

Buku Stunting

by Yua Wulandari

Submission date: 11-Apr-2023 08:45PM (UTC+0700)

Submission ID: 2061549205

File name: NTING_Pencegahan_dan_Penangananya_dengan_Pendekatan_Keluarga.pdf (1.73M)

Word count: 15249

Character count: 80355



STUNTING

Pencegahan dan Penanganannya
dengan Pendekatan Keluarga

Penulis
Pipit Festi Wiliyanarti
Yuanita Wulandari
Musu Gufron

STUNTING “ Pencegahan dan Penanganannya dengan Pendekatan Keluarga

Penulis : Pipit Festi Wiliyanarti, Yuanita Wulandari, Musa Gufron

Desain Cover :

Nurhidayatullah Romadhon

Lay Out :

Nurhidayatullah Romadhon

Cetakan 1 April 2022

viii+78, 17,6*250 Cm

ISBN : 978-623-433-057-34

Penerbit :



UM Surabaya Publishing
Jl. sutorejo no. 59 Mulyorejo Surabaya
Telp. (+62 87701798766)
Email: p3i@um-surabaya.ac.id

Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku tanpa izin tertulis dari Penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT karena telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan buku yang berjudul STUNTING (Pencegahan dan Penanganan dengan pendekatan keluarga) . Diharapka buku ini dapat membantu masyarakat pada umumnya, kader kesehatan, mahasiswa, serta teman teman sejawat dapat mendapatkan gambaran tentang pencegahan stunting dengan pendekatan keluarga.

Hadirnya buku ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu sangat diharapkan masukan dan saran dari berbagai pihak guna penyempurnaan buku ini, agar buku ini menjadi lebih bermanfaat bagi semua lapisan masayakat.

Ucapan terimakasih serta penghargaan setinggi-tingginya kepada Universitas Muhammadiyah Surabaya, khususnya lembaga Pusat Pengembangan Publikasi Ilmiah yang selalu memberikan support dalam terbitnya buku ini, kepada lembaga penelitian dan pengembangan Pimpinan Pusat Muhammadiyah selaku pemberi dana hibah penelitian, serta kepada pemerintah kota dan propinsi Jawa Timur, Asosiasi Pendidikan Tinggi Vokasi, serta semua Pihak yang telah mendorong untuk terbitnya buku ini.

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
BAB 1. Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan	1
1. Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita dan Instrumen yang Digunakan	1
2. Deteksi Pertumbuhan dan Standar Normalnya	3
3. Deteksi Perkembangan	7
4. Tes Daya Dengar Anak (TDD)	13
BAB 2. STIMULASI TUMBUH KEMBANG BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH	26
1. Pengertian Stimulasi	27
2. Masa Balita (2-3 Tahun)	32
3. Kemampuan gerak kasar	33
4. Kemampuan gerak halus	34
BAB 3. MENGENAL STUNTING PADA ANAK DAN GASTROENTERITIS PADA ANAK	45
1. Pengertian stunting	45
2. Penyebab stunting	46
3. Klasifikasi stunting	48
4. Penilaian Status Gizi	50
5. Faktor resiko terjadinya Stunting	55
6. Dampak terjadinya stunting	56
7. Upaya pencegahan stunting	60
BAB 4. KEBUTUHAN GIZI PADA BALITA	75
1. PERAN KELUARGA DALAM PEMBERIAN MAKANAN SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN STUNTING	77
Daftar Pustaka	79

BAB 1

Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan

Pendahuluan

Aspek tumbuh kembang pada masa anak merupakan suatu hal yang sangat penting, yang sering diabaikan oleh tenaga kesehatan, khususnya di lapangan. Biasanya penanganan lebih banyak difokuskan pada mengatasi penyakitnya, sementara tumbuh kembangnya diabaikan. Sering terjadi, setelah anak sembuh dari sakitnya, justru timbul masalah berkaitan dengan tumbuh kembangnya, misalnya, anak mengalami keumunduran dalam kemampuan otonominya.

Oleh karena itu, sesuai dengan tujuan belajar, pada bab ini akan dibahas mengenai deteksi dini, parameter pertumbuhan dan perkembangan, serta cara pengkajiannya.

1. Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita dan Instrumen yang Digunakan

Deteksi Dini merupakan upaya penjarangan yang dilaksanakan secara komprehensif untuk mengetahui adanya penyimpangan pada tumbuh kembang bayi dan balita serta untuk mengoreksi adanya faktor risiko (Depkes, 1996). Dengan adanya faktor risiko yang telah diketahui, maka upaya untuk meminimalkan dampak pada anak bisa dicegah. Upaya tersebut diberikan sesuai dengan umur perkembangan anak. Dengan demikian, dapat tercapai kondisi tumbuh kembang yang optimal.

Kegunaan deteksi dini adalah untuk mengetahui penyimpangan pada tumbuh kembang bayi dan balita secara dini, sehingga upaya pencegahan, stimulasi, penyembuhan, dan pemulihan dapat diberikan dengan benar sesuai dengan indikasinya. Deteksi untuk tumbuh kembang ini merupakan

suatu upaya yang perlu didukung, karena merupakan salah satu cara untuk mempersiapkan generasi mendatang yang berkualitas.

Pelaksanaan deteksi dini ini dapat dilakukan oleh siapa pun yang telah terampil dan mampu melaksanakannya, seperti tenaga profesional (dokter, psikolog, perawat, dan tenaga kesehatan), kader, bahkan orang tua atau anggota keluarga dapat diajarkan cara untuk melakukan deteksi tumbuh kembang. Upaya deteksi ini dapat dilakukan di tempat pelayanan kesehatan, posyandu, sekolah ataupun di lingkungan rumah tangga.

Adanya variasi pada pertumbuhan manusia merupakan masalah dalam menentukan patokan-patokan yang akan dipakai dalam melaksanakan deteksi. Akan tetapi, dengan cara membandingkan ukuran seorang anak pada waktu tertentu dengan kelompok sebayanya dapat ditentukan apakah anak tersebut telah bertumbuh dan berkembang dengan baik.

Untuk mencapai tujuan tersebut, maka sejak awal keadaan pertumbuhan dan perkembangan anak harus dipantau, sehingga bila ada gangguan atau penyimpangan dapat segera ditangani dengan benar. Untuk melakukan deteksi diperlukan suatu instrumen untuk mengetahui apakah anak telah bertumbuh dan berkembang secara normal.

Instrumen atau alat deteksi dini merupakan suatu tes skrining yang telah distandardisasi. Dengan melakukan tes skrining pada anak, maka dapat diketahui adanya kelainan, sehingga dapat diramalkan keadaan tumbuh kembang anak di kemudian hari. Untuk skrining awal, deteksi tumbuh kembang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan yang berada di puskesmas atau di lapangan dengan menggunakan Pedoman Deteksi Tumbuh Kembang Balita yang diterbitkan oleh Depkes RI (1996). Pedoman tersebut meliputi berbagai tes atau pemeriksaan, yaitu;

1. Berat badan menurut tinggi badan anak (BB terhadap TB)
2. Pengukuran lingkar kepala anak (PLKA)
3. Kuesioner praskrining perkembangan (KPSP)

4. Kuesioner perilaku anak prasekolah (KPAP)
5. Tes daya lihat (TDL) dan tes kesehatan mata (TKM) bagi anak prasekolah
6. Tes daya dengar anak (TDD)

Berbagai macam pemeriksaan tersebut dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu tes untuk deteksi pertumbuhan dan tes untuk deteksi perkembangan. Untuk pertumbuhan, tes yang dapat digunakan adalah penentuan berat badan menurut tinggi badan dan pengukuran lingkaran kepala. Sedangkan untuk perkembangan, tes yang dapat dilakukan adalah KPSP, KPAP, TDL, TKM, dan TDD.

Pada buku ini, cara untuk menentukan penilaian dari masing-masing pemeriksaan yang terdapat pada pedoman tersebut hanya dibahas secara umum. Untuk pemeriksaan yang lebih rinci dapat dibaca langsung pada Pedoman Deteksi Tumbuh Kembang Balita (Depkes RI, 1996). Pembahasan dimulai dari deteksi pertumbuhan kemudian baru perkembangan.

2. Deteksi Pertumbuhan dan Standar Normalnya

Sebagaimana telah dibahas pada bab sebelumnya, pertumbuhan dan perkembangan pada dasarnya saling terkait dan saling memengaruhi. Namun untuk mengetahui sejauh mana keadaan pertumbuhan dan perkembangan anak dan apakah hal tersebut dapat berlangsung secara normal, maka diperlukan parameter atau patokan-patokan yang berbeda antara pertumbuhan dan perkembangan. Dengan mengetahui patokan-patokan ini, seorang petugas dapat melakukan deteksi terhadap keadaan anak.

Parameter untuk pertumbuhan yang sering digunakan, sebagaimana terdapat dalam pedoman deteksi tumbuh kembang anak balita, adalah BB terhadap TB dan lingkaran kepala anak. Parameter tersebut mencakup ukuran antropometri dan paling mudah dilakukan di lapangan. Selain ukuran antropometri, parameter lain yang dapat digunakan apabila ukuran antropometri meragukan adalah pemeriksaan fisik, pemeriksaan

laboratorium, dan radiologis. Berikut ini akan dibahas mengenai parameter yang dapat dipakai untuk mengetahui keadaan perkembangan anak.

2.1 Ukuran Antropometri

Pengukuran antropometri ini dimaksudkan untuk mengetahui ukuran-ukuran fisik seorang anak dengan menggunakan alat ukur tertentu, seperti timbangan dan pita pengukur (meteran). Ukuran antropometri ini dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1. Tergantung umur, yaitu hasil pengukuran dibandingkan dengan umur. Misalnya, BB terhadap usia atau TB terhadap usia. Dengan demikian, dapat diketahui apakah ukuran yang dimaksud tersebut tergolong normal untuk anak
2. Tidak tergantung umur, yaitu hasil pengukuran dibandingkan dengan pengukuran lainnya tanpa memperhatikan berapa umur anak yang diukur. Misalnya, BB terhadap TB. Ukuran ini digunakan untuk mengetahui apakah proporsi anak tergolong normal

Dari beberapa ukuran antropometri, yang paling sering digunakan untuk menentukan keadaan pertumbuhan pada masa balita adalah:

1. Berat Badan

Berat badan merupakan salah satu ukuran antropometri yang terpenting karena dipakai untuk memeriksa kesehatan anak pada semua kelompok umur.

Pada usia beberapa hari, berat badan akan mengalami penurunan yang sifatnya normal, yaitu sekitar 10% dari berat badan lahir. Hal ini disebabkan karena keluarnya meconium dan air seni yang belum diimbangi asupan yang mencukupi, misalnya produksi AST yang belum lancar. Umumnya, berat badan akan kembali mencapai berat lahir pada hari kesepuluh.

Pada bayi sehat, kenaikan berat badan normal pada triwulan I adalah sekitar 700-1000 gram/bulan, pada triwulan II sekitar 500-600 gram/bulan, pada triwulan III sekitar 350-450 gram/bulan, dan pada triwulan IV sekitar 250-350 gram/bulan.

Dari perkiraan tersebut, dapat diketahui bahwa pada usia 6 bulan pertama berat badan akan bertambah sekitar 1 kg/bulan, sementara pada 6 bulan berikutnya hanya + 0,5 kg/bulan. Pada tahun kedua, kenaikannya adalah + 0,25 kg/bulan. Setelah 2 tahun, kenaikan berat badan tidak tentu, yaitu sekitar 2,3 kg/ tahun. Pada tahap adolesensia (masa remaja) akan terjadi pertambahan berat badan secara cepat (*growth spurt*).

Selain dengan perkiraan tersebut, BB juga dapat diperkirakan dengan menggunakan rumus atau pedoman dari Behrman (1992), yaitu:

- 1) Berat badan lahir rata-rata: 3,25 kg
- 2) Berat badan usia 3-12 bulan, menggunakan rumus:

$$\frac{\text{Umur (bulan)} + 9}{2} = \frac{n + 9}{2}$$

- 3) Berat badan usia 1-6 tahun, menggunakan rumus:

$$(\text{Umur (tahun)} \times 2) + 8 = 2n + 8$$

Keterangan: n adalah usia anak

Untuk menentukan umur anak dalam bulan, bila lebih 15 hari dibulatkan ke atas, sementara bila kurang atau sama dengan 15 hari, dihilangkan. Misalnya, saat ini seorang bayi berumur 5 bulan 25 hari, maka bayi tersebut dianggap berumur 6 bulan. Dengan demikian, bila

menggunakan rumus Behrman, BB bayi diperkirakan sebesar 7,5 kg. Sedangkan anak yang berumur di atas satu tahun, bila kelebihan di atas 6 bulan dibulatkan 1 tahun, sedangkan kelebihan 6 bulan atau kurang, dihilangkan. Misalnya, bayi yang saat ini berumur 2 tahun 6 bulan dianggap berusia 2 tahun, sehingga perkiraan berat badannya adalah 12 Kg

Berat badan merupakan indikator sederhana yang digunakan di lapangan atau Puskesmas untuk menentukan status gizi anak, yaitu dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS). Pada KMS dapat diketahui apakah keadaan status gizi anak tergolong normal, kurang, atau buruk. Gambaran tentang KMS dibahas pada bagian lain bab ini.

TABEL 4.1

Berat Badan terhadap Tinggi Badan Anak Usia 0-5 Tahun

Tinggi (cm)	BB normal (100%)	BB kurang (<90%)	BB buruk (<80%)	Tinggi (cm)	BB normal (100%)	BB kurang (<90%)	BB buruk (<80%)
52	3,8	3,4	3,0	81	11,2	10,1	9,0
53	4,0	3,6	3,2	82	11,4	10,3	9,1
54	4,3	3,9	3,4	83	11,6	10,4	9,3
55	4,6	4,1	3,7	84	11,8	10,6	9,4
56	4,8	4,3	3,8	85	12,0	10,7	9,6
57	5,0	4,5	4,0	86	12,2	11,0	9,8
58	5,2	4,7	4,2	87	12,4	11,1	9,9
59	5,5	4,9	4,4	88	12,6	11,3	10,1
60	5,7	5,1	4,6	89	12,8	11,5	10,2
61	6,0	5,4	4,8	90	13,1	11,8	10,5
62	6,3	5,7	5,0	91	13,4	11,9	10,7
63	6,6	5,9	5,3	92	13,6	12,2	10,9
64	6,9	6,2	5,5	93	13,8	12,4	11,0
65	7,2	6,5	5,8	94	14,0	12,6	11,2
66	7,5	6,8	6,0	95	14,3	12,8	11,4
67	7,8	7,0	6,4	96	14,5	13,1	11,6
68	8,1	7,3	6,5	97	14,7	13,3	11,8
69	8,4	7,6	6,7	98	15,0	13,5	12,0
70	8,7	7,8	7,0	99	15,3	13,7	12,2
71	9,0	8,1	7,2	100	15,6	14,0	12,5
72	9,2	8,3	7,4	101	15,8	14,2	12,6
73	9,5	8,5	7,6	102	16,1	14,5	12,9

74	9,7	8,7	7,8	103	16,4	14,7	13,0
75	9,9	9,0	7,9	104	16,7	15,0	13,4
76	10,2	9,2	8,2	105	17,0	15,3	13,6
77	10,4	9,4	8,3	106	17,3	15,6	13,9
78	10,6	9,5	8,5	107	17,6	15,9	14,1
79	10,8	9,7	8,6	108	18,0	16,2	14,4
80	11,0	9,9	8,8				

Sumber: Direktorat Gizi, Depkes (1973).

3. Deteksi Perkembangan

Jika pertumbuhan ditujukan untuk kematangan fisik, maka perkembangan lebih ditujukan untuk membuat fisik mempunyai arti/makna dalam hidup.

Penilaian perkembangan anak memiliki banyak model dan macamnya. Meskipun demikian, perlu ada parameter-parameter atau patokan-patokan tertentu sehingga dapat dilakukan perbandingan secara konsisten. Ada banyak parameter atau tes untuk perkembangan anak, misalnya, tes IQ, tes psikomotorik, tes prestasi, dan lain-lain. Masing-masing tes tersebut disesuaikan dengan fungsi dan usia anak. Masing-masing tes tersebut dapat dipelajari di buku *Tumbuh Kembang Anak* halaman 65-71 yang ditulis oleh Soetjiningsih.

Terkait dengan upaya memberikan asuhan kesehatan pada balita, supaya dapat melakukan deteksi perkembangan anak, seseorang lebih dahulu harus memahami aspek-aspek dalam perkembangan anak. Menurut Frankenburg (1981) yang dikutip oleh Soetjiningsih, terdapat empat aspek perkembangan anak balita, yaitu:

1. Kepribadian/tingkah laku sosial (*personal social*), yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungan.

2. Motorik halus (*fine motor adaptive*), yaitu aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu dan melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan otot-otot kecil, memerlukan koordinasi yang cermat, serta tidak memerlukan banyak tenaga, misalnya, memasukkan manik-manik ke dalam botol, menempel, dan menggunting.

3. Motorik Kasar

4. Bahasa

Berdasarkan buku Pedoman Deteksi Tumbuh Kembang yang disusun oleh Departemen Kesehatan tersebut, tes perkembangan yang dapat dilakukan adalah Kuesioner Pra Skrining Perkembangan, Kuesioner Perilaku Anak Prasekolah, Tes Daya Lihat dan Tes Kesehatan Mata, serta Tes Daya Dengar Anak. Berikut ini akan dijelaskan mengenai masing-masing tes secara singkat.

1. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)

KPSP merupakan suatu daftar pertanyaan singkat yang ditujukan pada orang tua dan dipergunakan sebagai alat untuk melakukan skrining pendahuluan untuk perkembangan anak usia 3 bulan sampai 6 tahun. Daftar pertanyaan tersebut berjumlah 10 nomor yang harus dijawab oleh orang tua atau pengasuh yang mengetahui keadaan perkembangan anak.




Pertanyaan dalam KPSP dikelompokkan sesuai usia anak saat dilakukan pemeriksaan, mulai kelompok usia 3 bulan, 3-6 bulan, dan seterusnya sampai kelompok 5-6 tahun. Untuk usia ditetapkan menurut tahun dan bulan, dengan kelebihan 16 hari dibulatkan menjadi 1 bulan.

Contohnya, usia anak yang 9 bulan 16 hari dibulatkan menjadi 10 bulan, sementara usia 9 bulan 15 hari dibulatkan menjadi 9 bulan.

Pertanyaan dalam KPSP harus dijawab dengan 'ya' atau 'tidak' oleh orang tua. Setelah semua pertanyaan dijawab, selanjutnya hasil KPSP dinilai.

- 1) Apabila jawaban 'ya' berjumlah 9-10, berarti anak tersebut normal
(perkembangan baik).
- 2) Apabila jawaban 'ya' kurang dari 9, maka perlu diteliti lebih lanjut mengenai:
 - (1) Apakah cara menghitung usia dan kelompok pertanyaannya sudah sesuai.
 - (2) Kesesuaian jawaban orang tua dengan maksud pertanyaan. Apabila ada kesalahpahaman, maka pemeriksaan harus diulang.
- 3) Apabila setelah diteliti, jawaban 'ya' berjumlah 7-8, berarti hasilnya adalah meragukan dan perlu diperiksa ulang 1 minggu kemudian.
- 4) Apabila jawaban 'ya' berjumlah 6 atau kurang, berarti hasilnya kurang atau positif untuk perlu dirujuk guna pemeriksaan lebih lanjut.

Contoh lembar penilaian KPSP

1	Dapatkah anak mengayuh sepeda roda tiga sejauh sedikitnya 3 meter ?	Gerak kasar	Ya	Tidak
2	Setelah makan, apakah anak mencuci dan mengeringkan tangannya dengan baik sehingga anda tidak perlu mengulangnya ?	Sosialisasi & Kemandirian	Ya	Tidak
3	Suruh anak berdiri satu kaki tanpa berpegangan. Jika perlu tunjukkan caranya dan beri anak anda kesempatan melakukannya 3 kali. Dapatkah ia mempertahankan keseimbangan dalam waktu 2 detik atau lebih?	Gerak kasar	Ya	Tidak
4	Letakkan selembar kertas seukuran buku ini di lantai. Apakah anak dapat melompati panjang kertas ini dengan mengangkat kedua kakinya secara bersamaan tanpa didahului lari ?	Gerak kasar	Ya	Tidak
5	Jangan membantu anak dan jangan menyebut lingkaran. Suruh anak menggambar seperti contoh ini di kertas kosong yang tersedia. Apakah anak dapat menggambar lingkaran?  Jawab : YA  Jawab : TIDAK 	Gerak halus	Ya	Tidak
6	Dapatkah anak meletakkan 8 buah kubus satu persatu di atas yang lain tanpa menjatuhkan	Gerak halus	Ya	Tidak

	kubus tersebut ? Kubus yang digunakan ukuran 2.5 - 5 cm.			
7	Apakah anak dapat bermain petak umpet, ular naga atau permainan lain dimana ia ikut bermain dan mengikuti aturan bermain ?	Sosialisasi & Kemandirian	Ya	Tidak
8	Dapatkah anak mengenakan celana panjang, kemeja, baju atau kaos kaki tanpa di bantu? (Tidak termasuk memasang kancing, gesper atau ikat pinggang)	Sosialisasi & Kemandirian	Ya	Tidak
9	Dapatkah anak menyebutkan nama lengkapnya tanpa dibantu? Jawab TIDAK jika ia hanya menyebut sebagian namanya atau ucapannya sulit dimengerti.	Bicara & Bahasa	Ya	Tidak

2. Kuesioner Perilaku Anak Prasekolah (KPAP)

KPAP adalah sekumpulan perilaku yang digunakan sebagai alat untuk mendeteksi secara dini kelainan-kelainan perilaku pada anak prasekolah (usia 3-6 tahun). Kuesioner ini berisi 30 perilaku yang perlu ditanyakan satu per satu pada orang tua.

Setiap perilaku perlu ditanyakan apakah 'sering terdapat/ 'kadang-kadang terdapat/ atau 'tidak terdapat.' Apabila jawaban yang diperoleh adalah 'sering terdapat/ maka jawaban tersebut diberi nilai 2, 'kadang-kadang terdapat' diberi nilai 1, dan 'tidak terdapat' diberi nilai 0. Apabila jumlah nilai seluruhnya kurang dari sebelas, maka anak perlu dirujuk, sedangkan jika jumlah nilai 11 atau lebih maka anak tidak perlu dirujuk. Pengisian kuesioner dapat dilakukan oleh petugas di lapangan, kader, guru atau orang tua anak itu sendiri.

3. Tes Daya Lihat dan Tes Kesehatan Mata Anak Prasekolah

Tes ini merupakan alat untuk memeriksa ketajaman daya lihat serta kelainan mata pada anak berusia 3-6 tahun. Sebagaimana alat deteksi lainnya, tes ini juga digunakan untuk mendeteksi adanya kelainan daya lihat pada anak usia prasekolah secara dini, sehingga bila ada penyimpangan dapat segera ditangani.

Untuk melakukan tes daya lihat diperlukan ruangan dengan pencahayaan yang baik dan alat 'kartu E' yang digantungkan setinggi anak duduk. 'Kartu E' ini berisi huruf E yang terdiri dari 4 baris. Baris pertama huruf E berukuran paling besar kemudian berangsur-angsur mengecil pada baris keempat. Secara normal, anak dapat melihat huruf E pada baris ketiga. Apabila anak tidak dapat melihat huruf E pada baris ketiga, maka perlu dirujuk untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut.

Selain tes daya lihat, anak juga perlu diperiksa kesehatan matanya. Perlu ditanyakan dan diperiksa adakah:

- 1) keluhan seperti mata gatal, panas, penglihatan kabur, atau pusing.
- 2) perilaku seperti sering menggosok mata, membaca terlalu dekat, atau sering mengkedip-kedipkan mata.
- 3) kelainan mata seperti bercak bitot, juling, mata merah, dan keluar air.

Apabila ditemukan satu kelainan atau lebih pada mata anak, maka anak tersebut perlu dirujuk.

4. Tes Daya Dengar Anak (TDD)

Tanpa pendengaran yang baik, anak tidak dapat belajar berbicara atau mengikuti pelajaran di sekolah dengan baik. Oleh karena itu, diperlukan deteksi secara dini atas fungsi pendengaran anak, sehingga kemampuan pendengaran dan bicara anak dapat berkembang dengan baik.

Tes Daya Dengar ini berupa pertanyaan-pertanyaan yang disesuaikan dengan usia anak, yaitu kelompok usia 0-6 bulan, lebih dari 6 bulan, lebih dari 9 bulan, lebih dari 12 bulan, lebih dari 24 bulan, dan lebih dari 36 bulan. Setiap pertanyaan perlu dijawab 'ya' Atau 'tidak.' Apabila ada jawabannya adalah tidak, berarti pendengaran anak tidak normal, sehingga diperlukan pemeriksaan lebih lanjut.

Kartu Menuju Sehat

Pengertian

Kartu Menuju Sehat atau yang sering disingkat dengan KMS adalah suatu • penting yang digunakan untuk memantau pertumbuhan dan perkembang (Soetjiningsih, 1996). KMS yang ada untuk saat ini adalah KMS Balita, yaitr . yang memuat grafik pertumbuhan serta indikator perkembangan yang ber~ - untuk mencatat dan memantau tumbuh kembang balita setiap bulannya, car lahir sampai berusia 5 tahun (Depkes RI, 1996). Dengan demikian, KMS dapat ;L= sebagai rapor kesehatan dan gizi (catatan riwayat kesehatan dan gizi) balita.

Secara umum, KMS berisi gambar kurva berat badan terhadap umur unnm berusia 0-5 tahun, atribut penyuluhan, dan catatan yang penting untuk dipe. " oleh petugas dan orang tua, seperti riwayat kelahiran anak, pemberian .-. makanan tambahan, pemberian imunisasi dan vitamin A, penatalaksanaan rumah, serta patokan sederhana tentang perkembangan psikomotorik anak.

Tujuan Penggunaan KMS

1. Tujuan umum penggunaan KMS adalah mewujudkan tingkat tumbuh kembang status kesehatan anak balita secara optimal. Adapun tujuan khususnya mel: . Sebagai alat bantu bagi ibu atau orang tua untuk memantau tingkat per_ dan perkembangan yang optimal.
2. Sebagai alat bantu dalam memantau dan menentukan tindakan yang diperlukan untuk mewujudkan tumbuh kembang yang optimal.
3. Mengatasi malnutrisi di masyarakat secara efektif dengan peningkatan pertumbuhan yang memadai (*promotivea*).

Fungsi KMS Balita

Ada beberapa fungsi KMS. Secara umum, fungsi-fungsi tersebut dapat dikelompokkan menjadi:

1. Sebagai media untuk mencatat/memantau riwayat kesehatan balita secara lengkap.
2. Sebagai media penyuluhan bagi orang tua mengenai kesehatan balita.
3. Sebagai sarana pemantauan yang dapat digunakan oleh petugas untuk menentukan tindakan pelayanan kesehatan dan gizi terbaik bagi balita.
4. Sebagai kartu analisis tumbuh kembang balita.

Guna KMS bagi kader :

1. KMS juga sebagai alat penyuluhan gizi kepada ibu, berdasarkan pertumbuhan dan perkembangan
2. Pada penimbangan pertama: anjurkan agar ibu datang pada bulan depan, untuk menimbang kembali anaknya.

3. Jika bulan lalu anak tidak ditimbang: nasehatilah ibunya, agar untuk selanjutnya, anak perlu ditimbang secara teratur setiap bulan jika berat badan naik pujiilah ibu dan anaknya.
4. Jika berat badan anak tidak naik, ibu diberi penyuluhan gizi.
5. Anjurkan ibu menjadi anggota Kelompok Bina Anggota Balita (BKB)

Cara membaca KMS

1. Apabila titik berat badan anak berada DIBAWAH GARIS MERAH, sekalipun pada penimbangan pertama atau pada penimbangan bulan lalu tidak ditimbang. Maka artinya : anak tersebut SANGAT TIDAK SEHAT. Anak perlu dikirim kepuskesmas.
2. Bila dibandingkan dengan hasil penimbangan bulan lalu, Berat badan anak ini, sekarang tampak NAIK (N), Sebab :
 - a. Berat badannya bertambah mengikuti salah satu warna pita
 - b. Berat badan bertambah pindah ke pita warna yang lebih tua (pita warna di atasnya). ARTINYA : ANAK-ANAK INI SEHAT
3. Berat badan anak TIDAK NAIK (T), jika :
 - a. Berat badan berkurang atau TURUN
 - b. Berat badannya TETAP
 - c. Berat badannya bertambah atau NAIK, tetapi pindah ke pita warna yang lebih muda (pita warna dibawahnya).
ARTINYA ANAK INI TIDAK SEHAT

Dasar Pembuatan Kurva pada KMS

Kurva/grafik pertumbuhan pada KMS dibuat berdasarkan standar baku WHO-NCHS yang disesuaikan dengan situasi Indonesia. Batas kurva bagian atas adalah persentil ke-50 dari berat badan rata-rata anak laki-laki dan garis bawah adalah persentil ke-3 dari berat badan anak perempuan.

Kurva pertumbuhan tersebut dibagi dalam 5 kelompok (blok) sesuai dengan skala berat dalam kg dan garis datar yang merupakan skala umur menurut bulan. Kelompok 1 adalah untuk bayi berusia 0-12 bulan, kelompok 2 adalah untuk usia 13-24 bulan, kelompok 3 adalah untuk usia 25-36 bulan, kelompok 4 adalah untuk usia 37-48 bulan, dan kelompok 5 adalah untuk usia 49-60 bulan.

Dalam setiap kelompok kurva terdapat garis melengkung yang menggambarkan pola pertumbuhan berat badan, berupa garis berwarna merah dengan pita kuning, hijau muda, dan hijau tua. Masing-masing warna tersebut mempunyai dasar dan makna sebagai berikut:

1. Garis merah dibentuk dengan menghubungkan angka yang dihitung dari 70% median baku WHO-NCHS.
2. Dua pita kuning yang berada di atas garis merah, berturut-turut merupakan batas atas 75% dan 80% dari median baku WHO-NCHS.
3. Dua pita warna hijau muda di atas pita kuning, berturut-turut merupakan batas atas 85% dan 90% dari median baku WHO-NCHS.
4. Dua pita warna hijau tua di atas pita hijau muda, berturut-turut merupakan batas atas 95% dan 100% median baku WHO-NCHS.

Konsep Perkembangan anak 1-3 tahun
perkembangan fisik

Parameter umum

Peningkatan ukuran tubuh terjadi secara bertahap bukan secara *linier* yang menunjukkan percepatan atau perlambatan perkembangan pada masa *toodler*.

1. Tinggi badan

Rata-rata *toodler* bertambah tinggi sekitar 7,5 cm per tahun. Rata-rata tinggi *toodler* usia 2 tahun sekitar 6,6 cm. tinggi badan pada anak usia 2 tahun adalah setengah dari tinggi dewasa yang diharapkan.

2. Berat badan

Rata-rata pertambahan berat badan *toodler* bertambah tinggi sekitar 1,8 sampai 2,7 Kg pada usia 2,5 tahun.

3. Lingkar kepala

Pada usia 1-2 tahun, ukuran lingkaran kepala sama dengan lingkaran dada total. Laju peningkatan lingkaran kepala pada tahun ke 2 adalah 2,5 Cm per tahun sampai usai 5 tahun

Nutrisi

1. Kebutuhan nutrisi

- (1) Kecepatan pertumbuhan berkurang secara dramatis, sehingga kebutuhan *toddler* terhadap kalori, protein dan cairan menurun
- (2) Kebutuhan kalori adalah 102 kkal per Kg per hari
- (3) Kebutuhan protein adalah 1,2 gram per Kg per hari
- (4) *Toddler* dengan diet vegetarian tidak menerima protein nabati yang cukup. Mereka harus dirujuk ke ahli gizi

2. Pilihan dan pola makanan

- (1) Pada usia 12 bulan, kebanyakan *toddler* makan makanan keluarga.
- (2) Pada usia 18 bulan, sebagian besar *toddler* mengalami *anoreksia fisiologis* dan menjadi pemilih dalam hal makanan, menginginkan suatu makanan tertentu dan makan dalam jumlah besar pada satu hari dan sangat sedikit pada hari berikutnya.
- (3) *Toddler* memilih makan sendiri dan lebih menyukai makanan dalam porsi kecil makanan yang enak (mengundang selera)
- (4) *Toddler* lebih menyukai satu jenis makanan dalam piring daripada makanan yang dicampur. Berbagai jenis makanan harus sering diberikan sehingga *toddler* dapat mengenal jenis makanan tersebut.
- (5) Orang tua harus menganjurkan penggunaan peralatan makan, tetapi menyadari bahwa *toddler* lebih menyukai menggunakan tangan.

3. Kesehatan gigi

1. Jumlah gigi primer (20 gigi desidua) lengkap ketika mencapai usia 2,5 tahun
2. Kunjungan ke dokter gigi pertama kali harus dilakukan sebelum usia *toddler* 2,5 tahun

3. Orang tua harus membersihkan gigi *toodler* dengan sikat gigi yang lembut dan air, kemudian sela-sela gigi dengan benang halus. Pasta gigi mungkin tidak digunakan karena *toodler* tidak menyukai busanya dan pasta gigi berfluorida berbahaya jika ditelan
4. *Toodler* memerlukan suplemen fluorida jika sumber air ditempat tinggalnya tidak mengandung fluorida
5. Diet harus rendah makanan yang bersifat *kariogenik* (misalnya : gula pasir yang dapat menimbulkan *caries* pada gigi.

Perkembangan motorik

Motorik kasar

1. *Toodler* dapat berjalan tanpa bantuan pada usia 15 bulan
2. *Toodler* berjalan menaiki tangga dengan berpegangan dengan satu tangan pada saat usai 18 bulan
3. *Toodler* berjalan menaiki dan menuruni tangga dengan satu langkah pada saat usia 24 bulan
4. *Toodler* melompat dengan kedua kaki pada usia 30 bulan

Motorik halus

1. *Toodler* membangun menara dua balok dan mencoret-coret secara spontan pada usia 15 bulan
2. *Toodler* membangun menara 3-4 balok pada usia 18 bulan
3. *Toodler* meniru coretan vertikal pada usia 24 bulan
4. *Toodler* membangun menara 8 balok dan meniru tanda silang pada usi 30 bulan

Perkembangan psikososial

Tinjauan

1. Erikson memberi istilah krisis psikososial yang dihadapi *toodler* anantara usia 1-3 tahun sebagai "Otonomi vs Malu dan Raguh"
 - (1) Tema psikososial pada tahap ini adalah untuk memegang dan melepaskan.

- (2) *Toodler* telah mengembangkan rasa percaya dan siap menyerahkan ketergantungan untuk membangun perkembangan kemampuan pertamanya dalam mengendalikan dan otonomi. Orang tua yang mendorong *toodler* melakukan hal tersebut akan mengembangkan kemandirian *toodler*
 - (3) *Toodler* dapat mengembangkan rasa malu dan ragu jika orang tua jika membiarkan *toodler* bergantung pada orang tua di area yang seharusnya *toodler* dapat mencoba ketrampilan barunya.
2. *Toodler* mulai menguasai ketrampilan sosial
 - (1) Individualisasi (membedakan diri dengan orang lain)
 - (2) Berpisah dengan orang tua
 - (3) Pengendalian seluruh fungsi tubuh
 - (4) Berkomunikasi dengan kata-kata
 3. *Toodler* sering menggunakan kata “tidak” bahkan ketika bermaksud “ya” untuk mengungkapkan kebebasannya (perilaku negativistik)
 4. *Toodler* sering terus-menerus mencari benda familier yang melambangkan rasa aman seperti selimut selama waktu stress dan perasaan tidak menentu

Rasa takut

1. Rasa takut umum pada *toodler* antara lain :
 - (1) Kehilangan orang tua
 - (2) *Ansietas* terhadap orang asing
 - (3) Suara-suara yang keras
 - (4) Pergi tidur
 - (5) Binatang besar
2. Dukungan emosional, kenyamanan dan penjelasan sederhana dapat menghalau rasa takut *toodler*

Sosial

1. *Ritulisme*, *negativisme* dan kemandirian mendominasi interaksi pada *toodler*

2. *Ansietas* perpisahan memuncak saat *toodler* mulai membedakan dirinya dari orang terdekat
3. *Negativisme* juga merupakan hal yang umum. Cara terbaik untuk menurunkan jumlah kata “tidak” yaitu dengan menurunkan jumlah pertanyaan yang mengarah pada jawaban

Bermain dan mainan

1. *Toodler* terlibat dalam permainan paralel. Meniru adalah salah satu bentuk permainan yang paling umum
2. Rentang perhatian yang pendek sering menyebabkan *toodler* sering mengganti mainan.

Perkembangan psikoseksual

Tinjauan

1. Perkembangan tahap awal dimulai pada usia 8 bulan sampai 4 tahun
2. Fokus *toodler* bergantian dari area anal dengan penekanan pada pengendalian *defekasi* saat anak tersebut mencapai pengendalian *neuro muskular* terhadap *spingter* anal.
3. *Toodler* mengalami kepuasan dan frustasi saat anak tersebut menahan dan mengeluarkan, memasukkan dan melepaskan
4. Konflik antara menahan dan mengeluarkan secara bertahap diselesaikan seiring dengan kemajuan latihan *defekasi*.

Manifestasi

1. Seksualitas mulai berkembang
 - (1) Masturbasi dapat terjadi akibat dari eksplorasi tubuh
 - (2) Mempelajari kata-kata dapat dikaitkan dengan anatomi dan eliminasi
 - (3) Perbedaan jenis kelamin menjadi jelas
2. *Toilet training* adalah tugas utama *toodler*
 - (1) *Toodler* sebelum usia 18 (sampai 24) bulan biasanya belum siap

- (2) Latihan *defekasi* dilakukan sebelum melatih buang air kecil. Latihan buang air kecil yang tuntas pada malam hari biasanya tidak terjadi sampai usia 4 atau 5 tahun.
- (3) Tempat pembuangan (misalnya : pispot, wc) harus menawarkan keamanan. Kaki anak harus mencapai lantai.

2.4.1 Perkembangan kognitif

Tinjauan

Terhadap sensori motorik tahap ini berlangsung pada usia 12 dan 24 bulan yang melibatkan 2 sub tahap.

1. Sub tahap (12-18 bulan)
reaksi sirkular tersier melibatkan eksperimen *trial dan error* dan eksplorasi aktif yang terus-menerus.
2. Sub tahap (18-24 bulan)
Munculnya kombinasi mental memungkinkan *toodler* untuk melengkapi pemahaman makna yang baru dalam menyelesaikan tugas.

Bahasa

1. *Toodler* menggunakan bahasa ungkapan khusus (yaitu : kata-kata ungkapan buatan *toodler* sendiri untuk ekspresi)
2. *toodler* mengatakan sekitar 300 kata, menggunakan 2 atau 3 frase dan menggunakan kata ganti pada usia 2 tahun.
3. *toodler* menyebutkan nama depan dan akhir dan menggunakan kata benda jamak pada usia 2,5 tahun

Pengukuran Status Gizi Berdasarkan Berat Badan

- a. Berat Badan
 1. Berat badan 4 kali lipat pada usia 2 ½ tahun
 2. Pertambahan setiap tahun 2-3 Kg
(Wong, 2003)
 3. Pertambahan berat badan
6 bulan ke 1 : 0,5-1,0 Kg/bln

6 bulan ke 2 : 0,3-0,5 Kg/bln

1-2 tahun : 0,2 Kg/bln

(Bagian / SMF Ilmu Kesehatan Anak FKUP/RSHS, 2000)

Klasifikasi dari standart Harvard yang sudah dimodifikasi yang sesuai dengan kondisi anak-anak dari Negara-negara Asia dan Afrika adalah sebagai berikut :

1. Gizi cukup adalah apabila berat badan bayi atau anak menurut umur berada diantara 56-75%
2. Gizi baik adalah apabila berat badan bayi atau anak menurut umurnya lebih dari 76-100% standart
3. Gizi buruk adalah apabila berat badan bayi atau anak menurut umunya 0-55% atau kurang dari standart Harvard (Notoatmodjo,2003)

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI.920 / Menkes / SK / VIII / 2002, sesuai dengan perkembangan ilmu, teknologi, serta hasil temu pakar gizi di Indonesia pada bulan Mei 2002 di Semarang, diputuskan standart baku antropometri yang digunakan secara nasional di Indonesia adalah standart buku world health statistic (WHO-NCHS), yaitu:

b. pengukuran keadaan gizi anak

Umur (bulan)	Gizi buruk (Kg) < -3 SD	Gizi kurang (Kg) <-SD->-3 SD	Gizi baik (Kg) >-SD+SD	Gizi lebih (Kg) > + SD
12	7,0	7,1-8,0	8,1-12,3	12,4
13	7,2	7,3-8,2	8,3-12,6	12,7
14	7,4	7,5-8,4	8,5-12,9	13,0
15	7,5	7,6-8,6	8,7-13,1	13,2
16	7,6	7,7-8,7	8,8-13,4	13,5
17	7,7	7,8-8,9	9,0-13,6	13,7
18	7,8	7,9-9,0	9,1-13,8	13,9
19	7,9	8,0-9,1	9,2-14,0	14,1

20	8,0	8,1-9,3	9,4-14,3	14,4
21	8,2	8,3-9,4	9,5-14,5	14,6
22	8,3	8,4-9,6	9,7-14,7	14,8
23	8,9	8,5-9,7	9,8-14,9	15,0
24	8,9	9,0-10,0	10,1-15,6	15,7
25	9,0	9,0-10,1	10,2-15,8	15,9
26	9,0	9,1-10,2	10,3-16,0	16,1
27	9,1	9,1-10,3	10,4-16,2	16,3
28	9,2	9,2-10,4	10,5-16,5	16,6
29	9,3	9,3-10,5	10,6-16,7	16,8
30	9,3	9,4-10,6	10,7-16,9	17,0
31	9,4	9,4-10,8	10,9-17,1	17,2
32	9,5	9,5-10,9	11,0-17,3	17,4
33	9,6	9,6-11,0	11,1-17,5	17,6
34	9,6	9,7-11,1	11,3-17,9	17,8
35	9,7	9,7-11,2	11,4-18,2	18,

gizi anak berdasarkan kriteria kelompok merupakan cara paling mudah dan praktis untuk dilakukan, karena siapa saja dapat melakukan terlebih dahulu, mendapat sedikit latihan, melakukan penimbangan anak secara teratur merupakan cara yang tepat.

Menggunakan rumus :

Pekiraan berat badan dalam kilogram

Umur 1-6 tahun : $\text{Umur (tahun)} \times 2 + 8$ (Soetjiningsih, 1995).

Nutrisi Kurang Pada Anak Toddler (1-3 Tahun)

Untuk tumbuh dan berkembang, anak membutuhkan zat gizi yang esensial mencakup protein, lemak, karbohidrat, mineral, vitamin dan air yang harus sesuai kebutuhan pada tahapan usianya khusus selama periode

pertumbuhan dan perkembangan yang cepat seperti usia 1-3 tahun membutuhkan lebih banyak kalori dan protein. Anak akan mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan, hal itu disebabkan oleh :

1. Asupan nutrisi yang tidak adekuat baik secara kualitatif maupun kuantitatif
2. Hiperaktivitas fisik atau istirahat yang kurang adekuat
3. Adanya penyakit yang menyebabkan peningkatan kebutuhan gizi
4. Stres emosi dapat menurunkan nafsu makan atau absorpsi makanan yang tidak adekuat

BAB II

STIMULASI TUMBUH KEMBANG BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH

Pendahuluan

Aktivitas bermain merupakan salah satu stimulus bagi perkembangan anak secara optimal. Sekarang ini, banyak sekali dijual bermacam-macam alat permainan. Apabila orang tua tidak selektif dan kurang memahami fungsinya, alat permainan yang dibelinya tidak dapat berfungsi secara efektif.

Alat permainan pada anak hendaknya disesuaikan dengan jenis kelamin dan usia anak sehingga dapat merangsang perkembangan anak secara optimal. Jenis permainan tertentu hanya cocok untuk anak dengan usia tertentu pula.

Dalam kondisi sehat bermain merupakan aktifitas yang selalusakit atau saat anak dirawat di rumah sakit, aktivitas bermain ini tetap perlu dilaksanakan oleh anak sebagai kegiatan pembelajaran sehari-hari, namun harus disesuaikan dengan kondisi anak serta tumbuh kembang anak. Saat ini, dengan adanya pendidikan prasekolah memungkinkan anak menjadi lebih banyak diberikan kesempatan untuk belajar sambil bermain.

Untuk itu, dalam kesempatan ini akan dibahas mengenai pentingnya aktivitas bermain bagi stimulus perkembangan t, macam alat permainan yang

sesuai dengan usia anak, serta syarat-syarat alat permainan yang edukatif (APE).

1. Pengertian Stimulasi

Stimulasi adalah perangsangan yang datangnya dari lingkungan di luar individu anak (Soetjiningsih, 1995). Anak yang lebih banyak mendapat stimulasi cenderung lebih cepat berkembang. Stimulasi juga berfungsi sebagai penguat (reinforcement). Memberikan Stimulasi yang berulang dan terus-menerus pada setiap aspek perkembangan anak berarti telah memberikan kesempatan pada anak untuk tumbuh dan berkembang secara optimal.

Stimulasi merupakan bagian dari kebutuhan dasar anak yaitu *asah*. Dengan mengasah kemampuan anak secara terus-menerus, kemampuan anak akan semakin meningkat. Pemberian stimulus dapat dilakukan dengan latihan dan bermain. Anak yang memperoleh stimulus yang terarah akan lebih cepat berkembang dibandingkan anak yang kurang memperoleh stimulus. Aktivitas bermain tidak selalu menggunakan alat-alat permainan, meskipun alat permainan penting untuk merangsang perkembangan anak. Membelai, bercanda, petak umpet, dan sejenisnya yang dilakukan oleh orang tua pada anaknya merupakan aktivitas bermain yang menyenangkan pada masa bayi dan balita serta memberikan kontribusi yang penting bagi

perkembangan anak.

Kemampuan dasar anak yang dirangsang dengan stimulasi terarah adalah kemampuan gerak kasar, kemampuan gerak halus, kemampuan bicara dan bahasa serta kemampuan sosialisasi dan kemandirian.

Dalam melakukan stimulasi tumbuh kembang anak, ada beberapa prinsip dasar yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Stimulasi dilakukan dengan dilandasi rasa cinta dan kasih sayang
2. Selalu tunjukkan sikap dan perilaku yang baik karena anak akan meniru tingkah laku orang-orang yang terdekat dengannya.
3. Berikan stimulasi sesuai dengan kelompok umur anak.
4. Lakukan stimulasi dengan cara mengajak anak bermain, bernyanyi, bervariasi, menyenangkan, tanpa paksaan dan tidak ada hukuman.
5. Lakukan stimulasi secara bertahap dan berkelanjutan sesuai umur anak, terhadap ke 4 aspek kemampuan dasar anak.
6. Gunakan alat bantu/permainan yang sederhana, aman dan ada di sekitar anak.
7. Berikan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan.
8. Anak selalu diberi pujian, bila perlu diberi hadiah atas keberhasilannya.

perkembangan kemampuan dasar anak-anak berkorelasi dengan pertumbuhan. Perkembangan kemampuan dasar anak mempunyai pola yang tetap dan berlangsung secara berurutan. Dengan demikian stimulasi yang diberikan kepada anak dalam rangka merangsang pertumbuhan dan perkembangan anak dapat diberikan oleh orang tua/keluarga sesuai dengan pembagian kelompok umur stimulasi anak berikut ini:

Bermain merupakan bentuk infantil dari kemampuan orang dewasa untuk menghadapi berbagai macam pengalaman dengan cara menciptakan model situasi tertentu dan berusaha untuk menguasainya melalui eksperimen dan perencanaan. Dengan demikian, bermain pada anak dapat disamakan dengan bekerja pada orang dewasa, karena keduanya sama-sama melakukan suatu aktivitas. Misalnya saja ketika dalam bermain anak mendapat peran sebagai orang tua dan anak, maka akan ada pembagian tugas mengenai siapa yang memerankan ibu, bapak, dan anak.

Pada masa anak-anak, kebutuhan bermain tidak bisa dipisahkan dari dunianya dan merupakan salah satu kebutuhan dasar satu kebutuhan dasar untuk dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Selain itu, dengan aktivitas bermain anak juga akan memperoleh stimulasi mental yang merupakan cikal bakal dari proses belajar pada anak untuk pengembangan, kecerdasan, ketrampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral, etika, dan sebagainya.

TABEL

Periode Tumbuh Kembang

No	Periods Tumbuh Kembang	Kelompok Umur Stimulasi
1.	Masa prenatal, janin dalam kandungan ^Y .	Masa prenatal
2.	Masa bayi 0-12 bulan	Umur 0-3 bulan Umur 3-6 bulan
3.	Masa anak balita 12-60 bulan	Umur 12-15 bulan Umur 15-18 bulan Umur 18-24 bulan Umur 24-36 bulan
	Masa prasekolah 60-72 bulan	Umur 60-72 tahun

Pada tahun pertama kehidupan, stimulus diberikan untuk perkembangan sensori motor, meskipun pada tahun-tahun berikutnya stimulus ini tetap harus diberikan. Tabel berikut ini menjelaskan mengenai Stimulus yang diperlukan selama bulan demi bulan pada masa bayi karena pada tahun pertama kehidupan tumbuh kembang anak berlangsung lebih cepat dibanding dengan tahap-tahap berikutnya

2. Stimulasi pada anak dengan berbagai usia

Stimulus yang Diperlukan pada Anak Berusia Kurang dari 1 Tahun

Usi	Stimulasi Visual	Stimulasi Auditif	Stimulasi Taktik	Stimulasi
0-3 bulan	- objek warna terang di atas tempat tidur	- mengajak bicara - mendengarkan musik lonceng	- membelai, menyisir, menyelimuti	- berjalan-jalan
4-6 bulan	- menonton TV, mainan warna terang yang dapat dipegang	- mengajak bicara - panggil-namanya	- bermain air	- berdiri pada paha orang tua - membantu tengkurap, duduk
7-9 bulan	- menonton TV, mainan warna terang yang dapat dipegang - bermain cilukba	- panggil namanya - aiasi memanggil orang tuanya - memberitahu yang sedang dilakukan	- mengenal berbagai tekstur - bermain air	- membantu tengkurap di lantai - latih berdiri - permainan tarik dorong
10-12 bulan	- ajak ketempat ramai - kenalkan gambar	- suara binatang - menyebutkan bagian tubuh	- merasakan hangat/dingin - memegang makanan sendiri	- permainan tarik dorong - bersepeda

Contoh alat permainan yang dianjurkan adalah benda yang aman untuk dimasukkan ke mulut, boneka orang/binatang yang lunak, mainan yang bersuara, giring-giring, bola dan lain-lain.

Karakteristik permainan pada masa bayi berdasarkan isi adalah permainan yang memungkinkan anak berinteraksi dengan lingkungan sosialnya (*social affective play*) dan permainan yang memberikan kesenangan pada anak (*sense of pleasure play*).

Masa Balita (2-3 Tahun)

Pada masa ini, anak cenderung untuk melekat pada satu macam mainan yang dapat diperlakukan sesuka anak tersebut.

Tujuan bermain pada masa balita adalah:

1. Mengembangkan keterampilan bahasa.
2. Melatih motorik halus dan kasar.
3. Mengembangkan kecerdasan (mengenal warna, berhitung).
3. Melatih daya imajinasi.
4. Menyalurkan perasaan anak.

Alat permainan yang dianjurkan bagi anak pada masa ini, misalnya, lilin yang dapat dibentuk, alat untuk menggambar, puzzle sederhana, manik-manik, dan alat-alat rumah tangga. Pada masa ini, keakuan anak sangat menonjol (egosentris) dan anak belum memahami makna dari memiliki, sehingga anak sering berebut mainan karena masing-masing menganggap bahwa mainan itu adalah miliknya.

Berdasarkan isi bermain, permainan anak pada masa ini tergolong dalam permainan untuk suatu keterampilan (*skill play*) karena anak mulai berkembang fase otonomi (kemandirian) dan independennya (kebebasan). Berdasarkan karakteristik bermain, permainan pada masa ini termasuk

permainan dengan bermain bersama teman tanpa interaksi (*parallel play*). Pada masa ini, anak kelihatan ingin berteman tetapi kemampuan sosialnya belum memadai. Yang perlu diperhatikan adalah bahwa anak bermain secara spontan dan bebas serta dapat berhenti sesukanya. Koordinasi motorik masih kurang sehingga sering merusak mainannya.

Contoh Stimulasi pada anak usia Dua tahun

Kemampuan gerak kasar

a. Stimulasi yang perlu dilanjutkan:

Dorong agar anak mau berlari, berjalan dengan berjinjit, bermain di air, menendang, melempar dan menangkap bola besar serta berjalan naik turun tangga

b. Melompat

Tunjukkan anak cara melompat dengan mengangkat kedua kakinya secara bersamaan, bukan dengan langkah lompat (satu kaki diangkat). Bila anak memerlukan bantuan, pegangi tangannya ketika melompat untuk pertama kalinya. Usahakan agar ia melompat di atas keset atau handuk, dan lain-lain.

c. Melatih keseimbangan tubuh

Ajari anak cara berdiri dengan satu kaki secara bergantian. Ia mungkin perlu berpegangan kepada anda atau kursi ketika ia melakukan untuk pertama kalinya. Usahakan agar anak menjadi terbiasa dan dapat berdiri dengan seimbang dalam

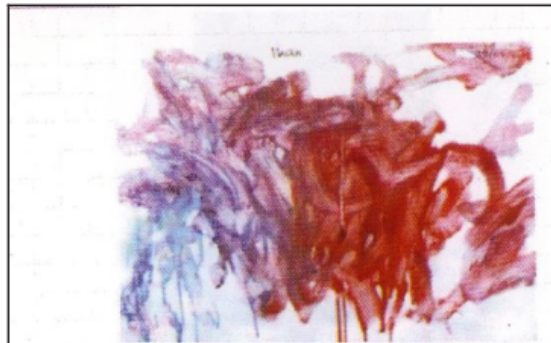
waktu yang lebih lama setiap kali ia mengulangi permainan ini.

d. Mendorong mainan dengan kaki.

Biarkan anak mencoba mainan yang perlu didorong dengan kakinya agar mainan itu dapat bergerak maju.

Kemampuan gerak halus

Stimulasi yang perlu dilanjutkan : Dorong agar anak mau main balok-balok, memasukkan benda yang satu ke dalam benda lainnya Menggambar dengan crayon, spidol, pensil berwarna. Menggambar pakai tangan.



b. Mengenal berbagai ukuran dan bentuk

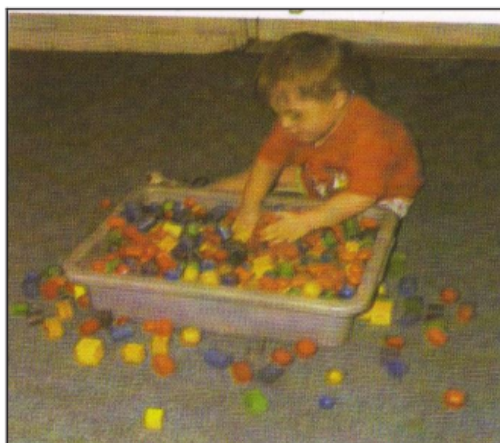
Buat lubang-lubang dengan ukuran dan bentuk yang berbeda pada sebuah tutup kotak/kardus. Beri anak mainan / benda-benda yang bisa dimasukkan lewat lubang-lubang itu.



c. Bermain *puzzle*

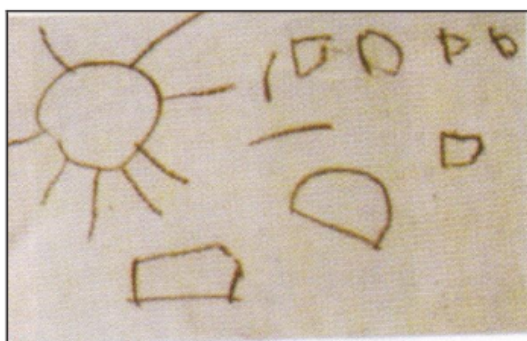
Beri anak permainan *puzzle* sederhana, yang hanya terdiri dari 2-3 potong saja.

Puzzle semacam itu dapat dibeli atau dibuat sendiri dari sepotong karton yang diberi gambar, kemudian dipotong-potong menjadi 2 atau 3 bagian.



d. Menggambar wajah atau bentuk

Tunjukkan kepada anak cara menggambar bentuk-bentuk seperti: garis, bulatan, dan lain-lainnya. Pakai spidol, crayon dan lain-lain. Ajarkan juga cara menggambar wajah. Dari Membuat berbagai bentuk adonan kue/lilin mainan. Beri anak adonan kue (apabila anda membuat kue) atau lilin yang bisa dibentuk. Ajari bagaimana cara membuat berbagai bentuk.



Masa Prasekolah Akhir (4-5 Tahun)

Pada masa ini, inisiatif anak mulai berkembang dan anak ingin mengetahui lebih banyak lagi mengenai hal-hal di sekitarnya. Anak mulai

berfantasi dan mempelajari model keluarga atau bermain peran, seperti peran guru, ibu, dan lain-lain. Dengan demikian, isi bermain anak lebih banyak menggunakan simbol-simbol dalam permainan atau yang sering disebut dengan permainan peran (*dramatic role play*). Permainan yang meningkatkan keterampilan (*skill play*) juga masih berkembang pada masa ini.

Berdasarkan karakteristik sosial, anak mulai bermain bersama teman-temannya, tetapi tidak ada tujuan kelompok (*associative play*). Dalam hal ini anak berinteraksi dengan saling meminjam alat permainan. Seiring dengan bertambahnya usia, anak mulai bermain bersama dengan tujuan yang ditetapkan, misalnya tujuan kompetisi. Karakteristik permainan seperti ini disebut dengan permainan dengan kerja sama (*cooperatifplay*).

Alat permainan yang dianjurkan, misalnya, buku, majalah, alat tulis/krayon, balok, dan aktivitas berenang. Dalam bermain, anak hendaknya memiliki teman. Dan pada masa ini, bermain mempunyai tujuan sebagai berikut:

1. Mengembangkan kemampuan berbahasa, berhitung, serta menyamakan dan membedakan.
2. Merangsang daya imajinasi.

Kemampuan Gerak Kasar

a. Stimulasi yang perlu dilakukan :

Dorong agar anak dan temannya main bola, permainan menjaga keseimbangan tubuh, berlari, lompat dengan satu kaki, lompat jauh dan sebagainya.

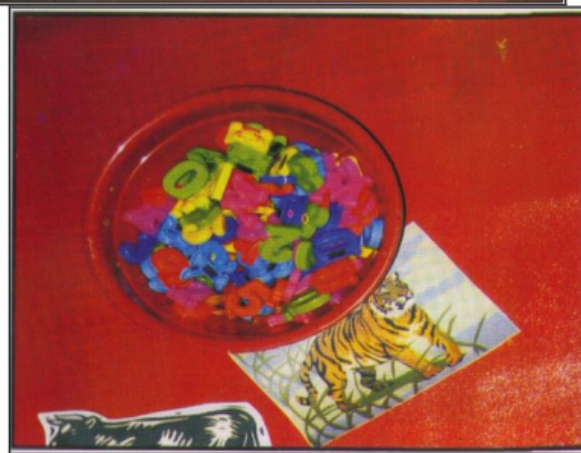
b. Naik sepeda, Bermain sepatu roda

Ajari anak naik sepeda atau bermain sepatu roda. Beritahu anak hal-hal untuk keamanannya. Bila anak sudah bisa naik sepeda atau main sepatu roda dan mengerti sertamematuhi peraturan untuk keselamatan dan keamanan, beri anak kesempatan naik sepeda/main sepatu roda agak jauh dari rumah.

Kemampuan Gerak Halus

a. Stimulasi yang perlu dilakukan :

- Bantu anak menulis namanya , kata-kata pendek serta angka-angka, ajak anak bermain, berhitung.
- Buat anak mau menggambar, berhitung, memilih, mengelompokkan, menggunting, bermain puzzle, dan lain-lain.



b. Mengerti urutan kegiatan

Bantu anak mengerti urutan kegiatan dalam mengerjakan sesuatu, Misalnya : mencuci tangan, menyiapkan makanan, dan sebagainya. Siapkan bahan-bahan yang diperlukan, beritahu anak langkah-langkahnya secara berurutan.

c. Berlatih mengingat-ingatam

Bila anak sudah mengenal angka 1-6, tulis setiap angka tersebut pada potongan kertas kecil. Ajak anak melihat setiap tulisan angka tersebut,

kemudian letakkan terbalik. Minta anak menunjuk kertas dan menyebutkan angkanya. Bila anak sudah menguasai permainan ini, tambahkan jumlah potongan kertas bertuliskan angka.

d. Membuat sesuatu dari tanah liat/lilin

Sediakan tanah liat atau lilin mainan, bantu anak membuat binatang, gelas, mangkok dan sebagainya. Bicarakan tentang apa yang diuatnya, puji anak atas hasil karyanya dan letakkan ditempat khusus agar terlihat oleh anggota keluarga yang lain





e. Mengumpulkan benda-beda

Buat agar anak mempunyai hobi tertentu seperti mengumpulkan perangko, mainan binatang, tutup botol, batu-batu indah dan lain-lain. Bantu anak menghitung benda-benda yang dikumpulkan dan menyusunnya dengan rapi. Bicarakan dengan anak apa yang sedang anda lakukan berdua

Kemampuan bicara dan bahasa

a. Stimulasi yang perlu dilakukan :

Berlangganan majalah anak atau meminjam buku-buku anak dari taman bacaan/perpustakaan. Buat anak anda sering melihat anda membaca buku

Sering-seting membaca buku, kemudian dibicarakan bersama. Setelah selesai membaca sebuah cerita pendek, tanyakan pada anak beberapa pertanyaan.

b. Mengenal benda yang serupa dan berbeda

Bantu anak mengenal benda yang serupa dan yang berbeda. Tanyakan pada anak perbedaannya radio-televisi, kursi-bangku, pisau-garpu, bunga-pohon, cermin-kaca jendela. Tanyakan persamaannya sepeda roda tiga, kapal terbang, panci-dandang, dan lain-lain.

c. Bermain tebak-tebakan

Minta anak menebak/menyebutkan nama benda yang ada didekatnya, setelah anda menjelaskan tanda-tanda benda tersebut. Misalnya : sedang duduk di meja makan, didekatnya ada kranjang buah apel hijau kesukaan ayah. Ajukan pertanyaan berikut : coba tebak, benda apakah ni ? Bentuknya bulat seperti bola kasti, berwarna hijau, dapat dimakan, ayah suka sekali dengan benda tersebut, Diharap anak bisa menjawab apel. Mula-mula anda perlu membantu anak.

anak dibawah lima tahun (anak balia, umur 12-59 bulan). Pada masa ini, kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik (gerak kasar dan gerak halus) serta fungsi ekskresi. Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah pada masa balita. Pertumbuhan dasar yang berlangsung pada masa balita akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya.

Setelah lahir terutama pada 3 tahun pertama kehidupan, pertumbuhan dan

perkembangan sel-sel otak masih berlangsung; dan terjadi pertumbuhan serabut serabut syaraf dan cabang-cabangnya, sehingga terbentuk jaringan syaraf dan otak yang kompleks. Jumlah dan pengaturan hubungan-hubungan antar sel syaraf ini akan sangat mempengaruhi segala kinerja otak, mulai dari kemampuan belajar berjalan, mengenal huruf, hingga bersosialisasi.

Pada masa balita, perkembangan kemampuan bicara dan bahasa, krea'tivitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya.

Perkembangan moral serta dasar-dasar kepribadian anak juga dibentuk pada masa ini, sehingga setiap kelainan/penyimpangan sekecil apapun apabila tidak dideteksi apalagi tidak ditangani dengan baik, akan mengurangi kualitas sumber daya manusia dikemudian hari.

Masa anak prasekolah (anak umur 60-72 bulan),

Pada masa ini, pertumbuhan berlangsung dengan baik Terjadi perkembangan dengan aktivitas jasmani yang bertambah dan meningkatnya ketrampilan dan proses berfikir.

Memasuki masa prasekolah, anak mulai menunjukkan keinginannya, seiring dengan pertumbuhan dan perkembangannya.

Pada masa ini, selain lingkungan di dalam ajrnah maka lingkungan di luar rumah rnilai diperkenalkan.- Anak mulai senang bermain di luar rumah. Anak mulai berteman, bahkan banyak keluarga yang menghabiskan sebagian

besa'r waktu anak bermain di luar rumah dengan cara membawa anak ke taman-taman bermain, taman-taman kota, atau ke tempat-tempat yang menyediakan fasilitas 'permainan untuk anak.

Sepatutnya lingkungan-lingkungan tersebut menciptakan suasana bermain yang bersahabat untuk anak (*child friendly environment*). Semakin banyak taman kota atau taman bermain dibangun untuk anak, semakin baik untuk menunjang perkembangan anak,

Pada masa ini 'anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panca indra dan sistim reseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik. Perlu diperhatikan bahwa proses belajar pada masa ini adalah dengan cara bermain.

Orang tua dan keluarga diharapkan dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan anaknya, agar dapat dilakukan intervensi dini bila anak mengalami gangguan perkembangan.

BAB 3

MENGENAL STUNTING PADA ANAK DAN GASTROENTERITIS PADA PADA ANAK

A. Pendahuluan

Stunting adalah gangguan pertumbuhan yang disebabkan gangguan gizi yang berlangsung kronis. Banyak factor yang mempengaruhi pencegahan stunting salah satunya adalah peranan seorang Ibu dalam mendukung upaya mengatasi masalah gizi, terutama dalam hal asupan gizi keluarga, mulai dari penyiapan makanan, pemilihan bahan makanan, sampai menu makanan. Pengetahuan ibu menjadi hal utama agar peran ibu dapat terlaksana dengan baik, untuk itu maka dibutuhkan literasi yang tepat dalam program pencegahan stunting. Penyakit Gastroenteritis merupakan penyakit yang sering terjadi pada balita, kondisi balita yang mengalami gastroenteritis akan mengalami berbagai dampak sampai dengan gangguan gizi yang apabila tidak diatasi akan mengakibatkan gangguan tumbuh kembang pada balita.

Untuk itu sesuai dengan tujuan belajar maka bab ini akan menjelaskan tentang pengertian stunting, penyebab, klasifikasi, penilaian status gizi, faktor resiko terjadinya *Stunting*, dampak, upaya pencegahan stunting selanjutnya di jelaskan tentang pengetahuan Gastroenteritis, penyebab dan penanganan sederhana.

B. Stunting

1. Pengertian *stunting*

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. *Stunting* disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian

makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting* dapat terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun. (Kemenkes RI,2018)

Stunting yang telah terjadi bila tidak diimbangi dengan *catch-up growth* (tumbuh kejar) mengakibatkan menurunnya pertumbuhan, masalah *stunting* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan meningkatnya risiko kesakitan, kematian dan hambatan pada pertumbuhan baik motorik maupun mental. *Stunting* dibentuk oleh *growth faltering* dan *catch up growth* yang tidak memadai yang mencerminkan ketidak mampuan untuk mencapai pertumbuhan optimal, hal tersebut mengungkapkan bahwa kelompok balita yang lahir dengan berat badan normal dapat mengalami *stunting* bila pemenuhan kebutuhan selanjutnya tidak terpenuhi dengan baik.

2. Penyebab *stunting*

Menurut beberapa penelitian, kejadian *stunting* pada anak merupakan suatu proses kumulatif yang terjadi sejak kehamilan, masa kanak-kanak dan sepanjang

siklus kehidupan. Pada masa ini merupakan proses terjadinya *stunting* pada anak dan peluang peningkatannya terjadi dalam 2 tahun pertama dalam kehidupan. Faktor gizi ibu sebelum dan selama masa kehamilan merupakan

penyebab tidak langsung yang memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil dengan gizi kurang akan menyebabkan janin mengalami *intrauterin growth retardation* (IGR), sehingga bayi akan lahir dengan kurang gizi, dan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Anak-anak yang mengalami hambatan dalam pertumbuhan disebabkan kurangnya asupan makanan yang memadai dan penyakit infeksi yang berulang, dan meningkatnya kebutuhan metabolik serta mengurangi nafsu makan, sehingga meningkatnya kurang gizi pada anak. Keadaan ini semakin mempersulit untuk mengatasi gangguan pertumbuhan yang akhirnya berpeluang terjadinya *stunting*

Stunting tidak hanya disebabkan oleh satu faktor yang sudah dijelaskan diatas, tetapi disebabkan oleh banyak faktor, dimana faktor-faktor tersebut saling berhubungan satu sama lainnya. Menurut Soetjiningsih (2013) Terdapat beberapa faktor penyebab *stunting* yaitu sebagai berikut:

1. Faktor biologis:
 - a. Ras/Suku
 - b. Jenis kelamin
 - c. Status gizi
 - d. Kerentanan terhadap penyakit
2. Faktor lingkungan fisik:

- a. Keadaan geografis
 - b. Sanitasi
 - c. Keadaan rumah
 - d. Radiasi
3. Faktor keluarga:
- a. Pendapatan keluarga
 - b. Pendidikan ibu
 - c. Pola pengasuhan
 - d. Adat istiadat, norma dan tabu.

3. Klasifikasi *stunting*

Stunting didefinisikan sebagai kondisi balita, dimana tinggi badan menurut umur berada di bawah minus 2 Standar Deviasi ($<-2SD$) dari standar median WHO. Penilaian status gizi balita yang paling sering dilakukan adalah dengan cara penilaian antropometri. Secara umum antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidak seimbangan asupan protein dan energi. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) yang dinyatakan dengan standar deviasi unit Z (Z- score) dimana hasil pengukuran antropometri

menunjukkan Z-score kurang dari -2SD sampai dengan -3SD (pendek/*stunted*) dan kurang dari -3SD (sangat pendek / *stunted*) (Kemenkes RI, 2018).

Stunting dapat diketahui bila seorang balita sudah ditimbang berat badannya dan diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada dibawah normal. Jadi secara fisik balita akan lebih pendek dibandingkan balita seumurnya. Penghitungan ini menggunakan standar Z score dari WHO.

Normal, pendek dan Sangat Pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek).

Menurut Kemenkes RI (2013), klasifikasi status gizi akan dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 1.1 klasiikasi Status gizi

INDEKS	STATUS GIZI	Z-Score
	Gizi buruk	≤ -3 SD
Berat badan menurut umur (BB/U)	Gizi kurang	≥ -3 SD dengan ≤ -2 SD
	Gizi baik	≥ -2 SD dengan ≤ -2 SD

	Gizi lebih	≥ 2 SD
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat pendek	≤ -3 SD
	Pendek	-3 SD dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD
Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Sangat kurus	≤ -3 SD
	Kurus	≥ -3 SD dengan ≤ -2 SD
	Normal	≥ -2 SD dengan ≤ 2 SD
	Gemuk	≥ 2 SD
Indeks masa tubuh meenurut umur (IMT/U)	Sangat kurus	≤ -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai ≤ -2 SD
	Normal	-2 SD sampai 2 SD
	Gemuk	≥ 2 SD

4. Penilaian Status Gizi

1) Pemeriksaan antropometri *stunting*

Antropometri berasal dari kata “anthropos” (tubuh) dan “metros” (ukuran) sehingga antropometri secara umum artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan gizi. Dimensi tubuh yang diukur, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, lingkaran

dada, lingkar pinggul dan tebal lemak di bawah kulit. Perubahan dimensi tubuh dapat menggambarkan keadaan kesehatan dan kesejahteraan secara umum individu maupun populasi. Dimensi tubuh yang dibutuhkan pada penelitian ini yaitu umur dan tinggi badan, guna memperoleh indeks antropometri tinggi badan berdasar umur (TB/U).

a. Pengukuran antropometri pada balita

Indikator pengukuran antropometri digunakan sebagai kriteria utama untuk menilai kecukupan asupan gizi dan pertumbuhan balita.

b. Parameter antropometri

Parameter antropometri merupakan dasar penilaian status gizi. Kombinasi dari beberapa parameter disebut indeks antropometri di Indonesia pengukuran antropometri belum ada maka untuk pengukuran berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) digunakan baku HAVARD yang disesuaikan untuk Indonesia (100% baku Indonesia = 50 persentil baku HAVARD) dan untuk lingkar lengan atas (LILA) digunakan baku WOLANSKI.

Indeks antropometri untuk balita:

1) Indeks berat badan menurut umur (BB/U).

Berat badan adalah parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh yang sangat sensitif terhadap

perubahan perubahan yang mendadak, misal karna terserang penyakit infeksi menurut nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Dalam keadaan normal dimana keadaan kesehatan baik dan seimbang antara konsumsi dan kebutuhan gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat 2 kemungkinan perkembangan berat badan yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dalam keadaan normal (Supriasa, 2012).

Indikator BB/U memberikan indikator masalah gizi secara UMUM. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan, dengan kata lain, berat badan rendah dapat disebabkan karena anaknya pendek (kronis) atau karena diare atau penyakit infeksi lainnya (akut) (Kemenkes RI,2010).

2) Tinggi badan menurut umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan pertambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tak seperti berat badan relatif kurang sensitif

terhadap masalah kurang gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama.

Indikator TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, misal : kemiskinan, perilaku hidup sehat dan pola asuh / pemberian makan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek (Kemenkes, 2010).

3) Berat badan menurut tinggi badan BB/TB

Berat badan memiliki hubungan yang linier dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan perkembangan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini, (Supriasa,2012) dari berbagai jenis indeks tersebut, untuk menginterpretasikan dibutuhkan ambang batas, penentuan ambang batas diperlukan kesepakatan antar ahli gizi.

Indikator BB/TB dan IMT/U merupakan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat) misal : terjadi wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang

mengakibatkan anak menjadi kurus. Disamping untuk identifikasi masalah kekurusan dan indikator BB/TB dan IMT/U dapat juga memberikan identifikasi masalah kegemukan. Masalah kekurusan dan kegemukan pada usia dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degenerati pada usia dewasa (Kemenkes, 2010).

4) Lingkar lengan atas menurut umur (LILA/U)

Menurut data baku WHO-NCHS indeks BB/U, TB/U dan BB/TB disajikan dalam dua versi yakni persentil (persentile) dan skor simpang baku (standart deviation score = Z). Anak-anak di negaranegara yang populasinya relatif baik (*Well-nourished*) sebaiknya digunakan “persentil” , sedangkan dinegara untuk anak-anak yang populasinya kurang (*under nourished*) lebih baik menggunakan skor simpang baku (SSB) sebagai persen terhadap media baku rujukan. Pengukuran Skor Timbang Baku Skor (Z-Score) dapat diperoleh dengan mengurangi Nilai Individual Subjek (NIS) dengan Nilai Median Baku Rujukan (NMBR) pada umur yang bersangkutan, hasil dibagi dengan Nilai Simpang Baku Rujukan (NSBR) atau dengan menggunakan rumus:

$$Z\text{-Score} = (NIS - NMBR) / NSBR$$

5. Faktor resiko terjadinya *Stunting*

1) Faktor genetik

Soetjiningsih (2013) Faktor genetik merupakan modal dasar dan mempunyai peran utama dalam mencapai hasil akhir dari proses tumbuh kembang anak. Melalui instruksi genetik yang terkandung di dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Pertumbuhan ditandai oleh intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang. Yang termasuk faktor genetik antara lain adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Potensi genetik yang baik, bila berinteraksi dengan lingkungan yang positif akan membuahkan hasil akhir yang optimal. Gangguan pertumbuhan di Negara maju lebih sering disebabkan oleh faktor genetik ini. Sementara itu, di Negara berkembang gangguan pertumbuhan selain disebabkan oleh faktor genetik tapi juga bisa disebabkan oleh faktor lingkungan yang kurang kondusif untuk tumbuh kembang anak.

2) Kerentanan terhadap penyakit

Soetjiningsih (2013) perawatan kesehatan yang teratur tidak saja dilaksanakan ketika anak sakit, melainkan juga mencakup pemeriksaan kesehatan imunisasi, skrining dan deteksi dini gangguan tumbuh kembang anak secara rutin setiap bulan. Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dianjurkan secara komprehensif yang mencakup aspek-aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Hal ini sangat berpengaruh pada anak balita yang rentan terhadap penyakit dimana kesehatan anak harus dipantau secara berkala oleh petugas kesehatan desa. Begitupun dengan orang tua balita harus pintar memanfaatkan fasilitas yang sudah disediakan agar kesehatan balita terpantau penuh oleh keluarga ataupun tim medis.

Balita sangat rentan terhadap penyakit, sehingga angka kematian balita juga tinggi terutama kematian bayi. Kerentanan terhadap penyakit dapat dikurangi antara lain dengan memberikan gizi yang baik termasuk ASI (air susu ibu), meningkatkan sanitasi dan memberikan imunisasi. Diharapkan anak terhindar dari penyakit yang sering menyebabkan cacat atau kematian. Setiap anak sebaiknya mendapatkan imunisasi terhadap berbagai penyakit yaitu TB, Polio, DPT (Difteri, Pertusis, Tetanus), Hepatitis B, Campak, MMR (*measles, mumps, rubella*), Hib (hemophilus influenza B),

Hepatitis A, Demam tifoid, Varisela, IPD (*Invasive pneumococcal disease*), Virus influenza, HPV (*human papiloma virus*), Rotavirus dan sebagainya.

3) Status gizi

Makanan memegang peran penting dalam tumbuh kembang anak. Kebutuhan anak berbeda dengan orang dewasa, karena makanan bagi anak, selain untuk aktivitasnya juga untuk proses pertumbuhannya. Ketahanan makanan (*food security*) keluarga juga mempengaruhi status gizi anak. Ketahanan makanan mencakup ketersediaan dan pembagian makanan yang adil dalam keluarga, walaupun bisa terjadi kepentingan budaya bertabrakan dengan kepentingan biologis anggota keluarga (Soetjiningsih, 2013).

Masalah kurang gizi sampai saat ini terutama diderita oleh anak-anak. Anak-anak yang kekurangan gizi akan mengalami gangguan pertumbuhan fisik, mental dan intelektual yang pada akhirnya akan menyebabkan tingginya angka kematian dan kesakitan serta berkurangnya potensi belajar (Furkon, *et al.*, 2013).

Pada penelitian yang telah dilakukan oleh Ramayana *et al* (2014) menunjukkan bahwa kematian anak dibawah umur 5 tahun berhubungan langsung dengan gizi buruk terutama akibat *stunting*.

4) Pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan dasar anak

(Soetjiningsih, 2013).

Menurut Biswakarma (2011), keluarga dengan pendapatan yang baik akan dapat memperoleh pelayanan umum yang lebih baik seperti, pendidikan, pelayan kesehatan, akses jalan dan lainnya sehingga dapat mempengaruhi status gizi anak. Selain itu, daya beli keluarga akan semakin meningkat sehingga akses keluarga terhadap pangan akan menjadi lebih baik.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Kusuma (2013) menunjukkan bahwa pendapatan keluarga yang rendah memiliki faktor risiko *stunting* 4.13 kali lebih besar dibandingkan dengan anak dalam keluarga

berpendapatan tinggi.

5) Pendidikan Ibu

Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting untuk tumbuh kembang anak. pendidikan yang baik, orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik,

bagaimana menjaga kesehatan anak, medidik dan sebagainya (Soetjiningsih, 2013).

Orang tua terutama ibu yang mendapatkan pendidikan lebih tinggi dapat melakukan perawatan anak dengan lebih baik dari pada orang tua dengan pendidikan rendah. Tingkat pendidikan ibu turut menentukan mudah tidaknya seorang ibu dalam menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang didapatkan, pendidikan diperlukan seseorang terutama ibu lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi didalam keluarga dan diharapkan bisa mengambil tindakan yang tepat sesegera mungkin (Suhardjo, 2003).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasikhah dan Margawati (2012) di semarang timur yang menyatakan bahwa pengetahuan ibu merupakan faktor resiko kejadian *stunting* pada anak balita.

6. Dampak terjadinya *stunting*

(Kemenkes RI, 2018) Dampak yang ditimbulkan *stunting* dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang:

Dampak Jangka Pendek.

- a. Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian.
- b. Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal dan
- c. Peningkatan biaya kesehatan.

Dampak Jangka Panjang.

- a. Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya).
- b. Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya.
- c. Menurunnya kesehatan reproduksi.
- d. Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah. dan
- e. Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

7. Upaya pencegahan *stunting*

(Kemenkes RI,2018) *Stunting* merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan

berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2025.

Untuk mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi *stunting* di antaranya sebagai berikut:

Program pada Ibu Hamil dan Bersalin

- a. Intervensi pada 1.000 hari pertama kehidupan.
- b. Mengupayakan jaminan mutu ante natal care (ANC) terpadu.
- c. Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan.
- d. Menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM).
- e. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular).
- f. Pemberantasan kecacingan; g. Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA.
- g. Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif dan
- h. Penyuluhan dan pelayanan KB.

Program pada Balita

- a. Pemantauan pertumbuhan balita.
- b. Menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita.
- c. Menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak dan
- d. Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

Program pada Anak Usia Sekolah

- a. Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

- b. Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS.
- c. Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS). dan
- d. Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba.

Program Pada Remaja

- a. Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba dan
- b. Pendidikan kesehatan reproduksi.

Program Pada usia dewasa Muda

- a. Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB).
- b. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular) dan
- c. Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba

Selain program diatas upaya pencegahan stunting merujuk pada pola pikir UNICEF/Lancet, masalah stunting terutama disebabkan karena ada pengaruh dari pola asuh, cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan, lingkungan, dan ketahanan pangan, maka berikut ini mencoba untuk membahas dari sisi pola asuh dan ketahanan pangan tingkat keluarga.

(Kemenkes RI, 2018)

Ketahanan pangan (*food security*) tingkat rumah tangga adalah aspek penting dalam pencegahan stunting. Isu ketahanan pangan termasuk ketersediaan pangan sampai level rumah tangga, kualitas makanan yang dikonsumsi (*intake*), serta stabilitas dari ketersediaan pangan itu sendiri yang terkait dengan akses penduduk untuk membeli. Masalah ketahanan pangan tingkat rumah tangga masih tetap menjadi masalah global, dan juga di Indonesia, dan ini sangat terkait dengan kejadian kurang gizi, dengan indikator prevalensi kurus pada semua kelompok umur. Dalam jangka panjang masalah ini akan menjadi penyebab Cegah Stunting, itu Penting. Meningkatnya prevalensi stunting, ada proses gagal tumbuh yang kejadiannya diawali pada kehamilan, sebagai dampak kurangnya asupan gizi sebelum dan selama kehamilan. Amanat ketahanan pangan di Indonesia adalah dari UU Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan, dan juga UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Kemenkes RI, 2018).

Untuk mencegah *stunting* negara hadir untuk masyarakat. Upaya pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan RI telah melakukan intervensi gizi spesifik meliputi suplementasi gizi makro dan mikro (pemberian tablet tambahan darah, vitamin A, taburia), pemberian ASI eksklusif dan MPASI, fortikasi, kampanye gizi seimbang, pelaksanaan kelas

ibu hamil, pemberian obat cacing, penanganan kekurangan gizi dan JKN (Kemenkes RI, 2018).

B. Gastroenteritis Akut

1. Definisi Gastroenteritis Akut

Gastroenteritis akut adalah suatu keadaan dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (DEPKES, 2016).

Menurut WHO secara klinis diaredidefinisikan sebagai buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200g atau 200ml/24jm. Definisi lain memakai kriteria frekuensiyaitu buang air besar encer tersebut dapat atau tanpa di sertai lendir dan darah. Jadi dapat diartikan suatu kondisi buang air besar yang tidak normal yaitu lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja yang encer dapat di sertai atau tanpa di sertai darah atau lendir sebagai akibat dari terjadinya proses inflamasi pada lambung dan usus.

2. Etiologi

Beberapa faktor yang menyebabkan gastroenteritis pada balita yaitu infeksi yang disebabkan bakteri, virus, atau parasite, adanya gangguan penyerapan makanan dan malabsorsi, alergi, keracunan bahan kimia atau

racun yang terkandung dalam makanan, imunodefisiensi yaitu kekebalan tubuh yang menurun serta penyebab lain (Suraatmaja, (2007) dalam (Hartati & Nurazila, 2018).

a. Faktor Infeksi

Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak, meliputi infeksi bakteri (*Vibrio*, *E.coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*), infeksi virus (*Entenovirus*, *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Astrovirus*), infeksi parasit (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Thricomonas hominis*) dan jamur (*Candida*, *Abicans*). Infeksi parenteral merupakan infeksi diluar system pencernaan yang dapat menimbulkan diare seperti: Otitis Media Akut (OMA), tonsillitis, bronkopneumonia, ensefalitis.

b. Faktor Malabsorpsi

Malabsorpsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa). Intoleransi laktosa merupakan penyebab diare yang terpenting pada bayi dan anak. Disamping itu dapat pula terjadi malabsorpsi lemak dan protein.

3. Tanda dan Gejala

Gambaran awal dimulai dengan bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul BAB. Feses makin cair mungkin mengandung darah atau lendir, dan warna feses berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur empedu. Akibat seringnya defekasi, anus dan area sekitarnya menjadi lecet karena sifat feses makin lama makin asam, hal ini terjadi akibat banyaknya asam laktat yang dihasilkan dari pemecahan laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus.

Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah terjadi. Apabila penderita telah banyak mengalami kehilangan air dan elektrolit, maka terjadilah gejala dehidrasi. Berat badan turun, ubun-ubun besar cekung pada bayi, tonus otot dan turgor kulit berkurang, dan selaput lendir pada mulut dan bibir terlihat kering.

Berdasarkan kehilangan berat badan, dehidrasi terbagi menjadi empat kategori yaitu tidak ada dehidrasi (bila terjadi penurunan berat badan 2,5%), dehidrasi ringan (bila terjadi penurunan berat badan 2,5-5%), dehidrasi sedang (bila terjadi penurunan berat badan 5-10%), dan dehidrasi berat (bila terjadi penurunan berat badan 10%) .

Pada anak yang mengalami BAB tanpa dehidrasi (kekurangan cairan) tandanya :

- 1) berak cair 1-2 kali sehari
- 2) muntah
- 3) nafsu makan tidak berkurang
- 4) masih ada keinginan bermain.

Dosis oralit bagi penderita BAB tanda dehidrasi :

Umur <1 tahun : $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ gelas setiap kali BAB

Umur 1 – 4 tahun : 1 gelas setiap kali BAB

Umur diatas 5 tahun : 1 – 1 $\frac{1}{2}$ gelas setiap kali anak BAB

Pada anak yang mengalami BAB dehidrasi ringan / sedang . tanda – tandanya :

- 1) berak cair 4-9 kali sehari,
- 2) muntah 1-2 kali sehari
- 3) suhu tubuh meningkat
- 4) tidak nafsu makan ,haus, badan lemah

Dosis oralit diberikan dalam 3 jam pertama 75 ml/ kg bb dan selanjutnya diteruskan dengan pemberian oralit seperti BAB tanpa dehidrasi

Pada anak yang mengalami BAB dengan dehidrasi berat tanda-tandanya :

- 1) berak cair terus – menerus
- 2) muntah terus-menerus, haus
- 3) mata cekung, bibir kering dan biru
- 4) tangan dan kaki dingin, lemah

- 5) tidak ada nafsu makan
- 6) Tidak keinginan bermain
- 7) Tidak BAK selama 6 jam

Penderita BAB yang tidak dapat minum harus segera dirujuk di rumah sakit untuk dilakukan infus

4. Klasifikasi

Menurut Sodikin diare dibedakan menjadi tiga macam sindrom, masing-masing mencerminkan patogenesis berbeda dan memerlukan pendekatan yang berlainan dalam pengobatannya, berikut klasifikasi diare :

a. Diare akut (gastroenteritis akut)

Diare akut ialah diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat. Diare berlangsung kurang dari 14 hari (bahkan kebanyakan kurang dari tujuh hari) dengan disertai pengeluaran feses lunak atau cair, sering tanpa darah, mungkin disertai muntah dan panas. Diare akut (berlangsung kurang dari tiga minggu), penyebabnya infeksi dan bukti penyebabnya harus dicari (perjalanan ke luar negeri, memakan makanan mentah, diare serentak dalam anggota keluarga dan kontak dekat).

Diare akut lebih sering terjadi pada bayi daripada anak yang lebih besar. Penyebab terpenting diare cair akut pada anak-anak di negara

berkembang adalah rotavirus, *Escherhia coli enterototoksigenik*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni* dan *Crytosporidium*. Penyakit diare akut dapat ditularkan dengan cara fekal-oral melalui makanan dan minuman yang tercemar. Peluang untuk mengalami diare akut antara laki-laki dan perempuan hampir sama. Diare cair akut menyebabkan dehidrasi dan bila masukan makanan berkurang, juga mengakibatkan kurang gizi, bahkan kematian yang disebabkan oleh dehidrasi.

b. Disentri

Disentri didefinisikan dengan diare yang disertai darah dalam feses, menyebabkan anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat, dan merusak mukosa usus karena bakteri invasif. Penyebab utama disentri akut yaitu *Shigella*, penyebab lain adalah *Campylobacter jejuni*, dan penyebab yang jarang ditemui adalah *E. Coli enteroinvasife* atau *Salmonell*. Pada orang dewasa muda, disentri yang serius disebabkan oleh *Entamoeba hislytica*, tetapi jarang menjadi penyebab disentri pada anak-anak.

c. Diare persisten

Diare persisten adalah diare yang pada mulanya bersifat akut tetapi berlangsung lebih dari 14 hari, kejadian dapat dimulai sebagai diare cair atau disentri. Diare jenis ini mengakibatkan kehilangan berat badan yang nyata, dengan volume feses dalam jumlah yang banyak sehingga berisiko mengalami dehidrasi. Diare persisten tidak disebabkan oleh penyebab

mikroba tunggal, E. Coli enteroaggregatif, Shigella, dan Cryptosporidium, mungkin penyebab lain berperan lebih besar. Diare persisten tidak boleh dikacaukan dengan diare kronik, yaitu diare intermitten atau diare yang hilang timbul, atau berlangsung lama dengan penyebab noninfeksi seperti penyakit sensitif terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun.

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Anwar (2020) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan :

1. Pemeriksaan Laboratorium

a.) Pemeriksaan Tinja

a) Makroskopis dan mikroskopis

b) pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet dinistest

c) Bila diperlukan lakukan pemeriksaan biakal dan uji resistensi

b.) Pemeriksaan Darah

a) pH darah dan elektrolit (Natrium, kalium, dan fosfor) dalam serum untuk menentukan keseimbangan asam dan basa

b) Kadar ureum dan kreatin untuk mengetahui faal ginjal

c.) Intubasi Doudenum (Doudenal Intubation)

Untuk mengetahui jasad atau parasite secara kuantitatif dan kualitatif terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

6. Penatalaksanaan

Menurut Anwar (2020) pengobatan adalah suatu proses yang menggambarkan pengetahuan, keahlian, serta pertimbangan professional di setiap tindakan untuk membuat keputusan.

Tujuan penatalaksanaan diare terutama :

1. Mencegah dehidrasi
2. Mengobati dehidrasi
3. Mencegah gangguan nutrisi dengan memberikan makan selama dan sesudah diare.
4. Memperpendek lamanya sakit dan mencegah diare menjadi berat.

Cara untuk mengobati diare untuk itu Kementrian Kesehatan telah menyusun yaitu

1. Rehidrasi menggunakan oralit
 - a. Pemberian Oralit

Oralit adalah campuran garam elektrolit yang terdiri atas Natrium Klorida (NaCl), Kalium Klorida (KCl), Sitrat dan Glukosa. Oralit osmolaritas rendah telah di rekomendasikan oleh WHO dan UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund).

- b. Manfaat Oralit.

Berikan oralit segera bila anak diare, untuk mencegah dan mengobati dehidrasi sebagai pengganti cairan dan elektrolit yang terbuang saat diare.

Sejak tahun 2004, WHO/UNICEF merekomendasikan Oralit osmolaritas rendah diberikan kepada penderita diare akan :

1. Mengurangi volume tinja hingga 25%
2. Mengurangi mual muntah hingga 30%
3. Mengurangi secara bermakna pemberian cairan melalui intravena sampai 33%.

c. Cara membuat Oralit

1. Cuci tangan dengan air dan sabun
2. Sediakan 1 gelas air minum yang telah dimasak (200cc)
3. Masukkan satu bungkus Oralit 200cc
4. Aduk sampai larut
5. Berikan larutan oralit kepada penderita diare

d. Cara memberikan cairan oralit

1. Berikan dengan sendok atau gelas
2. Berikan dikit demi sedikit sampai habis
3. Bila muntah, dihentikan sekitar 10 menit, kemudian dilanjutkan dengan sabar sesendok setiap 2-3 menit
4. Walau diare berkelanjutan, Oralit tetap diteruskan

Bila larutan oralit pertama habis, buatlah satu gelas larutan oralit berikutnya.

2.1.9 Komplikasi

Menurut (Ida 2018) Bila tidak segera ditangani maka akan terjadi komplikasi seperti dehidrasi, kejang, malnutrisi, dan hipoglikemi.

Menurut (Titik Lestari,2016) komplikasi yang dapat terjadi dari diare akut maupun kronis, yaitu:

- a) Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonic atau hipertonik)
- b) Renjatan hipovolemik
- c) Hipokalemia (dengan gejala mekorismus, hiptoni otot, lemah, bradikardi, perubahan pada elektro kardiogram)
- d) Hipoglikemia
 - e) Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim lactase karena kerusakan villi mukosa, usus halus
 - f) Kejang terutama pada dehidrasi hipertonik
 - g) Malnutrisi energy, protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan.

2.1.10 Pencegahan

Menurut Kemenkes RI (2017) Berbagai upaya yang terbukti efektif adalah sebagai berikut :

- a. Memberikan ASI lebih sering dan lebih lama dari biasanya

- b. Pemberian oralit untuk mencegah dehidrasi sampai BAB berhenti
- c. Segera membawa anak ke sarana kesehatan
- d. Bayi berusia 0 – 6 bulan : Hanya diberi ASI sesuai keinginan anak, paling sedikit 8x sehari (pagi, siang, maupun malam hari). Jangan berikan makanan atau minuman selain ASI.

BAB IV
KEBUTUHAN GIZI PADA BALITA

UMUR	KEBUTUHAN GIZI	HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN
0-6 BULAN	ASI EKSKLUSIVE	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan ASI yang pertama keluar dan berwarna kekuningan (kolostrum) - Jangan beri makanan/ minuman selain ASI - Susui bayi sesering mungkin - Susui setiap bayi menginginkan, paling -sedikit 8 kali sehari - Jika bayi tidur lebih dari 3 jam, bangunkan lalu susui - Susui dengan payudara kanan dan kiri secara bergantian - Susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi lainnya
6-9 BULAN	ASI DIBERIKAN SAMPAI USIA 2 TAHUN. MAKANAN PENDAMPING ASI	<ul style="list-style-type: none"> - Anak harus mulai dikenalkan dan diberi makanan pendamping ASI

	DIBERIKAN SETELAH USIA 6 BULAN	<p>sejak umur 6 bulan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makanan utama adalah makanan padat yang diberikan secara bertahap (bentuk, jumlah dan frekuensi), lihat pada tabel. - ASI diberikan sampai anak usia 2 tahun.
9-12 BULAN	<ul style="list-style-type: none"> - ASI - Makanan lembek atau dicincang yang mudah ditelan anak. - Makanan selingan yang dapat dipegang anak diberikan di antara waktu makan lengkap 	<ul style="list-style-type: none"> - 1/2 sampai dengan 3/4 mangkuk berukuran 250 ml
1-2 TAHUN	<ul style="list-style-type: none"> - Makanan keluarga - Makanan yang dicincang atau dihaluskan jika diperlukan - ASI 	<ul style="list-style-type: none"> - 3/4 sampai dengan 1 mangkuk ukuran 250 ml - 1 potong kecil ikan/daging/ayam/telur - 1 potong kecil tempe/tahu atau 1 sdm kacang-kacangan - 1/4 gelas sayur - 1 potong buah - 1/2 gelas bubur/ 1 potong kue/ 1 potong buah

PERAN KELUARGA DALAM PEMBERIAN MAKANAN SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN STUNTING

Pemberian makanan yang tepat sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak adalah investasi Sumber Daya Manusia ya memperhatikan kecukupan status gizi sejak lahir bahkan sejak dalam kandungan.

Pemberian makanan tambahan (PMT) adalah kegiatan pemberian makanan kepada balita dalam paket makanan yang mengandung nilai gizi sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembang. Tujuan diberikannya pemberian makanan tambahan bagi anak ini adalah untuk memberikan tambahan mak bergizi bagi anak usia dini guna membantu tumbuh kembangnya.

Peran keluarga sebagai motivator, edukator, fasilitator dalam memberikan pola makan yang baik terhadap anggota keluarga dengan balita stunting sangat mendukung kesehatan keluarga (Friedman, 2010) Selain itu keluarga berperan untuk memenuhi pola makan dan kebutuhan gizi secara kecukupan (Kemenkes, 2016)

Peran sebagai motivator yaitu memotivasi atau memberi dukungan dalam bidang kesehatan agar mempunyai pengaruh lebih baik pada pola makan balita stunting. Peran yang kedua adalah peran keluarga sebagai edukator yaitu upaya kepala keluarga dalam memberikan penjelasan dan pengetahuan pada keluarga mengenai pola makan pada balita stunting. Peran yang terakhir adalah peran keluarga sebagai fasilitator yaitu keluarga mampu memberikan lingkungan bersih pada saat balita makan dan mampu menyediakan dana pada balita untuk pemenuhan makanan.

Peran keluarga terhadap pola makan balita kurang gizi sangat penting, karena untuk memantau pola makan dengan cara memperhatikan frekuensi, kualitas, dan kuantitas makanan (Amina & Dewi, 2016). Peran keluarga sangat berpengaruh terhadap pola makan balita yang mengalami stunting, sehingga dapat dikatakan apabila peran keluarga baik maka pola makan balita akan terpantau dengan baik serta persepsi tentang kesehatan baik terutama untuk pola makan (Erawati & Wulandari, 2016).

Pola makan yang baik pada balita pada umumnya bermasalah disebabkan karena banyak faktor yang mempengaruhi antara lain dari segi persepsi dan pengetahuan kesehatan keluarga, budaya keluarga, lingkungan, ketersediaan makanan dan media atau sumber informasi. Pada usia ini kebanyakan anak hanya menyukai pada makan satu jenis. Peran keluarga yang kurang memperhatikan pola makan balitanya sehingga makanan yang diberikan tidak sesuai dengan kebutuhan gizi anak (Aminah & Dewi, 2016).

Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan RI, 2004, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004, tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, Jakarta.
- Desyanti, Chamilia. 2017. Hubungan Riwayat Penyakit Diare, Pemberian ASI Eksklusif, dan Praktik Higiene dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 2459 Bulan. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Dinas Kesehatan. 2016. Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2016. Jakarta: Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur.
- Erawati Meira.Ns. Wulandari D. 2016. Buku Ajar Keperawatan Anak. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Erawan Meiyana. E. P., Rahmawati, Rezal. F. 2017. Pengaruh Konseling Gizi Dengan Media Vidio animasi Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Ibu Dalam Upaya Pencegahan Gizi Buruk Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2017. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Halu Oleo.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1995/ Menkes/ SK/ XII/ 2010 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Direktorat Bina Gizi.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Situasi dan Analisis ASI Eksklusif. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Situasi Balita Pendek. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kementrian Kesehatan RI. 2016. Buku Saku Pemantauan Status Gizi Dan Indikator Kinerja Gizi Tahun 2015. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan.
- Kemenkes RI, 2016. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta. Direktorat Kesehatan keluarga
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Situasi Balita Pendek di Indonesia, Bulentim Jendela data dan Informasi.*
- Khasanah, Nurul, 2011. ASI atau Susu Formula Ya. Jakarta : Flash Books.
- Kurniawati. I., Marfuah. D. 2017. Upaya Peningkatan Pengetahuan Ibu Tentang MP-Asi Dengan Edukasi Gizi Melalui Vidio animasi. The 6th University Reaserch Colloguim. Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Lucie, S.2005. Teknik Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat. Bogor. Penerbit Ghalia Indonesia.
- Najahah,I.H., Kadek T.A., GN Indraguna P. 2013. “Faktor risiko balita stunting usia 12-36 bulan di Puskesmas Dasan Agung, Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat”, pp 134-141.
- Notoatmodjo. 2012. Promosi Kesehatan dan Prilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Priyatna, Andri dan Uray B. Asnol. 2014. 1000 Hari Pertama Kehidupan. Jakarta: PTElex Media Komputindo
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2010. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.
- Susilo. R. 2011. Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan. Muha Medika. Yogyakarta
- Torlesse, H , Sebayang, K. Nandy, R (2016), Analisis Faktor-Faktor Risiko terhadap Kejadian Stunting pada Balita (0-59 Bulan) di Negara Berkembang dan Asia Tenggara, Torlesse et al. BMC Public Health 16:669

- WHO . 2014. WHA Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief, pp. 1-10. Diakses melalui <http://apps.who.int/iris/bitstream/> pada tanggal 15 Oktober 2019
- Widyastuti. V. 2018. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stunting Pada Balita Di Kelurahan Medokan Semampir Surabaya. Skripsi. Fakultas Kedokteran. Universitas Airlangga.
- Wiliyanarti, F.P. 2018. Buku Ajar Gizi dan Diet. Surabaya. UM Surabaya Publising, ISBN 978-602-5786-04-4
- Wiliyanarti, FP. Israfil, Ruliati. 2020. Peran Keluarga dan Pola Makan Balita Stunting. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah. DPK PPNI FIK UM Surabaya
- Yuliarti, N., 2010, Keajaiban ASI-Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan Si Kecil. Yogyakarta: C.V ANDI OFFSET.
- Yulianto, Y., Lestari, Y., Chasanah, N., Wiliyanarti, F. P., & Hadi, N. (2018). An analysis on knowledge, perception and sociocultural factors affecting mother's behavior in giving breastfeed-supplement meal'. *International Journal of Nursing and Midwifery Science*, 2(1).

Buku Stunting

ORIGINALITY REPORT

19%

SIMILARITY INDEX

17%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

9%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

1%

★ Submitted to Universitas Dian Nuswantoro

Student Paper

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On