses belajar sebagai transformasi masukan (input) yang selanjutnya direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali dan dimanfaatkan. Selanjutnya dijelaskan bahwa belajar dimulai dari kontak individu dengan dunia luar. Transformasi dari masukan sensoris bersifat aktif melalui proses seleksi untuk dimasukkan dalam ingatan. Teori ini tidak membatasi penelaahannya pada domain pengetahuan saja, melainkan juga kawasan efektif dan psikomotorik yang ditunjukkan dalam bentuk permainan. Teori transformasi banyak dipakai beberapa ahli psikologi dalam pengembangan teori pendidikannya, sebagaimana dikatakan bahwa kegiatan belajar merupakan proses yang bersifat internal yang dipengaruhi faktor eksternal, antara lain metode pengajaran. Metode pengajaran dapat dirancang berdasarkan pada pengetahuan tentang subyek belajar.

Teori *stimulus respons* adalah serupa dengan teori adaptasi dalam antropologi. Teori adaptasi mempunyai sifat alur penalaran yang sangat deduktif, yaitu mencoba menalar suatu gejala sosial dengan penalaran bangunan konseptual terlebih dahulu untuk menjelaskannya. Konsep adaptasi berfokus pada umpan balik dari interaksi lingkungan, dimana organisme tersebut berusaha menguasai faktor lingkungan, tidak hanya faktor umpan balik lingkungan, tetapi juga proses kognitif dan level gerak yang terus-menerus.

Asumsi dasar adaptasi berkembang dari pemahaman yang bersifat evolusionari yang senantiasa melihat manusia selalu berupaya untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan alam sekitarnya, baik secara biologis / genetik maupun secara budaya. Roy Ellen menyatakan bahwa

adaptasi sebagai suatu tahapan proses belajar, karena manusia dilahirkan dengan kapasitas untuk belajar seperangkat sosial dan kaidah-kaidah budaya yang tidak terbatas. Kecepatan untuk dapat beradaptasi melalui proses belajar sangat bervariasi karena ditentukan oleh macam permasalahan yang dapat terselesaikan.

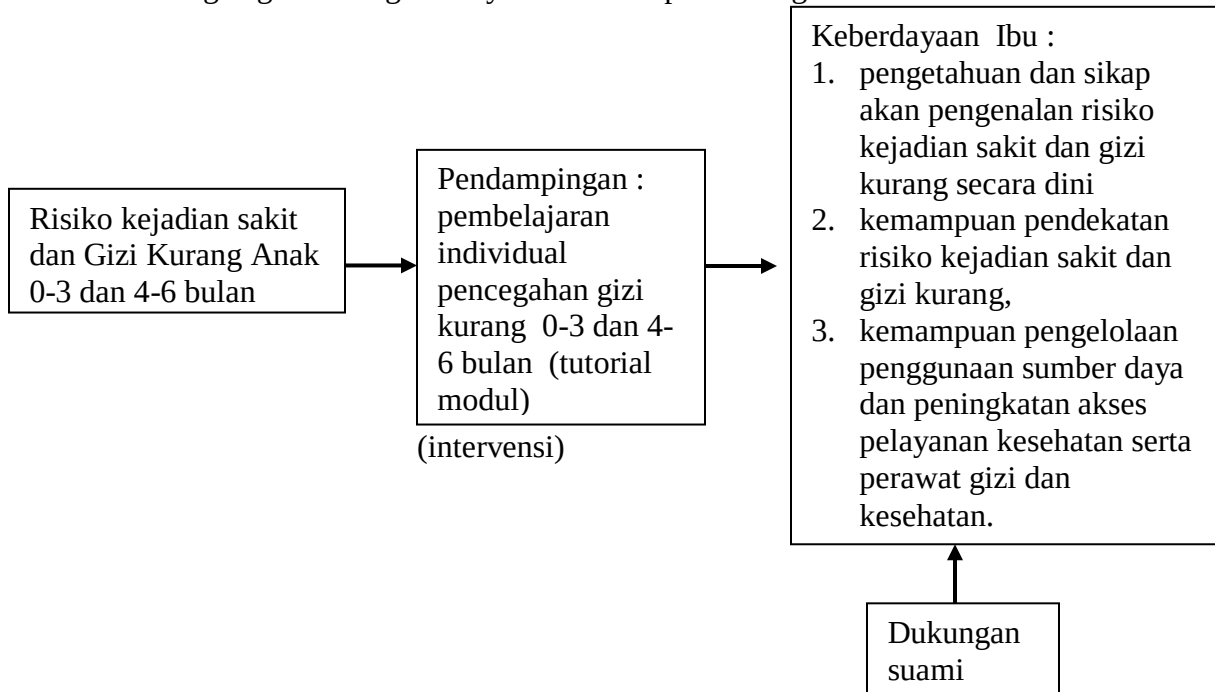
Daya tahan hidup populasi tidak bekerja secara pasif dalam menghadapi kondisi lingkungan tertentu, melainkan memberikan ruang bagi individu dan populasi untuk bekerja secara aktif memodifikasi perilaku mereka dalam rangka memelihara kondisi tertentu, menanggulangi resiko tertentu pada suatu kondisi yang baru, atau mengimprovisasi kondisi yang ada. Beberapa adaptasi juga adalah kesempatan, efek dari sosial dan praktek kultural yang secara tidak sadar mempengaruhinya. Adaptasi bisa kita sebut sebagai sebuah strategi aktif manusia dalam menghadapi lingkungannya. Adaptasi dapat dilihat sebagai usaha untuk memelihara kondisi kehidupan dalam menghadapi perubahan.

Respon perilaku dianggap mempunyai respon kecepatan yang tinggi dan secara khusus menyesuaikan diri dengan fluktuasi perubahan lingkungan. Apabila mengacu pada proses belajar, respon perilaku tersebut dianggap pula merupakan tingkatan adaptasi yang paling fleksibel. Adaptasi yang dilakukan populasi sebagai suatu keseluruhan yang lengkap adalah lebih menjanjikan hasil dari tekanan seleksi variasi pada dimana ini menjadi subyek dan dari tingkat penvariasian resistensi pada adaptasi dalam tujuan yang berbeda. Adaptasi tidak selalu dihubungkan pada penegasan lingkungan secara normatif, tetapi dalam beberapa hal pada pola dari lingkungan atau hanya kondisi yang *extreme*.

Konsep adaptasi berkaitan erat dengan kemampuan otak manusia, dimana upaya ini seringkali merupakan sebuah tindakan yang tidak disadari namun tetap terjadi secara alamiah alih-alih otomatis, karena adanya mekanisme dasar tersebut. Namun di sisi lain, terdapat pula faktor-faktor pendorong dan penghambat dari sebuah proses adaptasi. pada dasarnya dalam interaksi sosial, kita tidak pernah dan tidak akan pernah bertemu dengan seseorang yang secara utuh sama persis dengan diri kita. Kita hidup dalam dunia yang serba plural, yang penuh dengan perbedaan-perbedaan kecil maupun signifikan. Oleh sebab itu, konsep-konsep seperti jenis-jenis kepribadian, pola pikir, perspektif/sudut pandang, ideologi, dan semua jenis nilai yang manusia miliki seharusnya tidak dipandang sebagai sebuah hal yang *taken for granted*, dogmatis, kaku, dan pasti benar secara universal. Bahwa setiap saat manusia dituntut untuk terus-menerus beradaptasi.

2.4. Roadmap penelitian.

Penelitian ini bertujuan memberdayakan ibu mencegah gizi kurang anak 0-3 dan 4-6 bulan berdasarkan pendekatan faktor risikonya. Pada penelitian ini dilakukan intervensi modul berdasarkan factor risiko gizi kurang anak guna pemberdayaan ibu dalam melakukan pencegahannya. Factor risiko gizi kurang dikatakan sesuai di masyarakat apabila ibu berdaya dalam mencegah gizi kurang anaknya dan mendapat dukungan suami.



Gambar 2.1. Road penelitian.

BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1. Tujuan Umum :

Memberdayakan pengasuhan ibu akan gizi anak 0-6 bulan berdasarkan pendekatan faktor risikonya.

3.2. Tujuan Khusus :

1. menyusun modul pengajaran berdasarkan faktor risiko yang di dapat,
2. melakukan pendampingan dalam proses pembelajaran ibu guna mencapai pemberdayaan pencegahan gizi kurang anak.

3.3. Manfaat :

1. Bagi subyek penelitian.

memperoleh modul dan mampu mencegah kejadian gizi kurang anak berdasarkan faktor risikonya.

2. Bagi masyarakat.

Modul dapat digunakan untuk mewujudkan tujuan program gizi nasional secara terintegrasi di bidang kesehatan dan gizi bersama bidang pembangunan lainnya.

3. Bagi pengembangan ilmu.

Pendampingan dengan menggunakan modul berdasarkan faktor risiko gizi kurang merupakan strategi baru dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat kedokteran pencegahan terhadap masalah gizi anak khususnya gangguan pertumbuhan anak

BAB IV. METODE PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini bertujuan memberdayakan ibu akan pencegahan gizi kurang anak 0-6 bulan berdasarkan faktor risikonya melalui metoda pendampingan ibu dengan indikator kesesuaiannya adalah terjadi perubahan perilaku pencegahan gizi kurang. Tahap ini merupakan penelitian eksperimen dua sampel dengan kontrol.

4.2. Rancangan Percobaan : lihat gambar 4.1.

4.3. Lokasi.

Penelitian dilakukan di daerah yang sama dengan penelitian tahap pertama yaitu di tiga kecamatan kota Surabaya. Kecamatan tersebut adalah Simokerto, Tambak Sari, dan Kenjeran.

4.4. Populasi : ibu yang memiliki balita 0-6 bulan dengan suami

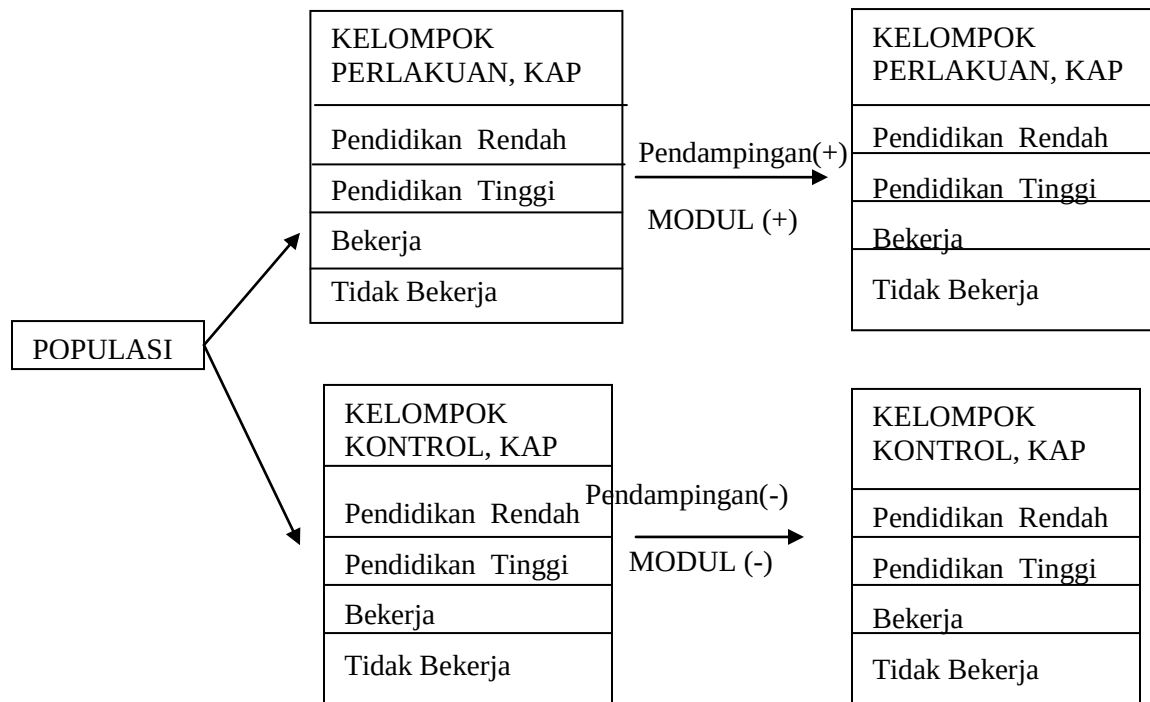
4.5. Sampel : ibu dengan suami yang terpilih dalam penelitian

4.6. Besar sampel (Lemeshow, 1990):

$$n = \{Z_{(1-\frac{1}{2}\alpha)} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{(1-\beta)} \sqrt{Po(1-Po) + Pa(1-Pa)}\}^2 / (Pa-Po)^2$$

$\alpha = 0.05$, dan $\beta = 0.2$. Po dan Pa adalah proporsi keberhasilan ibu pada setiap kelompok sebelum dan sesudah perlakuan. Po = 12,9% (berdasarkan data USAID WVI 2005 Surabaya, dimana hanya 12,9% saja ibu dapat mengasuh balita sakit dan sehat secara benar). Bila Pa = 45%, maka p (besaran proporsi keberhasilan ibu pada sampel) adalah $12,9\% + 45\% / 2 = 28,95\%$ dan $n = 31$

ibu berbalita pada masing-masing perlakuan dan kontrol. Sampel di tambah minimal 10% guna menghindari drop out. Saat penelitian didapatkan 37 ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan.



Gambar 4.1. Rancangan Percobaan Penelitian

Ket. : KAP adalah indikator perilaku pengasuhan ibu yang meliputi *Knowledge*, *Attitude* dan *Practice* terhadap pencegahan gizi kurang balita

Kriteria inklusi :

keluarga utuh, miskin, berdiam tetap di kota, berbalita satu dan dalam keadaan fisik normal, pengasuh adalah ibu, ibu memiliki ijazah pendidikan formal, bersedia mengikuti pendampingan selama 2 bulan.

Sampling :

Pada setiap kecamatan terpilih 1 Puskesmas yang mewakili pemilihan ibu berbalita. Setiap Puskesmas memilih 3 posyandu, sehingga terpilih 9 Posyandu. Pada setiap Posyandu dipilih 9 ibu dengan balita 0-6 bulan sesuai kriteria inklusi. Selanjutnya 4 Posyandu dikelompokkan sebagai kelompok perlakuan, dan 4 Posyandu yang lain sebagai kelompok kontrol serta 1 Posyandu untuk kelompok uji coba modul. Setiap posyadu pada masing-masing kelompok perlakuan dan kontrol, mewakili karakteristik ibu berpendidikan tinggi, rendah dan ibu bekerja serta tidak bekerja.

4.7. Variabel Penelitian :

1. Tergantung : keberhasilan ibu akan pencegahan gizi kurang
2. Bebas : pendampingan keberhasilan ibu akan pencegahan gizi kurang

4.8. Definisi Operasional, dan Pengumpulan Data

Definisi operasional dan pengumpulan data dapat dilihat pada lampiran.

4.9. Bahan, dan Alat Ukur penelitian.

Peneliti melakukan pendampingan dengan menggunakan alat modul pengajaran yang diberikan melalui tutorial, simulasi dan pelatihan ketrampilan. Buku kesehatan ibu dan anak dari Departemen Kesehatan RI tahun 2003 dan beberapa buku terbitan WHO yang berkaitan dengan berat badan lahir, kesakitan dan perawatan kesakitan digunakan sebagai acuan modul pengajaran. Modul disusun sedemikian rupa sehingga modul dapat digunakan sebagai media pembelajaran yang mudah dan tepat baik bagi responden dan pendamping.

Modul pembelajaran telah dilengkapi deskripsi dan sesuai sasaran, yaitu ibu bayi 0-6 bulan. Media yang digunakan adalah buku bergambar sesuai dengan tema. Isi pembelajaran disusun dengan urutan yang jelas dan logik dan disertai situasi pengajaran yang diinginkan dan waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan modul tersebut.

Materi tutorial yang diberikan sesuai dengan urutan berikut.

1. Berat badan lahir anak, meliputi definisi, ukuran, faktor risiko dan pencegahan berat badan lahir. Modul ini disampaikan dengan skenario, dan tanya jawab dengan media buku bergambar. Faktor risiko gizi kurang saat ibu hamil diberikan melalui tutorial dan pelatihan. Pelatihan penilaian gizi ibu memerlukan alat ukur lingkar lengan atas dari meteran kain.
2. Pengenalan tanda dini anak sakit, meliputi gejala dan tanda dini anak sakit diare, ISPA dan demam serta infeksi tali pusar, penyebab, faktor risiko serta monitoring dan penanganan dini kesakitan anak. Modul ini disampaikan dengan skenario, tanya jawab dengan media buku bergambar dan pelatihan pengukuran suhu tubuh anak dengan termometer digital yang diberikan dalam pelatihan. Materi pelatihan ketrampilan diberikan seiring dengan modul pengajaran (tutorial) yang disampaikan pada waktu yang tidak lama dengan penyampaian materi.
3. Merawat anak sakit, meliputi cara merawat anak sakit dengan risiko rendah yang masih bisa dilakukan oleh ibu. Kesakitan anak meliputi sakit diare, ISPA dan demam serta infeksi tali pusar.

Sebelum modul diterapkan di daerah penelitian, modul di uji cobakan pada sepuluh ibu bayi 0-6 bulan di Poyandu Mawar Merah binaan Puskesmas Tanah Kali Kedinding Kecamatan Kenjeran berdasarkan tahapannya guna kesempurnaannya melalui nilai validitas dan reabilitas modul pada kelompok coba. Perbaikan pengajaran juga segera dilakukan bila ditemukan kesulitan pemahaman dari peserta. Selanjutnya dilakukan penyempurnaan modul berdasarkan hasil uji coba. Penyusunan dan perbaikan modul dilakukan sesuai dengan masalah prioritas dan bisa diterapkan dengan hasil yang sama pada pengulangan modul.

Hasil pembelajaran adalah perubahan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan ibu dalam pengasuhan anak. Perubahan tersebut sebagai nilai keberdayaan ibu yang didapat dari uji sebelum (pre tes) dan sesudah pengajaran modul ataupun penyuluhan diberikan.

4.10. Prosedur pengambilan data

Penelitian ini menggunakan data primer. Pengajaran diberikan pada kelompok pendampingan sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan penyuluhan sebagaimana biasa.

Tahap pendampingan dimulai dari pemberian pre tes terhadap modul pengajaran. Pada pertemuan berikutnya dengan selang waktu satu hari (karena keterbatasan waktu penelitian) diberikan post tes modul sebelumnya dan pre tes modul berikut. Waktu yang singkat dalam penelitian menyebabkan tidak dilakukan pula pembelajaran lapangan pada ibu balita.

Modul diberikan pada empat kelompok perlakuan yang mendapatkan pendampingan dan tidak untuk kelompok kontrol. Pada kelompok control diberikan penyuluhan. Tingkat pendidikan dan pekerjaan ibu merupakan karakteristik yang dapat secara nyata diketahui dan berpengaruh pada pengajaran, sehingga pada pendekatan risiko ini dibentuk empat kelompok pengajaran yaitu kelompok dengan pendidikan rendah yang meliputi tamat Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP), serta pendidikan tinggi yang meliputi tamat Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA) atau lebih, dan ibu bekerja dan ibu tidak bekerja.

Modul diberikan setahap demi setahap sesuai kemampuan sasaran melalui tutorial. Semua terlaksana sebagaimana terjadwal dalam metoda penelitian.

Pada modul yang memerlukan pelatihan ketrampilan, pendamping memfasilitasi ibu mulai dari persiapan hingga evaluasi pelatihan. Selanjutnya modul pengajaran disampaikan pada ibu balita di daerah sasaran penelitian.

4.11. Pengolahan Dan Analisis Data

Hasil uji sebelum dan sesudah pendampingan dilakukan antar kelompok perlakuan dan kontrol dengan menggunakan uji multivariate anova dan t 2 sampel bebas apabila uji multivariat anova tidak menunjukkan perbedaan. Pengukuran berulang (*repeated measure*) dilakukan pada hasil yang menunjukkan perbedaan bermakna guna mengetahui bahwa perbedaan tersebut sebagai akibat pendampingan.

BAB V. HASIL PENELITIAN.

5.1. Gambaran Daerah Penelitian.

Letak geografis kecamatan sasaran dapat dilihat pada lampiran. Kecamatan sasaran terletak di utara Kotamadya Surabaya, Jawa Timur, Indonesia, dengan kecamatan Tambak Sari yang lebih dekat dengan pusat Surabaya.

Tingkat ekonomi penduduk lebih rendah dari pusat Surabaya dan lebih tinggi dari Surabaya selatan. Rerata penghasilan perkapita penduduk sebesar Rp. 744.000,-. Tingkat ekonomi Kecamatan Simokerto sedikit lebih baik dari pada dua kecamatan yang lain walau merupakan daerah industri. Berdasarkan garis kemiskinan BPS sebesar Rp. 200.262,- per anggota keluarga (Indriani, 2005), maka sebanyak 82,4% responden miskin. Berdasarkan UMR Surabaya tahun 2005 sebesar Rp. 700.000,- (Indriani, 2005, Informasi UMR Tahun 2010, 2011), maka sebanyak 55,4%, responden berada di bawah angka UMR.

Tingkat kepadatan penduduk tertinggi di Kecamatan Simokerto, diikuti Tambak Sari, dan Kenjeran. Tingkat kepadatan penduduk tersebut tidak berbeda dengan tingkat kepadatan penduduk di Surabaya selatan dan lebih tinggi dari Surabaya pusat.

Bila tingkat pendidikan ditinjau berdasarkan wajib belajar 9 tahun, maka kecamatan Kenjeran memiliki penduduk dengan tingkat pendidikan yang lebih baik dari Kecamatan Tambak Sari dan Simokerto. Namun mereka yang tidak sekolah paling banyak di Kecamatan Kenjeran, diikuti Simokerto dan Tambak Sari. Angka tidak sekolah yang paling rendah di Pusat Surabaya.

Macam pekerjaan penduduk di Kecamatan Tambak Sari lebih beragam dari pada di kecamatan lain, bahkan masih dijumpai pekerjaan sebagai petani di kecamatan Kenjeran. Kecamatan Simokerto merupakan satu-satunya kecamatan industri. Demikian pula pelayanan kesehatan yang ada lebih beragam didapatkan di Kecamatan Tambak Sari. Kecamatan Kenjeran hanya memiliki Puskesmas sebagai pelayanan kesehatannya. Berdasarkan data

tersebut kecamatan Tambak Sari lebih mendekati gambaran sebagai daerah pusat perkotaan. Ke tiga kecamatan dapat menggambarkan keadaan perkotaan pada umumnya karena tidak memiliki kesamaan profil yang tetap. Tabel 5.1. menggambarkan profil ketiga kecamatan secara rinci.

5.2. Karakteristik Responden.

Umur ibu antara kelompok perlakuan dan control tidak berbeda ($p=0,773$) pada uji independent t test, namun pendidikan ibu berbeda secara bermakna pada uji Mann Whitney (tabel 5.2).

Hidayat, 1983, mengungkapkan makin tinggi pendidikan seseorang, memudahkan penyerapan informasi (termasuk informasi kesehatan dan gizi) dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari. Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin baik status gizi anak.

Ketidak tahuan menyebabkan pemberian makanan tambahan monoton dan memberi makanan dengan mutu gizi rendah, namun sebaliknya ibu yang tahu tidak mampu membuat bahan makanan sapihan lokal dari ibu dengan golongan penghasilan rendah.

Tabel 5.1. Profil Tiga Kecamatan Daerah Penelitian Tahun 2009

PROFIL \ KEC.	TAMBAK SARI	SIMOKERTO	KENJERAN
luas daerah	868,8 ha.,	14 ha.	732,9 ha,
kelurahan	Rangkah, Pacar Kembang, Pacar Keling, Tambak Sari, ploso dan Gading.	Simokerto, Simolawang, Kapasari, Sidodadi, dan Tambak Rejo.	Sidotopo Wetan, Bulak Banteng, Tanah Kali Kedinding Tambak Wedi.
Jumlah KK	62072 KK	24764 KK	31418 KK
RW RT, penduduk laki-laki, perempuan	74 buah 642 buah 227097 jiwa 113340 jiwa.	61 buah 366 buah. 32654 jiwa, 56412 jiwa.	35 buah 363. buah
Pekerjaan	pedagang, buruh industri, pegawai negeri sipil pengangkutan.	buruh industri pegawai negeri sipil..	Pegawai Negeri Sipil ABRI petani
Pelayanan Kesehatan	Puskesmas : 1. Gading, 2. Rangkah dan	Puskesmas : 1. Simolawang 2. Tambak Rejo.	Puskesmas : 1. Kali Kedinding, 2. Kenjeran

	3. Pacar Keling, 1 rumah sakit, 8 rumah bersalin 4 balai pengobatan.	1 rumah sakit	3. Sidotopo Wetan.
Lalu lintas	darat = 100%, jalan aspal 87171km, jalan diperkeras 7 km.		darat = 90%, jalan aspal 67 km, jalan diperkera 83 km jalan tanah = 15 km.
Tingkat pendidikan	1. tidak tamat sekolah = 5525 orang.. 2. SD = 42623 orang, 3. SLTP = 40635 org 4. SLTA = 59407 org 5. akademi dan PT = 42843 orang,	1.SD = 18616 orang, 2.SLTP = 14400 org, 3.SLTA = 7547 org, 4.akademi dan PT = 1986 orang	1.tidak sekolah = 18315 org 2.SD = 46753 org, 3.SLTA = 28162 org, 4.SLTP = 16972 orang, 5.akademi dan PT = 1752 orang.
Sarana pendidikan	1. TK = 96 buah, 2. SD = 67 buah, 3. SMP = 18 buah 4. SLTA = 10 buah	1.TK = 44 buah, 2.SD = 16 buah, 3.SMP = 9 buah 4.SLTA = 7 buah, 5.ponpes = 2 buah	1. TK = 49 buah, 2. SD = 35 buah, 3. SMP = 11 buah 4. SLTA = 3 buah.

Sumber : Data Kecamatan Tambak Sari, Simokerto dan Kenjeran 2009.

Sejumlah 27% responden dalam kelompok perlakuan (pendampingan) bekerja, sementara pada kelompok control hanya 24,3%. Hasil uji chi square menunjukkan tidak ada beda pekerjaan responden antara kelompok control dan perlakuan ($p=0,323$).

5.3. Modul Pembelajaran Pemberdayaan Ibu.

Evaluasi modul pengajaran mempunyai dua arti yaitu evaluasi terhadap modul dan hasil belajar responden dalam mempelajari modul tersebut. Evaluasi terhadap modul bertujuan mengetahui efektifitasnya juga.

Tabel 5.2. Gambaran Karakteristik Responden Berdasarkan Umur dan Pendidikannya.

KARAKTERISTIK	KELOMPOK	
	Perlakuan	Control
UMUR (tahun) $p=0,773$		
Rerata	27,9	28,4
Simpangan Baku	7,2	6,4
Minimum	18	18

Maksimum	48	44
PENDIDIKAN (tahun) $p=0,002$		
Rerata	7,1	9,3
Simpangan Baku	3,3	2,5
Median	9	9
Minimum	0	3

MODUL	JUMLAH SOAL (ITEM)	VALIDITAS (ITEM) $\alpha < 0,05$	ALPHA CRONBACH	Jumlah peserta uji coba modul
-------	--------------------------	--	-------------------	--

Maksimum	15	15
----------	----	----

Efektifitas modul dapat diketahui dari tercapainya tujuan modul oleh sasaran, karenanya harus diadakan evaluasi hasil belajar sasaran guna obyektifitas evaluasi dengan menggunakan tes yang valid. Kedua evaluasi tersebut saling berhubungan. Modul dikatakan berhasil apabila sasaran dapat mempelajarinya dengan berhasil pula.

Hasil evaluasi terhadap modul adalah sebagai berikut. Pada Tabel 5.3., menunjukkan hasil uji coba modul telah valid dan reliabel. Modul cukup handal, memuat tujuan yang dirumuskan dalam bentuk tingkah laku secara spesifik. Media yang digunakan ini diharapkan dapat meningkatkan sasaran dalam keleluasaan menggunakan inderanya dalam belajar. Hasil yang ingin dicapai hingga perubahan dalam sikap sasaran juga tercantum. Selanjutnya efektifitas modul dapat digambarkan pada sub bab berikut.

5.4. Analisis Hasil Pendampingan.

Efektifitas modul dapat diketahui dari tercapainya tujuan modul oleh sasaran. Modul dikatakan berhasil apabila sasaran dapat mempelajarinya dengan berhasil pula. Metode pembelajaran modul adalah *student centre* dengan tutorial melalui scenario.

Tabel 5.3. Besaran Nilai Validitas dan Realibilitas Modul Pembelajaran.

Berat Badan Lahir Anak	K=18, A=10, P=11	K=14, A=7, P=6	0,78 0,8 0,88	70	Ket. K = knowledge A = attitude P =
Mengenal tanda sakit Anak	K=19 A=5 P=2	K=16, A=5 P=2	0,82 0,8 0,32	72	
Merawat anak sakit	K=7 P=7	K=7 P=4	0,65 0,68	46	

Practice

Pendekatan ini membiarkan ibu balita berpikir terhadap adanya suatu risiko yang diberikan hingga penyelesaiannya. Pendamping mengembangkan diskusi, dinamika kelompok dan motivasi serta merangsang proses berfikir ibu balita. Pengetahuan tentang hal yang diajarkan akan dibangun oleh ibu balita sesuai dengan potensi yang dimiliki. Keaktifan ibu untuk menalar akan terjadi, demikian pula akan kesempatan mengungkapkan, mengembangkan, restrukturisasi dan implementasi serta mengulang ide penanggulangannya akan terjadi.

Selanjutnya pendamping berperan pula sebagai teman, memberi petunjuk akan beberapa pilihan penyelesaian, dan menilai kemajuan yang telah dicapai ibu dalam menyelesaikan masalahnya baik pada pengamatan maupun uji pre dan post tes pada setiap tahapan modul. Modul dapat menjadikan ibu lebih aktif dalam belajar pengasuhan karena adanya keterpaduan dengan modul yang disampaikan sebelumnya dan tuntutan aktif berpartisipasi dalam setiap penyelesaian modul sesuai kemampuan dan sumber daya yang dimiliki.

Berdasarkan uji homogenitas, analisis hasil tidak dapat dijadikan satu antara kelompok pendidikan dan bekerja, sehingga analisis dilakukan dua tahap yaitu melalui factor pendidikan ibu dan pekerjaan ibu.

5.4.1. Perubahan perilaku berdasarkan pendidikan ibu.

5.4.1.1. Berat Badan Lahir Anak (BBLA).

Uji normalitas one sample Kolmogorof Smirnof antara selisih pengetahuan, sikap dan aktivitas ibu akan BBLA pada kelompok perlakuan dan control adalah normal ($p > 0.05$), kecuali pengetahuan pada kelompok perlakuan pendidikan rendah dan tinggi bersifat tidak normal.

Tabel 5.4. Nilai Rerata, Simpangan Baku Dan Nilai Probabilitas Uji Mann Whitney dan T Dua Sampel Bebas pada Keberdayaan Pengasuhan Ibu akan BBLA Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Pendidikan Tinggi					
Keberdayaan		Sebelum,		Sesudah	
		Pendampingan	Kontrol	Pendampingan	Kontrol
Pengetahuan	mean	3,3	5	21,3	22,1
	SD	1,7	2,2	48	24,3
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,453$					
Sikap	mean	30,7	41,2	50	40
	SD	10,4	16,7	17,7	27
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,058$					
Aktivitas	mean	3,7	10,2	8,6	15,2
	SD	1,9	12,8	8,2	13,4
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,984$					
Pendidikan Rendah					
Pengetahuan	mean	4,6	3,8	12,9	11,7
	SD	2,5	0,7	24,9	15,5
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,564$					
Sikap	mean	12,5	26,96	18,5	23,2
	SD	12,6	29,1	27,7	30,5
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,231$					
Aktivitas	mean	4,7	5,4	5,2	14,3
	SD	4,6	3,6	5,2	16,7
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,133$					

Hasil uji Mann Whitney pada selisih pengetahuan antara kelompok perlakuan dan control pada mereka yang berpendidikan tinggi dan rendah tidak berbeda, demikian pula hasil uji t 2 sampel bebas pada selisih sikap dan aktivitas antara kelompok perlakuan dan kontrol pendidikan tinggi dan rendah tidak berbeda bermakna. Hal ini berarti bahwa pendampingan tidak memberi hasil lebih baik dari pada penyuluhan, walaupun secara deskriptif terjadi peningkatan yang lebih besar baik pada keberdayaan akan pengetahuan dan sikap akan pengasuhan BBLA pada kelompok perlakuan. Hasil uji Kruskal-Wallis untuk pengetahuan BBLA menunjukkan besar p adalah 0,32, hal ini menunjukkan bahwa baik pada mereka yang berpendidikan tinggi ataupun rendah pendampingan dengan tutorial tidak memberi hasil pengetahuan lebih baik dari pada penyuluhan.

Hasil uji anova untuk sikap BBLA menunjukkan besar p adalah 0,074, hal ini menunjukkan bahwa baik pada mereka yang berpendidikan tinggi ataupun rendah pendampingan

dengan tutorial tidak merubah sikap lebih baik dari pada penyuluhan. Demikian pula hasil uji anova untuk praktek BB lahir anak dengan nilai p sebesar 0,246.

5.4.1.2. Mengenal Tanda Sakit

Uji normalitas one sample KS selisih pengetahuan, sikap dan perlakuan ibu pada kelompok perlakuan pendidikan tinggi dan rendah adalah normal ($p > 0.05$). Selisih pengetahuan dan aktivitas antara kelompok perlakuan dan control pada mereka yang berpendidikan tinggi dan rendah tidak bermakna. Demikian pula untuk selisih sikap pada pendidikan rendah. Namun, hasil uji t 2 sampel bebas pada selisih sikap antara kelompok perlakuan dan kontrol pendidikan tinggi berbeda bermakna. Hal ini berarti pendampingan membuat sikap pengasuhan dalam mengenal tanda sakit lebih baik dari pada penyuluhan untuk kelompok pendidikan tinggi. Karakteristik ibu pada kelompok control memiliki pendidikan formal yang lebih tinggi dari pada kelompok perlakuan. Metoda penyuluhan bagi kelompok control sangat menurunkan sikap ibu akan mengenal tanda sakit anak walaupun metoda pendampingan hanya sedikit merubah sikap ibu dengan pendidikan rendah. Berdasarkan hal ini maka metoda pendampingan lebih baik dari pada metoda penyuluhan.

Hasil uji anova untuk pengetahuan dan praktek mengenal tanda sakit menunjukkan besar nilai p masing-masing adalah 0,321 dan 0,284, hal ini menunjukkan bahwa baik pada mereka yang berpendidikan tinggi ataupun rendah pendampingan dengan tutorial tidak merubah pengetahuan dan ketrampilan ibu dalam mengenal tanda lahir. Keadaan yang berbeda untuk perubahan sikap yang menunjukkan besar nilai p adalah 0,019. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan member hasil perubahan sikap lebih baik dari pada penyuluhan.

Tabel 5.5. Nilai Rerata, Simpangan Baku Dan Nilai Probabilitas Uji T dua sampel bebas Keberdayaan Pengasuhan Ibu akan Pengenalan Tanda Sakit Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Pendidikan Tinggi					
Keberdayaan		Sebelum,		Sesudah	
		Pendampingan	Kontrol	Pendampingan	Kontrol
Pengetahuan	mean	6,3	14,4	10	21,6
	SD	3,1	11	7,5	16
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,471$					
Sikap	mean	26,6	25,9	26,7	7,3
	SD	15,8	18,9	18,5	16,3
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,032$					

Aktivitas	mean	0,4	1,5	1,1	3,6
	SD	0,1	1,8	1,2	2,5
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,076$					
Pendidikan Rendah					
Pengetahuan	mean	6,7	6	6,8	10,6
	SD	5	2,29	3,6	8,8
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,084$					
Sikap	mean	8,6	20,2	7,5	23,5
	SD	4,8	15,6	9,8	20,3
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,716$					
Aktivitas	mean	0,4	0,9	1,3	2,1
	SD	0,2	1,5	1,7	3
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,751$					

5.4.1.3. Merawat Bayi Sakit

Uji normalitas one sample KS selisih pengetahuan ibu pada kelompok perlakuan pendidikan tinggi dan rendah normal ($p > 0.05$). sementara selisih aktivitas ibu pada kelompok perlakuan dan control baik pada pendidikan tinggi dan rendah adalah normal ($p > 0.05$).

Hasil uji t 2 sampel bebas menunjukkan selisih pengetahuan dan praktek merawat anak sakit antara kelompok perlakuan dan control pada mereka yang berpendidikan tinggi dan rendah tidak bermakna. Hal ini berarti baik pendampingan maupun penyuluhan tidak dapat meningkatkan kemampuan ibu dalam merawat sakit anak.

Tabel 5.6. Nilai Rerata, Simpangan Baku Dan Nilai Probabilitas Uji T dua sampel bebas Keberdayaan Pengasuhan Ibu akan Perawatan Bayi Sakit Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Pendidikan Tinggi					
Keberdayaan		Sebelum,		Sesudah	
		Pendampingan	Kontrol	Pendampingan	Kontrol
Pengetahuan	mean	2,5	4,3	5,2	11,2
	SD	1	4,5	3,8	6,4
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,159$					
Aktivitas	mean	1,3	1,9	2	7,7
	SD	0,8	1,2	0,6	9,8
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,132$					
Pendidikan Rendah					
Pengetahuan	mean	2,3	3,5	3,8	5,1
	SD	1,6	2,9	2,5	4,8
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,512$					

Aktivitas	mean	1,4	1,9	1,5	5,2
	SD	0,6	0,5	0,9	5,2
Selisih Akibat Perlakuan, p = 0, 120					

Hasil uji anova untuk pengetahuan dan praktek merawat anak sakit menunjukkan besar nilai p masing-masing adalah 0,1 dan 0,103, hal ini menunjukkan bahwa baik pada mereka yang berpendidikan tinggi ataupun rendah pendampingan dengan tutorial maupun penyuluhan tidak merubah pengetahuan dan ketrampilan ibu dalam merawat anak sakit.

5.4.2. Perubahan perilaku ibu berdasarkan Pekerjaannya.

5.4.2.1. Berat Badan Lahir Anak.

Uji normalitas one sample Kolmogorof Smirnof antara selisih pengetahuan, sikap dan aktivitas ibu akan berat badan lahir anak pada kelompok perlakuan yang bekerja dan tidak adalah normal ($p > 0.05$).

Hasil uji t 2 sampel bebas menunjukkan selisih pengetahuan, sikap dan praktek pengasuhan akan BB lahir anak antara kelompok perlakuan dan control tidak bermakna. Hal ini berarti baik pendampingan maupun penyuluhan tidak dapat meningkatkan kemampuan ibu dalam mengasuh BB lahir anak.

Tabel 5.7. Nilai Rerata, Simpangan Baku Dan Nilai Probabilitas Uji T dua sampel bebas Keberdayaan Pengasuhan Ibu akan BBL Berdasarkan Pekerjaan

Bekerja					
Keberdayaan		Sebelum,		Sesudah	
		Pendampingan	Kontrol	Pendampingan	Kontrol
Pengetahuan	mean	2,78	3,82	3,88	5,05
	SD	1,45	0,9	1,77	1,4
Selisih Akibat Perlakuan, p = 0,92					
Sikap	mean	9,8	24,8	19,6	33,6
	SD	7,27	24	29,3	28,7
Selisih Akibat Perlakuan, p = 0,338					
Aktivitas	mean	2,4	3,97	3,25	6,16
	SD	1	2	1,6	5,77
Selisih Akibat Perlakuan, p = 0,222					
Tidak Bekerja					
Pengetahuan	mean	3,87	5,97	5,75	9,73
	SD	1,2	4,8	4,65	8,64
Selisih Akibat Perlakuan, p = 0,514					

Sikap	mean	13,66	35,7	20,25	-5,4
	SD	11,1	30,3	15,3	33,1
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,02$					
Aktivitas	mean	4,1	9	5,3	10,9
	SD	1,77	9,9	3,5	12
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,42$					

Hasil uji anova pada selisih pengetahuan antara kelompok perlakuan dan control pada mereka yang bekerja dan tidak adalah sama ($p=0,439$), demikian pula pada selisih sikap ($p=0,74$) dan aktivitas ($p=0,973$) Hal ini berarti bahwa pendampingan tidak memberi hasil lebih baik dari pada penyuluhan baik pada mereka yang bekerja ataupun tidak.

5.4.2.2. Mengenal Tanda Sakit

Uji normalitas one sample KS selisih pengetahuan, sikap dan perlakuan ibu pada kelompok perlakuan bekerja dan tidak adalah normal ($p > 0.05$). Hasil uji t 2 sampel bebas menunjukkan selisih pengetahuan, sikap dan praktek pengasuhan akan mengenal tanda sakit anak antara kelompok perlakuan dan control tidak bermakna. Hal ini berarti baik pendampingan maupun penyuluhan tidak dapat meningkatkan kemampuan ibu dalam mengasuh BB lahir anak.

Tabel 5.8. Nilai Rerata, Simpangan Baku Dan Nilai Probabilitas Uji T dua sampel bebas Keberdayaan Pengasuhan Ibu akan Pengenalan Tanda Sakit Berdasarkan Pekerjaan

Bekerja					
Keberdayaan		Sebelum,		Sesudah	
		Pendampingan	Kontrol	Pendampingan	Kontrol
Pengetahuan	mean	3,7	7,1	7,1	9,9
	SD	1,1	5,9	8,1	10,2
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,446$					
Sikap	mean	16	23	1,7	14,5
	SD	15,9	20,1	3,4	16,7
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,325$					
Aktivitas	mean	0,3	1	0,8	1,2
	SD	0,08	1,6	1,4	1,5
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,283$					
Tidak Bekerja					
Pengetahuan	mean	4,2	8,3	8,2	19
	SD	1,8	10,5	4,7	18,3
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,118$					
Sikap	mean	17,9	18,2	11,4	9,6

	SD	20,5	17,8	12,9	17,1
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,11$					
Aktivitas	mean	0,3	0,8	1,2	2,8
	SD	0,2	1,1	1,1	1,9
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,286$					

Hasil uji anova pada selisih pengetahuan antara kelompok perlakuan dan control pada mereka yang bekerja dan tidak adalah sama ($p=0,197$), demikian pula pada selisih sikap ($p=0,89$) dan aktivitas ($p=0,231$) Hal ini berarti bahwa pendampingan tidak memberi hasil lebih baik dari pada penyuluhan baik pada mereka yang bekerja ataupun tidak.

5.4.2.3. Merawat Bayi Sakit

Uji normalitas one sample KS selisih pengetahuan dan aktivitas ibu pada kelompok perlakuan bekerja dan tidak adalah normal ($p > 0.05$). Demikian pula untuk kelompok control pada kemampuan merawat bayi sakit.

Hasil uji t 2 sampel bebas menunjukkan selisih pengetahuan, dan praktek pengasuhan akan merawat anak sakit antara kelompok perlakuan dan control tidak bermakna. Hal ini berarti baik pendampingan maupun penyuluhan tidak dapat meningkatkan kemampuan ibu dalam mengasuh BB lahir anak.

Tabel 5.9. Nilai Rerata, Simpangan Baku Dan Nilai Probabilitas Uji dua sampel bebas Keberdayaan Pengasuhan Ibu akan Perawatan Bayi Sakit Berdasarkan Pekerjaan.

Bekerja					
Keberdayaan		Sebelum,		Sesudah	
		Pendampingan	Kontrol	Pendampingan	Kontrol
Pengetahuan	mean	1,7	2,7	3,8	5,2
	SD	0,8	1,4	5,1	6,7
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,565$					
Aktivitas	mean	1,2	1,3	1,24	2,9
	SD	0,5	0,7	0,5	3,4
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,85$					
Tidak Bekerja					
Pengetahuan	mean	2,3	3,1	3,5	7,8
	SD	0,5	1,7	1,4	5,3
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,031$					
Aktivitas	mean	1,7	2	2,1	6
	SD	0,3	1,8	0,8	2,8
Selisih Akibat Perlakuan, $p = 0,058$					

Hasil uji anova pada selisih pengetahuan antara kelompok perlakuan dan control pada mereka yang bekerja dan tidak adalah sama ($p=0,438$), demikian pula pada selisih aktivitas ($p=0,253$). Hal ini berarti bahwa pendampingan tidak memberi hasil lebih baik dari pada penyuluhan baik pada mereka yang bekerja ataupun tidak.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan perubahan perilaku (pengetahuan, sikap dan aktivitas) antara perlakuan dan kontrol pada pemberdayaan ibu akan pengasuhan pada anak 0-6 bulan kecuali sikap ibu akan pemberdayaan BBLA pada kelompok pendidikan tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan ibu yang dilakukan dengan modul tutorial tidak cukup mengungkit keberdayaan ibu akan pengasuhan.

Hal ini disebabkan karena waktu penelitian yang tersedia dalam menerapkan pembelajaran ibu melalui pendampingan tidak cukup untuk meningkatkan keberdayaan ibu dalam pengasuhan. Diperlukan waktu yang cukup dalam pembelajaran ibu sebagai orang dewasa. Pembelajaran orang dewasa memerlukan pendekatan khusus.

Perlu dipahami apa pendorong bagi orang dewasa belajar, apa hambatan yang dialaminya, apa yang diharapkannya, bagaimana ia dapat belajar paling baik (Lunandi, 1987). Dalam pembelajaran orang dewasa yang lebih penting adalah kegiatan belajar dari peserta didik bukan kegiatan mengajar guru.

Pembelajaran tersebut membuat orang dewasa mampu mengembangkan kemampuan, keterampilan, memperkaya khasanah pengetahuan, meningkatkan kualifikasi keteknisannya atau keprofesionalannya. Begitu pula, bahwa pendidikan orang dewasa mencakup segala aspek pengalaman belajar yang diperlukan. Dampak positif terhadap keberhasilan pembelajaran orang dewasa yang tampak adalah perubahan perilaku ke arah pemenuhan pencapaian kemampuan / keterampilan yang memadai, dimana setiap individu yang berhadapan dengan individu lain akan dapat belajar bersama dengan penuh keyakinan. Perubahan perilaku dalam hal kerjasama dalam berbagai kegiatan, merupakan hasil dan adanya perubahan setelah adanya proses belajar, yakni proses perubahan sikap yang tadinya tidak percaya diri menjadi perubahan kepercayaan diri secara penuh dengan menambah pengetahuan atau keterampilannya. Perubahan perilaku terjadi karena adanya perubahan (penambahan) pengetahuan atau keterampilan serta adanya perubahan sikap mental yang sangat jelas. Pembelajaran tersebut tidak cukup hanya dengan memberi

tambahan pengetahuan, tetapi harus dibekali juga dengan rasa percaya yang kuat dalam pribadinya. Oleh karena diperlukan waktu yang cukup untuk meningkatkan rasa percaya yang kuat.

Perubahan perilaku bagi orang dewasa terjadi melalui adanya proses pendidikan yang berkaitan dengan perkembangan dirinya sebagai individu, dan dalam hal ini, sangat memungkinkan adanya partisipasi dalam kehidupan sosial untuk meningkatkan kesejahteraan diri sendiri, maupun kesejahteraan bagi orang lain (anak dan keluarga), disebabkan produktivitas yang lebih meningkat.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan sikap yang bermakna pada mereka yang berpendidikan tinggi sebagai akibat pendampingan dengan modul BBLA. Pendidikan tinggi menunjukkan adanya waktu yang lama yang telah ditempuh ibu mengenyam pendidikan sehingga ibu memiliki rasa percaya yang kuat akan pembelajaran yang diberikan berdasarkan pengalaman yang telah dialaminya walaupun tidak mencapai perubahan pengetahuan dan aktivitasnya.

Knowles, 1970, sebagaimana individu tumbuh matang akan mengumpulkan sejumlah besar pengalaman dimana hal ini menyebabkan dirinya menjadi sumber belajar yang kaya, dan pada waktu yang sama memberikan dia dasar yang luas untuk belajar sesuatu yang baru. Sejalan dengan itu, diasumsi bahwa kesiapan untuk belajar kurang ditentukan oleh paksaan akademik dan perkembangan biologisnya, tetapi lebih ditentukan oleh tuntutan tugas perkembangan untuk melakukan peranan sosialnya, sebagai orang tua. Kesiapan belajar mereka bukan semata-mata karena paksaan akademik, tetapi karena kebutuhan hidup dan untuk melaksanakan tugas peran sosialnya. Hal ini dikarenakan belajar bagi orang dewasa seolah-olah merupakan kebutuhan untuk menghadapi masalah hidupnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi penurunan sikap pada metoda penyuluhan dan sebaliknya peningkatan sikap pada metoda pendampingan walaupun sedikit. Hal ini disebabkan karena belajar pada orang dewasa tidak dipentingkan materi pembelajaran namun mereka sebagai subyek pembelajaran.

Perubahan sikap yang terjadi pada pendampingan BBLA tidak diikuti perubahan sikap pada pengasuhan pengenalan tanda sakit ataupun perawatan anak sakit. Hal ini karena kehamilan merupakan keadaan fisiologis yang dialami seorang ibu dan materi BBLA banyak berkisar pada materi kehamilan. Berbeda dengan pendampingan pengenalan tanda sakit pada anak dan

perawatan anak sakit yang merupakan pengalaman baru bagi ibu, dan berbeda dengan pengenalan ibu saat dirinya sakit dan penanganannya. Hal yang baru bagi ibu memerlukan waktu yang cukup untuk ibu dapat memahami, merubah dan meningkatkan sikap, pengetahuan dan ketrampilan yang telah dimilikinya.

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan :

1. Modul pendampingan sesuai dengan faktor risiko pengasuhan gizi kurang 0-6 bulan dengan alfa chronbach lebih dari 0,65 (modul handal).
2. pemberdayaan ibu akan pencegahan gizi kurang anak 0-6 bulan belum dapat dilakukan melalui pendampingan dengan modul pembelajaran secara tutorial karena diperlukan waktu yang cukup pada pendampingan.

Saran :

1. modul dapat digunakan sebagai alat bantu pembelajaran BBLA, pengenalan tanda sakit dan perawatan anak sakit pada orang dewasa di masyarakat.
2. Diperlukan penelitian ulang dengan mengalokasikan waktu yang cukup untuk meningkatkan keberhasilan ibu dalam mencegah gizi kurang anak 0-6 bulan melalui pendampingan pembelajaran modul BBLA, pengenalan tanda dini anak sakit dan perawatan kesakitan anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar HM. 2000. Peranan Gizi Dan Pola Asuh Dalam Meningkatkan Kualitas Tumbuh Kembang Anak. <http://anak.i2.co.id/beritabarub/berita.asp?id=169>. Di ambil pada tanggal 22 nopember 2005
- Ebrahim, G.J. 1977. Ilmu Kesehatan Anak di Daerah Tropis. Yayasan Essentia Medica, Jakarta.
- Engel, PL. 1997. Assesment of the Role of Caring Practice and Resources for Care in the RETA Analysis: India, Pakistan, Bangladesh, Cambodia, Vietnam, China, Srilangka. Cal Poly State University, San Luis Obispo, CA. New York.
- Fajans, P; Sudirman, H. 1983. The Indonesian Family Nutrition Improvement Programme (UPGK) : A case Study of Seven Villages. UNICEF. Jakarta.
- Fishbein. 1978. Medical and Health Encyclopedia Vol 1. West Port: Stuttman Co.
- Fishbein, M.I.; Ajzen. 1976. Belief, Attitude, Intention and Behavior : an Introduction to Theory and Research. Massachusetts, Addison-Weshley Publishing Company.

- Harding, J. 2001. The nutritional basis of the fetal origins of adult disease. *Int. J. Epidemiol.* 30:15-23.
- Hill, T.; Florentino, R.; D'Agnes, L. 1983. The Indonesian National Family Nutrition Improvement Programme (UPGK). Analysis of Programme Experience. UNICEF, Jakarta.
- Kardjati S. 1985. Kurang Energi dan Protein. Diterbitkan dalam Aspek Kesehatan dan Gizi anak Balita. Penyunting Sri Kardjati, Anna Alisjahbana, dan J.A. Kusin. Halaman 133 – 144. Yayasan Obor Indonesia. Jakarta.
- Kardjati S.; Kusin JA.; Renqvist UH.; Schofield WN.; and With C. de. 1994. Nutrition During Pregnancy and Fetal Growth. Published in *Maternal and Child Nutrition in Madura, Indonesia*. Kusin JA, and Kardjati S. Eds. p : 77-102. Royal Tropical Institute. Amsterdam, The Netherlands.
- Karyadi LD. 1985. Pengaruh Pola Asuh Makan terhadap Kesulitan Makan Anak Balita. (tesis). Program Pascasarjana IPB. Bogor.
- Khomsan A. 2006. Perempuan dan Busung Lapar. <http://situs.kesrepro.info/gendervaw/agu/2006/gendervaw01.htm>. Di ambil pada tanggal 5 Januari 2009.
- Kusin JA, Kardjati S, Houtkooper JM, Renqvist UH. 1994. Effect of Prenatal Energy Supplementation on Postnatal Growth. Published in *Maternal and Child Nutrition in Madura, Indonesia*. Kusin JA, and Kardjati S. Eds. p : 241-247. Royal Tropical Institute. Amsterdam, The Netherlands.
- Latham MC. 1997. Human Nutrition in the Developing World. Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Laverack G, 2005. Public Health. Power, Empowerment, and Profesional Practice. Palgrave Macmillan. New York.
- Mahdin HA. 2000. Peranan Gizi Dan Pola Asuh Dalam Meningkatkan Kualitas Tumbuh Kembang Anak. Seminar sehari "Kiat Menyiapkan Anak Berkualitas," YKAI, Gedung Perpustakaan Nasional Jakarta, Sabtu, 4 November 2000. <http://anak.i2.co.id/beritabar/berita.asp?id=169>.
- Mullik, Marthen L . 2003. Pemberdayaan masyarakat, dari mana memulainya?. Opini. <http://www.indomedia.com/poskup/2003/01/13/EDISI13/h04.htm>
- Presiden Republik Indonesia. 2002. Undang-Undang Perlindungan Anak. Nomor 23 tahun 2002.
- Priyosusilo, A. 1988. Health in Balance : The Under-fives Weighing Programme. *Indian. Journal of Peditry*.
- Rogers B., Youssef N. 1988. The Importance of Women's Involvement in Economic Activities in The Improvement of Child Nutrition and Health. *Food and Nutrition Bulletin*. Jossey – Bass.
- Satoto. 1984. Nutrition Intervetion Pilot Project (NIPP) Evaluation : A Cohort Study of Children in Selected Project and Comparison villages in Indonesia, Medical Faculty Diponegora University. Semarang.
- Satoto. 1990. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Pengamatan 0-18 bulan di Kecamatan Mlonggo, Kabupaten Jepara, Jawa Tengah (Disertasi). UNDIP. Semarang.
- Schmidt MK., Muslimatun S., Clive E.W; Schultink W; Gross R; and Hautvast JGAJ. 2002. Nutritional Status and Linear Growth of Indonesian infants in west Java are Determined More by Prenatal Environment Than By Postnatal Factors. *The American society for Nutritional Sciences. J. Nutrition*. 132:2202-2207.

- Shrimpton R., Victora CG., Mercedes de Onis, Lima R., Blossner M., and Clugston G. 2001. Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions. *PEDIATRICS* Vol. 107 No. 5 May 2001. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/5/e75> . Di ambil pada tanggal 11 Nopember 2006.
- Stein Z and Susser M. 1975. The Dutch Famine, 1944-1945, and the Reproductive Process. I. Effect on Six Indices at Birth. *Pediatr. Rs.* (9): 70-83.
- Titi S. 2000. Praktik Pengasuhan dalam Menyiapkan Anak Berkualitas. Seminar sehari "Kiat Menyiapkan Anak Berkualitas," YKAI, Gedung Perpustakaan Nasional Jakarta, Sabtu, 4 November 2000. <http://anak.i2.co.id/beritabarub/berita.asp?id=167>. Di ambil pada tanggal 19 Januari 2007.
- Umijati 2012. Pengembangan Model Pengasuhan Gizi Anak Balita Berdasarkan Pendekatan Faktor Risiko Sebagai Upaya Pengembangan Pengasuhan Ibu (Disertasi).
- WHO. 1978. Risk Approach for Maternal and Child Health Care. WHO Offset Publication 39, 4 and 18-19.
- Widyastuti W. 1995. Wanita Dalam Pembangunan Kesehatan dalam Kajian Wanita Dalam Pembangunan. T.O. Ihromi, edisi : 1. Yayasan Obor Indonesia.

Lampiran 2. PENJELASAN PENELITIAN KEPADA RESPONDEN

Judul : Pemberdayaan Pengasuhan Gizi Anak 0-6 Bulan Berdasarkan Pendekatan Faktor Risiko

Yth. Ibu peserta penelitian

Kami adalah tim peneliti dari Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga (FK UA) yang terdiri dari dr. Umi, dan dr., Susi akan melakukan penelitian tentang Pemberdayaan Pengasuhan Gizi Anak 0-6 Bulan Berdasarkan Pendekatan Faktor Risiko. Kegiatan penelitian yang akan dilakukan ini bertujuan untuk mendapatkan tingkat pengetahuan, sikap dan aktivitas ibu dalam mencegah gizi kurang anak sehingga mencapai keadaan gizi baik saat ini. Pencapaian tujuan ini kami lakukan dengan menggunakan cara pendampingan kepada ibu yang dilakukan secara belajar tutorial dalam 3 kali tatap muka dan pengamatan perilaku ibu di tempat pendampingan. Pendamping adalah kami peneliti. Pendampingan tersebut meliputi pemahaman akan berat badan anak saat lahir pentingnya bagi kehidupan anak, pengenalan tanda anak sakit serta kemampuan ibu dalam merawat anak sakit. Kami juga akan mengamati upaya yang ibu lakukan setelah pendampingan dilakukan. Hasil penelitian akan bermanfaat bagi perbaikan program pencegahan gizi kurang di masyarakat dan bidang keilmuan.

Atas perhatian dan kesediaannya, kami ucapkan banyak terimakasih.

Yang diberi penjelasan

Hormat kami, yang memberi penjelasan

Tim Peneliti :

Dr. Sri Umijati, dr. MS.

Dr. Susilowati Andajani, dr. MS.

LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN

Penelitian Pemberdayaan Pengasuhan Gizi Anak 0-6 Bulan Berdasarkan Pendekatan Faktor Risiko. Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Nama anak :

Dengan ini menyatakan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela dan bebas tanpa paksaan, sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri.

SAKSI,
Tetangga / kader :

Surabaya,, 2015

Yang membuat pernyataan,

.....
Lampiran 5.

.....

Biodata Ketua/Anggota Tim Peneliti/Pelaksana

A. Identitas Diri Ketua

1 Nama Lengkap (dengan gelar) : Dr. Sri Umijati, dr.,MS
 2 Jenis Kelamin : P
 3 Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
 4 NIP/NIK/Identitas lainnya : 196212051989022001
 5 NIDN : 0005126203
 6 Tempat dan Tanggal Lahir : Surabaya, 5 Desember 1962
 7 E-mail : umijati@yahoo.com
 9 Nomor Telepon/HP : 081330200891
 10 Alamat Kantor : Prof. dr. Moestopo 47 Surabaya
 11 Nomor Telepon/Faks : 0315020251-3/0315022472
 12 Lulusan yang Telah Dihasilkan : S-1 = banyak orang; S-2 = 0 orang; S-3 = 0 orang
 13. Mata Kuliah yg Diampu : 1. Ilmu Gizi
 2. Ilmu Kesehatan Masyarakat
 3. Ilmu Kedokteran Tropis

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	UNAIR	UNAIR	UNAIR
Bidang Ilmu	Kedokteran	Kesehatan Masyarakat	Kedokteran
Tahun Masuk-Lulus	'81-'88	'89-'92	2004 - 2011
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi		- Pengaruh Tingkat Ekonomi Terhadap Status Gizi Balita	- Pengembangan Model Pengasuhan Gizi Balita Berdasarkan Faktor Risiko.

Nama Pembimbing/Promotor

- Prof. Sri Kardjati,
 - Prof. Zainudin
 - Prof. Sri Kardjati,
 - Prof. Ismudij-anto

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir (Bukan Skripsi, Tesis, maupun Disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (juta Rp)
1	2009	Model pemberdayaan petugas kesehatan dalam pelayanan kesehatan dan gizi balita di surabaya sebagai salah satu upaya Peningkatan peran posyandu Dalam monitoring tumbuh kembang anak	DIKTI	100

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (juta Rp)
-	-	-	-	-

E. Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
1	Model Pengasuhan Gizi Anak Balita Berdasarkan Pendekatan Faktor Risiko	Jurnal Biosains Pasca Sarjana UNAIR	14/1/2012

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Seminar dan Workshop Dukungan Gizi pada Penyakit Degenaratif	Masalah Gizi Kurang dan Dukungan Gizi di Masyarakat	14-15 april 202 Surabaya

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Artikel : 1. Modul Gangguan Gizi di Daerah Tropik 2. Pendampingan Kesehatan pada Masyarakat Dalam buku : Pedoman bagi pembimbing lapangan survey penyakit tropis	2013	1. 10 hal 2. 15hal	Airlangga University Press

H. Perolehan HKI dalam 5–10 Tahun Terakhir

No	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
-	-	-	-	-

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
-	-	-	-	-

J. Penghargaan dalam 10 tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No	jenis	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
-	-	-	-

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidak-sesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi

Surabaya, 27 Oktober 2015
Ketua Peneliti,

(Dr. Sri Umijati, dr. MS)

BiodataKetua/Anggota Tim Peneliti/Pelaksana

B. IdentitasDiriAnggota

1 Nama Lengkap (dengan gelar) : Dr. Susilowati Andajani,dr,MS
 2 Jenis Kelamin : Perempuan
 3 Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
 4 NIP/NIK/Identitas lainnya : 19550520 198303 2 002
 5 NIDN : 0020055507
 6 Tempat dan Tanggal Lahir : Blitar, 20 Mei 1955
 7 E-mail : susilowatiandajani@yahoo.com
 9 Nomor Telepon/HP : 031-5928999/08121622749
 10 Alamat Kantor : Jl. Mayjen. Prof. Moestopo 47 Surabaya 60131
 11 Nomor Telepon/Faks : 0315020251-3/0315022472
 12 Lulusan yang Telah Dihasilkan : S-1 = orang; S-2 = orang; S-3 = orang
 13. Mata Kuliah yg Diampu : 1. Metodologi Penelitian
 2. Epidemiologi
 3. Manajemen penanggulangan penyakit menular

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Fakultas Kedokteran Unair	Fakultas Pascasarjana Unair	Program Pascasarjana Unair
Bidang Ilmu	Ilmu Kedokteran	Ilmu Kesehatan Masyarakat	Ilmu Kedokteran
Tahun Masuk-Lulus	1974-1981	1985-1988	2001-2009
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi		Kaitan Diabetes Melitus dengan Penyakit Jantung Koroner	Peran Protein Non Struktural 1 terhadap Gangguan Fungsi Hepar pada Infeksi Virus Dengue
Nama Pembimbing/Promotor		- Prof. Eddy Pranowo Sudibjo,dr,MPH - Dr. Sunoto Pratanu,Sp.PD,Sp.J	- Prof. Soedarto,dr,PhD,DTM &H,Sp.Par(K) - Prof. Dr. H. Soegeng Soegijanto,dr,DTM&H,Sp. A(K) - Prof. Dr. Fedik Abdul Rantam,drh

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir (Bukan Skripsi, Tesis, maupun Disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (juta Rp)
1	2009	Perbedaan Validitas Hasil Uji Serologis IgM, IgG antidengue Capture ELISA dengan Uji Platelia Antigen NS1 Dengue Terhadap Hasil Uji PCR untuk Deteksi Dini Infeksi Virus Dengue	Swadaya	
2	2009	Analisis Asosiasi DEN 2 Virus Dengue dengan HLA-DP pada Populasi Penderita Demam Berdarah Dengue	Hibah Bersaing Strategi Nasional Batch II Kluster Gizi Kesehatan	81.000.000
3	2013	Profil penderita Diabetes Mellitus dan Hipertensi di RT 008/RW001 Kelurahan Jagir Kecamatan Wonokromo Surabaya tahun 2013	Swadaya	2.000.000
4	2013	Profil Tekanan darah dan Status Gizi Siswa SMA St Hendrikus Surabaya	Swadaya	2.500.000

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (juta Rp)
1	2010	Fasilitator Focus Group Discussion (FGD) tentang penyakit Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Rangkah Kec Tamabaksari Surabaya, 12-14 Mei 2010	PHKI	
2	2010	Penyuluhan tentang Hipertensi pada pengunjung Puskesmas Medokan Ayu Surabaya 2 Agustus 2010	Swadaya	
3	2010	Penyuluhan tentang “ Perilaku Hidup Bersih dan Sehat” pada pengunjung Puskesmas Medokan Ayu, tanggal 13 Januari 2010	Swadaya	
4	2010	Penyuluhan tentang” Kanker dan Penanganan Paliatif” pada pengunjung Puskesmas Medokan Ayu Surabaya, tanggal 10 Maret 2010	Swadaya	
5	2010	Penyuluhan tentang “Waspada Demam Bedarah Dengue” pada pengunjung Puskesmas Medokan Ayu Surabaya, tanggal 7 April 2010	Swadaya	
6	2011	Penyuluhan tentang “Perilaku hidup bersih dan Sehat pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedindind Surabaya, tanggal 9 Maret 2011	Swadaya	
7	2011	Penyuluhan tentang “Kadarzi” pada pengunjung	Swadaya	
8	2011	Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya, tanggal 7 April 2011	Swadaya	

9	2011	Penyuluhan tentang "Imunisasi" pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, tanggal 28 Juni 2011	Swadaya	
10	2011	Penyuluhan tentang "Infeksi Saluran Pernafasan Akut" pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, tanggal 27 Juli 2011	Swadaya	
11	2011	Pembicara dalam pelatihan Guru dan Murid Sekolah Dasar dalam pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Sekolah Dasar Negeri dan Swasta se Surabaya , tanggal 21 Mei- 7 Juni 2011	PHKI	
12	2011	Pembicara dalam pelatihan kader Tuberkulosis di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya tanggal 15 September 2011	PHKI	
13	2011	Penyuluhan tentang "Imunisasi Polio dan Campak" pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, tanggal 27 September 2011	Swadaya	
14	2011	Penyuluhan tentang "Penyakit Difteri" pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, tanggal 26 Nopember 2011	Swadaya	
15	2012	Penyuluhan tentang "Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)" pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, tanggal 18 April 2012	Swadaya	
16	2012	Penyuluhan tentang "Tuberkulosis Paru" pada pengunjung Puskesmas Pucang Sewu , tanggal 15 Agustus 2012	Swadaya	
17	2012	Penyuluhan tentang "Waspada Demam Berdarah Dengue" kepada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, tanggal 5 Desember 2012	Swadaya	
18	2013	Melakukan pengobatan massal pada warga RT 008//RW 001 Kelurahan Jagir, Kecamatan Wonokromo Surabaya, tanggal 12 Januari 2013	Swadaya	
19	2013	Penyuluhan tentang "diare" pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding, tanggal 27 Maret 2013	Swadaya	
20	2013	Penyuluhan tentang "Diet pada Diabetes Melitus" pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, tanggal 17 April 2013	Swadaya	
21	2013	Penyuluhan tentang "Tuberkulosis Paru" pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, tanggal 18 Juli 2013	Swadaya	
22	2013	Penyuluhan tentang "Peran serta masyarakat pada pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue" pada pengunjung Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya, tanggal 4 Desember 2013	Swadaya	
23	2013	Penerapan Pelatihan Rumantik dan Wawantik di Surabaya	BOPTN	10.000.000

E. Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Continuing professional Development (CPD) teknologi imunisasi Mutakhir pada pencegahan penyakit infeksi dan kanker bagi dokter praktek umum	Imunisasi Hepatitis A dan B di Indonesia	24 Oktober 2009 AULA FKUA
2	Lokakarya Kurikulum Program Studi Ilmu Kedokteran Dasar Jenjang Magister FKUA	Kurikulum Prodi IKD Jenjang Magister tahun 2013	November 2013 AULA FKUA

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Modul Lapangan Demam Berdarah Dengue Pencegahan dan Pemberantasan dalam Buku Pedoman bagi pembimbingan lapangan survey penyakit tropis (8 penulis ; 151 halaman)	2013	29	Airlangga University Press (AUP)

H. Perolehan HKI dalam 5–10 Tahun Terakhir

No	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat

J. Penghargaan dalam 10 tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No	Jenis	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi

Surabaya, 27 Oktober 2015
Anggota peneliti,

(Dr. Susilowati Andajani, dr. MS)

Lampiran 3. Modul Penelitian

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

Modul ini merupakan tutorial pemberdayaan ibu dalam mencegah terjadinya gizi kurang pada anak 0-6 bulan. Modul terdiri dari tiga tutorial :

1. Berat Badan Lahir Anak (BBLA). Modul BBLA bertujuan mencegah terjadinya BBLR melalui kemampuan ibu mendeteksi secara dini BBLR. Hal ini dapat diupayakan dengan melakukan usaha peningkatan pemahaman, sikap dan aktivitas ibu akan :
 - a) Gizi Wanita Usia Subur (WUS)
 - b) Gizi ibu hamil
 - c) Perawatan kehamilan (termasuk kesehatan bumil)
 - d) 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)
2. Mengenal Anak Sakit. Modul ini bertujuan meningkatkan kemampuan ibu mendeteksi / mengenal secara dini kesakitan anak. Hal ini dapat dilakukan melalui usaha peningkatan pemahaman, sikap dan aktivitas ibu akan hal berikut.
 - a) Pengenalan gejala sakit
 - b) Pengenalan tanda dini kesakitan anak
 - c) Pencegahan anak sakit melalui perbaikan gizi dan pertumbuhan anak, serta menjaga higiene dan sanitasi lingkungan yang baik
3. Perawatan kesakitan anak. Modul ini bertujuan meningkatkan kualitas pengasuhan anak sakit dan mencegah kejadian sakit anak melalui kemampuan ibu mendeteksi / mengenal secara dini kesakitan anak. Hal ini dapat dilakukan melalui usaha peningkatan pemahaman, sikap dan aktivitas ibu akan hal berikut.
 - 1) Kemampuan ibu memberi pertolongan pertama anak sakit
 - 2) Kemampuan ibu memberi pertolongan lanjutan anak sakit
 - 3) Pemberian Air Susu Ibu (ASI) dan makanan saat anak sehat, sakit dan penyembuhan dari sakit.
 - 4) Pemanfaatan pelayanan kesehatan

Dengan menggunakan modul ini diharapkan :

1. ibu dapat melakukan skrining sendiri bersama keluarga, utamanya anak terhadap masalah kesakitan dan gizi yang ada,
2. ibu trampil mengenal anak sakit, dan mengukur gizi ibu dan anak
3. mencegah terjadinya gangguan gizi ibu dan anak sehingga tidak terjadi gangguan pertumbuhan anak 0-6 bulan.

Berdasarkan pengalaman yang lalu akan penanganan masalah gizi balitanya, digabungkan dengan pengajaran yang didapat, maka ibu dapat memperkirakan keadaan gizi balitanya, sehingga ibu memiliki perencanaan untuk keadaan gizi anaknya dengan mulai melaksanakan upaya dini perawatan kehamilan dengan benar untuk mendapatkan BBLA cukup, deteksi dini kesakitan dan gangguan gizi untuk cegah anak sakit dan gizi kurang anak, serta mampu melakukan pendekatan risiko terjadinya gizi kurang anak sesuai potensi yang dimilikinya.

Berdasarkan hal tersebut, maka pendidikan / promosi kesehatan perlu diupayakan agar ibu berperilaku positif sesuai masalah pengasuhan yang ada pada ibu. Ibu perlu dilatih dan diberi kesempatan untuk mengembangkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan mereka dalam menemukan masalah gizi anaknya, dan mampu melakukan penanggulangan masalah dengan menggunakan secara optimal sumber daya yang ada pada ibu dan keluarga.

Modul pengajaran pengasuhan gizi 0-6 bulan ini terdiri dari tiga unit kecil bahan pengajaran dengan langkah belajar yang setahap demi setahap mengingat masalah pengasuhan gizi yang kompleks dan tersusun berdasarkan masalah kegiatan pengasuhan yang sistematis. Modul ini dimulai dari unit pengajaran berat badan lahir anak. Pada setiap modul termuat rumusan tujuan pengajaran, lembar petunjuk untuk guru (pemberdaya) dan belajar peserta, kunci lembar kerja dan evaluasi, dan lembar evaluasi. Media yang digunakan adalah buku bergambar sesuai dengan tema. Macam media yang lain adalah alat pengukur suhu tubuh digital dan meteran untuk pengukur lingkaran lengan atas ibu. Berbagai media yang digunakan ini dapat meningkatkan sasaran dalam keefektifan menggunakan inderanya dalam belajar.

Penyampaian dilakukan secara tutorial dengan harapan adanya keterlibatan aktif dari setiap ibu, sehingga ibu dengan cepat dapat memahami pengajaran yang diberikan, dan proses belajar menurut perkembangan ibu. Pengajaran dilakukan dalam satu kali tatap muka dalam waktu lebih kurang satu hingga dua jam setelah pre tes pengajaran pertama diselesaikan. Pada awal pengajaran diberikan sebuah skenario yang sesuai dengan karakteristik ibu sebagai bahan diskusi.

Pada saat diskusi dicatat permasalahan pengasuhan di setiap keluarga sebagai bahan diskusi dan pendampingan sehingga setiap ibu dapat pula belajar dari permasalahan yang ada pada keluarga lain. Di akhir diskusi diberikan penekanan ulang dan dibagikan buku unit kecil pengajaran untuk dipelajari di rumah. Pada pertemuan berikutnya dengan selang waktu satu minggu diberikan post tes modul sebelumnya dan pre tes modul yang akan diberikan. Modul tahap selanjutnya diberikan setelah dilakukan penekanan ulang kembali modul sebelumnya sehingga ibu dapat mengetahui dengan jelas keterkaitan unit pengajaran satu dengan yang lain.

Pelatihan kegiatan pengasuhan dilakukan pada pertemuan segera setelah pengajaran dengan unit kecil dilakukan. Pelatihan kegiatan tercantum dalam modul yang bersangkutan. Ibu secara berkelompok mempersiapkan sarana pelaksanaannya, melakukan kegiatan pelatihan dalam bimbingan, dan mengevaluasi diri di saat berlangsung dan di akhir pelatihan. Dengan demikian setiap ibu akan sadar akan kekurangan pada diri dan kelompok dalam pelatihan. Guna lebih memahami lagi akan pelatihan tersebut ibu melakukan kegiatan pelatihan ulang dalam keluarga maupun di masyarakat. Pelatihan yang dilakukan adalah pengukuran suhu tubuh anak 0-6 bulan dan lingkaran lengan atas ibu.

Evaluasi modul pengajaran mempunyai dua arti yaitu evaluasi terhadap modul dan hasil belajar responden dalam mempelajari modul tersebut. Evaluasi terhadap modul bertujuan mengetahui efektifitasnya juga. Efektifitas modul dapat diketahui dari tercapainya tujuan modul oleh sasaran, karenanya harus diadakan evaluasi hasil belajar sasaran guna obyektifitas evaluasi dengan menggunakan tes yang valid. Kedua evaluasi tersebut saling berhubungan. Modul dikatakan berhasil apabila sasaran dapat mempelajarinya dengan berhasil pula.

Penyusun,
Sri Umijati

PETUNJUK UNTUK PEMBERDAYA

Modul	: Pengasuhan Gizi Bayi 0-6 bulan
Topik	: Berat Badan (BB) Lahir Anak
Sasaran	: ibu berbalita dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan	: 2x50 menit

Umum :

Modul ini merupakan awal pemberdayaan ibu dalam pengasuhan bayi 0-6 bulan sebagai salah satu upaya perbaikan keadaan gizi anaknya. Untuk mempelajari modul ini ibu harus sudah pernah dan akan selalu mengasuh balitanya.

Khusus :

Topik	: Berat Badan Lahir Anak
Sasaran	: bayi 0-6 bulan
Waktu pertemuan	: 2x50menit dilakukan dalam 2 kali tatap muka.

Tujuan : Ibu memahami pentingnya BB lahir anak yang baik bagi pertumbuhan dan kesehatan anak selanjutnya

Pokok-pokok pengajaran :

1. Definisi BB lahir anak dan pentingnya mencapai BB lahir anak yang cukup
2. Mengetahui beberapa faktor risiko BB lahir rendah (BBLR).
3. Mengetahui dampak BBLR
4. Pencegahan BBLR

Prosedur pengajaran :

- I. Tugas pendamping :
 1. mempersiapkan alat-alat yang diperlukan untuk pengajaran
 2. sebagai fasilitator :
 - a. menciptakan suasana pendampingan cocok untuk mulai pengajaran
 - b. menciptakan suasana diskusi menjadi aktif
 - c. menjelaskan tugas yang harus dilakukan responden
 3. memberi pemahaman pentingnya memahami BB lahir anak bagi pertumbuhan dan kesehatannya
 4. observasi dan mendampingi responden yang mengalami kesulitan
 5. memberi tes pada reponden.
- II. Kegiatan ibu bayi :
 1. membaca petunjuk untuk ibu
 2. memahami tujuan pengajaran
 3. membaca dengan cermat teks pada modul
 4. melakukan tugas pada lembaran kerja
 5. merubah perilaku
- III. alat dan sumber :
 1. alat yang diperlukan : buku ajar.

2. Sumber :

Abdul Bari S.2000. Buku Acuan Nasional Kesehatan Maternal dan Neonatal.Jakarta: YBP-SP

Ali Khomsan. 2003. Pangan Dan Gizi Untuk Kesehatan. Jakarta: Ladang PustakaJakarta

Courtney Moore Marie. 1997. Buku Pedoman Diet Dan Nutrisi Edisi II. Jakarta:Hipokrates

Depkes RI. 2000. Pedoman Umum Gizi Seimbang (Panduan Untuk Petugas). Jakarta:Departemen Kesehatan

_____. 2002. Gizi Seimbang Menuju Hidup Sehat Bagi Bayi Ibu Hamil Dan Ibu Menyusui (Pedoman Petugas Puskesmas). Jakarta: DKKS RI

Elizabeth Tara. 2001. Buku Pintar Kesehatan Kehamilan. Jakarta: Ladang PustakaJakarta

I Dewa Nyoman Supariasa, dkk. 2002. Penilaian Status Gizi. Jakarta: BukuKedokteran EGC

Samsudin dan Arjatmo Tjokronegoro. 1986. Gizi Ibu dan Bayi: Peningkatan Mutu.Jakarta: FKUI

Sitorus, Ronald H. Dkk 1999. Pedoman Perawatan Kesehatan Ibu dan Janin Selama Kehamilan. Bandung: CV. Pionir Jaya Bandung.

Solihin Pudjiadi. 2003. Ilmu Gizi Klinis pada Anak. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Sunita Almatier. 2001. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama

Sri Karjati,. 1985. Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita. Jakarta: Yayasan OborIndonesia.

Widjaya, MC. 2003. Gizi Tepat untuk Perkembangan Otak dan Kesehatan Balita.Jakarta: Kawan Pustaka

Winarno, FG. 1990. Gizi dan Makanan Bagi Bayi dan Anak Sapihan. Jakarta:Pustaka Sinar Harapan.

Yayah K Husnaini. dkk. 1987. Keadaan Gizi dan Kesehatan Ibu Hamil. KMS Ibu Hamil. Medika.

UNICEF & WHO. 2004. Low birthweight country, regional and global estimation; WHO. 2003. Technical consultation towards the development of a strategy for promoting optimal fetal development; ACC/SCN. 2000. Low Birthweight: Report of a Meeting in Dhaka, Bangladesh on 14-17 June 1999;

Rao, B.T. et al. 2007. Dietary intake in third trimester of pregnancy and prevalence of LBW

Bahan ajar:

BERAT BADAN LAHIR ANAK

Berat badan (BB) normal bayi saat lahir adalah sebesar 2500 gram hingga 4000 gram. BB normal saat lahir dicapai bila umur kandungan kurang lebih 40 minggu. BB lahir kurang dari normal (BB lahir rendah /BBLR) adalah BB bayi yang kurang dari 2500 gram dengan umur kehamilan kurang lebih 40 minggu (cukup usia kehamilan) atau kurang dari 37 minggu (premature).

BBLR merupakan masalah penting karena mempunyai kecenderungan ke arah peningkatan terjadinya infeksi, kesukaran mengatur nafas tubuh, hipotermia (suhu tubuh rendah), mudah terserang komplikasi tertentu (ikterus, hipoglikomia) yang dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu BBLR memiliki risiko tinggi, karena dapat terjadi kematian dan kesakitan yang lebih tinggi dari pada bayi lahir dengan BB cukup. Akibat yang ditimbulkan dalam jangka waktu pendek adalah gangguan pertumbuhan dengan manifestasinya anak pendek dan dalam jangka waktu panjang apabila anak ini selamat sampai dewasa adalah menjadi dewasa pendek. Konsekuensi gangguan pertumbuhan ini adalah penurunan kecerdasan (*intelligent quotient / IQ*) dan meningkatnya penyakit degenerative (ketuaan) seperti darah tinggi (*hypertention*), Kencing manis (*diabetes mellitus*), katarak, kanker dan lain sebagainya sehingga akan terjadi penurunan kualitas sumber daya manusia.

Berdasarkan data RISKESDAS 2013, BBLR di Indonesia mencapai 10,2%, turun dari tahun 2010 yaitu sebesar 11,1%, walaupun demikian angka kejadian ini masih tinggi (lebih dari 10%) menurut badan kesehatan dunia (WHO). Berat badan lahir merupakan hasil suatu proses yang berlangsung mulai sebelum dan selama berada dalam kandungan sebagaimana keadaan berikut.

1. Usia Ibu hamil

Umur ibu erat kaitannya dengan berat bayi lahir. Kehamilan dibawah umur 20 tahun merupakan kehamilan berisiko tinggi karena organ reproduksi ibu masih mengalami pertumbuhan. Apabila ibu hamil pada usia ini, maka beban ibu menjadi berat karena menanggung beban pertumbuhan ganda dengan anaknya. Pada umur yang masih muda, pertumbuhan dan perkembangan organ reproduksi ibu belum optimal, sehingga asupan gizi ibu harus mencukupi kalori yang diperlukan untuk pertumbuhan ibu dan sekaligus janin yang dikandungnya bila ibu hamil. Apabila kecukupan kalori ibu tidak terpenuhi saat kehamilan maka pertumbuhan janin terhambat dan

pada akhirnya BB janin yang dilahirkan akan rendah (BBLR) yaitu kurang dari 2500 gram atau bayi kecil.

Demikian pula untuk kehamilan diatas usia 35 tahun juga tidak dianjurkan, karena mulai sering muncul penyakit seperti darah tinggi (*hipertention*), tumor jinak kandungan, atau penyakit degeneratif pada persendian tulang belakang dan panggul yang membahayakan kehamilan dan persalinan bayinya seperti lemahnya kontraksi rahim serta sering timbul kelainan pada tulang panggul tengah. BBLR juga dapat terjadi pada kehamilan di usia tua. Usia terbaik untuk hasil kehamilan yang baik adalah pada usia 20 hingga 30 tahun.

2. Jarak Kehamilan/Kelahiran

Jarak kelahiran yang baik adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kelahiran yang kurang dari 2 tahun membahayakan kehidupan ibu dan janin. Kehamilan yang terjadi dengan jarak kurang dari 2 tahun menyebabkan BBLR karena ibu belum cukup untuk memulihkan kondisi tubuhnya setelah melahirkan anak sebelumnya. di samping itu asupan gizi pada kehamilan dengan jarak kurang dari 2 tahun dipergunakan untuk pemulihan kondisi ibu dan sekaligus pertumbuhan anak. Keadaan ini mengalahkan asupan untuk janinnya sehingga anak lahir dengan BBLR.

3. Paritas (banyaknya kehamilan / banyaknya anak yang dilahirkan)

Paritas dikatakan tinggi bila seorang ibu/wanita melahirkan anak ke empat atau lebih. Seorang wanita yang sudah mempunyai tiga anak dan terjadi kehamilan lagi keadaan kesehatannya akan mulai menurun, sering mengalami kurang darah (*anemia*), terjadi perdarahan lewat jalan lahir dan letak bayi sungsang ataupun melintang. Hal ini akan berdampak kurangnya asupan gizi anak sehingga anak lahir dengan BBLR.

4. Status Gizi Ibu Hamil.

Status gizi ibu saat sebelum dan selama kehamilan dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandungnya. Status gizi ibu yang cukup sesaat sebelum hamil merupakan dasar pertumbuhan janin yang optimal. Status gizi ibu dapat dipenuhi dari asupan zat gizi yang cukup dan seimbang.

Kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, sehingga kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama kehamilan. Peningkatan energi dan zat gizi tersebut diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, pertambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan metabolisme tubuh ibu, pengaliran makanan dari pembuluh darah ibu ke pembuluh darah janin melalui plasenta. Kekurangan zat gizi tertentu yang diperlukan saat hamil dapat menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna. Oleh karena itu, Ibu makan lebih banyak dari pada saat sebelum hamil dan tetap mengkonsumsi menu seimbang.

Penambahan jumlah asupan makanan bukan berarti makan dua kali lebih banyak dari biasanya namun merubah pola makan menjadi sedikit tetapi sering. Frekuensi makan menjadi 6 kali per hari yang terbagi menjadi sarapan, makan kudapan (*snack*) pagi, makan siang, *snack* sore, makan malam dan *snack* malam 2-3 jam sebelum tidur. Makanan kudapan mengandung kalori yang tinggi seperti kue nogo sari, ote-ote dengan udang dan telur, tahu isi ayam, pastel isi bihin

dan ayam telur, pudding susu, ditambah jus buah segar atau susu. Frekuensi makan yang sedikit tapi sering membantu mengurangi rasa mual saat trimester pertama.

Asupan ibu saat awal bulan kehamilan sepenuhnya untuk pemeliharaan metabolisme ibu dan pertumbuhan janin. Status gizi ibu yang cukup di awal kehamilan tidak mengurangi zat gizi yang diperlukan janin untuk tumbuh sehingga pertumbuhan janin tidak terganggu.

Pertumbuhan sel yang cepat terjadi sejak dua minggu setelah konsepsi dan mulai terbentuk plasenta. Minggu ke dua hingga ke delapan kehamilan adalah masa dimana organ tubuh yang penting terbentuk seperti jantung, paru, ginjal, hati dan tulang serta jaringan pembuluh darah juga lemak tubuh untuk penyusun ASI. Kekurangan gizi saat ini menimbulkan kelainan organ bayi atau bahkan kelahiran premature.

Demikian pula gizi ibu hamil selama kehamilan di trimester kedua dan ke tiga. Gizi ibu hamil perlu dipertahankan baik sehingga pertumbuhan janin tetap optimal utamanya di trimester ke tiga. Pemenuhan gizi ibu hamil dapat diketahui dengan memperhitungkan kecukupan energinya. Pada trimester ke dua energy diperlukan untuk pertumbuhan jaringan reproduksi ibu dan penumpukan lemak untuk persiapan penyusuan. Sedangkan trimester ke tiga hanya untuk janin dan plasenta. Berdasarkan hal tersebut, gizi ibu hamil menentukan pertumbuhan bayi yang dilahirkan dan dapat diketahui melalui berat bayi yang dilahirkan.

Gizi ibu yang baik saat sebelum dan selama kehamilan menentukan BB lahir anak yang baik pula. Gizi ibu hamil merupakan cerminan pertumbuhan anak. Oleh karena itu pemantauan gizi ibu hamil sangatlah penting.

Pengukuran antropometri merupakan salah satu cara untuk menilai status gizi ibu hamil. Ukuran antropometri ibu hamil yang paling sering digunakan adalah kenaikan berat badan ibu selama hamil. Ibu yang kurus dan penambahan berat badan selama kehamilan rendah (kurang 10 kg), mempunyai risiko tinggi untuk melahirkan bayi dengan BBLR. Kenaikan berat badan selama hamil pada ibu dengan gizi cukup di awal kehamilannya adalah sebesar 11-12,5 Kg atau 20% dari berat badan sebelum hamil.

Ukuran antropometri yang lain adalah pengukuran lingkar lengan atas (LLA) saat kehamilan. LLA telah terbukti sebagai cerminan status gizi ibu selama hamil karena sesuai dengan kenaikan BB ibu. Ibu dengan LLA kurang 23,5 cm berisiko melahirkan bayi BBLR. Pengukuran LLA lebih praktis untuk mengetahui status gizi ibu hamil karena alat ukurnya sederhana dan mudah dibawa kemana saja, dan dapat dipakai untuk ibu dengan kenaikan berat badan yang ekstrim.

5. Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan merupakan hal yang penting dilakukan guna mengenal secara dini risiko yang timbul selama kehamilan, sehingga komplikasi kehamilan dapat dicegah dan mendapat penanganan yang tepat dan cepat. Badan kesehatan dunia (WHO) menganjurkan pemeriksaan kehamilan sekurang-kurangnya empat kali selama kehamilan. Namun bila ibu ingin mendapatkan hasil yang optimal maka pemeriksaan kehamilan dilakukan 12 kali utamanya yang memiliki risiko kehamilan. Periksa kehamilan sebanyak 12 kali adalah sekali sebulan hingga

kehamilan usia 7 bulan dan setiap 2 minggu sekali pada bulan ke 7-8, dan setiap minggu bulan ke 9 hingga melahirkan. Sedangkan untuk pemeriksaan kehamilan yang minimal 4 kali secara berkala, yaitu 1 kali di trimester 1, 1 kali di trimester 2 dan 2 kali di trimester 3. Pemeriksaan ini untuk kehamilan yang tidak berrisiko.

Risiko kehamilan meliputi kehamilan umur muda (kurang 18 tahun), atau terlalu tua (lebih 35 tahun), terlalu lama punya anak, terlalu cepat punya anak lagi (kurang dari 2 tahun), terlalu banyak punya anak (4 atau lebih), tinggi badan ibu kurang dari 145 cm, pernah gagal hamil, pernah melahirkan tidak dengan spontan (alami), ibu hamil sakit (kurang darah, malaria, TBC, payah jantung, kencing manis, penyakit kelamin, darah tinggi), hamil kembar, hamil lewat waktu, dan janin mati dalam rahim, serta perdarahan sebelum melahirkan.

Evaluasi :

a. prosedur :

program pengajaran ini diawali ('entry behavior') dan akhiri dengan tes ('criterion test').

Selama pengajaran berlangsung diadakan evaluasi melalui observasi oleh pemberdaya

b. alat : buku ajar, papan tulis.

LEMBARAN KEGIATAN SASARAN

Modul : Pengasuhan Gizi Bayi 0-6 bulan
Topik : Berat Badan (BB) Lahir Anak
Sasaran : ibu berbalita dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 2x50 menit

PETUNJUK UNTUK SASARAN

Pelajarilah dengan baik bahan ajar ini. Apabila mendapat kesulitan bertanyalah pada pengajar. Kerjakan tugas-tugas pada lembar kerja. Usahakan agar pelajaran ini dapat dipahami dalam waktu 2 x 50 menit.

Tujuan :

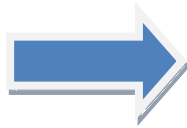
Setelah menyelesaikan pelajaran ini diharapkan ibu bayi 0-6 bulan dapat memahami pentingnya BB lahir anak yang baik bagi pertumbuhan dan kesehatan anak selanjutnya

BAHAN AJAR :

BERAT BADAN LAHIR ANAK



Hamil 40 minggu



Berat badan (BB) bayi lahir **normal** :
2500 gram - 4000 gram



anak TUMBUH dengan **BAIK**





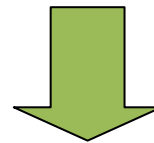
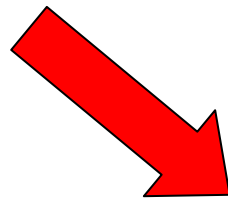
Kurang 40 minggu



Berat badan (BB) bayi lahir rendah :
Kurang 2500 gram



GANGGGUAN PERTUMBUHAN
(ANAK PENDEK
ANAK KURUS)



infeksi
kesukaran bernafas
suhu tubuh rendah (badan dingin)
komplikasi (badan kuning, gula
darah rendah / kurang tenaga)



KEMATIAN



penyakit degenerative (ketuaan)
darah tinggi (*hypertention*),
Kencing manis (*diabetes mellitus*),
katarak, kanker

FAKTOR PENYEBAB **BBLR**

1. USIA IBU saat hamil

< 19 tahun

organ reproduksi masih tumbuh

HAMIL  (pertumbuhan janin)

menanggung beban pertumbuhan ganda

GIZI IBU <<

GIZI JANIN <<



IBU KURANG GIZI
ANAK **BBLR**



KESAKITAN >>

> 35 tahun

IBU + penyakit **DEGENERATIVE**

darah tinggi (*hipertention*),

tumor jinak kandungan,

persendian tulang belakang dan panggul kaku

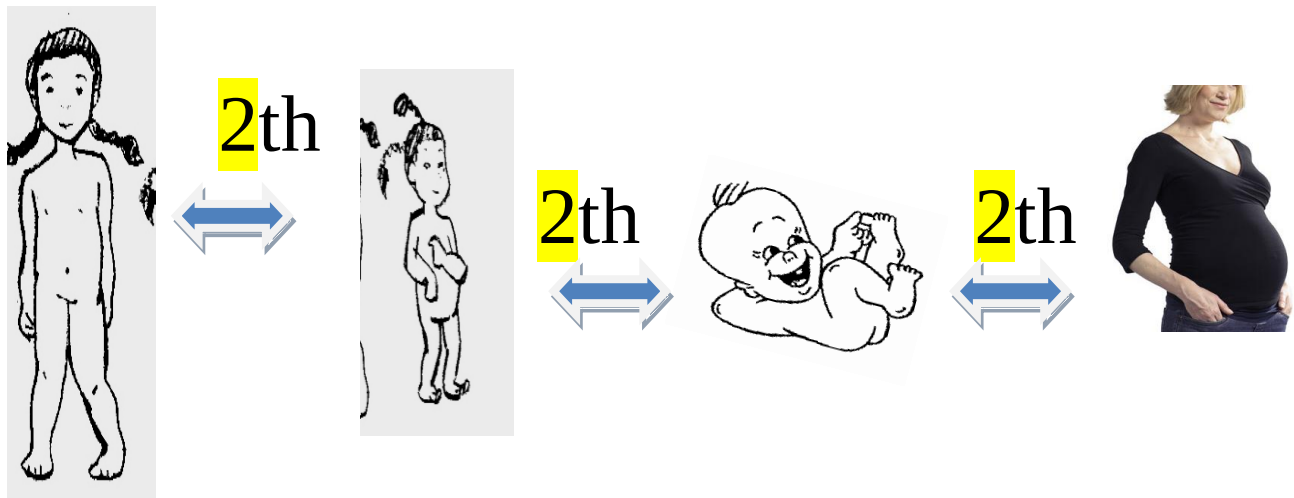


BAHAYA kehamilan + persalinan



BBLR

2. JARAK Kehamilan/Kelahiran



Jarak 2 tahun :

jarak KURANG 2 tahun

pemulihan kondisi ibu
pemenuhan pertumbuhan anak
BAIK



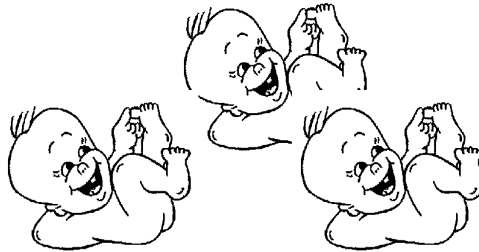
KEMATIAN IBU
ANAK BBLR



IBU SEHAT

ANAK SEHAT

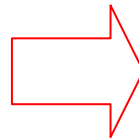
3. Banyaknya Kehamilan / Anak Yang Dilahirkan



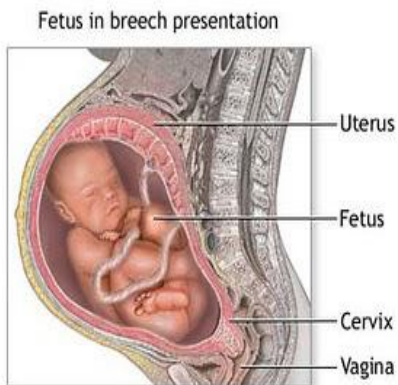
ibu melahirkan anak ke **4** / LEBIH



kesehatannya <<
kurang darah (anemia),
perdarahan lewat jalan lahir
letak bayi sungsang / melintang



KEMATIAN IBU
ANAK BBLR



BAYI SUNGSANG



PERDARAHAN
JALAN LAHIR



PERDARAHAN
SAAT MELAHIRKAN

4. Status Gizi Ibu Hamil.

Keadaan GIZI BAIK



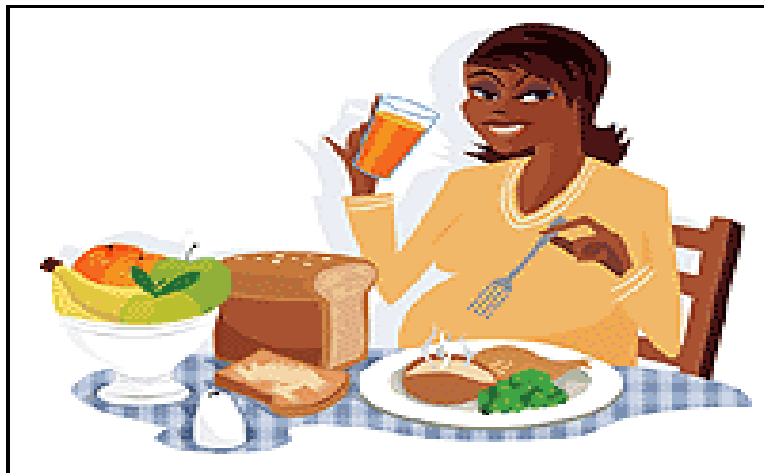
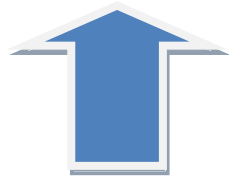
SEBELUM hamil



SAAT hamil



PERTUMBUHAN JANIN BAIK



ASUPAN GIZI CUKUP

PERTUMBUHAN JANIN DALAM KANDUNGAN IBU



MAKAN +++ sering

6 x / hari

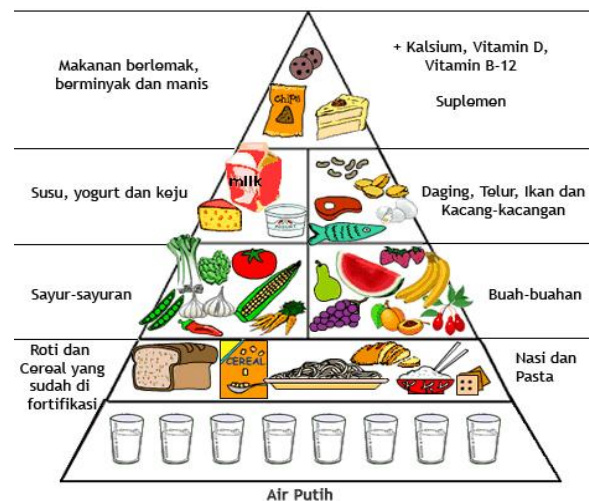
PAGI ↑ SIANG ↑ MALAM ↑
jajan jajan jajan

MENU SEIMBANG

JAJANAN



MENU SEIMBANG



ASUPAN GIZI IBU HAMIL

Trimester 1 (3 bulan pertama kehamilan).

Dalam tubuh ibu :

terbentuk plasenta (ari-ari) = saluran makanan janin dari ibu
terbentuk lemak tubuh untuk penyusun ASI

Dalam tubuh janin :

terbentuk organ tubuh terpenting :
jantung, paru, ginjal, hati dan tulang serta pembuluh darah

ASUPAN GIZI <<<



KENAIKAN BB IBU <<

LAHIR KURANG BULAN (< 40 minggu)
KELAINAN ORGAN BAYI

Trimester kedua + ke tiga (bulan ke 4 sampai 9)

Dalam tubuh ibu :

Pengembangan kandungan ibu

Dalam tubuh janin : (bulan ke 7 sampai 9)

Pertumbuhan janin sempurna

ASUPAN GIZI <<<



KENAIKAN BB IBU <<

BBLR

ASUPAN
GIZI IBU



KEADAAN GIZI
IBU HAMIL



BB LAHIR
ANAK BAIK

PERENCANAAN BB LAHIR ANAK BAIK

SEBELUM HAMIL :

BB IBU CUKUP : lingkaran lengan atas 23,5 cm atau LEBIH

SAAT HAMIL :

Penambahan BB selama kehamilan > 10 kg → 11-12,5 kg

Pemeriksaan Kehamilan :

MINIMAL 4 kali

trimester 1 : 1 x

trimester 2 : 1 x

trimester 3 : 2 x

BAIK 12 kali → UNTUK YANG BERISIKO

< 7 bulan : 1 x / bulan

7 – 8 bulan : 2 minggu sekali

8 - 9 bulan : 1 minggu sekali

RISIKO KEHAMILAN :

kehamilan umur muda (< 18 tahun),

kehamilan terlalu tua (> 35 tahun),

terlalu lama punya anak,

terlalu cepat punya anak lagi (< 2 tahun),

terlalu banyak punya anak (4 atau lebih),

tinggi badan ibu <145 cm,

pernah gagal hamil,

pernah melahirkan tidak dengan spontan (alami),

ibu hamil sakit (kurang darah, malaria, TBC, payah jantung, kencing manis, penyakit kelamin, darah tinggi),

hamil kembar,

hamil lewat waktu,

janin mati dalam rahim,

perdarahan sebelum melahirkan.

LEMBAR KERJA / TES:

Modul : Pengasuhan Gizi Bayi 0-6 bulan
Topik : Berat Badan (BB) Lahir Anak
Sasaran : ibu berbalita dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 3x50 menit

Petunjuk Cara Mengisi Lembaran Kerja.

1. berilah tanda silang di dalam kotak di depan jawaban yang di pilih
 2. **pilihan jawaban bisa lebih dari satu**
 3. isilah titik-titik pada isian dengan jawaban yang tepat.
 4. bekerjalah dengan teliti.
-

1. Yang dimaksud dengan berat badan lahir anak adalah

- ☐ Berat badan anak saat lahir dalam kilogram atau gram
- ☐ Perkiraan berat badan anak oleh bidan saat akhir kehamilan
- ☐ Berat badan anak setelah seminggu kelahiran dalam kilogram atau gram

2. Yang dimaksud dengan berat badan lahir anak normal adalah

- ☐ berat badan anak saat lahir sebesar 2500 gram
- ☐ berat badan anak saat lahir sebesar 3000 gram
- ☐ berat badan anak saat lahir sebesar 4500 gram
- ☐ berat badan anak saat lahir sebesar 2000 gram

3. Berat badan lahir normal dapat diperoleh dari kehamilan :

- ☐ Umur kehamilan KURANG 28 minggu / 7 bulan
- ☐ Umur kehamilan 28 minggu / 7 bulan
- ☐ Umur kehamilan KURANG 28 - 32 bulan / 7 - 8 bulan
- ☐ Umur kehamilan 40 minggu / 9 - 10 bulan

4. Anak yang lahir dengan berat badan kurang akan mengakibatkan

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ☐ Anak pendek | ☐ Anak sesak | ☐ gampang sakit infeksi |
| ☐ Anak kurus | ☐ Badan kuning | ☐ Kurang gula darah (kurang tenaga) |
| ☐ Anak tinggi | ☐ Badan anak dingin | ☐ Anak gangguan tumbuh kembang |

5. Akibat lanjut dari anak dengan berat badan lahir rendah adalah

- ☐ Anak mati
- ☐ Saat dewasa terkena penyakit kencing manis
- ☐ Saat dewasa terkena penyakit darah tinggi
- ☐ Saat dewasa terkena penyakit kanker
- ☐ Tidak ada masalah kesehatan

6. Apa yang ibu rasakan bila memiliki anak dengan berat badan lahir sebesar 2300 gram ?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Biasa kurang senang sedih sedih sekali

7. Penyebab anak lahir dengan berat badan lahir rendah adalah

- | | |
|---|--|
| ☐ Umur ibu saat hamil belum 19 tahun | ☐ Ibu hamil anak ke 1 |
| ☐ Umur ibu saat hamil sudah lebih 35 tahun | ☐ Kontrol kehamilan kurang 4 kali |
| ☐ Jarak anak kurang dari 2 tahun | ☐ Kontrol kehamilan lebih 4 kali |
| ☐ Jarak anak lebih dari 2 tahun | ☐ Ibu hamil kurang gizi |
| ☐ Ibu hamil anak ke 4 | ☐ Ibu hamil gemuk |

8. Apa bahaya kehamilan bagi Ibu bila hamil di umur muda ?

- | | |
|---|--|
| ☐ Panggul sempit | ☐ Kesakitan ibu |
| ☐ Kandungan belum matang | ☐ keguguran |
| ☐ Ibu kurang gizi | ☐ berat badan lahir anak rendah |
| ☐ Ibu kurus | ☐ Anak gampang sakit |

9. Apa yang ibu rasakan bila ibu hamil di umur muda ?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Senang kurang senang Biasa sedih sedih sekali

10. Apa yang ibu lakukan agar tidak terjadi kehamilan di umur muda?

- | | |
|---|--|
| ☐ Merencanakan kehamilan dengan baik | ☐ Menikah di umur yang cukup (21 tahun) |
| ☐ Mengikuti program keluarga berencana | ☐ Menjaga keadaan gizi tetap baik |

11. Apa bahaya kehamilan bagi Ibu bila hamil di umur tua ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Kematian ibu mudah terjadi | ☐ Ibu Gizi kurang |
| ☐ Kesakitan ibu akibat hamil memburuk | ☐ Kandungan tidak kuat |

12. Apa yang ibu rasakan bila ibu hamil di umur tua ?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Senang kurang senang Biasa sedih sedih sekali

13. Apa yang ibu lakukan agar tidak terjadi kehamilan di umur tua?

- | | |
|---|--|
| ☐ Merencanakan kehamilan dengan baik | ☐ Menikah di umur yang cukup (21 tahun) |
| ☐ Mengikuti program keluarga berencana | ☐ Menjaga keadaan gizi tetap baik |

14. Apa bahaya kehamilan bagi Ibu bila hamil dengan jarak anak kurang dari 2 tahun?

- | | |
|--|--|
| ☐ Ibu kurang gizi | ☐ Ibu kurus |
| ☐ Ibu gampang sakit | ☐ Kandungan lemah |
| ☐ Kematian Ibu sering terjadi | |

15. Apa yang ibu rasakan bila hamil dengan jarak anak kurang dari 2 tahun?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Senang kurang senang Biasa sedih sedih sekali

16. Apa yang ibu lakukan agar tidak terjadi kehamilan dengan jarak anak kurang dari 2 tahun?

- | | |
|---|--|
| ☐ Merencanakan kehamilan dengan baik | ☐ Menikah di umur yang cukup (21 tahun) |
| ☐ Mengikuti program keluarga berencana | ☐ Menjaga keadaan gizi tetap baik |

17. Apa bahaya kehamilan bagi Ibu bila hamil dengan jumlah anak lebih dari 2 anak?

- | | |
|--|---|
| ☐ Ibu gampang sakit | ☐ Ibu mengalami perdarahan lewat jalan lahir |
| ☐ Kematian Ibu sering terjadi | ☐ Ibu mengandung bayi sungsang / melintang |
| ☐ Ibu kurus | ☐ Kandungan lemah |
| ☐ Ibu kurang darah (anemia), | |

18. Apa yang ibu rasakan bila hamil anak ke 3?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Senang kurang senang Biasa sedih sedih sekali

19. Apa yang ibu lakukan agar tidak terjadi kehamilan lebih 4 kali?

- | | |
|---|--|
| ☐ Merencanakan kehamilan dengan baik | ☐ Menikah di umur yang cukup (21 tahun) |
| ☐ Mengikuti program keluarga berencana | ☐ Menjaga keadaan gizi tetap baik |

20. Apa bahaya kehamilan bagi Ibu bila kontrol hamil kurang dari 4 kali selama hamil?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ibu tidak mengetahui adanya risiko | ☐ ibu hamil darah tinggi, |
| ☐ kehamilan | ☐ hamil lewat waktu, |
| ☐ ibu hamil sakit | ☐ janin mati dalam rahim, |
| ☐ ibu hamil kurang darah, | ☐ perdarahan sebelum melahirkan. |

21. Apa yang ibu rasakan bila kontrol hamil kurang dari 4 kali selama hamil?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Biasa kurang senang sedih sedih sekali

22. Apa yang ibu lakukan agar bisa kontrol hamil minimal 4 kali selama hamil?

- ☐ Meningkatkan pemahaman pentingnya pelayanan kesehatan bagi ibu dan janin
- ☐ Meningkatkan pemahaman bahwa kehamilan bisa memiliki risiko
- ☐ Kehamilan merupakan suatu peristiwa alami yang dialami siapapun
- ☐ Anak merupakan investasi yang terbaik
- ☐ Kesehatan ibu sangat diperlukan untuk menghasilkan bayi sehat

LEMBAR KERJA / TES:

Modul : Pengasuhan Gizi Bayi 0-6 bulan
Topik : Berat Badan (BB) Lahir Anak
Sasaran : ibu berbalita dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 3x50 menit

Petunjuk Cara Mengisi Lembaran Kerja

1. berilah tanda silang di dalam kotak di depan jawaban yang di pilih
 2. **pilihan jawaban bisa lebih dari satu**
 3. isilah titik-titik pada isian dengan jawaban yang tepat.
 4. bekerjalah dengan teliti.
-

23. Apa bahaya kehamilan bagi Ibu bila ibu hamil kurang gizi?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ibu kurus | ☐ perdarahan saat hamil |
| ☐ Ibu gampang sakit | ☐ Ibu mengalami perdarahan saat persalinan |
| ☐ Ibu kurang darah | ☐ Ibu memiliki risiko kematian tinggi |
| ☐ Kenaikan Berat badan ibu saat hamil rendah | ☐ Tidak ada bahaya |

24. Apa yang ibu rasakan bila ibu hamil kurang gizi?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Senang kurang senang Biasa sedih sedih sekali

25. Apa yang ibu lakukan agar ibu hamil cukup gizinya?

- | | |
|--|--|
| ☐ Kontrol hamil minimal 4 kali pada bidan / puskesmas | ☐ Makan nasi dan susu yang lebih banyak dari biasanya |
| ☐ Kontrol hamil secukupnya pada bidan / puskesmas | ☐ Kontrol berat badan |
| ☐ Makan lebih dari biasanya (saat tak hamil) | ☐ Kontrol lingkar lengan |
| | ☐ Makan makanan seimbang |

26. Bagaimana mengetahui ibu hamil yang kurang gizi? Jelaskan.

.....

27. Bagaimana mengetahui ibu hamil yang kurang asupan gizinya? Jelaskan.

.....
.....
.....

28. Apa bahayanya bila ibu hamil asupan makanannya kurang pada 4 bulan pertama kehamilannya?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ibu gizi kurang | ☐ Gangguan pertumbuhan jantung janin |
| ☐ Kenaikan berat badan ibu rendah | ☐ Gangguan pertumbuhan otak janin |
| ☐ Pertumbuhan plasenta terganggu | ☐ Gangguan pertumbuhan paru janin |
| ☐ Kurangnya terbentuk lemak ibu untuk menyusui | ☐ Janin mati dalam kandungan |
| | ☐ Janin lahir mati |

29. Apa yang ibu rasakan bila ibu hamil asupan makanannya kurang pada 4 bulan pertama kehamilannya?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Senang kurang senang Biasa sedih sedih sekali

30. Apa yang ibu lakukan agar ibu hamil asupan makanannya cukup pada 4 bulan pertama kehamilannya?

- ☐ Meningkatkan pemahaman pentingnya asupan makanan bagi ibu dan janin
- ☐ Meningkatkan pemahaman bahwa kehamilan bisa memiliki risiko
- ☐ Kehamilan merupakan suatu peristiwa alami yang dialami siapapun
- ☐ Memahami bahwa anak merupakan investasi yang terbaik
- ☐ Kesehatan ibu saat hamil sangat diperlukan untuk menghasilkan bayi sehat

31. Apa bahayanya bagi ibu bila ibu hamil asupan makanannya kurang pada 5-9 bulan kehamilannya?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ibu gizi kurang | ☐ Keguguran |
| ☐ Kenaikan berat badan ibu rendah | ☐ Gangguan pertumbuhan jantung janin |
| ☐ Pertumbuhan plasenta terganggu | ☐ Gangguan pertumbuhan otak janin |
| ☐ Kurangnya terbentuk lemak ibu untuk menyusui | ☐ Gangguan pertumbuhan paru janin |
| ☐ Kandungan kurang kuat | ☐ Janin lahir mati |

32. Apa bahayanya bagi anak bila ibu hamil asupan makanannya kurang pada 7-9 bulan kehamilannya?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ibu gizi kurang | ☐ Gangguan pertumbuhan jantung janin |
| ☐ Kenaikan berat badan ibu rendah | ☐ Gangguan pertumbuhan otak janin |
| ☐ Pertumbuhan plasenta terganggu | ☐ Gangguan pertumbuhan paru janin |
| ☐ Kurangnya terbentuk lemak ibu untuk menyusui | ☐ Berat badan anak saat lahir rendah |
| ☐ Kandungan kurang kuat | ☐ Janin lahir mati |
| ☐ Keguguran | |

33. Apa yang ibu rasakan bila ibu hamil asupan makanannya kurang pada 7-9 bulan kehamilannya?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Senang kurang senang Biasa sedih sedih sekali

34. Apa yang ibu lakukan agar ibu hamil asupan makanannya cukup pada 7-9 bulan kehamilannya?

- ☐ Meningkatkan pemahaman pentingnya asupan makanan bagi ibu dan janin
- ☐ Meningkatkan pemahaman bahwa kehamilan bisa memiliki risiko
- ☐ Kehamilan merupakan suatu peristiwa alami yang dialami siapapun
- ☐ Memahami bahwa anak merupakan investasi yang terbaik
- ☐ Kesehatan ibu saat hamil sangat diperlukan untuk menghasilkan bayi sehat
- ☐ Memahami pentingnya berat badan lahir anak yang harus lebih dari 2500 gram

35. Apa yang dilakukan ibu dalam merencanakan kehamilan agar mendapat anak dengan berat badan lahir cukup / normal?

- ☐ Meningkatkan pemahaman pentingnya asupan makanan bagi ibu dan janin
- ☐ Meningkatkan pemahaman bahwa kehamilan bisa memiliki risiko
- ☐ Kehamilan merupakan suatu peristiwa alami yang dialami siapapun
- ☐ Memahami bahwa anak merupakan investasi yang terbaik
- ☐ Kesehatan ibu saat hamil sangat diperlukan untuk menghasilkan bayi sehat
- ☐ Memahami pentingnya berat badan lahir anak yang harus lebih dari 2500 gram
- ☐ Berupaya mencapai berat badan ibu cukup sebelum hamil.
- ☐ Melakukan perhitungan indeks massa tubuh.

- ☐ Meningkatkan pemahaman pentingnya asupan makanan bagi ibu dan janin
- ☐ Meningkatkan pemahaman bahwa kehamilan bisa memiliki risiko
- ☐ Kehamilan merupakan suatu peristiwa alami yang dialami siapapun
- ☐ Memahami bahwa anak merupakan investasi yang terbaik
- ☐ Kesehatan ibu saat hamil sangat diperlukan untuk menghasilkan bayi sehat
- ☐ Memahami pentingnya berat badan lahir anak yang harus lebih dari 2500 gram
- ☐ Melakukan control kehamilan sekurang-kurangnya 4 kali di bidan atau Puskesmas.
- ☐ Makan makanan seimbang lebih dari saat tidak hamil

☐ kehamilan umur muda (< 18 tahun),	☐ ibu hamil sakit malaria,
☐ kehamilan terlalu tua (> 35 tahun),	☐ ibu hamil sakit TBC,
☐ terlalu lama punya anak,	☐ ibu hamil sakit payah jantung,
☐ terlalu cepat punya anak lagi (< 2 tahun),	☐ ibu hamil sakit kencing manis,
☐ terlalu banyak punya anak (4 atau lebih),	☐ ibu hamil sakit penyakit kelamin,
☐ tinggi badan ibu <145 cm,	☐ ibu hamil sakit darah tinggi
☐ pernah gagal hamil,	☐ hamil kembar,
☐ pernah melahirkan dengan alat bantu	☐ hamil lewat waktu,
☐ pernah melahirkan operasi	☐ janin mati dalam rahim,
☐ ibu hamil kurang darah,	☐ perdarahan sebelum melahirkan.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Biasa sedih sedih sekali

39. Apa yang ibu lakukan agar kehamilan ibu tidak berisiko?

- ☐ Meningkatkan pemahaman pentingnya asupan makanan bagi ibu dan janin
- ☐ Meningkatkan pemahaman bahwa kehamilan bisa memiliki risiko
- ☐ Kehamilan merupakan suatu peristiwa alami yang dialami siapapun
- ☐ Memahami bahwa anak merupakan investasi yang terbaik
- ☐ Kesehatan ibu saat hamil sangat diperlukan untuk menghasilkan bayi sehat
- ☐ Memahami pentingnya berat badan lahir anak yang harus lebih dari 2500 gram
- ☐ Melakukan control kehamilan sekurang-kurangnya 4 kali di bidan atau Puskesmas.
- ☐ Makan makanan seimbang lebih dari saat tidak hamil

PETUNJUK UNTUK PEMBERDAYA

Modul : Pengasuhan Gizi bayi 0-6 bulan
Topik : Mengenal Tanda Sakit
Sasaran : ibu bayi dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 1x50menit

Umum :

Modul ini adalah modul pemberdayaan ibu dalam pengasuhan bayi 0-6 bulan sebagai salah satu upaya pencegahan kesakitan bayinya. Untuk mempelajari modul ini ibu harus sudah pernah dan akan selalu mengasuh bayinya.

Khusus :

Topik : Mengenal Tanda Sakit
Sasaran : ibu bayi dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 1x50menit

Tujuan : Ibu memahami pentingnya tanda sakit pada bayi 0-6 bulan dan mampu melakukannya.

Pokok-pokok pengajaran :

lingkup mengenal tanda sakit pada bayi 0-6 bulan
tujuan mengenal tanda sakit pada bayi 0-6 bulan
manfaat mengenal tanda sakit pada bayi 0-6 bulan
cara mengenal tanda sakit pada bayi 0-6 bulan
bahaya kegagalan mengenal tanda sakit pada bayi 0-6 bulan

Prosedur pengajaran :

IV. Tugas pendamping :

6. mempersiapkan alat-alat yang diperlukan untuk pengajaran
7. sebagai fasilitator :
 - a. menciptakan suasana pendampingan cocok untuk mulai pengajaran
 - b. menciptakan suasana diskusi menjadi aktif

V. Kegiatan ibu bayi 0-6 bulan:

1. membaca petunjuk untuk ibu
2. memahami tujuan pengajaran
3. membaca dengan cermat teks pada modul
4. melakukan tugas pada lembar kerja

VI. Sumber :

1. Depkes. Butuh Upaya Kuat Selamatkan Balita dari Kematian
<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=2274&Itemid>
2. WHO. 2005. Make Every Mother And Child Count.
<http://www.ui.ac.id/indonesia/main.php?hlm=berita&id=2005-04-07+16%3A14%3A09>

3. WHO. 2006. Caring for Your Child. www.mahealthcare.com/pedsch2.htm
4. _____. 2008. Diare. <http://www.sehatgroup.web.id/artikel/1449.asp?FNM=1449>
5. IDAI. 2008. Diare. <http://idai.or.id>

Materi :

Bayi berumur 0-6 bulan belum dapat mengeluh bila sakit, oleh karena itu pengasuh harus mampu mengenali gejala atau tanda dini bayi sakit agar ibu dapat segera melakukan penanganan awal sehingga penyakit tidak menjadi parah. Pada dasarnya bayi yang sehat memiliki ciri khas aktif, selalu bergerak, dan menyusu dengan baik. Sebaliknya bila bayi tidak aktif, rewel, menangis terus menerus dan tidak bisa di diamkan menandakan bayi sakit.

Secara umum, bayi dicurigai sakit jika terdapat perubahan tingkah laku dari yang biasanya, terutama jika disertai dengan gejala lain, seperti demam, tidak mau menyusu, minum, muntah, sesak, batuk, pilek, kejang, gangguan kencing (kencing menetes, kencing merah, menangis saat kencing), sembab di mata atau tungkai, kelainan kulit (kemerahan), lebam dan sebagainya. Apabila bayi demam kurang dari 40 derajat C, batuk, pilek, dan diare, kesakitan ini adalah ringan dan bisa ditangani ibu sebagai pengasuh. Gejala selebihnya adalah berat dan langsung di bawa ke dokter. Demam adalah tanda infeksi yang sering dijumpai pada bayi. Penyakit infeksi sering dikenal dengan penyakit radang, seperti radang tenggorok, telinga, gigi, mulut, tali pusat dan sebagainya.

Ada lima tanda radang yaitu bengkak, panas saat diraba atau panas seluruh badan, sakit saat disentuh atau saat menelan, terlihat berwarna merah dan terganggu fungsi gerakanya atau tersumbat hidungnya atau nafsu makan menurun atau kurang pendengaran. Bila tubuh terkena radang atau infeksi, tubuh akan mencoba menyembuhkan sendiri dengan melawan bakteri atau kuman penyebab radang melalui pembuatan zat kebal. Tanda tubuh bisa menang adalah tubuh berangsur sehat sebaliknya bila tubuh kalah maka penyakit yang semula ringan lama-lama menjadi berat dan parah. Pada bayi, radang tali pusat bisa terjadi dengan tanda pangkal tali pusat dan daerah sekitarnya berwarna merah, keluar cairan yang berbau, ada darah yang keluar terus- menerus, dan bayi demam tanpa sebab yang jelas.

Alat pengukur suhu atau Termometer sangat dianjurkan untuk dimiliki ibu bayi dan balita. Demam menunjukkan gejala suatu penyakit seperti karena batuk, pilek, radang tenggorokan, diare, infeksi lain pada saluran pencernaan, dan infeksi saluran pernafasan. Sebagian besar orang tua cepat panik jika anaknya mengalami demam thermometer dapat membantu ibu mengetahui seberapa tinggi suhu anak.

Beragam termometer yang kini ada, thermometer digital adalah terbaik untuk bayi. Thermometer ini bisa diletakkan di ketiak, mulut, rectal (dubur), dan telinga. Thermometer Ketiak paling sering dilakukan, namun tidak setepat pengukuran di mulut atau rektal. Temperatur yang terukur akan menghasilkan nilai 10 C lebih rendah dan cara pengukuran yang baik juga memerlukan waktu cukup lama yaitu sekitar 10 menit.

Termometer mulut tidak digunakan untuk bayi dan anak yang masih kecil, terlebih bila menggunakan termometer air raksa. Termometer rektal merupakan alat yang sangat baik dalam pengukur suhu tubuh, hanya saja mungkin kurang menyenangkan. Bayi sebaiknya diukur dengan cara ini mengingat ketepatannya yang lebih tinggi. Aktifkan

termometer digital dan lumasi ujungnya dengan jelly. Baringkan terlentang bayi dan angkat pahanya, lalu masukkan thermometer digital ke dalam dubur sedalam 1,3 cm sampai 2,5 cm. Tahan thermometer hingga thermometer sudah memberikan kode (biasanya nada) yang menandakan pengukuran sudah selesai. Cabut thermometer dan lihat angkanya. Thermometer telinga merupakan cara yang cukup canggih di mana yang diukur adalah suhu gendang telinga. Thermometer telinga tidak dianjurkan pemakaiannya pada anak yang berusia kurang dari 3 tahun.

Penyakit infeksi yang banyak diderita bayi adalah diare, dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA). Penyakit ini tergolong penyakit ringan dan bila tidak segera dikenali dan ditangani sementara daya tahan tubuh menurun maka penyakit segera dapat berlanjut menjadi parah seperti kekurangan cairan (dehidrasi), radang otak dan pneumoni yang pada akhirnya dapat menyebabkan kematian bayi. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, kelompok umur balita adalah kelompok yang paling tinggi menderita diare dimana insiden diare pada bayi sebesar 7%. Angka ini melebihi kejadian diare di Indonesia. Angka kejadian pneumoni pada bayi sebesar 13,6 % dan kejadiannya meningkat dari tahun 2007. Jawa Timur memiliki kejadian ISPA tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 28,3%. Pada bayi kejadian ISPA berkisar 13,6%.

DIARE

Warna tinja yang normal adalah kuning kehijauan, tetapi dapat bervariasi tergantung dari makanan yang dikonsumsi anak. Yang perlu diperhatikan adalah bila tinja berwarna merah (mungkin darah) atau hitam (mungkin darah lama/beku) atau putih seperti dempul (pada penyakit hati).

Pada umumnya Anak buang air besar 3 kali sehari dan sejarang-jarangnya sekali tiap tiga hari. Bentuk tinja tergantung pada kandungan air dalam tinja. Pada keadaan normal, tinja berbentuk seperti pisang. Dilihat dari kandungan airnya bentuk tinja bervariasi mulai dari 'cair' (kadar airnya paling tinggi biasanya terjadi pada diare), 'berbentuk' (tinja normal, seperti pisang) dan 'keras' (kandungan air sedikit seperti pada keadaan sembelit).

Pada bayi berusia 0-2 bulan, apalagi yang minum ASI, frekuensi buang air besarnya lebih sering lagi, yaitu bisa 8-10 kali sehari dengan tinja yang lebih encer, berbuih dan berbau asam. Selama berat badan bayi meningkat normal, hal tersebut tidak tergolong diare akibat belum sempurnanya perkembangan saluran cerna.

Anak dinyatakan menderita diare bila buang air besarnya lebih encer dan lebih sering dari biasanya. Tinja diare dapat mengandung lendir dan darah., tergantung pada penyebabnya. Gejala ikutan lainnya adalah demam dan muntah. Kadangkala gejala muntah dan demam mendahului mencretnya. Diare disebut juga muntahber (muntah berak), muntah menceret atau muntah bocor.

Karena terjadinya mencret dan muntah yang terus menerus, pada awalnya anak akan merasa haus karena terjadi kekurangan cairan tubuh (dehidrasi) ringan. Bila tidak ditolong, dehidrasi bertambah berat dan timbulah gejala-gejala seperti; anak tampak cengeng, gelisah dan bisa tidak sadar diri pada dehidrasi berat. Mata tampak cekung, ubun-ubun cekung (pada bayi), bibir dan lidah kering, tidak tampak air mata walaupun menangis, bila kulit perut dicubit tetap berkerut (turgor berkurang), nadi melemah sampai tidak teraba, tangan dan kaki teraba dingin dan kencing berkurang. Pada keadaan dehidrasi berat, nafas tampak sesak dan dapat terjadi kejang (karena tubuh kekurangan

mineral / elektrolit).

Bila penderita diare banyak sekali kehilangan cairan tubuh maka hal ini dapat menyebabkan kematian, terutama pada bayi dan anak-anak di bawah umur lima tahun, dan dapat mencetuskan gangguan pertumbuhan (kurang gizi) bila tidak diberikan ASI / asupan makanan / gizi yang cukup. Penyebab diare yang terpenting adalah :

- Karena peradangan usus, misalnya : kholera, disentri, bakteri-bakteri lain, virus dsb.
- Karena kekurangan gizi misalnya : kelaparan, kekurangan zat putih telur.
- Karena keracunan makanan.
- Karena tak tahan terhadap makanan tertentu, misalnya : si anak tak tahan [meminum susu](#) formula yang mengandung lemak atau laktosa.

Diare dapat ditularkan melalui tinja yang mengandung kuman penyebab diare. Tinja tersebut dikeluarkan oleh orang sakit atau pembawa kuman yang berak di sembarang tempat. Tinja tadi mencemari lingkungan misalnya tanah, sungai, air sumur. Orang sehat yang menggunakan air sumur atau air sungai yang sudah tercemari, kemudian menderita diare.

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

Berdasarkan Riset kesehatan dasar di Indonesia pada tahun 2013, ISPA disebabkan oleh virus atau bakteri. Penyakit ini diawali dengan panas disertai salah satu atau lebih gejala: tenggorokan sakit atau nyeri telan, pilek, batuk kering atau berdahak. WHO, 1986, ISPA merupakan sekelompok penyakit yang disebabkan oleh berbagai penyebab dan dapat mengenai setiap lokasi di sepanjang saluran nafas. ISPA merupakan salah satu penyebab utama dari tingginya angka kematian dan angka kesakitan pada balita dan bayi di Indonesia. Dalam bidang kesehatan, penyakit tersebut mendapat prioritas tinggi. (Depkes, 1998).

ISPA adalah suatu tanda dan gejala yang berlangsung tidak lebih dari 14 hari akibat infeksi yang terjadi di setiap bagian saluran pernafasan. Sebagian besar dari infeksi saluran pernafasan hanya bersifat ringan seperti batuk pilek, namun demikian anak akan menderita infeksi saluran pernafasan yang lebih parah bila infeksi batuk pilek ini tidak diobati dengan segera dan dapat mengakibatkan kematian.

Berbagai laporan menyatakan bahwa ISPA anak merupakan penyakit yang paling sering pada anak, mencapai kira-kira 50% dari semua penyakit balita. Kejadian ISPA pada balita lebih sering terjadi di daerah perkotaan dibandingkan pada balita di daerah pedesaan. Seorang anak yang tinggal di daerah perkotaan akan mengalami ISPA sebanyak 5-8 episode setahun (WHO, 1992).

Umumnya infeksi biasanya mengenai saluran nafas bagian atas, hanya kurang dari 5% yang mengenai saluran pernafasan bawah. ISPA merupakan penyakit yang utama dari layanan rawat jalan meliputi 25-40% balita yang berobat, dan ISPA pula yang merupakan penyebab rawat inap balita di rumah sakit sekitar 30-35% dari seluruh balita yang dirawat inap. Menurut survei kesehatan rumah tangga (1990) ISPA merupakan penyakit yang menyebabkan kematian nomor dua setelah diare, tetapi terjadinya perubahan proporsi kematian pada SKRT 1986 dan 1992, ISPA merupakan penyebab utama kematian pada bayi dan nomor dua pada balita .

ISPA dapat ditularkan melalui air ludah, darah, bersin, udara pernafasan yang mengandung kuman yang terhirup oleh orang sehat kesaluran pernapasannya. Mayoritas

penyebab dari ISPA adalah oleh virus, dengan frekuensi lebih dari 90% untuk ISPA bagian atas, sedangkan untuk ISPA bagian bawah frekuensinya lebih kecil (WHO, 1984).

Pada umumnya suatu penyakit saluran pernapasan dimulai dengan keluhan dan gejala yang ringan. Pada perjalanan penyakitnya gejala memberat dan dapat jatuh dalam keadaan kegagalan pernapasan dan mungkin meninggal. Seorang anak dinyatakan menderita ISPA ringan jika ditemukan gejala sebagai berikut :

- a). Batuk.
- b). Serak, yaitu anak bersuara parau pada waktu mengeluarkan suara (misalnya pada waktu berbicara atau menangis).
- c). Pilek yaitu mengeluarkan lendir atau ingus dari hidung.
- d). Panas atau demam, suhu badan lebih dari 37⁰C atau jika dahi anak diraba dengan punggung tangan terasa panas.

Beberapa faktor mempengaruhi tingginya kematian dan kesakitan ISPA serta berat ringannya penyakit, yang dikenal sebagai faktor risiko.

1. Faktor inang (diri manusia)

a. berat badan lahir

Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) berisiko lebih besar untuk sakit ISPA karena pembentukan zat kekebalan belum sempurna.

b. Usia

Kebanyakan infeksi saluran pernafasan yang sering mengenai anak usia dibawah 3 tahun, terutama bayi kurang dari 1 tahun. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak pada usia muda akan lebih sering menderita ISPA daripada usia yang lebih lanjut (Koch *et al*, 2003).

c. Jenis kelamin

Terdapat perbedaan kejadian penyakit ISPA terhadap jenis kelamin, dimana anak perempuan lebih tinggi daripada laki-laki di negara Denmark (Koch *et al*, 2003)

d. Status gizi

Interaksi antara infeksi dan kurang gizi adalah sinergistik, saling mempengaruhi, yang satu merupakan predisposisi yang lainnya (Tupasi, 1985).

e. Status imunisasi

Imunisasi yang lengkap dapat memberikan peranan yang cukup berarti dalam mencegah kejadian ISPA (Koch *et al*, 2003).

f. Pemberian suplemen vitamin A

Pemberian vitamin A pada balita sangat berperan untuk masa pertumbuhannya, daya tahan tubuh dan kesehatan.

g. Pemberian air susu ibu (ASI)

ASI dapat berperan juga sebagai sumber zat anti mikroorganisme yang kuat. ASI dapat memberikan imunisasi pasif melalui penyampaian antibodi dan sel-sel imunokompeten ke permukaan saluran pernafasan atas (William and

Phelan, 1994).

2. Faktor lingkungan

a. Rumah

Rumah kumuh di perkotaan sangat minim akan fasilitas kesehatan.

b. Kepadatan hunian (*crowded*)

Kepadatan hunian seperti luas ruang per orang, jumlah anggota keluarga, dan masyarakat diduga merupakan faktor risiko untuk ISPA. Penelitian oleh Koch *et al* (2003) membuktikan bahwa kepadatan hunian (*crowded*) mempengaruhi secara bermakna prevalensi ISPA berat.

c. Kebiasaan merokok dari anggota keluarga yang merokok. Secara statistik anaknya mempunyai kemungkinan terkena ISPA 2 kali lipat dibandingkan dengan anak dari keluarga yang tidak merokok. Selain itu dari penelitian lain didapat bahwa episode ISPA meningkat 2 kali lipat akibat orang tua merokok (Koch *et al*, 2003)

d. Polusi udara

Adanya ventilasi rumah yang kurang sempurna dan asap tungku di dalam rumah seperti yang terjadi di Negara Zimbabwe akan mempermudah terjadinya ISPA anak (Mishra, 2003).

DEMAM PADA ANAK.

Demam adalah kenaikan suhu tubuh diatas normal oleh karena berbagai penyakit infeksi dan bukan infeksi. Suhu diatas 37.5°C diketiak, dianggap sebagai suhu yang tidak normal, dan dikatakan sebagai demam. Batas suhu yang memerlukan evaluasi lebih lanjut, pada usia 3 bulan sampai 3 tahun adalah 39°C , sedang kurang 3 bulan 38°C . Demam bukan infeksi dapat terjadi pada keadaan setelah berolah raga, penggunaan pakaian berlapis lapis, mandi air panas, atau berada di udara panas dan tumbuh gigi.

Demam bisa bermanfaat sebagai pertahanan tubuh. Demam merupakan bagian dari jawaban tubuh dalam melawan infeksi. Pada keadaan demam pertumbuhan beberapa bakteri merugikan dan virus mengalami gangguan. Demam dibawah suhu 40°C dapat menghambat pertumbuhan bakteri dan virus dapat mengganggu fungsi organ tubuh sehingga dapat meningkatkan angka kematian.

Demam juga merugikan karena menimbulkan rasa tak nyaman dan meningkatkan kebutuhan sistem pernafasan, jantung dan kerusakan otak dengan akibat serangan kejang, karenanya demam perlu disembuhkan.

Rasa tak nyaman, kemungkinan karena dehidrasi (kekurangan cairan tubuh). Ketika mengalami demam, terjadi peningkatan penguapan cairan tubuh sehingga anak bisa kekurangan cairan. Rasa tak nyaman lainnya karena kekurangan oksigen. Saat demam, anak dengan penyakit paru-paru atau penyakit jantung-pembuluh darah bisa mengalami kekurangan oksigen karena gerak paru dan jantung yang lebih cepat.

Demam di atas 42°C bisa menyebabkan kerusakan neurologis (otak dan saraf tepi), meskipun sangat jarang terjadi. Tidak ada bukti penelitian yang menunjukkan terjadinya kerusakan syaraf bila demam di bawah 42°C . Ada 5 Faktor yang mempengaruhi kejang selain oleh karena meningkatnya suhu tubuh, faktor - faktor lain tersebut adalah :

1. Umur

- Kurang lebih 3% dari anak yang berumur di bawah 5 tahun pernah mengalami kejang demam.
- Jarang terjadi pada anak berumur kurang dari 6 bulan atau lebih dari 5 tahun.
- Insiden tertinggi didapatkan pada umur 2 tahun dan menurun setelah berumur 4 tahun.

Hal ini mungkin disebabkan adanya kenaikan dari ambang kejang sesuai dengan bertambahnya umur. Serangan pertama biasanya terjadi dalam 2 tahun pertama dan kemudian menurun dengan bertambahnya umur.

2. Jenis kelamin

Kejang demam lebih sering didapatkan pada anak laki-laki daripada anak perempuan dengan perbandingan 2:1. Hal tersebut mungkin disebabkan oleh karena pada wanita didapatkan kematangan otak yang lebih cepat dibanding laki-laki.

3. Suhu badan

Adanya kenaikan suhu badan merupakan suatu syarat untuk terjadinya kejang demam. Tingginya suhu badan pada saat timbulnya serangan merupakan nilai ambang kejang. Ambang kejang berbeda-beda untuk setiap anak, berkisar antara 38.3°C - 41.4°C .

Adanya perbedaan ambang kejang ini dapat menerangkan mengapa pada seseorang anak baru timbul kejang sesudah suhu meningkat sangat tinggi sedangkan pada anak lainnya kejang sudah timbul walaupun suhu meningkat tidak terlalu tinggi.

4. Faktor keturunan

Faktor keturunan memegang peranan penting untuk terjadinya kejang demam. 25 - 50% daripada pada anak dengan kejang demam mempunyai anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam sekurang-kurangnya sekali.

LEMBARAN KEGIATAN SASARAN

Modul : Pengasuhan Gizi bayi 0-6 bulan
Topik : menganal tanda sakit
Sasaran : ibu bayi dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 1x50menit

PETUNJUK UNTUK SASARAN

Pelajarilah dengan baik bahan ajar ini. Apabila mendapat kesulitan bertanyalah pada pengajar. Kerjakan tugas-tugas pada lembar kerja. Usahakan agar pelajaran ini dapat dipahami dalam waktu 1x50menit

Tujuan :

Ibu bayi memahami pentingnya kesakitan pada bayinya dan mampu melakukan pengenalan tanda dini akan kesakitan bayi

BAHAN AJAR :

PENGENALAN TANDA SAKIT



ciri khas bayi SEHAT :

AKTIF,
SELALU BERGERAK,
MENYUSU DENGAN BAIK

Ciri khas bayi SAKIT :

TIDAK AKTIF,
REWEL,
MENANGIS TERUS -
TIDAK BISA DI DIAMKAN



perubahan tingkah laku + gejala lain :

DEMAM,
TIDAK MAU MENYUSUI,
MUNTAH,
SESAK
BATUK,
PILEK,
KEJANG,

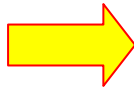
GANGGUAN KENCING (MENETES,
MERAH, MENANGIS SAAT KENCING),

SEMBAB DI MATA / TUNGKAI,

KELAINAN KULIT (KEMERAHAN,
LEBAM)

Sakit RINGAN :

DEMAM $< 40^0$ C,
BATUK,
PILEK,
DIARE



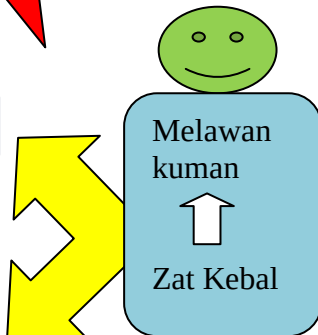
INFEKSI / RADANG

~tenggorok
~telinga

~gigi
~tali pusat ...

SEHAT

SAKIT



TANDA RADANG :

~ bengkak ~ merah ~ sakit
~ panas ~ gangguan fungsi



Thermometer digital rectal (dubur) :

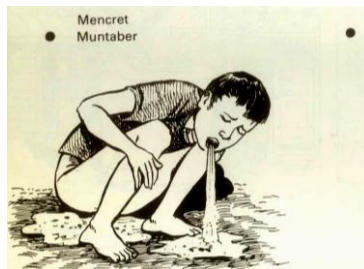
~ nyalakan termometer
~ masukkan dubur sedalam 1,3 - 2,5 cm
~ terdengar nada, baca

RADANG TALI PUSAT



Sekitarnya merah
Keluar cairan BAU
darah ++,
demam

DIARE



- ✚ buang air besarnya lebih encer
- ✚ lebih sering (>3 x/hari)
- ✚ dapat mengandung lendir dan darah
- ✚ demam
- ✚ muntah (muntahber)
- ✚ keluhan : haus (dehidrasi)

Bentuk tinja :

- * 'berbentuk' seperti pisang (**NORMAL**)
- * 'cair' (**SAKIT**)
- * 'keras' (**SAKIT**)

Frekuensi buang air besar secara **NORMAL**:

- ✚ 3 kali sehari
- ✚ sejarang-jarangnya 1 kali / tiga hari.
- ✚ usia 0-2 bulan : 8-10 kali sehari dengan tinja yang lebih encer, berbuih dan berbau asam

Warna tinja :

- ✚ **NORMAL** : kuning kehijauan
- ✚ **SAKIT** :
 - merah (mungkin darah)
 - hitam (mungkin darah lama/beku)
 - putih seperti dempul (pada penyakit hati).

Dehidrasi :

- ✦ Hilangnya cairan dan garam dari tubuh melalui tinja yang encer
- ✦ Jumlah kehilangan cairan banyak
- ✦ Jumlah cairan dan garam yang masuk tubuh berkurang
- ✦ Diperburuk oleh muntah
- ✦ Lebih cepat terjadi pada bayi dan balita
- ✦ Lebih cepat terjadi pada musim panas
- ✦ Lebih cepat terjadi pada penderita demam

Gejala Dehidrasi ringan :

- ✦ Haus

Gejala Dehidrasi Bertambah Berat :

- ✦ anak cengeng,
- ✦ gelisah
- ✦ tidak sadar diri
- ✦ Mata tampak cekung,
- ✦ ubun-ubun cekung (pada bayi),
- ✦ bibir dan lidah kering,
- ✦ tidak tampak air mata walaupun menangis,
- ✦ kulit perut dicubit tetap berkerut (turgor berkurang),
- ✦ denyut nadi melemah sampai tidak teraba,
- ✦ tangan dan kaki teraba dingin
- ✦ kencing berkurang
- ✦ nafas sesak
- ✦ kejang



Mata cekung



Mencubit kulit perut anak untuk melihat turgor



Cubitan kulit perut kembali sangat lambat pada dehidrasi berat



AKIBAT DIARE pada Bayi Dan Balita :

- ✦ KEMATIAN balita >>> karena **DEHIDRASI**
- ✦ KURANG GIZI BALITA >>> karena hilangnya zat gizi yang dikonsumsi

INFEKSI SALURAN PERNAFASAN AKUT (ISPA)



Gejala:

- + Batuk.
- + Serak, yaitu anak bersuara parau
- + Pilek yaitu mengeluarkan lendir atau ingus dari hidung.
- + Panas atau demam, suhu badan lebih dari 37°C atau jika dahi anak diraba dengan punggung tangan terasa panas.
- + Nyeri telan
- + Susah makan

DEMAM PADA ANAK.

suhu tubuh LEBIH dari normal ($\geq 37.7^{\circ}\text{C}$)
perut dan dahi terasa panas

suhu tubuh normal = $36-37^{\circ}\text{C}$
bervariasi → ukur saat anak sehat



mengukur suhu tubuh yang tepat adalah dengan alat TERMOMETER

PENYEBAB :

- + penyakit infeksi
- + bukan infeksi.

Demam bukan infeksi :

1. setelah berolah raga,
2. mandi air panas / berada di udara panas
3. Tumbuh gigi
4. penggunaan pakaian berlapis lapis,

Manfaat :

sebagai PERTAHANAN TUBUH 🏠 jawaban tubuh dalam melawan infeksi.

Kerugian :

mengganggu FUNGSI organ tubuh → angka kematian >>>

menimbulkan rasa tak nyaman :

DEHIDRASI (kekurangan cairan tubuh).

meningkatkan kebutuhan OKSIGEN sistim pernafasan, jantung

KERUSAKAN OTAK dengan akibat serangan kejang

(suhu $\geq 42^{\circ}\text{C}$)

LEMBAR KERJA / TES:

Modul : Pengasuhan Gizi Bayi 0-6 bulan
Topik : mengenal tanda sakit
Sasaran : ibu bayi dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 1x50menit

Petunjuk Cara Mengisi Lembaran Kerja.

5. berilah tanda silang di dalam kotak di depan jawaban yang di pilih
 - 6. pilihan jawaban bisa lebih dari satu**
 7. isilah titik-titik pada isian dengan jawaban yang tepat.
 8. bekerjalah dengan teliti.
-

1. Ibu dapat mengetahui bayinya yang berumur 0-6 bulan bila sakit

- ☐ Ya, melalui gejala sakit bayi
☐ Ya melalui tanda bayi sakit
☐ Tidak karena bayi belum dapat mengeluh bila sakit
☐ Tidak karena ibu bukan tenaga kesehatan

2. Ibu harus mampu mengenali gejala atau tanda dini bayi sakit agar

- ☐ dapat segera melakukan penanganan awal
☐ sakit bayi tidak menjadi parah.
☐ Tidak terlambat membawa ke bidan / dokter
☐ Bayi tetap sehat

3. bayi yang SEHAT memiliki ciri khas berikut.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ aktif, | ☐ Menangis |
| ☐ selalu bergerak, | ☐ Tidur cukup |
| ☐ menyusu dengan baik. | |

4. bayi yang SAKIT memiliki ciri khas berikut.

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| ☐ tenang | ☐ muntah, | ☐ pilek, |
| ☐ rewel | ☐ sesak, | ☐ kejang, |
| ☐ demam | ☐ batuk, | |
| ☐ susah untuk minum ASI | ☐ kulit kemerahan, lebam | |
| ☐ sembab di mata atau tungkai, | | |
| ☐ menangis terus menerus dan tidak bisa di diamkan | | |
| ☐ gangguan kencing (menetes, merah, menangis saat kencing), | | |

5. berikut adalah jenis sakit bayi yang tergolong ringan.

- | | |
|--|--|
| ☐ demam kurang dari 38 derajat C, | ☐ gangguan kencing (menetes, merah, |
| ☐ batuk, | ☐ menangis saat kencing), |
| ☐ pilek, | ☐ sembab di mata atau tungkai, |
| ☐ diare, | ☐ kulit kemerahan, lebam |
| ☐ kejang | |

6. apabila bayi menderita sakit ringan maka

- ☐ harus segera di bawa ke dokter / bidan
- ☐ bisa ditangani ibu
- ☐ tidak perlu ditangani
- ☐ kesakitan ringan pada bayi bisa sembuh sendiri

7. Apa yang ibu rasakan bila bayi ibu sakit ringan?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
kurang senang Biasa sedih sedih sekali

8. Apa yang ibu pikirkan bila bayi ibu demam?

- | | |
|--|---|
| ☐ Bayi sakit terkena infeksi / radang | ☐ Ada radang di tenggoroknya |
| ☐ Bayi kurang minum ASI | ☐ Bayi diare |
| ☐ Bayi terbungkus selimut tebal | ☐ Bayi batuk pilek |
| ☐ Bayi menjadi pintar | ☐ Cuaca panas |
| ☐ Bayi telah mendapat imunisasi | ☐ Bayi banyak bergerak |
| ☐ Ada radang di tali pusarnya | ☐ Bayi tumbuh gigi |

9. Bagaimana caranya ibu mengetahui bahwa bayi ibu demam?

- | | |
|---|--|
| ☐ Meraba perut anak | ☐ Mengukur dengan termometer di dubur |
| ☐ Meraba dahi anak | ☐ Mengukur dengan termometer di dahi |
| ☐ Meraba tangan dan kaki anak | ☐ Mengukur dengan termometer di bawah |
| ☐ Mengukur dengan termometer di ketiak | lidah |

10. Jelaskan cara mengukur suhu tubuh bayi dengan termometer digital yang di masukkan dalam dubur bayi.

.....

11. Apa tanda tanda radang atau infeksi?

- | | |
|--|---|
| ☐ bengkak, | ☐ sakit saat disentuh atau saat menelan, |
| ☐ panas saat diraba atau panas seluruh badan, | ☐ kulit terlihat berwarna merah |
| ☐ tergangguan fungsi gerakanya atau tersumbat hidungnya atau nafsu makan menurun atau kurang pendengaran. | |

12. Bagaimana tubuh bayi melawan kuman penyebab radang? Jelaskan!

.....
.....

13. Tanda-tanda tali pusar bayi meradang adalah :

- | | |
|--|--|
| ☐ daerah sekitar tali pusar berwarna merah, | ☐ ada darah yang keluar terus- menerus, |
| ☐ keluar cairan yang berbau, | ☐ bayi demam |

14. Warna tinja manusia yang normal adalah :

- | | |
|---|---|
| ☐ Kuning kehijauan | ☐ Hitam |
| ☐ Merah | ☐ Putih seperti dempul |

15. Frekuensi buang air besar yang normal adalah :

- | | |
|---|--|
| ☐ 3 kali sehari | ☐ Usia 0-2 bulan : 8-10 kali sehari. |
| ☐ Sejarang-jarangnya 1 kali / tiga hari. | ☐ Usia di bawah 5 tahun : 4 kali sehari |

16. Bentuk tinja yang normal adalah :

- | | |
|--|---|
| ☐ 'Berbentuk' seperti pisang. | ☐ 'keras' |
| ☐ 'cair' | ☐ Usia 0-2 bulan tinja lebih encer |

17. Yang disebut Diare adalah :

- | | |
|--|--|
| ☐ Buang air besarnya lebih encer | ☐ Demam |
| ☐ Buang air besarnya lebih sering | ☐ Muntah (muntahber) |
| ☐ Tinja dapat mengandung lendir dan darah | ☐ Mengeluh haus (dehidrasi) |

18. Gejala Dehidrasi ringan adalah:

- | | |
|---|--|
| ☐ Anak cengeng, | ☐ Mata tampak cekung, |
| ☐ Gelisah | ☐ Mengeluh haus |
| ☐ Tidak sadar diri | |

19. Gejala Dehidrasi Bertambah Berat adalah:

- | | |
|---|---|
| ☐ Anak cengeng, | ☐ Kulit perut dicubit tetap berkerut |
| ☐ Gelisah | (turgor berkurang), |
| ☐ Tidak sadar diri | ☐ Denyut nadi melemah sampai |
| ☐ Mata tampak cekung, | tidak teraba, |
| ☐ Ubun-ubun cekung (pada bayi), | ☐ Tangan dan kaki teraba dingin |
| ☐ Bibir dan lidah kering, | ☐ Kencing berkurang |
| ☐ Tidak tampak air mata walaupun | ☐ Nafas sesak |
| menangis, | ☐ Kejang |

20. Akibat Bayi Dan Balita menderita diare adalah :

- | | |
|--|--|
| ☐ Kematian >>> | ☐ Enteng-entengi |
| ☐ Kurang gizi >>> | ☐ Anak makin pintar |

21. Yang dimaksud Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) adalah :

- | | |
|--|---|
| ☐ Disebabkan virus | ☐ Sebagian besar bersifat ringan seperti |
| ☐ Penyebab utama tingginya angka kematian | ☐ batuk pilek |
| ☐ Banyak pada balita dan bayi | ☐ Lebih sering terjadi di daerah perkotaan |
| ☐ Berlangsung tidak lebih dari 14 hari | ☐ Ditularkan melalui air ludah, darah, bersin, |
| | ☐ udara pernapasan yang terhirup |

22. Gejala ISPA adalah:

- | | |
|---|--|
| ☐ Batuk. | ☐ Suhu badan lebih dari 37 ⁰ C |
| ☐ Pilek | ☐ Dahi anak panas |
| ☐ Panas atau demam | ☐ Mencret |
| ☐ Serak (anak bersuara parau) | ☐ Muntah |

23. Apa yang ibu rasakan bila bayi ibu diare?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
kurang senang Biasa sedih sedih sekali

24. Apa yang ibu rasakan bila pusar bayi ibu meradang?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
kurang senang Biasa sedih sedih sekali

25. Apa yang ibu rasakan bila bayi ibu demam?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
kurang senang Biasa sedih sedih sekali

26. Apa yang ibu rasakan bila bayi ibu sakit batuk dan pilek?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
kurang senang Biasa sedih sedih sekali

PETUNJUK UNTUK PEMBERDAYA

Modul : Pengasuhan Gizi bayi 0-6
Topik : merawat bayi sakit
Sasaran : ibu bayi dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 1x50menit

Umum :

Modul ini adalah modul pemberdayaan ibu dalam pengasuhan bayi 0-6 bulan sebagai salah satu upaya penanggulangan dini kesakitan bayinya. Untuk mempelajari modul ini ibu harus sudah pernah dan akan selalu mengasuh bayinya.

Khusus :

Topik : merawat bayi sakit
Sasaran : ibu bayi dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 1x50menit

Tujuan : Ibu memahami pentingnya menanggulangi secara dini kesakitan bayinya yang berumur 0-6 bulan dan mampu melakukannya.

Pokok-pokok pengajaran :

Lingkup : mengenal penanggulangan secara dini kesakitan bayinya yang berumur 0-6 bulan
tujuan : mampu menanggulangi secara dini kesakitan bayinya yang berumur 0-6 bulan
manfaat : mengenal penanggulangan secara dini kesakitan bayinya yang berumur 0-6 bulan
bahaya kegagalan mengenal penanggulangan secara dini kesakitan bayinya yang berumur 0-6 bulan

Prosedur pengajaran :

VII. Tugas pendamping :

8. mempersiapkan alat-alat yang diperlukan untuk pengajaran
9. sebagai fasilitator :
 - a. menciptakan suasana pendampingan cocok untuk mulai pengajaran
 - b. menciptakan suasana diskusi menjadi aktif

VIII. Kegiatan ibu bayi 0-6 bulan:

1. membaca petunjuk untuk ibu
2. memahami tujuan pengajaran
3. membaca dengan cermat teks pada modul
4. melakukan tugas pada lembar kerja

IX. Sumber :

1. Depkes. Butuh Upaya Kuat Selamatkan Balita dari Kematian
<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=2274&Itemid>
2. IDAI. 2006. *Jadwal Imunisasi - Rekomendasi IDAI 2004*.
<http://shinecg.multiply.com/journal/item/19>

3. WHO. 2005. Make Every Mother And Child Count.
<http://www.ui.ac.id/indonesia/main.php?hlm=berita&id=2005-04-07+16%3A14%3A09>
4. WHO. 2006. Caring for Your Child. www.mahealthcare.com/pedsch2.htm
5. Nine Pondoh. 2008. [Pengertian dan Penanganan Demam](#).
<http://www.benih.net/lifestyle/kesehatan/gejala-demam-pada-anak-balita-part-1.html#more-225>
6. _____. 2008. Diare. <http://www.sehatgroup.web.id/artikel/1449.asp?FNM=1449>
7. IDAI. 2008. Diare. <http://idai.or.id>
8. Rahman 2009 [Tanda Bahaya dan Pengobatan ISPA](#)

Materi :

Bayi berumur 0-6 bulan belum dapat mengeluh bila sakit, oleh karena itu pengasuh harus mampu mengenali gejala atau tanda dini bayi sakit agar ibu dapat segera melakukan penanganan awal sehingga penyakit tidak menjadi parah. Pada dasarnya bayi yang sehat memiliki ciri khas aktif, selalu bergerak, dan menyusu dengan baik. Sebaliknya bila bayi tidak aktif, rewel, menangis terus menerus dan tidak bisa di diamkan menandakan bayi sakit.

Secara umum, bayi dicurigai sakit jika terdapat perubahan tingkah laku dari yang biasanya, terutama jika disertai dengan gejala lain, seperti demam, tidak mau menyusu, minum, muntah, sesak, batuk, pilek, kejang, gangguan kencing (kencing menetes, kencing merah, menangis saat kencing), sembab di mata atau tungkai, kelainan kulit (kemerahan), lebam dan sebagainya. Apabila bayi demam kurang dari 40 derajat C, batuk, pilek, dan diare, kesakitan ini adalah ringan dan bisa ditangani ibu sebagai pengasuh. Gejala selebihnya adalah berat dan langsung di bawa ke dokter. Demam adalah tanda infeksi yang sering dijumpai pada bayi. Penyakit infeksi sering dikenal dengan penyakit radang, seperti radang tenggorok, telinga, gigi, mulut, tali pusat dan sebagainya.

Ada lima tanda radang yaitu bengkak, panas saat diraba atau panas seluruh badan, sakit saat disentuh atau saat menelan, terlihat berwarna merah dan terganggu fungsi gerakanya atau tersumbat hidungnya atau nafsu makan menurun atau kurang pendengaran. Bila tubuh terkena radang atau infeksi, tubuh akan mencoba menyembuhkan sendiri dengan melawan bakteri atau kuman penyebab radang melalui pembuatan zat kebal. Tanda tubuh bisa menang adalah tubuh berangsur sehat sebaliknya bila tubuh kalah maka penyakit yang semula ringan lama-lama menjadi berat dan parah. Pada bayi, radang tali pusat bisa terjadi dengan tanda pangkal tali pusat dan daerah sekitarnya berwarna merah, keluar cairan yang berbau, ada darah yang keluar terus- menerus, dan bayi demam tanpa sebab yang jelas.

Penyakit infeksi yang banyak diderita bayi adalah diare, dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA). Penyakit ini tergolong penyakit ringan dan bila tidak segera dikenali dan ditangani sementara daya tahan tubuh menurun maka penyakit segera dapat berlanjut menjadi parah seperti kekurangan cairan (dehidrasi), radang otak dan pneumoni yang pada akhirnya dapat menyebabkan kematian bayi. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, kelompok umur balita adalah kelompok yang paling tinggi menderita diare dimana insiden diare pada bayi sebesar 7%. Angka ini melebihi kejadian diare di Indonesia. Angka kejadian pneumoni pada bayi sebesar 13,6 % dan kejadiannya meningkat dari tahun 2007. Jawa Timur memiliki kejadian ISPA tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 28,3%. Pada bayi kejadian ISPA berkisar 13,6%.

DIARE

Warna tinja yang normal adalah kuning kehijauan, tetapi dapat bervariasi tergantung dari makanan yang dikonsumsi anak. Yang perlu diperhatikan adalah bila tinja berwarna merah (mungkin darah) atau hitam (mungkin darah lama/beku) atau putih seperti dempul (pada penyakit hati).

Pada umumnya Anak buang air besar 3 kali sehari dan sejarang-jarangnya sekali tiap tiga hari. Bentuk tinja tergantung pada kandungan air dalam tinja. Pada keadaan normal, tinja berbentuk seperti pisang. Dilihat dari kandungan airnya bentuk tinja bervariasi mulai dari 'cair' (kadar airnya paling tinggi biasanya terjadi pada diare), 'berbentuk' (tinja normal, seperti pisang) dan 'keras' (kandungan air sedikit seperti pada keadaan sembelit).

Pada bayi berusia 0-2 bulan, apalagi yang minum ASI, frekuensi buang air besarnya lebih sering lagi, yaitu bisa 8-10 kali sehari dengan tinja yang lebih encer, berbuih dan berbau asam. Selama berat badan bayi meningkat normal, hal tersebut tidak tergolong diare akibat belum sempurnanya perkembangan saluran cerna.

Anak dinyatakan menderita diare bila buang air besarnya lebih encer dan lebih sering dari biasanya. Tinja diare dapat mengandung lendir dan darah, tergantung pada penyebabnya. Gejala ikutan lainnya adalah demam dan muntah. Kadangkala gejala muntah dan demam mendahului mencretnya. Diare disebut juga muntahber (muntah berak), muntah menceret atau muntah bocor.

Karena terjadinya mencret dan muntah yang terus menerus, pada awalnya anak akan merasa haus karena terjadi kekurangan cairan tubuh (dehidrasi) ringan. Bila tidak ditolong, dehidrasi bertambah berat dan timbulah gejala-gejala seperti; anak tampak cengeng, gelisah dan bisa tidak sadar diri pada dehidrasi berat. Mata tampak cekung, ubun-ubun cekung (pada bayi), bibir dan lidah kering, tidak tampak air mata walaupun menangis, bila kulit perut dicubit tetap berkerut (turgor berkurang), nadi melemah sampai tidak teraba, tangan dan kaki teraba dingin dan kencing berkurang. Pada keadaan dehidrasi berat, nafas tampak sesak dan dapat terjadi kejang (karena tubuh kekurangan mineral / elektrolit).

Bila penderita diare banyak sekali kehilangan cairan tubuh maka hal ini dapat menyebabkan kematian, terutama pada bayi dan anak-anak di bawah umur lima tahun, dan dapat mencetuskan gangguan pertumbuhan (kurang gizi) bila tidak diberikan asupan makanan / gizi yang cukup. Penyebab diare yang terpenting adalah :

- Karena peradangan usus, misalnya : kholera, disentri, bakteri-bakteri lain, virus dsb.
- Karena kekurangan gizi misalnya : kelaparan, kekurangan zat putih telur.
- Karena keracunan makanan.
- Karena tak tahan terhadap makanan tertentu, misalnya : si anak tak tahan [meminum susu](#) yang mengandung lemak atau laktosa.

Diare dapat ditularkan melalui tinja yang mengandung kuman penyebab diare. Tinja tersebut dikeluarkan oleh orang sakit atau pembawa kuman yang berak di sembarang tempat. Tinja tadi mencemari lingkungan misalnya tanah, sungai, air sumur. Orang sehat yang menggunakan air sumur atau air sungai yang sudah tercemari, kemudian menderita diare.

Sebagian besar Diare pada anak akan sembuh sendiri asalkan dicegah terjadinya dehidrasi yang merupakan penyebab kematian. Minum garam ORALIT dapat mencegah terjadinya kekurangan cairan tubuh sebagai akibat diare. Minumkanlah cairan oralit sebanyak mungkin penderita mau. Satu bungkus kecil oralit dilarutkan ke dalam 1 gelas air masak (200

cc) Kalau oralit tidak ada dapat membuat LARUTAN GARAM GULA. Ambillah air teh (masak) 1 gelas. Masukkan dua sendok teh peres gula pasir, dan seujung sendok teh garam dapur. Diaduk rata dan diberikan kepada penderita sebanyak mungkin ia mau minum.

Pemberian makanan seperti yang diberikan sebelum sakit harus terus dilanjutkan termasuk pemberian ASI. Gizi yang kurang dapat dicegah dengan pemberian makanan yang cukup selama berlangsungnya diare. Bila diare tak berhenti dalam sehari atau penderita lemas sekali, muntah terus menerus sehingga pemberian oralit tidak bisa dilakukan dan bila dijumpai tanda-tanda dehidrasi pada anak seperti mata cekung, turgor kurang, tangan dan kaki dingin, tidak sadar, maka bawalah segera ke Puskesmas.

Diare dapat dicegah dengan berak di kakus, tidak di kali, selokan, halaman atau sembarang tempat. Cuci tangan sebelum makan, dan sesudah buang air besar. Minum air dan makanan yang sudah dimasak. Berikan ASI selama 2 tahun, di samping makanan lainnya sesuai umur. Bayi yang minum susu botol lebih mudah diserang diare dari pada bayi yang disusui ibunya. Tetaplah [anak disusui](#) walaupun anak menderita diare.

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

Berdasarkan Riset kesehatan dasar di Indonesia pada tahun 2013, ISPA disebabkan oleh virus atau bakteri. Penyakit ini diawali dengan panas disertai salah satu atau lebih gejala: tenggorokan sakit atau nyeri telan, pilek, batuk kering atau berdahak. WHO, 1986, ISPA merupakan sekelompok penyakit yang disebabkan oleh berbagai penyebab dan dapat mengenai setiap lokasi di sepanjang saluran nafas. ISPA merupakan salah satu penyebab utama dari tingginya angka kematian dan angka kesakitan pada balita dan bayi di Indonesia. Dalam bidang kesehatan, penyakit tersebut mendapat prioritas tinggi. (Depkes, 1998).

ISPA adalah suatu tanda dan gejala yang berlangsung tidak lebih dari 14 hari akibat infeksi yang terjadi di setiap bagian saluran pernafasan. Sebagian besar dari infeksi saluran pernafasan hanya bersifat ringan seperti batuk pilek, namun demikian anak akan menderita infeksi saluran pernafasan yang lebih parah bila infeksi batuk pilek ini tidak diobati dengan segera dan dapat mengakibatkan kematian.

Berbagai laporan menyatakan bahwa ISPA anak merupakan penyakit yang paling sering pada anak, mencapai kira-kira 50% dari semua penyakit balita. Kejadian ISPA pada balita lebih sering terjadi di daerah perkotaan dibandingkan pada balita di daerah pedesaan. Seorang anak yang tinggal di daerah perkotaan akan mengalami ISPA sebanyak 5-8 episode setahun (WHO, 1992).

Umumnya infeksi biasanya mengenai saluran nafas bagian atas, hanya kurang dari 5% yang mengenai saluran pernafasan bawah. ISPA merupakan penyakit yang utama dari layanan rawat jalan meliputi 25-40% balita yang berobat, dan ISPA pula yang merupakan penyebab rawat inap balita di rumah sakit sekitar 30-35% dari seluruh balita yang dirawat inap. Menurut survei kesehatan rumah tangga (1990) ISPA merupakan penyakit yang menyebabkan kematian nomor dua setelah diare, tetapi terjadinya perubahan proporsi kematian pada SKRT 1986 dan 1992, ISPA merupakan penyebab utama kematian pada bayi dan nomor dua pada balita.

ISPA dapat ditularkan melalui air ludah, darah, bersin, udara pernapasan yang mengandung kuman yang terhirup oleh orang sehat ke saluran pernapasannya. Mayoritas penyebab dari ISPA adalah oleh virus, dengan frekuensi lebih dari 90% untuk ISPA bagian atas, sedangkan untuk ISPA bagian bawah frekuensinya lebih kecil (WHO, 1984).

Pada umumnya suatu penyakit saluran pernapasan dimulai dengan keluhan dan gejala yang ringan. Pada perjalanan penyakitnya gejala memberat dan dapat jatuh dalam keadaan kegagalan pernapasan dan mungkin meninggal. Seorang anak dinyatakan menderita ISPA ringan jika ditemukan gejala sebagai berikut :

- a). Batuk.
- b). Serak, yaitu anak bersuara parau pada waktu mengeluarkan suara (misalnya pada waktu berbicara atau menangis).
- c). Pilek yaitu mengeluarkan lendir atau ingus dari hidung.
- d). Panas atau demam, suhu badan lebih dari 37°C atau jika dahi anak diraba dengan punggung tangan terasa panas.

Beberapa faktor mempengaruhi tingginya kematian dan kesakitan ISPA serta berat ringannya penyakit, yang dikenal sebagai faktor risiko.

1. Faktor inang (diri manusia)

h. berat badan lahir

Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) berisiko lebih besar untuk sakit ISPA karena pembentukan zat kekebalan belum sempurna.

i. Usia

Kebanyakan infeksi saluran pernafasan yang sering mengenai anak usia dibawah 3 tahun, terutama bayi kurang dari 1 tahun. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak pada usia muda akan lebih sering menderita ISPA daripada usia yang lebih lanjut (Koch *et al*, 2003).

j. Jenis kelamin

Terdapat perbedaan kejadian penyakit ISPA terhadap jenis kelamin, dimana anak perempuan lebih tinggi daripada laki-laki di negara Denmark (Koch *et al*, 2003)

k. Status gizi

Interaksi antara infeksi dan kurang gizi adalah sinergistik, saling mempengaruhi, yang satu merupakan predisposisi yang lainnya (Tupasi, 1985).

l. Status imunisasi

Imunisasi yang lengkap dapat memberikan peranan yang cukup berarti dalam mencegah kejadian ISPA (Koch *et al*, 2003).

m. Pemberian suplemen vitamin A

Pemberian vitamin A pada balita sangat berperan untuk masa pertumbuhannya, daya tahan tubuh dan kesehatan.

n. Pemberian air susu ibu (ASI)

ASI dapat berperan juga sebagai sumber zat anti mikroorganisme yang kuat. ASI dapat memberikan imunisasi pasif melalui penyampaian antibodi dan sel-sel imunokompeten ke permukaan saluran pernafasan atas (William and Phelan, 1994).

2. Faktor lingkungan

e. Rumah

Rumah kumuh di perkotaan sangat minim akan fasilitas kesehatan.

f. Kepadatan hunian (*crowded*)

Kepadatan hunian seperti luas ruang per orang, jumlah anggota keluarga, dan masyarakat diduga merupakan faktor risiko untuk ISPA. Penelitian oleh Koch *et al* (2003) membuktikan bahwa kepadatan hunian (*crowded*) mempengaruhi secara bermakna prevalensi ISPA berat.

g. Kebiasaan merokok dari anggota keluarga yang merokok. Secara statistik anaknya mempunyai kemungkinan terkena ISPA 2 kali lipat dibandingkan dengan anak dari keluarga yang tidak merokok. Selain itu dari penelitian lain didapat bahwa episode ISPA meningkat 2 kali lipat akibat orang tua merokok (Koch *et al*, 2003)

h. Polusi udara

Adanya ventilasi rumah yang kurang sempurna dan asap tungku di dalam rumah seperti yang terjadi di Negara Zimbabwe akan mempermudah terjadinya ISPA anak (Mishra, 2003).

Jika anak menderita ISPA ringan maka perawatan cukup dilakukan di rumah. Di rumah dapat diberi obat penurun panas yang dijual bebas di toko atau Apotik tetapi jika dalam dua hari gejala belum hilang, anak harus segera di bawa ke dokter atau Puskesmas terdekat.

Keadaan gizi dan keadaan lingkungan merupakan hal yang penting bagi pencegahan ISPA. Beberapa hal yang perlu dilakukan untuk mencegah ISPA adalah:

- 1). Mengusahakan agar anak mempunyai gizi yang baik dan sebaiknya orang tua tidak memberikan makanan yang dapat merangsang rasa sakit pada tenggorokan
- 2). Menjaga kebersihan perorangan dan lingkungan
- 3). Mengusahakan kekebalan anak dengan imunisasi
- 4). Pengobatan segera

DEMAM PADA ANAK.

Demam adalah kenaikan suhu tubuh diatas normal oleh karena berbagai penyakit infeksi dan bukan infeksi. Suhu diatas 37.5°C diketiak, dianggap sebagai suhu yang tidak normal, dan dikatakan sebagai demam. Batas suhu yang memerlukan evaluasi lebih lanjut, pada usia 3 bulan sampai 3 tahun adalah 39°C , sedang kurang 3 bulan 38°C . Demam bukan infeksi dapat terjadi pada keadaan setelah berolah raga, penggunaan pakaian berlapis lapis, mandi air panas, atau berada di udara panas dan tumbuh gigi.

Demam bisa bermanfaat sebagai pertahanan tubuh. Demam merupakan bagian dari jawaban tubuh dalam melawan infeksi. Pada keadaan demam pertumbuhan beberapa bakteri merugikan dan virus mengalami gangguan. Dalam dibawah suhu 40°C dapat menghambat pertumbuhan bakteri dan virus dapat mengganggu fungsi organ tubuh sehingga dapat meningkatkan angka kematian.

Demam juga merugikan karena menimbulkan rasa tak nyaman dan meningkatkan kebutuhan sistem pernafasan, jantung dan kerusakan otak dengan akibat serangan kejang, karenanya demam perlu disembuhkan.

Rasa tak nyaman, kemungkinan karena dehidrasi (kekurangan cairan tubuh). Ketika mengalami demam, terjadi peningkatan penguapan cairan tubuh sehingga anak bisa kekurangan cairan. Rasa tak nyaman lainnya karena kekurangan oksigen. Saat demam, anak dengan penyakit paru-paru atau penyakit jantung-pembuluh darah bisa mengalami kekurangan oksigen karena gerak paru dan jantung yang lebih cepat.

Demam di atas 42 derajat selsius bisa menyebabkan kerusakan neurologis (otak dan saraf tepi), meskipun sangat jarang terjadi. Tidak ada bukti penelitian yang menunjukkan terjadinya kerusakan syaraf bila demam di bawah 42 derajat selsius. Ada 5 Faktor yang mempengaruhi kejang selain oleh karena meningkatnya suhu tubuh, faktor - faktor lain tersebut adalah :

5. Umur

- Kurang lebih 3% dari anak yang berumur di bawah 5 tahun pernah mengalami kejang demam.
- Jarang terjadi pada anak berumur kurang dari 6 bulan atau lebih dari 5 tahun.
- Insiden tertinggi didapatkan pada umur 2 tahun dan menurun setelah berumur 4 tahun. Hal ini mungkin disebabkan adanya kenaikan dari ambang kejang sesuai dengan bertambahnya umur. Serangan pertama biasanya terjadi dalam 2 tahun pertama dan kemudian menurun dengan bertambahnya umur.

6. Jenis kelamin

Kejang demam lebih sering didapatkan pada anak laki-laki daripada anak perempuan dengan perbandingan 2:1. Hal tersebut mungkin disebabkan oleh karena pada wanita didapatkan kematangan otak yang lebih cepat dibanding laki-laki.

7. Suhu badan

Adanya kenaikan suhu badan merupakan suatu syarat untuk terjadinya kejang demam. Tingginya suhu badan pada saat timbulnya serangan merupakan nilai ambang kejang. Ambang kejang berbeda-beda untuk setiap anak, berkisar antara 38.30C - 41.40C. Adanya perbedaan ambang kejang ini dapat menerangkan mengapa pada seseorang anak baru timbul kejang sesudah suhu meningkat sangat tinggi sedangkan pada anak lainnya kejang sudah timbul walaupun suhu meningkat tidak terlalu tinggi.

8. Faktor keturunan

Faktor keturunan memegang peranan penting untuk terjadinya kejang demam. 25 - 50% daripada pada anak dengan kejang demam mempunyai anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam sekurang-kurangnya sekali.

Pengobatan

Demam yang perlu diobati pada keadaan seperti anak dengan :

- Keadaan Syok,
- Latar belakang penyakit pada ginjal dan jantung,
- Demam yang tinggi (suhu tinggi > 40.0°C),
- Anak gelisah sehingga perlu membuat rasa nyaman,
- Bagi yang berisiko terjadi kejang demam.

Pengobatan anak demam Untuk anak usia 2 bulan sampai 5 tahun selain dengan menggunakan obat penurun panas /paracetamol sesuai BB dan umur anak setiap 4-6 jam, bisa

juga dengan tindakan non obat seperti penyeka dengan air hangat-hangat kuku berguna dalam menurunkan suhu tubuh. Jangan digunakan alkohol untuk menyeka, karena dapat menguap dan terhirup, serta dapat menembus kulit, sehingga terjadi efek toksik pada susunan saraf pusat.

Pengobatan hanya mengurangi keluhan demamnya saja, yang pasti tak akan merubah perjalanan penyakit infeksiya sendiri. Selama sebagian besar penyakit demam pada anak adalah penyakit virus yang sembuh dengan sendirinya, pemberian obat penurun panas berkepanjangan tak diperlukan. Bayi dibawah 2 bulan dengan demam harus segera dirujuk.

Tindakan lain seperti menambah jumlah cairan yang masuk tubuh, dengan menganjurkan banyak minum, serta jangan membungkus anak dengan pakaian yang berlapis. Alasannya pada anak demam akan kehilangan cairan lebih banyak, karena terjadi banyak berkeringat, dan kehilangan lewat saluran nafas karena frekwensi nafas bertambah.

Jika dalam waktu 4 sampai 5 hari panas tetap tinggi, atau muncul gejala kejang, harus segera dibawa kepetugas kesehatan terdekat.

Pemberian makanan

Berikan makanan yang cukup gizi, sedikit-sedikit tetapi berulang-ulang yaitu lebih sering dari biasanya, lebih-lebih jika muntah. Pemberian ASI pada bayi yang menyusu tetap diteruskan.

Pemberian minuman

Usahakan pemberian cairan (air putih, air buah dan sebagainya) lebih banyak dari biasanya. Ini akan membantu mengencerkan dahak, kekurangan cairan akan menambah parah sakit yang diderita.

Lain-lain

- Tidak dianjurkan mengenakan pakaian atau selimut yang terlalu tebal dan rapat, lebih-lebih pada anak dengan demam.
- Apabila selama perawatan dirumah keadaan anak memburuk maka dianjurkan untuk membawa kedokter atau petugas kesehatan.

LEMBARAN KEGIATAN SASARAN

Modul : Pengasuhan Bayi
Topik : merawat bayi sakit
Sasaran : ibu bayi dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 1x50menit

PETUNJUK UNTUK SASARAN

Pelajarilah dengan baik bahan ajar ini. Apabila mendapat kesulitan bertanyalah pada pengajar. Kerjakan tugas-tugas pada lembar kerja. Usahakan agar pelajaran ini dapat dipahami dalam waktu 1x50menit

Tujuan :

Ibu memahami pentingnya menanggulangi secara dini kesakitan bayinya yang berumur 0-6 bulan dan mampu melakukannya.

BAHAN AJAR :

MERAWAT BAYI SAKIT



ANGKA KESAKITAN BAYI

HASIL Riset Kesehatan Dasar tahun 2013,
Kelompok umur balita :

diare pada bayi	= 7%
kejadian pneumoni	= 13,6 %
ISPA	= 28,3%.
ISPA BAYI	= 13,6%.

KESAKITAN LAINNYA :

DEMAM
INFEKSI TALI PUSAR

Sakit RINGAN :

DEMAM $< 40^{\circ}\text{C}$,
BATUK,
PILEK,
DIARE

HATI-HATI :

usia kurang 3 bulan $\rightarrow$ suhu $> 38^{\circ}\text{C}$

usia 3 bulan-3 tahun $\rightarrow$ suhu $> 39^{\circ}\text{C}$

selama lebih 1 hari

gejala lain : susah nafas, leher kaku

DEMAM

Suhu $> 37,5^{\circ}\text{C}$

BAWA KE DOKTER

SEHAT

SAKIT

Melawan
kuman

Zat Kebal

INFEKSI / RADANG

~tenggorok
~telinga

~gigi
~tali pusat ...

Penyakit infeksi :

nafsu makan $\lll$

kehilangan bahan makanan karena diare/muntah-muntah,
menurunkan daya tahan tubuh

menghabiskan zat tenaga

KEMISKINAN
HIGIENE
SANITASI -
JELEK

GIZI KURANG

PENANGANAN DEMAM

Demam yang perlu DITANGANI ibu pada keadaan seperti bayi dengan :

- ✚ Demam yang tinggi (suhu tinggi 37,7 - 40.0°C),
- ✚ Anak gelisah → buat rasa nyaman,
- ✚ Bagi yang berisiko terjadi kejang demam.

usia 2 bulan - 5 tahun :

- ✚ beri obat penurun panas /paracetamol sesuai BB dan umur anak setiap 4-6 jam,
- ✚ penyeka dengan air dingin (**Jangan gunakan alkohol**)
- ✚ anjurkan anak banyak minum,
- ✚ jangan membungkus anak dengan pakaian yang berlapis.

Bayi 0- 2 bulan dengan demam harus segera dirujuk ke dokter.

Pengobatan hanya mengurangi keluhan demamnya saja, yang pasti tidak akan merubah perjalanan penyakit infeksiya sendiri.

Jika dalam waktu 4 sampai 5 hari panas tetap tinggi, atau muncul gejala kejang, harus segera dibawa kepetugas kesehatan terdekat.

Pemberian makanan

- ✚ Berikan makanan yang cukup gizi,
- ✚ sedikit-sedikit tapi sering (utamanya bila muntah)
- ✚ Pemberian ASI diteruskan.

Pemberian minuman

Usahakan pemberian cairan (ASI) lebih banyak dari biasanya.

Lain-lain

- ✚ Tidak dianjurkan mengenakan pakaian atau selimut yang terlalu tebal dan rapat.
- ✚ Apabila selama perawatan di rumah keadaan anak memburuk maka dianjurkan untuk membawa kedokter atau petugas kesehatan.

DIARE

Penyebab:

- ✚ Karena peradangan usus,
- ✚ Karena kekurangan gizi
- ✚ Karena keracunan makanan.
- ✚ Karena tak tahan terhadap makanan tertentu



Penularan:

- + melalui tinja yang mengandung kuman penyebab diare.
- + Tinja tersebut dikeluarkan oleh orang sakit yang berak di sembarang tempat.
- + Tinja tadi mencemari lingkungan : tanah, sungai, air sumur.
- + Orang sehat yang menggunakan air yang sudah tercemari

AKIBAT

- + kematian bayi dan balita >>> karena **DEHIDRASI**
- + kurang gizi bayi dan balita >>> karena hilangnya zat gizi yang dikonsumsi

DEHIDRASI PENYEBAB KEMATIAN

CAIRAN TIDAK MENGGANTIKAN KEBUTUHAN MAKAN ANAK

Pencegahan :

- + cegah terjadinya dehidrasi dengan memberi minum anak lebih dari biasanya
- + Pemberian makanan seperti yang diberikan sebelum sakit

PEMBERIAN MAKANAN MEMBANTU MENCEGAH PENURUNAN BERAT BADAN ANAK.

- + Minum garam **ORALIT** sebanyak mungkin penderita mau.
 - Satu bungkus kecil oralit dilarutkan ke dalam 1 gelas air masak (200 cc)
- + Minum **LARUTAN GARAM GULA.**
 - air teh (masak) 1 gelas.
 - Masukkan satu sendok teh peres gula pasir, dan
 - seujung sendok teh garam dapur.
 - Diaduk rata dan diberikan kepada penderita sebanyak mungkin ia mau minum.
- + pemberian ASI tetap
- + berak di kakus
- + Cuci tangan sebelum makan,
- + Cuci tangan sesudah buang air besar.
- + Minum air dan makanan yang sudah dimasak

SEBAGIAN BESAR DIARE PADA ANAK SEMBUH SENDIRI

Bawa Segera Balita diare Ke Puskesmas bila :

- + Bila diare tak berhenti dalam sehari
- + penderita lemas sekali,
- + muntah terus menerus
- + pemberian oralit tidak bisa dilakukan
- + bila dijumpai tanda-tanda dehidrasi

INFEKSI SALURAN PERNAFASAN AKUT (ISPA)

Keadaan Balita Yang Memudahkan Terserang ISPA.

- + Usia dibawah 3 tahun
- + perempuan lebih tinggi daripada laki-laki
- + keadaan gizi kurang
- + ketidak lengkapan pemberian imunisasi
- + pemberian suplemen vitamin A yang tidak ajeg
- + anak tidak mendapat ASI lagi
- + Faktor lingkungan
 - fasilitas kesehatan Rumah kumuh yang rendah.
 - banyak penghuni dalam rumah
 - lubang angin rumah yang kurang

Perawatan :

- + bila sakit ISPA ringan cukup dirawat di rumah saja
- + perawatan ISPA di rumah :
 - beri obat penurun panas
 - jika dua hari gejala belum hilang, segera bawa ke Puskesmas.
- + ISPA berat segera dibawa ke PKM atau RS.

Pencegahan :

- + Mengusahakan anak bergizi baik
- + Menjaga kebersihan perorangan
- + Menjaga kebersihan lingkungan
- + Mengusahakan kekebalan anak dengan imunisasi

MERAWAT TALI PUSAT

Sisa tali pusat yang masih menempel di perut bayi akan mengering dan biasanya akan terlepas sendiri dalam waktu 1-3 minggu.

Tali pusat harus dijaga kebersihannya supaya tidak menimbulkan infeksi.

Cara merawat :

1. pastikan tali pusat dan daerah sekelilingnya selalu bersih dan kering.
2. cuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun sebelum membersihkan tali pusat.
3. bersihkan pangkal tali pusat dengan air dan sabun,
4. kering dan anginkan tali pusat hingga benar-benar kering. Sisa air yang menempel pada tali pusat dapat dikeringkan dengan menggunakan kain kasa steril atau kapas.
5. bayi tidak dimandikan dengan cara dicelupkan ke dalam air. Cukup dilap saja dengan air hangat.
6. Bila bayi buang air besar, lepaskan dan lipat popoknya ke arah belakang, sehingga tali pusat terhindar dari kotoran maupun air seni.
7. Tali pusat harus dibersihkan sedikitnya dua kali dalam sehari.
8. Tali pusat tidak boleh ditutup rapat dengan apapun, karena memperlambat puputnya tali pusat, juga menimbulkan resiko infeksi.
9. Biarkan tali pusat lepas dengan sendirinya. Jangan memegang-megang atau bahkan menariknya.
10. hubungi dokter bila tali pusat belum juga lepas setelah 4 minggu, atau bila terlihat adanya tanda-tanda infeksi

LEMBAR KERJA :

Modul : Pengasuhan Bayi
Topik : merawat bayi sakit
Sasaran : ibu bayi dan mengasuh sendiri anaknya
Waktu pertemuan : 1x50menit

Petunjuk Cara Mengisi Lembaran Kerja.

9. berilah tanda silang di dalam kotak di depan jawaban yang di pilih

10. pilihan jawaban bisa lebih dari satu

11. isilah titik-titik pada isian dengan jawaban yang tepat.

12. bekerjalah dengan teliti.

1. Pencegahan diare dapat dilakukan melalui:

☐ Minum garam ORALIT sebanyak bayi mau.

☐ Minum LARUTAN GARAM GULA.

☐ Pemberian ASI

☐ Buang kotoran bayi di kakus

☐ Cuci tangan sebelum memegang bayi,

☐ Cuci tangan sesudah buang air besar.

2. Pencegahan dehidrasi adalah :

☐ memberi minum anak lebih dari biasanya

☐ Pemberian makanan seperti yang diberikan sebelum sakit

☐ Minum garam ORALIT sebanyak mungkin penderita mau.

☐ Minum LARUTAN GARAM GULA.

☐ pemberian ASI tetap

☐ berak di kakus

☐ Cuci tangan sebelum makan,

☐ Cuci tangan sesudah buang air besar.

☐ Minum air dan makanan yang sudah dimasak

3. Cara membuat minuman oralit adalah sebagai berikut :

☐ Oralit satu bungkus kecil dilarutkan ke dalam 1 gelas air masak (200 cc)

☐ Air teh (masak) 1 gelas diminumkan.

☐ Masukkan dua sendok teh peres gula pasir dalam 1 gelas air

☐ Seujung sendok teh garam dapur dalam 1 gelas air

4. Cara membuat minuman larutan gula garam adalah sebagai berikut :

- ☐ Oralit satu bungkus kecil dilarutkan ke dalam 1 gelas air masak (200 cc)
- ☐ Air teh (masak) 1 gelas diberi 2 sendok teh peres gula pasir dan 1 sendok teh garam, diaduk
- ☐ Air teh (masak) 1 gelas diminumkan
- ☐ Masukkan dua sendok teh peres gula pasir dalam 1 gelas air
- ☐ Seujung sendok teh garam dapur dalam 1 gelas air

5. manfaat pemberian ASI selama diare adalah :

- | | |
|--|--|
| ☐ Mempercepat pemulihan diare | ☐ Diberikan dalam jumlah sedikit dan sering |
| ☐ Diberikan dalam jumlah banyak | ☐ Hanya memenuhi kebutuhan sehari-hari |

6. Bawa Segera penderita diare ke Puskesmas apabila keadaannya :

- | | |
|--|--|
| ☐ Bila diare tak berhenti dalam sehari | ☐ Pemberian oralit tidak bisa dilakukan |
| ☐ bayi lemas sekali, | |
| ☐ Muntah terus menerus | ☐ Bila dijumpai tanda-tanda dehidrasi |
| ☐ Segera setelah larutan gula garam diberikan | |

7. Faktor Risiko ISPA adalah :

- | | |
|---|--|
| ☐ Kebanyakan Usia dibawah 3 tahun | ☐ Pemberian vitamin A rendah |
| ☐ Perempuan lebih gampang terkena | ☐ Pemberian ASI rendah |
| ☐ Lebih banyak terjadi pada Status gizi kurang | ☐ Rumah kumuh |
| ☐ Status imunisasi tidak lengkap | ☐ Kepadatan hunian |
| | ☐ Ventilasi rumah yang kurang |

8. Perawatan ISPA dilakukan sebagai berikut :

- | | |
|---|---|
| ☐ ISPA ringan di rumah : | ☐ Beri obat penurun panas |
| ☐ ISPA ringan di Puskesmas | ☐ Jika dua hari gejala ISPA ringan belum hilang, segera kePuskesmas. |
| ☐ ISPA berat di rumah | |

9. Pencegahan ISPA dapat dilakukan dengan :

- | | |
|---|--|
| ☐ Berat badan lahir bayi cukup | ☐ Mengusahkan anak bergizi baik |
| ☐ Menutup mulut bila batuk | ☐ Menutup mulut bila bersin |
| ☐ Tidak sembarang membuang ludah | ☐ Mencuci tangn dengan sabun setelah membuang ingus |
| ☐ Menjauhkan balita dari penderita ISPA | ☐ aliran udara di rumah cukup bersih |
| ☐ Mengusahkan kekebalan dengan imunisasi | |

10. Agar demam tidak berkelanjutan pada bayi maka ibu :

- | | |
|--|---|
| ☐ Selalu memantau suhu tubuh anak | ☐ mengukur suhu tubuh dengan thermometer |
| ☐ meraba perut dan dahi anak | |
| ☐ Meraba tangan dan kako anak | |

11. Thermometer pengukur demam anak dapat diletakkan di :

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|----------------------------------|
| ☐ Dubur | ☐ ketiak | ☐ di bawah lidah | ☐ di dahi |
|--------------------------------|---------------------------------|---|----------------------------------|

12. Demam yang perlu DITANGANI ibu pada keadaan seperti bayi dengan :

- | | |
|--|---|
| ☐ Demam dengan suhu 37,7 - 40.0°C | ☐ Demam dengan suhu lebih 40.0°C |
| ☐ Anak gelisah saat demam | ☐ Bayi 0-2 bulan dengan demam |

13. Yang harus dilakukan ibu saat anak demam adalah

- | | |
|--|---|
| ☐ beri obat penurun panas setiap 4-6 jam, | ☐ kompres dengan air dingin |
| ☐ kompres dengan alkohol | ☐ kompres di ketiak |
| ☐ kompres dengan air dingin | ☐ kompres di selakang kaki |
| ☐ kompres di dahi | ☐ beri ASI lebih dari biasa |
| ☐ beri minum banyak | ☐ jangan mengenakan pakaian berlapis |
| ☐ memantau suhu anak | |

14. Cara merawat tali pusar:

- ☐ pastikan tali pusar dan daerah sekelilingnya selalu bersih dan kering.
- ☐ cuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun sebelum membersihkan tali pusar.
- ☐ bersihkan pangkal tali pusar dengan air dan sabun,
- ☐ kering dan anginkan tali pusar
- ☐ kering dan anginkan tali pusar dengan menggunakan kain kasa steril atau kapas.
- ☐ bayi tidak dimandikan dengan cara dicelupkan ke dalam air, cukup dilap dengan air hangat.
- ☐ Hindarkan tali pusar dari kotoran maupun air seni.
- ☐ Tali pusar dibersihkan sedikitnya dua kali dalam sehari.
- ☐ Tali pusar tidak boleh ditutup rapat dengan apapun
- ☐ Biarkan tali pusar lepas dengan sendirinya
- ☐ hubungi dokter bila tali pusar belum juga lepas setelah 4 minggu,
- ☐ hubungi dokter bila terlihat adanya tanda-tanda infeksi

Lampiran 1. Variabel penelitian

Tabel 4.1. Matriks Penjabaran Variabel Penelitian.

Variabel	Definisi Operasional	Sub Variabel	Data yang dikumpulkan	Skala ukur
1. Bebas : Pendampingan keberdayaan ibu akan pencegahan gizi kurang anak 0-6 bulan	Pembelajaran individual pencegahan gizi kurang yang meliputi aktivitas alih ilmu pengetahuan, sikap dan praktek berdasarkan risikonya pada anak 0-6 bulan dengan cara tutorial modul.	1. Faktor risiko gizi kurang anak 0-6 bulan: BBL anak, Kesakitan anak, dan perawatan kesakitan anak	Pengetahuan, sikap, praktek 1. BBL : a) Gizi WUS b) Gizi ibu hamil c) Perawatan kehamilan d) Pertumbuhan janin 2. Kesakitan anak : a) Pengenalan gejala sakit b) Pengenalan tanda dini kesakitan anak 3. Perawatan kesakitan anak : a. Pemberian ASI b. Perawatan demam c. Perawatan diare d. Perawatan ISPA	<u>Pengetahuan</u> : Sangat baik = 3 ($\geq 70\%$) Baik = 2 ($\geq 55 - 70\%$) Kurang = 1 ($\geq 40-55\%$) Sangat kurang = 0 ($< 40\%$) <u>Sikap</u> : Sangat setuju = 3 ($\geq 70\%$) setuju = 2 ($\geq 55 - 70\%$) Kurang = 1 ($\geq 40-55\%$) Sangat tidak setuju = 0 ($< 40\%$) <u>Praktek</u> Sangat baik = 3 ($\geq 70\%$) Baik = 2 ($\geq 55 - 70\%$) Kurang = 1 ($\geq 40-55\%$) Sangat kurang = 0 ($< 40\%$)

2.Tergantung : Keberdayaan ibu dalam pencegahan gizi kurang anak 0-6 bulan	Peningkatan kemampuan ibu dalam mencegah kejadian gizi kurang anak dengan melakukan usaha untuk mampu mengenal secara dini risiko dan pendekatannya .	Risiko gizi kurang anak: peluang untuk terjadinya gizi kurang Risiko Ringan : gizi cukup dan mengalami infeksi lebih 1 kali dalam sebulan terakhir atau anak gizi kurang ringan atau anak lahir dengan BB 2000-2500 gr. Risiko Sedang : anak gizi kurang ringan dengan infeksi lebih 1 kali dalam sebulan terakhir atau anak dengan gizi kurang sedang atau atau anak lahir dengan BB 1500 - <2000 gr. Risiko Berat : Anak gizi kurang sedang dengan infeksi lebih 1 kali dalam sebulan terakhir atau anak gizi buruk, atau atau anak lahir dengan BB < 1500 gr.	Pengetahuan, sikap, praktek ibu : A. deteksi dini adanya risiko : 1. BBLR 2. Kesakitan (infeksi)	Kemampuan Deteksi dini pendekatan risiko, : <u>Pengetahuan</u> : Sangat baik = 3 ($\geq 70\%$) Baik = 2 ($\geq 55 - 70\%$) Kurang = 1 ($\geq 40-55\%$) Sangat kurang = 0 ($< 40\%$) <u>Sikap</u> : Sangat setuju = 3 ($\geq 70\%$) setuju = 2 ($\geq 55 - 70\%$) Kurang = 1 ($\geq 40-55\%$) Sangat tidak setuju = 0 ($< 40\%$) <u>Praktek</u> Sangat baik = 3 ($\geq 70\%$) Baik = 2 ($\geq 55 - 70\%$) Kurang = 1 ($\geq 40-55\%$) Sangat kurang = 0 ($< 40\%$)
---	--	--	---	---

Variabel	Definisi Operasional	Sub Variabel	Data yang dikumpulkan	Skala ukur
	Pendekatan risiko dilakukan dengan cara menurunkan atau menghilangkan risiko gizi kurang, mengelola penggunaan sumber daya dengan optimal, dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan serta kemampuan merawat gizi_kesehatan.	Pendekatan risiko : pelayanan promotif dan preventif melalui suatu strategi mengukur risiko, menilai dan mengatur sumber-sumber daya yang ada untuk mendukung perawatan kesehatan dan gizi, serta meningkatkan akses pelayanan serta kemampuan merawat gizi – kesehatan	B. Pendekatan risiko : 1. Memperbaiki gizi ibu wus dan hamil 2. Menjaga kesehatan ibu hamil 3. Kontrol kehamilan 4. Menjaga kesehatan dan gizi janin 5. memberi ASI eksklusif 6. melaksanakan pola makanan tambahan secara benar 7. mampu mengelompokkan risiko	Idem