

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DENGAN BGM (BAWAH GARIS MERAH) DI POS YANDU SETIA KELURAHAN HEDAM ABEPURA JAYAPURA

Di Ajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Menyelesaikan Diploma 3 Kebidanan



Oleh :

NAMA : YOLANDA.S.F.WANDA

NIM : PO.71.24.4.06.43

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III KEBIDANAN
TAHUN 2008**

**MILIK PERPUSTAKAAN
POLITEKNIK KESEHATAN
JAYAPURA**

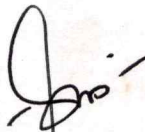
LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "**ASUHAN KEBIDANAN
PADA ANAK DENGAN BGM (BAWAH GARIS MERAH)**
di Pos Yandu SETIA Kelurahan Hedam Abepura Jayapura
Tahun 2008 "

Telah Disetujui untuk Dihadapkan Kepada Dewan Penguji
Karya Tulis Ilmiah pada Politeknik Kesehatan Jayapura.

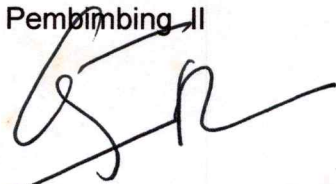
Jayapura ,30 Agustus 2008

Pembimbing I



Susana Ramandey, S.Sos.M.Kes
NIP. 140 092 598

Pembimbing II



Saaty Kadiwaru, S.ST
NIP. 640 009 877

LEMBAR PENGESAHAN

Diterima oleh Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Diploma III
Kebidanan

Politeknik Kesehatan Jayapura untuk memenuhi salah satu syarat guna
menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan pada :

H a r i : Senin
Tanggal : 8 Agustus 2008

Panitia Ujian Ahli Madya Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura

K e t u a



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP. 640 010 681

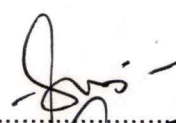
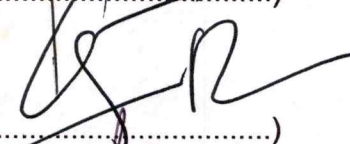
Sekretaris



Susana Ramandey, S.Sos.M.Kes
NIP. 140 092 598

Tim Penguji :

1. **Susana Ramandey, S.Sos.M.Kes**
NIP. 140 092 598
2. **Saaty Kadiwaru, S.ST**
NIP. 640 009 877
3. **Frederika Rumaropen, S.ST**
NIP. 640 010 659


(.....)
(.....)
(.....)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan karunia-Nya sehingga Penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ **ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DENGAN BGM (BAWAH GARIS MERAH)** “ dapat terselesaikan .

Penulis menyadari dengan segala keterbatasan yang ada, sehingga dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat diharapkan.

Selama penyusunan hingga selesainya penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak , baik Moril maupun Materil. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati perkenankanlah Penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bpk. Yan Piet Rumakewi, SKM., MM. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura.
2. Dra. Welmintje Sapari, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Pembimbing I dan II atas segenap ketekunan dan kerelaan hati, serta sumbangan pikirannya kepada Penulis.

4. Seluruh Dosen-dosen Kebidanan yang membimbing Penulis sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan pada jurusan D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura.
5. Kepala Puskesmas Hedam yang telah memberikan izin Penulis dalam melakukan tinjauan kasus langsung pada bayi.
6. Suami Tercinta dan Ketiga Anakku Ana, Fauzi, Ferdi yang sangat membantu memberikan semangat dan dorongan kepada Penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Rekan-rekan kerja diruang bersalin Rumah Sakit Marten Indey atas kerjasama dan pengertiannya penulis dapat menyelesaikan Pendidikan D III kebidanan.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura, atas persaudaraan yang terjalin baik dalam memberikan motifasi, kritik, saran bagi Penulis.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memenuhi kriteria penilaian dan mengisi Warna Almamater Kebidanan Politeknik Kesehatan Jayapura dan dapat berguna dalam pelayanan kami.

Jayapura, Akhir Agustus 2008

Penulis

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**TAKUT AKAN TUHAN ADALAH DIDIKAN
YANG MENDATANGKAN HIKMAT
DAN KERENDAHAN HATI
MENDAHULUI KEHORMATAN**

**TUHAN MEMBUAT SEGALA SESUATU
UNTUK TUJUANNYA MASING-MASING**

**SERAHKANLAH SEGALA PERBUATANMU
KEPADA TUHAN MAKA
TERLAKSANALAH SEGALA RENCANAMU**

(AMSAL 16;3 – 4a)

Karya ini kupersembahkan kepada :

1. Suami dan Ke-Tiga Anak ku yang tercinta
2. Ayah dan Ibu (Almarhuma) yang sangat kusayangi , serta
Kesebelas saudara/i-ku.
3. Almamaterku, Politeknik Kesehatan Jayapura yang kubanggakan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	.....	iii
KATA PENGANTAR	.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	.....	vi
DAFTAR ISI	.....	vii
BAB I . PENDAHULUAN		
A. Latar Belakang	.....	1
B. Rumusan Masalah	.....	4
C. Tujuan Penulisan	.....	5
D. Manfaat Penulisan	.....	6
BAB II. TINJAUAN TEORITIS		
A. Status Gizi		
1. Pengertian Status Gizi	.....	7
2. Penilaian Status Gizi	.....	8
3. Faktor-Faktor yang mempengaruhi status gizi	.....	10
B. Asupan Gizi		
1. Pengertian	.....	14
C. Diare		
1. Definisi	.....	16
2. Jenis Diare	.....	16
3. Epidemiologi	.....	17
4. Etiologi	.....	19
5. Patofisiologi	.....	20

6. Pengobatan, Pencegahan dan Cara Meningkatkan Daya Tahan Tubuh	21
D. Manajemen Kebidanan	
1. Pengertian	25
2. Tujuan	25
3. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan	25
4. Proses Manajemen Kebidanan	26
BAB III. GAMBARAN UMUM LOKAS	
IPENGAMBILAN KASUS DAN	
TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Umum Lokasi	
Pengambilan Kasus	
1. Gambaran Umum Puskesmas	29
2. Gambaran Umum Pos Yandu	30
B. Tinjauan Kasus	
Kunjungan Hari Kesatu	33
Kunjungan Hari Kedua	46
Kunjungan Hari Ketiga	52
BAB IV. PEMBAHASAN	
BAB V. PENUTUP	
A. Kesimpulan	61
B. Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN



A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan dibidang kesehatan seperti tercermin dalam Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta kualitas hidup dan meningkatkan usia harapan hidup manusia, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta untuk mempertinggi kesejahteraan masyarakat akan pentingnya hidup sehat.

Undang-Undang RI No. 23 Tahun 1992 menyatakan bahwa Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Juga disebutkan pula bahwa perbaikan gizi meliputi usaha peningkatan status gizi, pencegahan penyembuhan dan atau pemulihan akibat gizi salah.

Upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia sangat terkait dengan kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan pangan dengan gizi yang seimbang. Pemenuhan kebutuhan gizi seimbang terutama diperlukan sejak masa janin sampai anak berusia

lima tahun, masa-masa ini merupakan masa rawan sangat menentukan kualitas seseorang ketika mencapai usia produktif (Krinastuti dan Yenrina, 2000). Sampai saat ini masih terdapat masih terdapat empat masalah gizi utama, salah satunya adalah masalah Kurang Energi Protein (KEP) yang banyak diderita oleh kelompok anak dibawah lima tahun (balita).

Menurut berat ringannya, KEP dibagi menjadi beberapa tingkatan yaitu ringan, sedang dan buruk atau sering juga disebut gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, gizi lebih (Sihadi, 1999). Gizi buruk merupakan salah satu masalah gizi yang perlu mendapat perhatian yang serius. Menurut hasil survei kesehatan nasional (susenas) 1989 prevalensi gizi buruk anak balita adalah 6,3%. Prevalensi ini meningkat menjadi 11,56 % pada tahun 1995 dan menurun menjadi 8,0% pada tahun 2002 (PERSAG,I 2004). Secara langsung masalah gizi buruk pada anak disebabkan oleh kurang asupan makanan dan adanya penyakit infeksi.

Sementara itu keterbatasan pengetahuan ibu tentang gizi, cara pemberian makanan yang tidak tepat, pola pengasuhan anak kondisi kesehatan dan lingkungan serta ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga merupakan factor penyebab tidak langsung, timbulnya masalah gizi buruk.

Dewasa ini, Indonesia dihadapkan pada dua masalah gizi yaitu masalah kekurangan gizi dan kelebihan gizi. Masalah kekurangan gizi yang selama ini belum teratasi adalah: Kekurangan Energi Protein (KEP) atau yang lebih dikenal dengan istilah turunnya berat badan anak secara kronis, Kekurangan Vitamin A (KVA), Anemia Gizi Besi (AGB) dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY).

Disisi lain terjadi masalah gizi lebih (obesitas) yang mulai nampak terutama dikota-kota besar.

Turunnya Berat Badan (BB) anak, dapat diakibatkan oleh beberapa faktor. Menurut Suandi (1998). Diare merupakan salah satu penyakit infeksi yang dapat menyebabkan keadaan gizi buruk / turunnya BB apalagi kalau kejadian diare itu berlangsung lama dan tidak segera ditangani. Dari segi nutrisi, diare berakibat buruk terhadap keadaan gizi melalui 4 mekanisme yaitu : 1) Pemasukan makanan berkurang oleh karena anoreksia, kebiasaan mengurangi/meniadakan pemberian makan, 2) Absorpsi makanan berkurang oleh karena kerusakan mukosa usus, vili menjadi pendek dan atropi dan enzim laktase dan disakaridase lainnya berkurang, 3) Metabolisme dan endokrin fungsinya terganggu pada keadaan infeksi sistemik, 4) Kehilangan langsung cairan dan elektrolit.

Penyakit diare sampai saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia. Masalah tersebut dapat dilihat dari tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit diare.

Berdasarkan laporan tahunan yang diperoleh dari Puskesmas Hedam Abepura tahun 2007, diare termasuk dalam urutan 10 penyakit terbesar. Selama periode ini pula didapati kasus diare sebanyak 1.444 kasus. Melihat tingginya angka kesakitan diare dan resiko-resiko yang akan diakibatkan oleh kejadian diare ini maka penulis tertarik melakukan "Asuhan Kebidanan Pada Anak dengan Berat Badan Dibawah Garis Merah/Gizi Buruk di Posyandu Setia wilayah kerja Puskesmas Hedam Abepura"

B. Rumusan Masalah

Dalam penulisan (Karya Tulis Ilmiah) KTI ini, sesuai dengan kasus yang penulis tangani maka penulis hanya membatasi :

1. Bagaimana melakukan pengkajian terhadap anak dengan berat badan dibawah garis Merah
2. Bagaimana mendeteksi anak dengan berat badan dibawah garis merah.
3. Bagaimana mengidentifikasi diagnosa dengan masalah potensial berdasarkan masalah yang sudah di identifikasikan .

4. Bagaimana mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan tindakan segera pada anak dengan berat badan dibawah garis merah
5. Bagaimana membuat perencanaan asuhan menyeluruh pada anak dengan berat badan dibawah garis merah
6. Bagaimana melakukan tindakan sesuai perencanaan pada anak dengan berat badan dibawah garis merah
7. Bagaimana melakukan evaluasi pada pada anak dengan berat badan dibawah garis merah
8. Bagaimana mendokumentasikan asuhan kebidanan pada anak dengan berat badan dibawah garis merah

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Agar dapat menerapkan manajemen kebidanan dan melaksanakan asuhan kebidanan pada anak dengan Berat Badan Dibawah Garis Merah

2. Tujuan Khusus

- a) Dapat melakukan pengkajian dengan menggunakan aspek bio psiko sosial dan spiritual
- b) Dapat membuat manajemen kebidanan pada anak dengan berat badan dibawah garis merah

- c) Mampu membuat perencanaan yang sesuai dengan masalah dan kebutuhan pada anak dengan berat badan dibawah garis merah
- d) Mampu melaksanakan tindakan yang sesuai dengan rencana
- e) Mampu melaksanakan evaluasi dari hasil tindakan
- f) Mampu mendokumentasikan asuhan kebidanan pada anak dengan berat badan dibawah garis merah

D. Manfaat

Manfaat dari penulisan KTI ini adalah :

1. Untuk menambah pengetahuan dan ketrampilan penulis terutama dalam penanganan kasus Anak dengan Berat Badan Dibawah Garis Merah
2. Sebagai salah satu syarat / tugas akhir dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Diploma III Kebidanan Poltekkes Jayapura Sebagai bahan informasi bagi pembaca

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Status Gizi

1. Pengertian Status Gizi

Menurut Robinson dan Weighley (1998) (cit, Paryanto, 2000) status gizi adalah kesehatan yang berhubungan dengan penggunaan makanan oleh tubuh. Sedangkan menurut Habicht(1999)(cit Prawirohartono,1999) menyebutkan status gizi adalah tanda-tanda atau penampilan yang diakibatkan oleh keadaan keseimbangan antara gizi di satu pihak dan pengeluaran oleh organisme dipihak lain, yang terlihat melalui variable tertentu. Variabel itu selanjutnya disebut indicator, misalnya tinggi badan dan sebagainya.

Almatsier (2000) menyebutkan bahwa status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi. Kemudian PERSAGI (2004) mendefenisikan status gizi adalah keadaan keseimbangan antara asupan zat gizi dan kebutuhan zat gizi oleh tubuh untuk berbagai keperluan proses biologi. Selanjutnya Suparisa et, al (2002) mengatakan keadaan kesehatan tubuh seseorang atau kelompok diakibatkan oleh konsumsi dan penyerapan serta penggunaan zat gizi. Zat

gizi seseorang dikatakan baik apabila terdapat keseimbangan antara perkembangan fisik dan mental orang tersebut, status gizi dipengaruhi oleh dua faktor yaitu konsumsi makanan dan faktor kesehatan.

Keadaan kurang gizi menurut Suharjo (199), disebabkan oleh masukan (intake)

Energi dan protein yang sangat kurang dalam waktu yang cukup lama. Keadaan ini akan lebih cepat terjadi bila anak mengalami *diare dan infeksi penyakit lain*. Keadaan kehidupan yang miskin mempunyai hubungan yang erat dengan timbulnya kondisi kurang energi protein.

2. Penilaian Status Gizi

Pengertian dan penggunaan metode penilaian status gizi menurut Supriasa dkk (2001) adalah :

a. Penilaian secara langsung

1) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri berhubungan dengan berbagai macam cara pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara

lain : berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan tebal lemak di bawah kulit. Secara umum digunakan untuk melihat ketidak seimbangan asupan protein dan energi. Ketidak seimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

Indikator yang sering dipakai dalam penelitian status gizi balita dimasyarakat secara antropometri adalah indikator berat badan menurut umur (BB\U) yang menunjukkan secara sensitif status gizi saat ini (saat diukur) karena mudah berubah namun indikator BB\U tidak spesifik karena berat badan selain dipengaruhi oleh umur juga dipengaruhi oleh tinggi badan, indikator panjang badan menurut umur (PB\U) menggambarkan status gizi masa lalu, sedangkan indikator berat badan menurut panjang

(BB\PB) menggambarkan secara sensitif dan spesifik status gizi saat ini (Soekirman, 2000).

b. Penilaian Status gizi secara tidak langsung.

1) Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data

konsumsi makanan dapat memberi gambaran tentang konsumsi berbagai zat pada masyarakat, keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

2) Statistik vital.

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisa data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian akibat penyebab tertentu dan data lain yang berhubungan dengan zat gizi.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Status Gizi

Menurut Apriaji (1986) faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi seseorang terdiri dari dua bagian yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

a. Faktor Internal

1) Status Kesehatan

Status kesehatan akan menentukan kebutuhan zat gizi seseorang, misalnya kebutuhan orang yang baru sembuh dari sakit berbeda kebutuhan orang sehat, hal ini disebabkan karena sel-sel tubuh yang baru sembuh perlu diganti sehingga akan membutuhkan zat gizi lebih banyak.

2) Nilai Cerna

Nilai cerna suatu bahan makanan tergantung pada beberapa faktor diantaranya umur bahan makanan, komposisi asam amino suatu bahan makanan, lamanya pemasakan dan pemakaian bahan pelarut dalam pemasakan.

Bahan makanan yang diambil pada umur muda akan memiliki nilai cerna yang lebih tinggi; bahan makanan bersumber dari hewani mempunyai nilai cerna lebih tinggi dibandingkan dengan bahan makanan sumber nabati; pemasakan dengan waktu singkat dan suhu yang rendah mempunyai nilai yang lebih tinggi; serta pemakaian bahan pelarut (cuka atau asam) akan mempunyai nilai cerna yang rendah dalam bahan makanan karena terjadi pengerasan dinding sel makanan dan pengumpulan protein.

3) Umur

Umur seseorang sangat mempengaruhi kebutuhan gizinya. Hal ini dapat dilihat pada anak usia balita yang berada dalam masa pertumbuhan memerlukan makanan yang bergizi relatif lebih banyak dibandingkan dengan orang dewasa.

4) Jenis Kelamin

Kebutuhan zat gizi pada pria akan lebih besar dari pada wanita karena mempunyai kegiatan lebih banyak seperti aktivitas fisik sehingga memerlukan energi dan protein yang lebih banyak. Sebaliknya wanita akan memerlukan zat besi lebih banyak karena wanita secara teratur mengalami menstruasi.

5) Kegiatan dan Aktivitas

Kegiatan seseorang sangat menentukan besar dan kecilnya kebutuhan zat gizi, misalnya seseorang dengan pekerjaan yang berat akan memerlukan energi dan zat-zat gizi yang lebih besar dibandingkan dengan orang mempunyai pekerjaan sedang atau ringan. Khusus pada anak balita juga memerlukan energi yang lebih banyak untuk proses tumbuh kembang.

b. Faktor eksternal

Faktor eksternal merupakan faktor yang berpengaruh diluar tubuh seseorang, antara lain :

1) Tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi

Tingkat pendidikan seseorang tidak menjamin apakah dia mampu atau tidak dalam menyusun makanan yang

memenuhi persyaratan gizi, sedangkan tingkat pengetahuan gizi seseorang terutama pengetahuan gizi ibu sangat berpengaruh dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta gizi anak balitanya.

2) Latar belakang sosial budaya

Kebiasaan dalam suatu keluarga yang lebih mengutamakan bapak, dimana bapak haruslah mendapat porsi yang lebih banyak dan lebih baik dengan alasan bapak adalah pencari nafkah dan sebagai kepala keluarga, hal ini bisa merugikan anggota keluarga lain karena tidak mendapatkan makanan yang sesuai terutama pada anak balita. Disamping itu masih ada kepercayaan untuk memantangkan makanan tertentu yang dipandang dari segi gizi sebenarnya mengandung zat gizi yang baik.

3) Daya beli

Kemampuan keluarga untuk membeli makanan dipengaruhi oleh besar kecilnya tingkat pendapatan keluarga karena jika tingkat pendapatan rendah relatif akan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya apalagi dalam berbagai jenis makanan yang beraneka ragam.

4) Kebersihan Lingkungan

Kebersihan lingkungan secara tidak langsung berpengaruh terhadap status gizi seseorang, namun faktor lingkungannya kurang bersih dapat menyebabkan meningkatnya penyakit pada anak seperti penyakit infeksi dan kecacingan.

B. Asupan Gizi

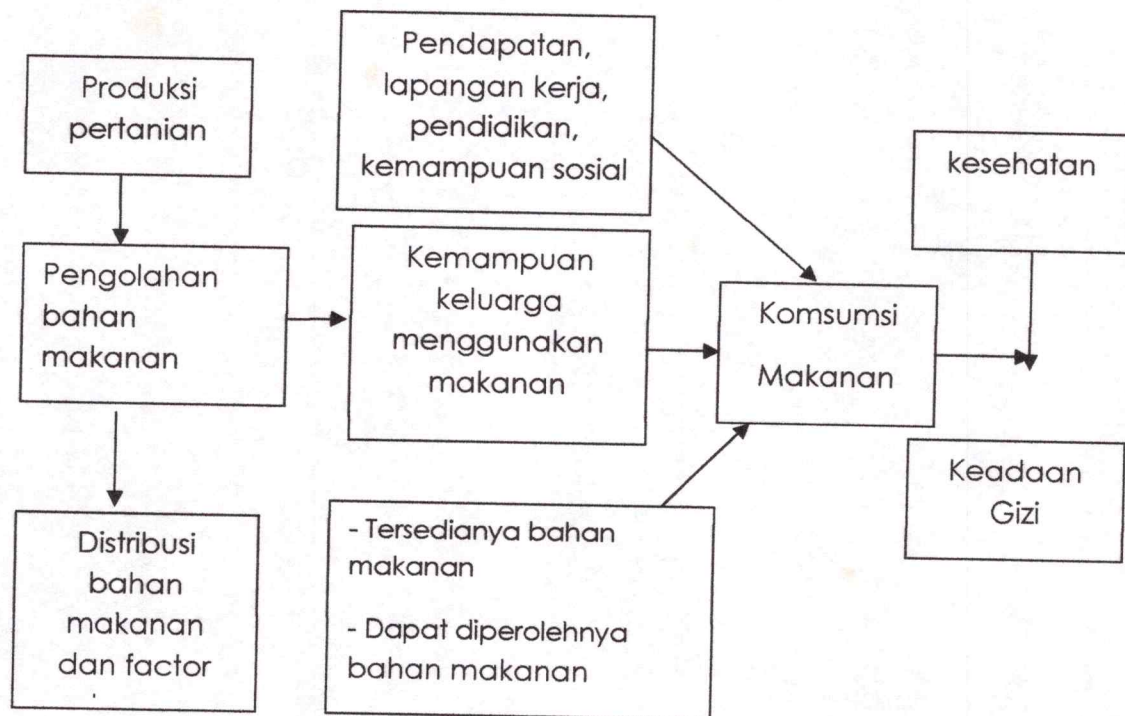
1. Pengertian

Asupan gizi adalah jumlah zat gizi yang diperoleh dari makanan baik tunggal atau beragam yang dimakan seseorang atau kelompok orang untuk keperluan tubuh. Asupan zat gizi sehari-hari dipengaruhi oleh ketersediaan bahan pangan dalam keluarga yang cukup. Ketersediaan bahan makanan dalam rumah tangga tergantung dari kemampuan untuk membeli, ketersediaan bahan makanan di pasaran dan produksi (Tabor, 2002). Pada keluarga dengan pendapatan rendah proporsi belanja pangan lebih besar dibandingkan dengan pendapatan tinggi.

Khumaidi (1994) mengatakan bahwa kebiasaan makanan pada kelompok didasarkan status hubungan keluarga mempengaruhi distribusi makanan kepada anggota kelompok, yang terdiri dari mutu dan jumlah makanan. Distribusi makanan

didasarkan pada status hubungan antara keluarga dan bukan atas pertimbangan – pertimbangan kebutuhan akan gizi.

Daly et al. (1979) membuat model faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan gizi yaitu komsumsi makanan di pengaruhi oleh pendapatan, makanan dan tersedianya bahan pangan. Untuk jelasnya terlihat pada bagian di bwah ini.



Gambar 2. Faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan gizi (Sumber: Daly, et.al.1979)

C. Diare

1. Definisi

Defekasi encer/cair lebih dari 3x sehari dengan/tanpa darah/lendir dalam tinja.

(Kapita Selekta Kedokteran, Jilid 2, tahun 2000)

2. Jenis Diare

a. Diare Cair Akut

Istilah menunjukkan diare yang terjadi secara akut dan berlangsung kurang dari 14 hari (bahkan kebanyakan kurang dari 7hari) dengan pengeluaran tinja yang lunak atau cair yang sering dan tanpa darah. Bias disertai muntah dan panas. Diare cair akut menyebabkan dehidrasi dan bila masukan makanan berkurang, juga mengakibatkan kurang gizi.

b. Disentri

Disentri adalah diare yang disertai darah dalam tinja. Akibat penting disentri antara lain ialah: anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat dan kerusakan mukosa usus halus karena bakteri invasif.

c. Diare Persisten

Diare persisten adalah diare yang mula-mula bersifat akut namun berlangsung lebih dari 14hari. Pada kasus ini kehilangan berat badan yang nyata dapat terjadi

3 Epidemiologi

a. Umur

- 1) Episode diare terutama kurang dari 2 tahun
- 2) Insiden paling tinggi pada umur 6 – 11 bulan, pada masa diberikan MP-ASI
- 3) Pola ini menggambarkan kombinasi faktor :
 - a) Efek penurunan kadar antibody dalam ASI
 - b) Kurangnya kekebalan aktif bayi
 - c) MP-ASI yang terpapar bakteri tinja

b. Penyebaran Kuman Penyebab Diare

- 1) Biasanya orofekal melalui makanan/minuman
- 2) Perilaku khusus yang menimbulkan diare:
 - a) Tidak memberikan ASI eksklusif
 - b) Menggunakan susu botol
 - c) Menyimpan makanan tidak ditutup
 - d) Air minum yang tercemar

- e) Tidak mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan sesudah buang air besar
- f) Tidak membuang tinja (termasuk tinja bayi) dengan benar

c. Faktor Pejamu (HOST) Yang Meningkatkan Kerentanan Terhadap Diare

Faktor-faktor yang dapat meningkatkan insiden, beratnya penyakit dan lamanya diare :

- 1) Tidak mendapat ASI sampai umur 2 tahun
- 2) Kurang gizi
- 3) Campak
- 4) Immunodefisiensi

d. Variasi Musiman

- 1) Variasi pola musiman dapat terjadi menurut letak geografi
- 2) Sub Tropik
 - a) Diare karena bakteri lebih sering pada musim panas
 - b) Diare karena virus, terutama rotavirus, puncaknya pada musim dingin
- 3) Tropik
 - a) Diare karena rotavirus sepanjang tahun, musim kemarau frekuensi meningkat

b) Diare karena bakteri puncaknya pada musim hujan

4 Etiologi

70 – 90 % penyebab diare dapat diketahui dengan pasti yang dibagi menjadi 2 bagian :

a. Penyebab tidak langsung / faktor-faktor yang mempermudah terjadinya diare yaitu :

- 1) Keadaan gizi
- 2) Hygiene sanitasi
- 3) Sosial ekonomi
- 4) Kepadatan penduduk
- 5) Kuman penyebab penyakit diare



b. Penyebab langsung

- 1) Infeksi baik itu oleh Virus, bakteri maupun parasit, infeksi bronkopneumoni, campak dll.
- 2) Malabsorpsi : KH, Lemak dan protein
- 3) Makanan yang basi atau beracun
- 4) Alergi
- 5) Immunodefisiensi
- 6) Psikologis : takut, cemas

Kuman Patogen Penyebab Penting Diare Akut di semua Negara

Berkembang adalah: Rotavirus, Escherichia Coli

Enterotoksigenik, Shigella, Camphylobacter jejuni dan Cryptosporidium

5. Patofisiologi

Sebagai akibat dari diare akut maupun kronik akan terjadi :

a. Kehilangan air (dehidrasi)

Adalah keadaan dimana tubuh kehilangan cairan tubuh yang disebabkan oleh vomiting dan diare dimana dehidrasi terjadi karena kehilangan air (output) lebih banyak dari pada pemasukan air (input), ini merupakan penyebab terjadinya kematian pada diare. Adapun tanda-tanda dehidrasi terlihat dengan adanya letargi, anak gelisah dan rewel, tidak ada air mata, mata cekung, mulut dan lidah kering, haus, kembalinya cubitan atau turgor kulit lambat.

b. Gangguan keseimbangan asam basa (metabolic asidosis)

Gangguan keseimbangan asam basa ini terjadi karena kehilangan elektrolit bersama muntah atau bersama kotoran dan tidak bisa digantikan oleh cairan yang diberikan baik itu karena ketidak seimbangan elektrolit dalam cairan yang diberikan ataupun kurangnya cairan yang diberikan.

Pada saat diare sejumlah besar bikarbonat dapat hilang melalui tinja. Bila ginjal berfungsi normal: kehilangan

bikarbonat banyak diganti dan kehilangan basa berat tidak akan terjadi. Namun begitu mekanisme kompensasi ini gagal bila fungsi ginjal menurun: seperti yang terjadi bila aliran darah ke ginjal berkurang karena hipovolemi. Kemudian kekurangan basa dan asidosis terjadi dengan cepat. Asidosis juga terjadi akibat produksi asam laktat yang berlebihan ketika penderita mengalami syok hipovolemik. Gambaran utama dehidrasi asidosis meliputi :

- 1) Konsentrasi bikarbonat serum berkurang, mungkin kurang dari 10 mmol/l
- 2) PH arteri menurun, mungkin kurang dari 7,10
- 3) Nafas cepat dan dalam yang membantu meningkatnya PH arteri dan mengakibatkan kompensasi alkatoris respiratorik

6. Pengobatan, Pencegahan dan Cara Meningkatkan Daya Tahan Penjamu

a. Pengobatan

Pemeriksaan etiologi diare secara rutin di laboratorium tidak praktis dan gejala kliniknya juga tidak spesifik. Oleh karenanya pengobatan penderita diare harus berdasarkan

gejala utama penyakit dan pengertian dasar tentang mekanisme patogenesisnya. Prinsip utama pengobatannya adalah :

- 1) Diare cair membutuhkan penggantian cairan dan elektrolit tanpa melihat etiologinya
- 2) Makanan harus diteruskan bahkan harus ditingkatkan selama diare untuk menghindari efek buruk pada gizi
- 3) Antibiotik dan antiparasit tidak boleh digunakan secara rutin, tidak ada manfaatnya untuk kebanyakan kasus, termasuk diare berat dan diare dengan panas kecuali :
 - a) Disentri yang harus diobati dengan antimikroba yang efektif untuk shigella. penderita-penderita yang tidak memberi respon dengan pengobatan ini harus diteliti lebih lanjut atau diobati untuk kemungkinan amoebiasis
 - b) Suspek kholera dengan dehidrasi berat
 - c) diare persisten, bila ditemukan trophozoit atau kista *G. lamblia* atau trophozoit *E. histolytica* di tinja atau cairan usus, atau bila bakteri usus patogen ditemukan dalam kultur tinja.

b. Pencegahan

Berbagai kuman penyebab diare disebarkan melalui jalan orofekal, seperti air, makanan dan tangan yang tercemar. Upaya pemutusan penyebaran kuman penyebab harus difokuskan pada cara penyebaran ini. Upaya yang terbukti efektif adalah :

- 1) Pemberian ASI saja sampai bayi berumur 4 – 6 bulan
- 2) Menghindarkan penggunaan susu botol
- 3) Memperbaiki cara penyiapan dan penyimpanan makanan pendamping ASI (untuk menghindari paparan PASI dan perkembangbiakan bakteri)
- 4) Penggunaan air bersih untuk minum
- 5) Mencuci tangan (sesudah buang air besar dan membuang tinja bayi, sebelum menyiapkan makanan atau makan)
- 6) Membuang tinja termasuk tinja bayi secara benar

c. Cara-cara Memperkuat Daya Tahan Tubuh Penjamu

Sejumlah faktor risiko diare yang sering dan berat menunjukkan daya tahan tubuh yang berarti mengurangi risiko diare adalah :

- a. Melaksanakan pemberian ASI paling tidak sampai 2 tahun pertama kehidupan
- b. Memperbaiki status gizi (dengan memperbaiki nilai gizi makanan pendamping ASI dan memberikan anak lebih banyak makanan)
- c. Imunisasi campak

D. Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Menurut Helen Verney : Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah dengan mengorganisasikan pemikiran dan tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi pasien maupun pada tenaga kesehatan.

Menurut Laurentino Lawinoto: Manajemen kebidanan berarti penatalaksanaan atau pengelolaan pelayanan kebidanan

Menurut Modul Pelatihan Fungsional Bidan Desa : Manajemen kebidanan adalah suatu metode dan pendekatan pemecahan masalah yang digunakan oleh bidan dalam pemberian pelayanan dan asuhan kebidanan.

2. Tujuan

Agar dapat tercapai pelayanan yang komprehensif dan aman

3. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.

- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnose berdasarkan interpretasi data dasar
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
- d. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan tanggungjawab terhadap kesehatannya
- e. Membuat rencana yang komprehensif bersama klien
- f. Secara pribadi bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal
- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merefisi asuhan sesuai dengan kebutuhan.

4. Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen terdiri dari tujuh langkah yang berurutan, yang secara periodik disaring ulang. Proses ini dimulai dengan

pengumpulan data dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah ini terdiri dari kerangka yang menyeluruh dan dapat diterapkan/diaplikasikan dalam situasi apapun. Ke-tujuh langkah tersebut adalah :

Langkah I. Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu :

- a) Riwayat kesehatan
- b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d) Meninjau data laboratorium dan bandingkan dengan hasil studi

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan

Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah V : Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

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

Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ke-enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima di laksanakan secara efisien dan aman

Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnose.

(Varney 1997, Dalam Margareta Suruan 2004)

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENGAMBILAN KASUS DAN TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Pengambilan Kasus

1. Gambaran Umum Puskesmas

Lokasi Puskesmas Hedam berada di distrik Abepura Kota Jayapura Provinsi Papua. Luas wilayah $\pm 159,7 \text{ km}^2$ dengan jumlah penduduk 41.707 jiwa.

a. Batas Wilayah Puskesmas Hedam

Sebelah Utara : Distrik Jayapura Selatan (Puskesmas Kotaraja)

Sebelah Selatan : Distrik Arso, Kabupaten Keero,

Sebelah Timur : Distrik Muara Tami (Puskesmas Koya Barat)

Sebelah Barat : Kelurahan Waena (Puskesmas Waena)

b. Program Kerja

Pada periode Januari s/d Desember 2008, Puskesmas hedam mempunyai program kerja diantaranya adalah Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, P2M (termasuk imunisasi), KIA dan KB, Perbaikan Gizi dan Pengobatan Dasar.

c. Wilayah Kerja

Wilayah kerja Puskesmas Hedam terdiri dari:

5. Kelurahan Hedam
6. Kelurahan Awiyo
7. Kelurahan Asano
8. Kampung Nafri
9. Kampung Enggros
10. Kampung Koya Koso

2. Gambaran Umum Posyandu (SETIA)

Posyandu SETIA berada diKelurahan Hedam yang berarti Posyandu SETIA termasuk dalam Wilayah kerja puskesmas hedam, letak wilayah Posyandu berada di tengah kota kurang lebih 300 m dari Puskesmas Hedam

a. Program Kerja Posyandu

Program kerja posyandu SETIA antara lain

1. Imunisasi
2. Pemberian vitamin A
3. Pemberian Makanan Tambahan.

b. Wilayah Kerja Posyandu

Wilayah kerja posyandu SETIA berada RW III tepatnya di RT 02 kelurahan hedam.

c. Sarana transportasi.

Letak wilayah posyandu berada ditengah kota kurang lebih 300 m dari puskesmas hedam dapat dijangkau dengan jalan kaki , menggunakan transportasi roda 2 dan roda 4

d. Sarana Kesehatan

Puskesmas Hedam memiliki 31 buah posyandu, salah satu diantaranya adalah Posyandu SETIA. Posyandu SETIA terletak di Kelurahan Hedam, yang melaksanakan kegiatan Penimbangan Bayi, Balita, pemeriksaan ibu hamil, pemberian vit A, pelayanan Imunisasi dalam waktu satu bulan sekali.

e. Fasilitas dan Sarana Penunjang

Fasilitas : jumlah ruangan pada posyandu 1 ruangan, bangunannya permanen.

Sarana Penunjang :

- 1) 2 (dua) buah timbangan, timbangan Bayi, timbangan Dacin
- 2) 5 (lima) buah meja
- 3) 5 (lima) buah kursi
- 4) 1 (satu) buah lemari

5) Perangkat Pemberian Makanan Tambahan.

6) Buku Laporan (kohor Penimbangan Bayi dan Balita)

f. Ketenagaan

Petugas yang biasanya melakukan pelayanan di Posyandu SETIA adalah petugas Puskesmas Hedam, terdiri dari :

a) Bidan 1 Orang

b) Petugas gizi 1 orang

c) Perawat 1 orang.

d) Kader 5 orang

g. Jadwal Kegiatan Posyandu

Jadwal Kegiatan posyandu SETIA dilaksanakan sebulan sekali sesuai jadwal kegiatan.

Kegiatan posyandu adalah sistim 5 meja yang meliputi: Pendaftaran, Penimbangan, Imunisasi, Penyuluhan, Pengobatan

h. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan Pelaporan Posyandu SETIA cukup baik dilakukan oleh kader, Sehingga mempermudah penulis untuk mengambil data sesuai dengan kasus yang dihadapi.

B. Tinjauan Kasus

Tanggal Pengkajian : 6 – 7 – 2008

Tempat : Posyandu Setia

Oleh mahasiswa : Yolanda S.F. Wanda

Langkah I : Pengkajian

1. Data Subjektif :

a. Biodata

1). Bayi / anak :

Nama1 : G.W

Tanggal lahir / umur : 15 – 3 – 2007

Jenis kelamin : Perempuan

Anak ke : III

2). Nama orang tua / Pengasuh :

Nama ibu : Ny. L . H

Nama Bapak : Tn. E . K

Umur : 32 thn

Umur : 32 tahun

Agama : K P

Agama : K P

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Suku : Jayapura

Suku : Jayapura

Alamat : JL. Uncen Bwh

Alamat : JL. Uncen Bwh

b. Data Biologis :

- 1). Keluhan utama : Ibu mengatakan anaknya tidak mau makan , rewel maunya jajan saja .
- 2). Riwayat keluhan utama : Ibu mengatakan sudah 3 hari yg lalu sejak tanggal 4-7-2008 anaknya buang-buang air, rewel dan tidak mau makan. Berat Badan anak pada bulan juni 2008 = 8 Kg
- 3). Status kesehatan sekarang atau keadaan penyakit sekarang
 - a). selama sehat : ceria
 - b). selama sakit : gelisah, tidak ceria
- 4). Riwayat kesehatan lalu :
 - a). Penyakit yg pernah diderita : Malaria, ISPA, Diare
 - b). Riwayat opname : tidak pernah
 - c). Riwayat operasi : tidak pernah

5). Riwayat kesehatan keluarga

- a). Penyakit menular dlm keluarga : tidak ada
- b). Penyakit menahun dlm keluarga : tidak ada
- c). Penyakit keturunan dlm keluarga : tidak ada
- d). Riwayat persalinan kembar : tidak ada

6). Riwayat Psikologis

Klien tinggal bersama orang tuanya, kakek dan neneknya serta saudara dari ibu.

7). Latar belakang sosial

Klien dan keluarga berasal dari suku Jayapura, dan dapat beradaptasi dengan lingkungannya.

8). Keadaan sosial ekonomi

Penghasilan ayahnya Rp.1.500.000 per bulan dan kekurangan dalam keluarga masih ditanggung oleh kakek dan neneknya.

9). Kegiatan keagamaan

Klien dan keluarga taat beribadah.

10). Riwayat persalinan dan kehamilan

Prenatal : ANC di Puskesmas Hedam

Natal : Partus spontan cukup bulan di RSUD

ABE

Berat badan lahir 3100 gr

Panjang badan 48 cm

Neonatus : Bayi sehat

11). Kebutuhan dasar

a). Nutrisi :

(1). Jenis makanan : Os masih makan bubur
dicampur sayuran dan lauk
(ikan, tahu, dll)

(2). Nafsu makan : os kurang suka makan.

(3). Makanan yg disukai : Snak./ jajan

b). Pola tidur :

(1). Malam : Jam 21.00 – 06.00 wit

(2). Siang : Jam 11.00 – 14.00 wit

c). Istirahat dan bermain : Cukup.

d). Kebersihan : Cukup.

e). Eliminasi :

(1). BAB : 1 – 2 kali sehari

(2). BAK : 7 – 8 kali sehari.

12). Riwayat Perkembangan

a). Motorik kasar :

(1). Anak dapat berlari dan jatuh

(2). Anak dapat menarik mainan

(3). Anak dapat Naik tangga dengan bantuan.

b). Motorik halus :

(1). Anak dapat makan Menggunakan sendok

(2). Anak dapat Membuka halaman buku

(3). Anak dapat Menyusun balok.

c). Kecerdasan :

Dapat menyebutkan namanya dan menyebutkan salah satu anggota tubuh dengan benar.

d). Bergaul dan mandiri :



Dapat menirukan pekerjaan rumah tangga, minum sendiri dari gelas tanpa tumpah

13). Riwayat imunisasi

BCG	: 1x Lengkap	DPT	: 4x Lengkap
Campak	: 1x Lengkap	Polio	: 4x Lengkap
Hepatitis	: 4x Lengkap		

14). Kepribadian dan riwayat sosial

Jenis permainan : Anak dapat bermain bola (menendang dan melempar bola).

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

1). Ukuran Pertumbuh :

- a) Berat Badan : 7 Kg
- b) Tinggi badan : 72 centimeter
- c) Lingkar Kepala : 36 centimeter
- d) Lingkar dada : 36 centimeter
- e) Lingkar lengan atas : 10 centimeter

2). Tanda – tanda vital :

Suhu badan : 37 c

Nadi : 96 x / menit

Pernapasan : 32 x / menit

b Pemeriksaan fisik :

1) Kepala

Rambut : hitam, ikal

Kebersihan : bersih

2) Muka

Ekspresi wajah : agak gelisah

Bentuk wajah : oval

3) Mata

Simetris : Ya

Sklera : tidak ikterus

Konjungtiva : tidak anemis

Penglihatan : jelas, sayup, tidak bersinar.

4) Hidung

Sekret / cairan : tidak ada

Kebersihan : bersih.

5) Mulut

Mukosa mulut : lembab

Lidah : bersih

Gigi : rahang atas sudah tumbuh 6

rahang bawah sudah tumbuh 4

6) Kulit : Kurang kenyal

7) Telingga : Simetris tidak ada pembengkakan.

8) leher : Inspeksi dan palpasi tidak ada
pembesaran pada kelenjar thyroid
dan kelenjar limfe

9) Dada : Simetris, tidak ada kelainan

10) Abdomen : Agak kembung, tidak ada
pembesaran Peristaltik usus
meningkat. Hepar dan ginjal tidak ada
pembesaran

12) Ekstremitas atas dan bawah : simetris, gerakan normal.

13) Anus : Agak memerah.

c. Pemeriksaan syaraf

1) Reflek : tidak dilakukan

2) Syaraf kranial : tidak dilakukan

d. Tes Perkembangan Sesuai Umur

1) Melatih anak berjalan mundur

2) Naik turun tangga tanpa bantuan

3) Mengajari anak bernyanyi.

4. Memberi kesempatan kepada anak untuk melepaskan

Pakaiannya sendiri

f. Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Anak ke 3 , usia 16 bln dengan Berat Badan dibawah
Garis Merah (BGM)

Dasar :

1. Lahir tanggal 15 – 3 – 2007 umur 16 bulan anak ke -3
2. Berat Badan saat pengkajian 7 Kg, Berat Badan
3. Bulan juni 2008 = 8 Kg
4. Lila 10 centimeter
5. rewel
6. kurang nafsu makan.

DO :

1. Keadaan umum : lemas
2. Kesadaran : compos mentis
3. Tanda – tanda vital :
4. Suhu Badan : 37 C
5. Nadi : 96 x / menit
6. Respirasi : 32 x / menit.
7. Berat Badan : 7 kg (dibawah garis merah)

Langkah III : Masalah Potensial

1. Potensial terjadi komplikasi penyakit lain
2. Dasar : Berat badan dibawah garis merah.
3. Potensial terjadi gangguan kecerdasan
4. Dasar : Anak dibawah garis merah.

Langkah IV: Kolaborasi / Tindakan Segera

1. Konsul dokter puskesmas

Untuk program terapi

2. Kolaborasi ahli Gizi

Perbaiki gizi dengan pemberian makanan tambahan

Langkah V : Rencana Asuhan

1. Jelaskan keadaan yg dialami oleh anak kepada ibu dan keluarga.

Rasional : Agar ibu dan keluarga dapat mengetahui keadaan yang dialami oleh anaknya.

2. Kolaborasi dengan petugas gizi

Rasional : Dengan kolaborasi petugas gizi ibu dapat mengerti kebutuhan gizi anaknya.

3. Beritahu ibu tanda-tanda bahaya pada anak dibawah garis merah.

Rasional : Dengan mengetahui tanda-tanda bahaya diharapkan Ibu dapat membawa anaknya segera ke puskesmas

4. Ajarkan pada ibu cara meminumkan obat cacing.

Rasional : Agar ibu dapat mengetahui aturan minum obat cacing

5. Anjurkan ibu untuk membawa anaknya ke Puskesmas untuk diperiksa dokter.

Rasional : Agar ibu dapat mengetahui penyakit yang diderita oleh anaknya

6. Anjurkan ibu untuk membawa anaknya kembali periksa.

Rasional : Dengan menganjurkan ibu untuk membawa kembali anaknya periksa dapat diketahui penyakit yang dialami anaknya sudah sembuh atau belum.

Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan / Implementasi

6 – 7 – 2008 jam 12.00 wit

1. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa status gizi anaknya kurang, Berat badan 7 kg, lingkaran lengan 10 cm tidak sesuai dengan usia anaknya
2. Melakukan kolaborasi dengan petugas gizi tentang
 - a. Pemberian makanan tambahan.

- b. Pemberian vitamin A dan obat cacing.
 - c. Menjelaskan guna pemberian makan tambahan dan KMS.
3. Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya, antara lain penyakit infeksi seperti diare, infeksi saluran pernafasan, akan membuat anaknya masuk pada gizi buruk.
 4. Menjelaskan pada ibu cara meminumkan obat cacing 1 x $\frac{1}{4}$ tablet. diminum pada malam hari diulangi tiap 6 bulan.
 5. Menganjurkan kepada ibu untuk membawa anaknya ke Puskesmas untuk pemeriksaan dokter.

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal 6-7-2008 jam 13.00 wit

1. Ibu mengerti tentang keadaan yang dialami anaknya.
2. Hasil berat badan 7 kg lingkar lengan 10 cm.
3. Vitamin A dan obat cacing dan pemberian makanan tambahan sudah diberikan.
4. Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas dan berjanji akan membawa anaknya ke Puskesmas untuk diperiksa oleh dokter.

KUNJUNGAN PUSKESMAS HARI II

Tempat Pengkajian : Puskesmas

Tanggal : 7 – 7 – 2008

Jam : 09.00 WIT

Langkah I : Pengkajian

D S :

Data Biologis / Fisiologis

Keluhan utama :

1. Anaknya masih malas makan dan rewel
2. Obat cacing sudah diberikan.
3. Buang-buang air sudah berhenti.
4. Ibu mau bertemu dokter.

D O :

Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum : mulai membaik.
2. Kesadaran : compos mentis.

3. TTV :

1. S B : 36 C

2. N D : 90 x / menit.

3. R : 30 x / menit.

4. Berat Badan : 7 Kg.

5. Lingkar lengan : 10 centimeter.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Anak umur 16 bulan dengan BGM (Bawah Garis Merah)

Dasar : Berat Badan 7 Kg

Rewel

Tidak mau makan

Langkah III : Diagnosa Potensial

1. Potensial terjadi gizi buruk pada anak.
2. Potensial terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Dasar : a. Anak susah makan.

b. Anak maunya makan jajan.

Langkah IV : Kolaborasi / Tindakan Segera

1. Kolaborasi dengan dokter Puskesmas Hedam

a. Pemeriksaan laboratorium DDR (-)

Lekosit tidak dilakukan

b. Pemberian therapy

Puyer diare + antibiotik 3 x 1 bks.

Sirup calsidol 3 x 1 sendok teh

Dapat obat puyer 3 x 1 bukus (12 bungkus)

Langkah V : Rencana Asuhan

1. Anjurkan ibu untuk tetap memberikan obat dari Puskesmas sesuai aturan yang diberikan.

Rasional : Dengan minum obat sesuai anjuran dokter sampai obatnya habis dapat mempercepat proses penyembuhan.

2. Anjurkan ibu agar lebih memperhatikan kebersihan dari bahan – bahan makanan yang akan dikonsumsi oleh anaknya.

Rasional : Dengan lebih memperhatikan kebersihan, anak akan terhindar penyakit.

3. Anjurkan ibu agar memberikan variasi dalam penyajian makanan dan Waktu pemberian.

Rasional : Makanan yang bervariasi dapat membuat anak tertarik untuk makan.

4. Jelaskan pada ibu tentang penyebab terjadinya berat badan menurun.

Rasional : Menurunnya tingkat asupan pada anak pada makanan yang bergizi dengan tingginya aktivitas anak sekejap dapat menurunkan berat badan.

5. Jelaskan pada ibu agar anak harus istirahat yang cukup.

Rasional : Dengan istirahat yang cukup maka cadangan lemak tidak akan terurai. Sehingga berat badan anak dapat dipertahankan bahkan akan meningkat.

6. Anjurkan ibu untuk tetap minum obat secara teratur.

Rasional : Dengan minum obat yang teratur penyakit dapat teratasi.

7. Beritahukan ibu bahwa petugas akan kerumah ibu

Rasional : Agar petugas dapat melihat keadaan dan perubahan pada anak.

8. Anjurkan ibu bila ada keluhan lagi segera kembali ke Puskesmas.

Rasional : Agar mendapat pemeriksaan dan pengobatan lebih lanjut.

Langkah VI : Pelaksanaan Rencana Asuhan

Tanggal : 7 – 7 – 2008 jam : 13.30 wit

1. Menganjurkan ibu untuk tetap minum obat dari dokter dan mengajari cara minum puyer 3 x 1 bungkus, sirup vitamin 3 x 1 sendok teh.
2. Menganjurkan ibu agar tetap memperhatikan kebersihan dengan cara sebelum dan sesudah makan cuci tangan, bahan-bahan makanan harus dicuci sampai bersih, alat – alat makan dan minum dicuci pakai sabun kemudian disiram atau direbus dengan air panas yang sudah mendidih.
3. Menganjurkan ibu agar siapkan menu makan bervariasi serta waktu pemberian. Misalnya makan jam 07.00, jam 12.00, jam 18.00 PASI tetap diberikan, 2 jam sebelum makan tidak diberi pasi.
4. Menjelaskan pada ibu penyebab terjadinya berat badan menurun karena asupan makanan kurang, makan yang tidak teratur / sering jajan.
5. Memberitahukan ibu agar biasakan anak tidur siang 2 – 3 jam.

6. Menganjurkan pada ibu memberi obat sesuai anjuran dokter dan obat harus dihabiskan.
7. Memberitahukan ibu bahwa petugas akan kerumah tgl 11 – 7 – 2008.
8. Menganjurkan pada ibu bila ada keluhan lain segera bawa anaknya ke Puskesmas.

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal : 7 – 7 – 2008 Jam : 11.00 WIT

1. Ibu merasa senang karena sudah ada tindakan dari dokter dan paramedis
2. Ibu mengatakan akan lebih memperhatikan kebersihan dan pola makan bagi anaknya.
3. Ibu berjanji akan meminumkan anaknya obat sesuai anjuran dan obat akan dihabiskan
4. Ibu sudah mengerti tentang apa yang disampaikan oleh petugas
5. Ibu berjanji akan menunggu kedatangan petugas

KUNJUNGAN HARI KE - III

Tempat Pengkajian : Rumah Klien

Tanggal : 12 – 7 – 2008

Langkah - I : Pengkajian

D S :

Data Biologis / Fisiologis

Keluhan Utama :

1. Ibu mengatakan anaknya dari pagi hingga sore BAB 1 x sudah bagus (lunak)
2. Obat – obatan masih ada, masih tetap diberikan.

D O :

- a). Keadaan umum : baik
- b). Kesadaran : compos mentis
- c). T T V :

S B : 36 C

R : 19 x / menit

N D : 80 x / menit

BB : naik 7,5 Kg, lingkaran lengan 10 centimeter.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Tanggal : 12 – 7 – 2008 Jam : 11.00 WIT

Diagnosa : Anak umur 16 bln dengan Berat Badan naik 7,5 Kg BGM
(Bawah Garis Merah)

Langkah III : Masalah Potensial

Tidak ada.

Langkah IV : Tindakan Segera

Tidak ada.

Langkah V : Rencana Asuhan

1. Berikan penjelasan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
Rasional : Agar ibu dan keluarga puas mendengar hasil pemeriksaan
2. Berikan motivasi pada ibu dan keluarga agar tetap berikan ASI
Rasional : Agar kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi.
3. Anjurkan pada ibu dan keluarga bila anak atau saudara yang sedang sakit harus dibawa ke Puskesmas / Rumah Sakit terdekat.

Rasional : Agar segera mendapat pengobatan dan perawatan lebih lanjut.

4. Ingatkan ibu untuk minta obat cacing dan vitamin A tiap 6 bulan.

Rasional : Dengan memberikan obat cacing dan vitamin A tiap 6 bulan . Diharapkan kesehatan anak dapat terjaga.

5. Anjurkan ibu untuk tiap bulan membawa anaknya ke Posyandu

Rasional : Agar pertumbuhan dan perkembangan anak dapat dipantau

Langkah VI : Penatalaksanaan

Tanggal : 12 – 7 – 2008 Jam : 11.30 WIT

1. Memberikan penjelasan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa anaknya sekarang sudah ada perubahan, anak tampak sehat.
2. Memberikan motifasi kepada ibu dan keluarga, agar tetap memberikan pasi sesering mungkin.
3. Menganjurkan pada ibu dan keluarga, bila anak atau saudara sakit segera dibawa ke Puskesmas atau Rumah Sakit terdekat.
4. Mengingatkan ibu untuk tiap 6 bulan sekali meminta obat cacing dan vitamin A di posyandu atau puskesmas
5. Menganjurkan ibu untuk tiap bulan membawa anaknya ke Posyandu untuk ditimbang

Langkah VII : Evaluasi

Tanggal : 12 – 7 – 2008 Jam : 13.00 WIT

1. Ibu mengerti dan menerima penjelasan dari petugas.
2. Ibu berjanji mengikuti saran dari dokter / petugas.
3. Ibu berjanji akan lebih memperhatikan kebutuhan gizi anaknya.

Ibu berjanji akan membawa anaknya tiap bulan ke Posyandu

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang kesenjangan antara teoridan kenyataan di lapangan. Manajemen kebidanan pada anak dibawah garis merah. Anak G umur 16 bulan dimulai tanggal 6-7-2006 sejak ditemukan di posyandu setia Kelurahan Hedam Abepura saat dibawa oleh ibu untuk memeriksakan anaknya ke Posyandu. Diagnosa medis ditentukan oleh petugas gizi berdasarkan anamnesa , Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan penunjang sehingga diagnosa yang diberikan adalah Anak Bawah Garis Merah (BGM). Asuhan yang diberikan sesuai dengan tahapan-tahapan pada manajemen kebidanan,yang dimulai dengan :

1). Pengkajian

Pada pengkajian merupakan tahapan pengumpulan data yang lengkap, akurat dan sistematis dengan cara Anamnesa atau Wawancara, Pemeriksaan Fisik dan Laboratorium. Pada kasus ini menurut teori sulit mengetahui penyebab anak BGM (Bawah Garis Merah). Namun ada beberapa faktor yang membuat anak BGM (Bawah Garis Merah) antara lain pendapatan orang tua, pendidikan orang tua, Penyakit Kronis, Asupan Makanan (sulit makan).

2). Interpretasi Data Dasar

Setelah melakukan pengkajian data dasar, maka penulis dapat menegaskan diagnosa : anak G umur 16 bulan dengan BGM (Bawah Garis Merah). Selain itu Penulis menegaskan masalah dari klien, yaitu menentukan berat badan, ukuran lingkaran lengan, dan dapat menentukan anak BGM (Bawah Garis Merah) / BGT.

3). Diagnosa Potensial

Berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah ditegakkan, maka penulis dapat menentukan diagnosa potensial yang mungkin terjadi : potensial terjadi gangguan tumbuh kembang dan gangguan kecerdasan.

4). Tindakan Segera

Untuk mengidentifikasi tindakan segera dalam menangani anak BGM (Bawah Garis Merah), penulis melakukan kolaborasi dengan dokter dan petugas gizi : pemberian puyer antibiotik, vitamin kalsidol 3 x 1 sendok teh, pemberian vit-A dan obat cacing, serta Pemberian Makanan Tambahan (PMT).

5). Rencana Asuhan

Rencana asuhan merupakan penyusunan rencana tindakan yang akan dilaksanakan secara menyeluruh untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa yang telah ditentukan dengan tujuan untuk

terpenuhinya kebutuhan pada anak BGM (Bawah Garis Merah). Karena waktu yang terbatas maka Penulis hanya melakukan sebatas penyuluhan pada orang tua untuk lebih memperhatikan kebersihan, asupan gizi dan menganjurkan kepada orang tua memberi makanan yang bergizi, memberi penjelasan tentang pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan usianya. Setelah dipantau 5 hari ternyata berat badan dari 7 kg mengalami kenaikan menjadi 7,5 kg.

6). Implementasi

Dalam melaksanakan asuhan kebidanan, mengacu pada rencana yang telah dibuat dan dilaksanakan selama 3 kali kunjungan rumah.

7). Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan untuk mengukur atau mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan kebidanan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan anak BGM (Bawah Garis Merah) dan apakah intervensi yang disusun menjawab masalah tersebut. Evaluasi dilakukan selama 3 kali kunjungan rumah, maka menunjukkan perbaikan kondisi anak G dengan terukurnya hasil berat badan mengalami kenaikan dari 7 kg menjadi 7,5 kg, tidak rewel dan sudah mau makan. Untuk penanganan dan pemantauan pertumbuhan serta perkembangan pada anak, pihak Puskesmas Hedam menganjurkan

anak G untuk kontrol apabila ada keluhan dan setiap bulan ke Posyandu untuk dipantau pertumbuhan dan perkembangan anaknya.

Untuk memantau keberhasilan yang diberikan, dilakukan kunjungan rumah selama 3 kali. Pada kunjungan rumah yang pertama penulis mendapat hasil Berat Badan 7 kg, anak rewel, tidak mau makan, minum pasi kurang, maunya teh manis dan jajan (snak). Penulis memberikan anjuran agar anak G harus dibawa ke Puskesmas untuk bertemu dokter dan ahli gizi.

Pada kunjungan kedua Penulis mendapat hasil, anak G sudah dibawa ke Puskesmas bertemu dokter dan ahli gizi, sudah melakukan pemeriksaan laboratorium, mendapat obat , sudah tidak rewel, mau minum pasi dan makan. Sesuai dengan masalah yang dialami anak G, orang tua dari anak G tetap diberikan pendidikan kesehatan menyeluruh. Penulis menjelaskan bahwa BGM (Berat Badan di bawah Garis Merah) dapat mengalami kenaikan apabila ibu lebih memperhatikan kebersihan, makan makanan yang bergizi, asupan gizi, mengurangi jajan (snak), pasi tetap diberikan dan bila ada keluhan segera bawa ke Puskesmas serta tiap bulan ke Posyandu.

Pada tanggal 12 juli 2008 penulis melakukan kunjungan rumah ke tiga, Penulis mendapat hasil Berat Badan mengalami kenaikan dari 7 kg menjadi 7,5 kg, anak kelihatan ceria, sudah mau makan. Semua

mau makan. Semua yang dianjurkan oleh penulis telah dilaksanakan oleh orang tua dengan baik.

Di Posyandu Setia dalam penanganan kasus anak BGM (Bawah Garis Merah) telah ditetapkan penatalaksanaan yang terarah. Disediakan waktu khusus untuk penyuluhan, pemantauan tumbuh kembang dan pemberian makanan tambahan, karena berkaitan dengan masalah kesehatan yang dihadapi anak. Mengacu pada teori (BAB. II) maka tidak terdapat perbedaan dalam penatalaksanaan terhadap anak BGT(Bawah Garis Titik).

Penulis berasumsi bahwa jika pemberian asuhan kebidanan sesuai langkah – langkah / tahapan manajemen kebidanan (varney 1997) dan dilakukan secara komprehensif yaitu ditunjang koordinasi kerja yang baik oleh bidan dan tim medis yang tersedia dengan fasilitas penunjang yang lengkap, maka setiap masalah anak BGM (Bawah Garis Merah) dapat teratasi atau ditemukan solusi yang tepat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan manajemen kebidanan pada anak BGM (Bawah Garis Merah) di Posyandu SETIA Hedam dapat disimpulkan :

1. Penanganan kasus anak BGM dilakukan secara optimal dan komprehensif serta berkesinambungan, maka masalah kesehatan dari anak BGM (Bawah Garis Merah) dapat teratasi.
2. Penatalaksanaan asuhan kebidanan tidak hanya dilakukan oleh bidan, namun juga melibatkan keluarga dan tim kesehatan lainnya.
3. Menyangkut anak BGM (Bawah Garis Merah) diperlukan kreatifitas dari bidan / petugas gizi (petugas kesehatan) dalam pendekatan dan pendampingan sehingga asupan gizi dapat terpenuhi.

B. Saran

1. Untuk Posyandu

- a). Bidan diharapkan dapat melaksanakan kunjungan rumah, agar dapat mendeteksi secara dini resiko anak BGM (Bawah Garis Merah) .
- b). Perlu ditingkatkan sarana dan fasilitas sesuai kebutuhan akan pelayanan kesehatan khususnya bagi anak BGM (Bawah Garis Merah).
- c). Mendokumentasikan asuhan kebidanan pada klien sangat penting untuk mempermudah petugas kesehatan yang lain, guna mendapatkan informasi yang jelas tentang perkembangan kesehatan klien / pasien.

2. Untuk Profesi

- a). Keberhasilan dalam pemberian Askeb, bidan sangat ditunjang oleh komunikasi therapiutik. Untuk itu hendaknya bidan saat melaksanakan therapiutik perlu memperhatikan hal-hal yang dapat menyinggung perasaan orang tua / keluarga klien, serta menunjukkan sikap dan penampilan yang baik. Sehingga tidak terjadi salah persepsi antara bidan dan keluarga klien.

- b). Untuk meningkatkan citra bidan di mata masyarakat, hendaknya dalam melakukan asuhan kebidanan kepada klien dapat ditingkatkan ketrampilan intelektual (bahasa sesuai standar profesi) yang didapatkan dari lahan praktek, bangku pendidikan serta dari sumber referensi.

Selain dapat menambah pengetahuan, juga dapat menambah pengalaman dalam memberikan pelayanan, khususnya pelayanan kebidanan dan menjaga / meningkatkan mutu pelayanan kebidanan itu sendiri.

3. Untuk Instuti Pendidikan

Agar menambah referensi kepustakaan, tenaga pengajar (dosen) dan melengkapi sarana dan fasilitas untuk menunjang proses belajar mengajar serta memperbanyak jam praktek di bagian laboratorium, agar mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang didapatkan pada tindakan nyata di lokasi praktek.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif Manjoer, 2000. **Kapita Selekta Kedokteran**, Penerbit Aesculapius, Jakarta
- MB, Arisman, 2004. **Buku Ajar Ilmu Gizi, Gizi Dalam Daur Kehidupan**, Penerbit Buku Kedokteran
- Dorland/W.A. New Roman, 2000. **Kamus Kedokteran**, Jakarta
- Drs. Djabi Julistarsa, 1998. **Manajemen Umum Sebuah Pengantar**, Edisi pertama, Jogjakarta
- Ngasiyah, 2005 . **Perawatan Anak Sakit**, Jakarta
- Sihadi, 1999. **Beberapa Faktor yang berhubungan dengan Perbaikan Gizi dari Gizi Buruk Menjadi Gizi Kurang** di klinik Bogor (KGB) 1982-1999, Buletin Penelitian Kesehatan
- Susenas, 2003. **Analisis Antrometri Balita**, GIZI-DEPKES, diakses dari <http://www.gizi.net>
- Varney.H, 2002. **Buku Saku Bidan**, Penerbit EGC, Jakarta
- Varney.H, 2007. **Proses Manajemen Kebidanan**, Jakarta
- Widayanti, Syarief, Kusharto, 2001. **Hubungan Antara Pola Asuh dengan Status Gizi Anak Balita pada Rumah Tangga Petani di Kabupaten Bogor** Media Gizi dn Keluarga



No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	26/08/2008	Bons. V	<u>acc.</u>	J.
7	2/08/2008	Bons - I. II. III. IV s V	<u>acc.</u> Gondok 3x 5 uor 151	J
8				
9				
10				

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan

W. Sapari

Dra. Welmintje Sapari, M.Kes

NIP 640 010 681



PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PAPUA
PROGRAM D-III KEBIDANAN
Alamat : Jln Padang Bulan II Abepura, Telp: (0967) 588983

NAMA : Yolanda . S . F . Wanda .
NIM : 20.71.24.4.06-43
PEMBIMBING I :
PEMBIMBING II :

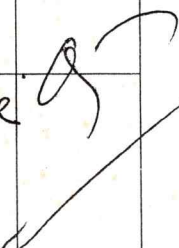
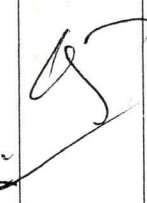
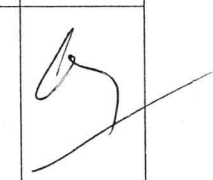
N o	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
1	08/07/2008	Bab. I.	- Kasus yg ditemukan. adls kasus GIZI Buruk . Perawatan !!	
2	10/07/2008	Bab. I.	- Gambaran Umum kesehatan pada BGM. Diare adls penyebab .	
3	12/07/2008	Bab. I.	Revisi Bab I . Diare adals Peny. infeksi yg me/ BB & layout Bab II.	
4	14/07/2008	Bab. I Bab. II .	Bab. I see Tambahan referensi di bagian akhir yg sudah	
5	18/07/2008	Bab. II .	- Konsep Terori -> GIZI Buruk & Diare	

No	Tgg	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	24/08/2008	Bab. II	Revisi sesuai Arden	J
7	28/08/2008	Bab II -	Bab. II <u>see</u> . Konsul Bab III → Bab IV	J.
8	2/08/2008	Bab. IV	Dalam bentuk Namen. Lampiran Bab. V.	J
9	8/08/2008	Bab. IV & V	Revisi - Jelas Ulangi bab II Buat Nomen. (Bab IV) <u>Revisi</u> Bab. V	A.
10	14/08/2008	Bab. IV	<u>see</u> . Revisi Bab. V.	J.

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan

Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP 640 010 681

No	Tggl	Materi bimbingan	Rekomendasi	Paraf Pmbbg
6	8/8-08	Prab <u>ur</u> - Gm dsh. kei - Aslub -	Gm. Keir. Jay. Aslub. H. keir an. Li - L <u>ur</u> .	
7	10/8-08	Prab <u>ur</u>	Iti tdk semai dg judul Seras. Pragas Judul & Aslub G. lengkap. Hare Tasyir. Pmbb I	
8	13/8-08	Prab <u>ur</u>	Publis. Aslub Haki. H. H. H. H. H. Pulis. Aslub. Pulis. Aslub. Pulis. Aslub.	
9				
10	30/8-08	Prab <u>ur</u>	Ass	

Jayapura 3 Juli 2008

Ketua Jurusan Kebidanan



Dra. Welmintje Sapari, M.Kes
NIP 640 010 681