

KESEHATAN IBU DAN ANAK

Dr. Rusli Taher, S.Kep., Ns., M.Kes | Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH

Dr. Getruida Banon H Alow, SPd. Mkes | Ns.Dormina.,S.Kep.,MKM

Ellen Pesak S.Kep,Ners,M.Kes | Nurlama Siregar S.Kep,Ns,M.Kes

Dr. Bdn.Rosmaria Manik, M.Keb | Sitti Suharni Hermanses, A.Kp.,SST.,M.Keb

Dorce Sisfiani Sarimin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An | Subriah, S.ST., M.Kes

Mery Sambo, Ns., M.Kep | Ria Setia Sari.,S.Kep., M.Kep

Nurmala Hayati Sihombing, SKM, M. Kes | Indah Wati., S.Kep., Ns., M.Kep

Dirayati Sharfina, Ns., M.Kep | Dr. Evalatifah Nurhayati, SKM, S.Kep, Ners, M.Kes

Hj. Zuidah., S.Kep.,Ns.,SKM.,M.Kes | Sesca Diana Solang,S.SiT,M.Kes

KESEHATAN IBU DAN ANAK

Dr. Rusli Taher, S.Kep., Ns., M.Kes
Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH
Dr. Getruida Banon H Alow, SPd. MKes
Ns.Dormina.,S.Kep.,MKM
Ellen Pesak S.Kep,Ners,M.Kes
Nurlama Siregar S.Kep,Ns,M.Kes
Dr. Bdn.Rosmaria Manik, M.Keb
Sitti Suharni Hermanses, A.Kp.,SST.,M.Keb
Dorce Sisfiani Sarimin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An
Subriah, S.ST., M.Kes
Mery Sambo, Ns., M.Kep
Ria Setia Sari.,S.Kep., M.Kep
Nurmala Hayati Sihombing, SKM, M. Kes
Indah Wati., S.Kep., Ns., M.Kep
Dirayati Sharfina, Ns., M.Kep
Dr. Evalatifah Nurhayati, SKM, S.Kep, Ners, M.Kes
Hj. Zuidah., S.Kep.,Ns.,SKM.,M.Kes
Sesca Diana Solang,S.SiT,M.Kes

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes



KESEHATAN IBU DAN ANAK

Penulis:

Dr. Rusli Taher, S.Kep., Ns., M.Kes
Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH
Dr. Getruida Banon H Alow, SPd. MKes
Ns.Dormina.,S.Kep.,MKM
Ellen Pesak S.Kep,Ners,M.Kes
Nurlama Siregar S.Kep,Ns,M.Kes
Dr. Bdn.Rosmaria Manik, M.Keb
Sitti Suharni Hermanses, A.Kp.,SST.,M.Keb
Dorce Sisfiani Sarimin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An
Subriah, S.ST., M.Kes
Mery Sambo, Ns., M.Kep
Ria Setia Sari.,S.Kep., M.Kep
Nurmala Hayati Sihombing, SKM, M. Kes
Indah Wati., S.Kep., Ns., M.Kep
Dirayati Sharfina, Ns., M.Kep
Dr. Evalatifah Nurhayati, SKM, S.Kep, Ners, M.Kes
Hj. Zuidah., S.Kep.,Ns.,SKM.,M.Kes
Sesca Diana Solang,S.SiT,M.Kes

ISBN :

978-634-7156-55-6

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Cetakan Pertama : 2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Kesehatan Ibu dan Anak mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Kesehatan Ibu dan Anak. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Kesehatan Ibu dan Anak serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 18 April 2025

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|----|
| BAB 1 Peran Keperawatan Dalam Kesehatan Ibu Dan Anak | 1 |
| A. Pendahuluan..... | 1 |
| B. Kesehatan Ibu dan Anak..... | 4 |
| C. Peran Perawat..... | 8 |
| D. Peran Keperawatan Dalam Kesehatan Ibu dan Anak | 12 |
| BAB 2 Determinan Sosial dalam Kesehatan Ibu dan Anak | 18 |
| A. Pendahuluan..... | 18 |
| B. Konsep Determinan Sosial dalam Kesehatan Ibu dan Anak | 19 |
| BAB 3 Model Asuhan Keperawatan Berbasis Keluarga pada Ibu dan Anak | 27 |
| A. Pendahuluan..... | 27 |
| B. Model Asuhan Keperawatan Berbasis Keluarga pada Ibu dan Anak | 28 |
| BAB 4 Perawatan Antenatal..... | 37 |
| A. Pendahuluan..... | 37 |
| B. Konsep Perawatan Antenatal..... | 38 |
| BAB 5 Peran Perawat dalam Pencegahan Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi..... | 54 |
| A. Pendahuluan..... | 54 |
| B. Konsep Peran Perawat dalam Pencegahan Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi | 55 |
| BAB 6 Manajemen Nyeri dalam | 70 |
| A. Pendahuluan..... | 70 |
| B. Konsep nyeri persalinan | 70 |
| BAB 7 Asuhan Keperawatan pada Ibu Pascapersalinan | 79 |
| A. Pendahuluan..... | 79 |

| | |
|---|-----|
| B. Konsep Keluarga | 79 |
| BAB 8 Adaptasi Neonatus..... | 86 |
| A. Pendahuluan..... | 86 |
| B. Konsep Adaptasi Neonatus | 88 |
| BAB 9 Keperawatan pada Bayi dengan Gangguan Respirasi dan Hipotermia | 103 |
| A. Pendahuluan..... | 103 |
| B. Keperawatan pada Bayi dengan Gangguan Respirasi dan Hipotermia | 104 |
| BAB 10 Pentingnya Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif | 118 |
| A. Pendahuluan..... | 118 |
| B. Pentingnya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif | 119 |
| BAB 11 Pemantauan Tumbuh Kembang Anak..... | 129 |
| A. Pendahuluan..... | 129 |
| B. Tujuan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan | 130 |
| C. Aspek yang dipantau dalam pertumbuhan dan perkembangan..... | 131 |
| D. Metode Pemantauan..... | 132 |
| E. Kerangka konsep pemantauan tumbuh kembang balita dan anak prasekolah..... | 133 |
| F. Jadwal dan jenis deteksi dini tumbuh kembang anak | 133 |
| G. Implementasi pemantauan pertumbuhan anak | 134 |
| BAB 12 Stunting..... | 142 |
| A. Pendahuluan..... | 142 |
| B. Konsep Stunting..... | 143 |
| BAB 13 Perubahan Pola Konsumsi dan Transisi Epidemiologi..... | 160 |
| A. Pendahuluan..... | 160 |
| B. Pola Makan dan Transisi Epidemiologi..... | 161 |

| | |
|---|-----|
| BAB 14 Keperawatan pada Anak dengan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)..... | 177 |
| A. Pendahuluan..... | 177 |
| B. Konsep Keluarga..... | 178 |
| BAB 15 Manajemen Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Kronis | 188 |
| A. Pendahuluan..... | 188 |
| B. Konsep Dasar Penyakit Kronis | 188 |
| C. Peran Keluarga pada Manajemen Keperawatan Anak dengan Penyakit Kronis. | 191 |
| D. Peran Perawat dalam Manajemen Keperawatan Anak dengan Penyakit Kronis | 191 |
| E. Konsep Normalisasi pada Anak dengan Sakit Kronis..... | 193 |
| F. Inovasi dan Perkembangan dalam Manajemen Keperawatan pada Anak dengan Sakit Kronis | 194 |
| BAB 16 Dampak Penyakit Tidak Menular (PTM) pada Anak | 198 |
| A. Pendahuluan..... | 198 |
| B. Konsep Penyakit Tidak Menular | 199 |
| BAB 17 Edukasi Kesehatan Reproduksi bagi Remaja | 221 |
| A. Pendahuluan..... | 221 |
| B. Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja | 222 |
| BAB 18 Pencegahan Kehamilan | 229 |
| A. Pendahuluan..... | 229 |
| B. Pencegahan Kehamilan Remaja | 229 |

BAB 1

Peran Keperawatan Dalam Kesehatan Ibu Dan Anak

Dr. Rusli Taher, S.Kep., Ns., M.Kes

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak dan kebutuhan dasar manusia. Dengan demikian Pemerintah mempunyai kewajiban untuk mengadakan dan mengatur upaya pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau rakyatnya. Masyarakat, dari semua lapisan, memiliki hak dan kesempatan yang sama untuk mendapat pelayanan kesehatan. Upaya Pemerintah untuk menurunkan angka kematian Ibu serta angka kematian bayi & balita, hanya dapat terwujud bilamana terdapat peran dari berbagai stakeholder terkait seperti halnya peranan dari tenaga kesehatan (Nazriah, 2009).

Peran dari tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan secara “continuum of care the life cycle” serta pelayanan tersebut dilaksanakan berdasarkan “continuum of pathway” sesuai kebutuhan medis. Intervensi untuk mengatasi permasalahan dan meningkatkan kelangsungan dan kualitas ibu dan anak, antara lain 1) pada 1.000 hari kehidupan (Scaling up Nutrition), sejak anak dalam kandungan sampai berusia 2 tahun yang mencakup pemenuhan kebutuhan gizi, pelayanan kesehatan ibu dan anak yang berkualitas, dan stimulasi pertumbuhan perkembangan anak; 2) persalinan di fasilitas kesehatan; 3) penguatan keluarga pada pola asih, asah, dan asuh, peningkatan pengetahuan dan keterampilan deteksi dini anak sakit dan bermasalah, dan pencaharian pertolongan pelayanan kesehatan serta menghindari perkawinan dan kehamilan di usia remaja, dan 4) memperkuat peran keluarga,

masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, tokoh masyarakat serta pendidik dalam kesehatan ibu anak, dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Kemenkes, 2011).

Menurut Laporan UNICEF (United Nations Children's fund) dalam Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu dan Anak (2012), bahwa peningkatan kesehatan ibu di Indonesia, yang merupakan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) kelima, berjalan lambat dalam beberapa tahun terakhir. Rasio kematian ibu, yang diperkirakan sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup, tetap tinggi di atas 200 selama dekade terakhir, meskipun telah dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu. Hal ini bertentangan dengan negara-negara miskin di sekitar Indonesia yang menunjukkan peningkatan lebih besar pada MDGs kelima. Secara Nasional di Indonesia, banyak faktor yang memengaruhi AKI (Angka kematian ibu) dan AKB (Angka kematian balita) yang tinggi sehingga tanpa dilakukan percepatan, tujuan MDGs tidak akan tercapai. Salah satu usaha percepatan penurunan AKI dan AKB adalah dengan meningkatkan kualitas tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Program KIA berdasar pada continuum of care sehingga perlu dilakukan penanganan yang tepat sepanjang siklus hidup manusia, penyediaan layanan, komponen upaya, continuum of care dalam program dan keterkaitan dan continuum of care di luar sektor kesehatan. Agar pelaksanaan pelayanan KIA dapat berjalan dengan lancar, perlu dilakukan upaya peningkatan mutu melalui penyiapan sumber daya manusia sejak dini yaitu sejak dalam proses pendidikan. Faktor-faktor yang mendasari tingginya AKI dan AKB serta peran tenaga kesehatan diuraikan dalam bagian pendahuluan untuk memberikan gambaran atas keadaan saat ini terkait AKI dan AKB sehingga masyarakat mendapatkan gambaran akan pentingnya pelayanan KIA (Kemenkes, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sembiring (2014) tentang Peran Perawat dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak, mengemukakan bahwa

peran perawat dalam upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak dalam kategori terlaksana sepenuhnya (78%) dan terlaksana sebagian (22%). Oleh karena itu penerapan peran perawat dalam upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak sebaiknya ditingkatkan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak (Theodora, 2014). Dalam buku tentang Kinerja Dua Tahun Kementerian Kesehatan RI (2009- 2011), mengemukakan bahwa Pemerintah mempunyai komitmen yang sangat kuat dalam peningkatan kesehatan ibu, bayi dan balita. Dalam sewindu terakhir ini, tampak kecenderungan penurunan angka kematian ibu dari waktu ke waktu. Upaya penting dalam peningkatan kesehatan ibu, bayi dan balita adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Upaya ini dititik beratkan pada pemberdayaan masyarakat dalam mendukung persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi. Sampai tahun 2011, pelaksanaan P4K telah mencakup 85% dari 78.198 desa seluruh Indonesia, diperkuat dengan berbagai terobosan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan.

Adapun menurut Kemenkes 2016, pelayanan kesehatan ibu dan anak tidak hanya dilakukan oleh perawat saja, namun dilakukan pula oleh tim kesehatan lainnya seperti profesi Bidan. Pelayanan kesehatan ibu dan anak harus menjadi kewajiban tenaga kesehatan sebagai pelaksana pelayanan (care giver) seperti halnya dalam pelayanan kebidanan, karena keadaan kesehatan ibu dan anak memiliki peranan yang besar sebagai indikator tingkat kesejahteraan bangsa. Bidan sesuai dengan standar kompetensi, standar profesi, dan izin praktik yang dimilikinya memiliki kemampuan dan kewenangan untuk memberi pelayanan kesehatan ibu dan anak. Oleh karenanya seorang bidan sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya mampu memberikan asuhan kebidanan dan bertindak dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. Publikasi yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tentang Promosi kesehatan di daerah bermasalah kesehatan (Panduan bagi petugas kesehatan) mengemukakan bahwa berdasarkan evaluasi oleh

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dengan menggunakan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM), terdapat sejumlah daerah yang pencapaian pembangunan kesehatannya masih berada di bawah rerata. Daerah-daerah ini disebut sebagai Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK). Di Indonesia terdapat 10 provinsi yang lebih dari 50% jumlah kabupaten/kotanya masuk dalam kriteria IPKM yang perlu mendapatkan prioritas Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK). Kesepuluh provinsi tersebut adalah Aceh, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat dan Papua. Pelaksanaan PDBK ini memerlukan kegiatan pendampingan bagi daerah dalam pengembangan dan aplikasi Model Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) sebagai upaya peningkatan IPKM. Dalam kegiatan.

pendampingan ini, sejumlah petugas kesehatan akan diperbantukan guna meningkatkan kinerja pelaksanaan program-program kesehatan di DBK. Salah satu program yang penting untuk dilaksanakan adalah Promosi Kesehatan, yang tidak hanya dilaksanakan secara tersendiri, melainkan juga harus terintegrasi ke dalam setiap program kesehatan lain seperti pada pelayanan kesehatan ibu dan Anak (Kemenkes, 2011). Faktor pemungkin yang berhubungan dengan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak antara lain distribusi tenaga kesehatan belum merata, kualitas ketenagaan pemberi pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak belum ideal, dan sarana pendukung pelayanan belum memadai. Bidan adalah seorang yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang telah berlaku, dicatat (registrasi), diberi izin secara sah untuk menjalankan praktek (Nazriah, 2009).

B. Kesehatan Ibu dan Anak

1. Definisi

Berdasarkan Millenium Development Goals (MDGs) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu tujuan yang harus dicapai, program KIA merupakan

upaya pemerintah dibidang kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak. Faktor pemungkin yang berhubungan dengan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak antara lain distribusi tenaga kesehatan belum merata, kualitas ketenagaan pemberi pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak belum ideal, dan sarana pendukung pelayanan belum memadai (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2013). Faktor pendorong yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak antara lain belum ada kebijakan daerah sebagai acuan, dana pendukung belum memadai serta kuantitas kegiatan yang seharusnya dilakukan secara lintas sektoral masih banyak yang belum terealisasi dan belum optimal. Masalah kesehatan di Indonesia saat ini adalah status kesehatan masyarakat yang masih rendah, antara lain ditandai dengan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang tinggi. Berdasarkan Survei kesehatan dasar tahun 2007, AKI di Indonesia masih berada pada angka 228 per 100.000 kelahiran hidup. Demikian pula AKB, masih pada kisaran 26,9 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2004, target Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang diharapkan dapat dicapai pada tahun 2010 adalah Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) menjadi 15 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Riau, diketahui AKB yaitu 26 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian anak balita (AKAB) yaitu 60 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2006, jumlah kematian bayi mencapai 1.272 kasus, sedangkan jumlah kematian ibu mencapai 179 kasus (Dinkes Prov. Riau, 2007).

Faktor-faktor yang diketahui berhubungan bermakna secara statistik dengan praktik responden terkait kesehatan maternal adalah cara pembayaran kesehatan, aksesabilitas terhadap fasilitas kesehatan,

pengaruh yang memutuskan dalam upaya pencarian pelayanan kesehatan, pengetahuan responden tentang kesehatan ibu serta sikap ibu terhadap pelayanan kesehatan selama hamil, bersalin, dan nifas. Penggunaan buku KIA merupakan salah satu strategi pemberdayaan masyarakat terutama keluarga untuk memelihara kesehatannya dan mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak, kartu ibu hamil, KMS balita dan catatan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Buku KIA berisi informasi dan materi penyuluhan tentang gizi dan kesehatan ibu dan anak, kartu ibu hamil, Kartu Menuju Sehat (KMS) bayi dan balita serta catatan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Petugas kesehatan akan mencatatkan hasil pemeriksaan ibu dengan lengkap di buku KIA. Hal ini dimaksudkan agar ibu dan keluarga lainnya mengetahui dengan pasti keadaan kesehatan ibu dan anak. Pencatatan sedini mungkin dapat mengantisipasi adanya risiko tinggi pada kehamilan ibu untuk mengetahui perkembangan serta pertumbuhan balita (Ernoviana, 2005).

2. Kebijakan Sistem Informasi Ibu dan Anak

Belum ada kebijakan khusus yang mengatur tentang sistem Informasi KIA di wilayah kerja dinas kesehatan, yang ada kebijakan tentang pencatatan dan pelaporan data KIA yang termasuk dalam program KIA. Belum ada pembahasan lebih jauh tentang penguatan-penguatan SIK. Kebijakan merupakan pernyataan yang luas tentang maksud, tujuan, dan cara yang membentuk kerangka kegiatan. Hanya ada kebijakan yang bersifat Makro yaitu PKM NO 97 tahun 2014 dan PWS KIA dari Kemenkes RI. Belum adanya kebijakan Mikro khusus yang terkait sistem informasi KIA memungkinkan timbul permasalahan aspek-aspek yang belum diatur dalam kebijakan Makro dan SIK belum dilaksanakan secara optimal. Sistem informasi Gizinya belum dapat dilakukan secara optimal karena aspek yang belum diatur dalam

pedoman surveylans gizinya (Mochamad Iqbal Nurmansyah, 2013).

3. Strategi Kesehatan Ibu dan Anak

Pemberdayaan perempuan, suami, dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan balita, penggunaan buku KIA, penyediaandana, transportasi, donor darah berjalan untuk keadaan emergensi. Pemberdayaan masyarakat, melalui penyelenggaraan polindes, posyandu, tempat penitipan anak (TPA). Kerjasama lintas sektor, mitra lain termasuk pemerintah daerah dan lembaga legislative, meliputi mendorong adanya komitmen, dukungan, peraturan, dan kontribusi pembiayaan dari berbagai pihak terkait, peningkatan keterlibatan LSM, organisasi profesi, dan sebagainya. Peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan KIA oleh tenaga kesehatan terlatih dengan memberikan pelayanan antenatal, pertolongan persalinan, pelayanan nifas, dan neonatal, pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, penanganan komplikasi keguguran, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan pembinaan dan deteksi dini tumbuh kembang anak.

4. Kegiatan Pokok Kesehatan Ibu dan Anak

Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok, meliputi: peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan, peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan, peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan ataupun melalui kunjungan rumah, peningkatan deteksi dini faktor resiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat, peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus-menerus oleh tenaga kesehatan difasilitas kesehatan, peningkatan pelayanan kesehatan

bagi seluruh anak balita sesuai standar disemua fasilitas kesehatan dan peningkatan pelayanan KB sesuai standar (Prasetyawati, 2012).

Kegiatan pokok dari program kesehatan ibu dan anak adalah memeriksa kesehatan ibu hamil, mengamati perkembangan dan pertumbuhan bayi, balita, anak-anak, memberikan nasihat tentang makanan, memperkenalkan jenis makanan, merujuk ibu-ibu atau anak-anak yang memerlukan pengobatan, memberikan pertolongan persalinan dan membimbing selama masa nifas serta mengadakan latihan untuk dukun bersalin dan kader kesehatan posyandu (Sianturi, 2007).

C. Peran Perawat

Merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang. Perawat mempunyai enam peran, yaitu sebagai penemu kasus (case finder), sebagai pemberi pelayanan (care giver), sebagai pendidik/penyuluh kesehatan (health teacher/educater), sebagai kordinator dan kolaborator, pemberi nasehat (counseling), dan sebagai advokat (Depkes, 2006).

1. Pemberi Asuhan Keperawatan (care giver)

Pada peran ini perawat sebagai pelaku atau pemberi asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Memberi pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat berupa asuhan keperawatan yang utuh serta berkesinambungan sesuai diagnosis masalah yang terjadi, mulai dari masalah yang bersifat sederhana, sampai masalah kompleks. Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan mempertahankan keadaan kebutuhan dasar manusia melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, melaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Peran sebagai pelaksana (care giver) merupakan peran dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada klien dengan pendekatan pemecahan masalah sesuai dengan metode dan proses keperawatan. Dalam melaksanakan peran ini perawat bertindak sebagai comforter, protector, advocate, communicator, serta rehabilitator. Sebagai comforter perawat berusaha memberi kenyamanan dan rasa aman pada klien. Peran sebagai protector dan advocate lebih berfokus pada kemampuan perawat melindungi dan menjamin hak dan kewajiban klien agar terlaksana dengan seimbang dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Peran sebagai communicator perawat bertindak sebagai penghubung antara klien dengan anggota kesehatan lainnya. Peran ini erat kaitannya dengan keberadaan perawat saat mendampingi klien sebagai pemberi asuhan keperawatan selama 24 jam. Sedangkan sebagai rehabilitator, peran perawat berhubungan erat dengan tujuan pemberian asuhan keperawatan yakni mengembalikan fungsi organ atau bagian tubuh agar sembuh dan dapat berfungsi secara optimal (Sudarma, 2008). Peran dan fungsi perawat adalah wujud dari pada tanggung jawab perawat dalam pemberian asuhan keperawatan untuk pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Tanggung jawab perawat terdiri dari:

- a. Membantu memperoleh: sakit menjadi sehat
 - b. Membantu pasien sehat untuk memelihara kesehatannya
 - c. Membantu pasien yang tidak bisa sembuh untuk menerima keadaanya
 - d. Membantu pasien menghadapi ajalnya
2. Penemu Kasus (case finder)

Perawat melaksanakan monitoring terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang menyangkut masalah-masalah kesehatan dan keperawatan. Penemu kasus dapat

dilaksanakan dengan jalan mencari langsung kemasyarakat/kunjungan rumah, observasi, pengumpulan data dan dapat pula didapat secara tidak langsung yaitu pada kunjungan pasien ke rumah sakit/ puskesmas.

3. Pendidik Kesehatan (educater)

Perawat bertindak sebagai fasilitator, membentuk lingkungan yang kondusif untuk pembelajaran-lingkungan yang memotivasi individu untuk meningkatkan kesehatannya, membantu mengklarifikasi informasi dan mendukung klien serta anggota keluarga didalam upaya pencapaian kesehatan optimum. Sebagai pendidik atau penyuluh kesehatan, fungsi yang dilakukan perawat adalah sebagai berikut mengkaji kebutuhan klien untuk menentukan kegiatan yang akan dilakukan dalam penyuluhan atau pendidikan kesehatan. Dari hasil pengkajian diharapkan dapat diketahui tingkat pengetahuan klien, informasi apa yang diperlukan klien, dan apa yang ingin diketahui dari klien. Meningkatkan dan memelihara kesehatan klien melalui penyuluhan atau pendidikan kesehatan. Menyusun program penyuluhan atau pendidikan kesehatan baik untuk topik sehat ataupun sakit seperti nutrisi, latihan, dan penyakit. Membantu klien untuk memilih informasi kesehatan dari buku-buku, koran, TV, teman dan lainnya (Efendi dan Makhfudli, 2009).

4. Kordinator dan Kolaborator

Peran perawat sebagai kordinator dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan, dan mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan, sehingga pemberian pelayanan kesehatan terarah, serta sesuai dengan kebutuhan klien. Perawat sebagai anggota tim kesehatan, berkolaborasi dan mengoordinasi pelayanan keperawatan dengan aktifitas profesi lainnya. Peran perawat sebagai kolaborator dilaksanakan dengan cara bekerja sama dengan tim kesehatan lain, seperti dokter, fisioterapis, ahli gizi, radiologi, laboratorium, dan lain-lain

dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan, termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya untuk mempercepat proses penyembuhan klien (Mubarak dan Chayatin, 2009). Kebanyakan perawat adalah anggota dari tim perawatan kesehatan dan berkolaborasi dengan anggota lainnya untuk memberikan perawatan klien yang komprehensif dan perencanaan jangka panjang. Kolaborasi dengan pemberi perawatan kesehatan lainnya mengemban suatu hubungan interdependen. Perawat bergantung pada keahlian para spesialis, seperti ahli terapi pernapasan, ahli gizi atau ahlineonatus guna memberikan layanan atau memberi bantuan dalam terapi dan perawatan klien. Anggota tim kesehatan lainnya juga bergantung pada keahlian perawat dalam memahami faktor multipel yang memengaruhi kesehatan klien dan dalam mengoordinasi berbagai layanan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien (Christensen dan Kenney, 2009).

5. Pemberi Nasehat (counseling)

Peran perawat sebagai konselor dijadikan sebagai tempat bertanya oleh individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat untuk memecah berbagai permasalahan di bidang kesehatan. Sebagai konselor, perawat menjelaskan kepada klien konsep dan data-data tentang kesehatan, menilai pemahaman klien dan mengevaluasi kemajuan dalam pembelajaran. Perawat menggunakan metode pengajaran yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan klien, serta melibatkan sumber-sumber yang lain, seperti keluarga (Mubarak dan Chayatin, 2009). Sebagai pelaksana konseling keperawatan, perawat melaksanakan fungsi antara lain sebagai berikut:

- a. membantu klien untuk mengidentifikasi masalah serta faktor-faktor yang memengaruhi
- b. membantu klien melakukan pemecahan masalah yang dapat dilakukan

- c. memberikan petunjuk kepada klien untuk mencari pendekatan pemecahan masalah
 - d. memilih cara pemecahan masalah yang tepat, memberikan informasi, mendengarkan secara objektif, memberikan dukungan, memberikan asuhan, dan menjaga kepercayaan yang diberikan klien (Efendi dan Makhfudli, 2009).
6. Pembela (advocate)

Perawat melindungi hak klien sebagai manusia dan secara hukum, serta membantu klien dalam menyatakan hak-hak bila di butuhkan. Peran ini juga dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dan pemberi pelayanan atau juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak klien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak untuk menentukan nasibnya sendiri, hak atas privasi, dan hak untuk menrima ganti rugi akibat kelalaian (Efendi dan Makhfudli, 2009).

D. Peran Keperawatan Dalam Kesehatan Ibu dan Anak

Adapun gambaran pelaksanaan peran perawat dalam program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) meliputi (Efendi dan Makhfudli, 2009):

1. Pemberi pelayanan kesehatan

Perawat puskesmas mengumpulkan data tentang ibu dan kehamilannya melalui anamnese, melakukan pemeriksaan fisik, membuat diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan, melakukan implementasi berupa pelayanan 5T yaitu timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan tinggi fundus melalui pemeriksaan Leopold 1-4, pemberian vaksinasi tetanus toxoid dan pemberian tablet tambah darah, melakukan rujukan bila ada indikasi untuk dirujuk, kemudian perawat melakukan evaluasi.

2. Penemu kasus

Perawat puskesmas melakukan kunjungan rumah untuk mencari dan menemukan ibu hamil.

3. Pendidik/ penyuluhan kesehatan

Perawat puskesmas menjelaskan kepada ibu yang telah dilakukan pemeriksaan tentang hasil pemeriksaan, perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu, pentingnya imunisasi, pentingnya tablet tambah darah, jenis resiko yang ditemukan, bahaya dari resiko kehamilan yang ditemukan, alasan ibu dirujuk bila ada indikasi dirujuk, dan memberitahukan jadwal pemeriksaan ulang. Memberikan penyuluhan tentang nutrisi, obat-obatan, bahaya merokok, pentingnya kesehatan jiwa, olahraga, pekerjaan, senggama, higiene, pakaian, dan perawatan payudara pada ibu hamil.

4. Kordinator dan kolaborator

Perawat puskesmas melakukan kordinasi terhadap semua pelayanan yang diterima oleh ibu hamil dari berbagai program, dan bekerjasama dengan keluarga dalam perencanaan pelayanan keperawatan serta sebagai penghubung dengan institusi pelayanan kesehatan dan sektor terkait lainnya.

5. Konselor

Perawat puskesmas memberikan pujian kepada ibu atas keputusannya untuk datang ke Puskesmas, menyediakan informasi-informasi tentang ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan balita, serta anak prasekolah, mendengarkan keluhan, memberikan dukungan, membantu ibu untuk menggali dan mengetahui permasalahan, serta memilih pemecahan masalah yang dapat dikerjakan

6. Panutan (Role Model)

Perawat puskesmas menunjukkan perilaku sehari-hari yang dapat dicontoh oleh ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, dan balita, serta anak prasekolah misalnya tidak merokok, istirahat yang cukup, menjaga berat

badan, menghargai dan menghormati ibu hamil, dan sebagainya (Theodora, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta.
- Christensen, P.J., & Kenney, J.W. (2009). Proses keperawatan; Aplikasi model konseptual. (Yuyun Yuningsih & Yasmin Asih, Penerjemah). (Edisi 4). Jakarta : EGC
- Depkes, RI (2006). Pedoman kegiatan perawat kesehatan masyarakat di puskesmas. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisan medik. Jakarta. Depkes, RI
- Effendi, F & Makhfudli. 2009. Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktek Dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba medika.
- Ernoviana M.H. 2005. Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto. [Edisi 2005, diakses tanggal 16 April 2009]. Diunduh dari : http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/_working/No.29_Ernoviana_07_06.pdf.
- Kemenkes RI, (2016). Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian. Kesehatan dan JICA
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). Pedoman Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kemenkes RI.
- Mochamad Iqbal Nurmansyah, Badra Al-Aufa, Yuli Amran, 2013. Peran keluarga, masyarakat dan media sebagai sumber informasi kesehatan reproduksi pada mahasiswa. Indonesian Journal of Reproductive Health
- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori. Jakarta : Salemba Medika
- Nazriah. (2009). Konsep Dasar Kebidanan. Banda Aceh: Yayasan Pena
- Prasetyawati AE, 2012. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Yogyakarta. Nuha Medika.

- Sianturi, M. N. (2007). Konsep Diri Remaja yang Pernah Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Skripsi. Diunduh dari undip.ac.id.
- Sudarma, Momon. 2008. Sosiologi Untuk Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika
- Theodora, 2014). Dalam buku tentang Kinerja Dua Tahun Kementerian Kesehatan RI (2009)
- United Nations Children's Fund. (2012). The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World. New York: UNICEF
- Undang-Undang (UU) Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi dan kesehatan ibu dan anak.

BIODATA PENULIS



Dr. Rusli Taher, S.Kep., Ns., M.Kes., lahir di Tidore, 20 Agustus 1990. Saat ini penulis tinggal di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari S-1 di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar dengan Profesi Ners (Lulus 2012), Pascasarjana di Fakultas Emergency and Disaster Management Universitas Hasanuddin Makassar (UNHAS) (Lulus 2015), dan Pendidikan Doktorat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar (Lulus 2024). Selain menempuh pendidikan formal, penulis juga pernah menempuh pendidikan nonformal seperti mengikuti kegiatan pelatihan Basic Trauma Life Support yang diadakan di Universitas Hasanuddin Makassar. Aktivitas penulis saat ini selain mengajar pada jenjang sarjana Khusus dibidang kesehatan baik Keperawatan maupun Kebidanan di STIKES Graha Edukasi Makassar. Penulis juga menjawab sebagai Ketua Program Studi Profesi Ners di STIKES Graha edukasi Makassar. Untuk menjalin kerja sama dengan baik berikut adalah alamat email penulis ruslitaher08@gmail.com

BAB 2

Determinan Sosial dalam Kesehatan Ibu dan Anak

Ns.Wiwi Kustio Priliana.,SST.,SPd.,MPH

A. Pendahuluan

Kesehatan ibu dan anak merupakan indikator utama kesejahteraan masyarakat. Faktor sosial, ekonomi, dan budaya memiliki pengaruh besar terhadap status kesehatan ibu dan anak. Determinan sosial kesehatan mencakup kondisi tempat tinggal, akses terhadap pelayanan kesehatan, tingkat pendidikan, pekerjaan, serta faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan ibu dan anak. Dalam kesehatan ibu dan anak, determinan sosial yang berlaku tidak berbeda jauh dengan determinan sosial kesehatan yang berlaku secara umum. Perbedaannya, hanyalah bahwa ibu dan anak merupakan salah satu kelompok rentan yang menjadi tolok ukur kinerja sistem kesehatan sebuah wilayah.

Kajian tentang determinan sosial kesehatan dirasa sangat penting karena sangat diperlukan untuk membantu memahami dan memecahkan masalah kesehatan pada sebuah lingkungan, yang memerlukan pemahaman mendalam mengenai bagaimana determinan sosial dapat mempengaruhi berbagai populasi yang tinggal di wilayah tertentu. Sebagaimana bidang kesehatan yang menjadi induknya, maka bidang kesehatan ibu dan anak juga memiliki determinan sosial yang cukup pelik. Determinan-determinan ini turut berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja upaya pelayanan kesehatan ibu dan anak. Alih-alih memandang determinan sosial sebagai sebuah masalah, kita bisa

menempatkan determinan sosial ini sebagai sebuah tantangan untuk diselesaikan, dan bahkan bisa kita jadikan sebagai senjata untuk keberhasilan pembangunan kesehatan ibu dan anak yang lokal spesifik.

B. Konsep Determinan Sosial dalam Kesehatan Ibu dan Anak

1. Pengertian

Determinan sosial kesehatan Ibu dan Anak adalah kondisi sosial dan ekonomi yang mempengaruhi kesehatan individu dan kelompok, di kelompok khusus Ibu dan Anak. Faktor ini meliputi kondisi ekonomi, sosial, budaya, dan politik yang menentukan kualitas kesehatan ibu dan anak di masyarakat.

2. Faktor Sosial yang mempengaruhi kesehatan ibu dan Anak.

- a. Faktor ekonomi, dimana kemiskinan dan akses terhadap pelayanan Kesehatan bagi ibu dengan status ekonomi rendah cenderung mengalami kesulitan dalam mengakses fasilitas kesehatan.
- b. Pekerjaan dan Pendapatan, tingkat pendapatan berhubungan langsung dengan kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil dan anak.
- c. Pendidikan Ibu, dimana ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan dan gizi.
- d. Literasi kesehatan, kemampuan membaca dan memahami informasi kesehatan berperan penting dalam pengambilan keputusan yang tepat.
- e. Faktor lingkungan meliputi kualitas air dan sanitasi pada lingkungan dengan akses air bersih yang terbatas meningkatkan risiko penyakit pada ibu dan anak. Kondisi perumahan, dimana rumah yang padat dan tidak layak huni berkontribusi terhadap penyebaran penyakit menular.

- f. Faktor Budaya dan Sosial
Norma Sosial dan Kepercayaan, dimana tradisi tertentu dapat mempengaruhi keputusan ibu dalam mendapatkan layanan kesehatan.
 - g. Dukungan keluarga dan komunitas, dukungan sosial sangat penting dalam memastikan ibu dan anak mendapatkan perawatan yang optimal.
3. Strategi dan Intervensi untuk Mengatasi Determinan Sosial Kesehatan
 - a. Kebijakan Kesehatan Publik
Program Kesehatan Ibu dan Anak dan intervensi berbasis kebijakan untuk meningkatkan akses layanan kesehatan. subsidi dan jaminan kesehatan merupakan program jaminan kesehatan nasional untuk membantu kelompok rentan di masyarakat.
 - b. Peningkatan Pendidikan dan Kesadaran
Edukasi kesehatan reproduksi akan meningkatkan pengetahuan ibu mengenai kehamilan dan perawatan anak. Kampanye kesadaran masyarakat yang dilakukan dengan promosi kesehatan berbasis komunitas untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya gizi dan imunisasi.
 - c. Pemberdayaan Ekonomi
Program pemberdayaan perempuan akan mendukung perempuan dalam mengakses peluang ekonomi dan pendidikan. Pendanaan mikro untuk kesehatan ibu dan anak merupakan program keuangan berbasis komunitas untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak.
4. Tantangan Determinan Sosial Kesehatan Ibu Dan Anak
Indonesia adalah sebuah negara besar yang kaya akan keberagaman dalam banyak hal. Keberagaman tersebut, apabila tidak dikelola dengan baik, akan berpotensi sebagai penyumbang kesenjangan status kesehatan ibu dan anak antar wilayah di dalam negeri. Beberapa hal determinan sosial kesehatan ibu dan anak yang berpotensi

sebagai tantangan upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak adalah sebagai berikut:

a. Ekonomi

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) perkapita merupakan salah satu indikator pertumbuhan ekonomi suatu negara/wilayah/daerah. Pertumbuhan tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya infrastruktur ekonomi. PDRB adalah jumlah nilai tambah bruto yang dihasilkan seluruh unit usaha dalam wilayah tertentu, atau merupakan jumlah nilai barang dan jasa akhir yang dihasilkan oleh seluruh unit ekonomi. PDRB atas dasar harga berlaku menggambarkan nilai tambah barang dan jasa yang dihitung dengan menggunakan harga pada setiap tahun, sedangkan PDRB atas dasar harga konstan menunjukkan nilai tambah barang dan jasa yang dihitung menggunakan harga pada satu tahun tertentu sebagai tahun dasar penghitungannya. PDRB atas dasar harga berlaku dapat digunakan untuk melihat pergeseran struktur ekonomi, sedang harga konstan dapat digunakan untuk mengetahui pertumbuhan ekonomi dari tahun ke tahun. Dengan demikian, PDRB merupakan indikator untuk mengatur sampai sejauh mana keberhasilan pemerintah dalam memanfaatkan sumber daya yang ada, dan dapat digunakan sebagai perencanaan dan pengambilan keputusan.

b. Geografis

Indonesia adalah negara kepulauan terbesar di dunia, yang memiliki 13.487 pulau. Jumlah tersebut merujuk pada pulau yang telah selesai diidentifikasi dan diberi nama untuk didaftarkan pada PBB (Kristan, 2011). Jumlah tersebut jauh lebih sedikit daripada jumlah sesungguhnya pulau yang dimiliki negara yang terletak pada garis khatulistiwa ini. Setidaknya, pada tahun 1987 Pusat Survei dan Pemetaan ABRI

(Pussurta ABRI) menyatakan bahwa jumlah pulau di Indonesia adalah sebanyak 17.508. Kondisi ini memicu disparitas aksesibilitas ibu dan anak dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Kondisi yang sering kali diakibatkan oleh biaya akses transportasi secara fisik berupa transportasi laut yang memiliki kecenderungan mahal. Masalah mahalnya transportasi laut bukanlah masalah transportasi satu-satunya terkait aksesibilitas pelayanan kesehatan. Pada wilayah-wilayah tertentu, misalnya Papua, akses transportasi tidak bisa ditempuh melalui jalan darat. Satu-satunya jalur transportasi yang bisa ditempuh hanya lewat udara, yang tentu saja jauh lebih mahal lagi apabila dibandingkan dengan transportasi laut. Terkait masalah ini, disparitas yang terjadi bukan hanya bidang kesehatan, tetapi seluruh segi kehidupan dalam keseharian. Untuk perbandingan, harga air mineral botol kecil 600 ml di Jawa tidak sampai melebihi harga Rp 2.000,-, tetapi di Kabupaten Pegunungan Bintang, Provinsi Papua, harganya melangit menjadi Rp 15.000,-. Sebuah PR besar untuk republik ini.

c. **Religi**

Secara resmi pemerintah hanya mengakui 6 (enam) agama saja, yaitu: Islam, Kristen, Katolik, Hindu, Budha, dan Konghucu. Namun, kenyataan yang berlaku di masyarakat masih banyak religi-religi lain, yang bahkan sudah ada dan tumbuh sebelum agama-agama resmi tersebut hadir di Indonesia, termasuk juga sempalan sempalan dari agama-agama resmi, yang meski tidak diakui, tetapi eksis di masyarakat. Banyaknya jenis religi yang berkembang di masyarakat sangat berpengaruh secara nyata pada status kesehatan ibu dan anak. Hal ini sejalan dengan ritual dan/atau pantangan yang terkadang

bertentangan dengan nilai-nilai kesehatan modern yang telah teruji secara ilmiah.

d. Suku

Dengan bentangan geografis yang sangat luas, setidaknya Indonesia memiliki sekitar 300 kelompok etnis atau suku. Setiap etnis memiliki warisan budaya masing-masing yang berkembang selama berabad-abad. Kebudayaan dalam suku-suku ini dipengaruhi oleh kebudayaan India, Arab, Cina, Eropa, dan termasuk kebudayaan dalam Indonesia sendiri, yaitu Melayu. Dalam praktek keseharian, beragamnya suku bangsa ini berpengaruh pada pola pemberian makanan pada ibu hamil dan anak, pola pantangan pada ibu hamil dan menyusui, pola persalinan, dan juga pola perawatan ibu pasca persalinan, termasuk pola pencarian tenaga penolong persalinan.

e. Bahasa

Konsekuensi dari banyaknya suku bangsa adalah juga bahasa yang berbeda-beda pula. Bahkan dalam satu suku bisa juga terdiri dari bermacam jenis dan angkatan.

Suku Jawa, misalnya, meski tergolong dalam satu suku bangsa, tetapi memiliki varian yang kadang agak jauh berbeda satu sama lainnya, misalnya bahasa Jawa “Jawa Timur”, bahasa Arek, logat Banyuwasan, dan Bahasa Jawa Solo-Yogyakarta. Beragamnya bahasa ini menjadi tantangan tersendiri, terutama bagi tenaga perawat, bidan dan dokter yang demi pemerataan ketersediaan tenaga pelayanan kesehatan ibu dan anak, terkadang harus bertugas di luar wilayahnya, yang sering kali memiliki bahasa yang berbeda dengan bahasa asli si tenaga kesehatan. Hal ini tentu saja menjadi tantangan tersendiri untuk penyampaian informasi terkait kesehatan ibu dan anak.

f. Politik

Perkembangan terakhir otonomi daerah dengan segala euforia-nya di masing-masing kabupaten/kota menimbulkan banyak masalah tersendiri. Pemahaman aktor policy maker di level kabupaten/kota tentang bidang kesehatan yang terbatas pada “kuratif-rehabilitatif” membuat bidang ini stagnan dalam upaya pembangunannya. Pemahaman yang salah dan setengah setengah ini tidak hanya terjadi pada aktor eksekutif saja, tapi juga terjadi pada para legislator (DPR Daerah). Tidak berhenti pada tantangan tentang pola pemahaman yang salah, para aktor kebijakan di level lokal ini, bahkan beberapa di antaranya, menjadikan bidang kesehatan sebagai mesin uang, salah satu penghasil PAD (Pendapatan Asli Daerah). Rumah Sakit dan Puskesmas ditarget untuk menghasilkan pendapatan tersendiri. Dengan pola demikian, tentu saja pembangunan bidang kesehatan menjadi jalan di tempat, dan bahkan berjalan mundur.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, R. E., et al. (2017). *Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries*.
- Blas, E., & Kurup, A. S. (2015). *Equity, Social Determinants, and Public Health Programs*.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). *The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes*
- Gwatkin, D. R., et al. (2019). *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*.
- Marmot, M. (2020). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2016). *A Glossary for Health Inequalities*.
- Solar, O., & Irwin, A. (2018). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*.
- UNICEF. (2022). *The State of the World's Children*
- WHO. (2023). *Social Determinants of Health: Maternal and Child Health*.

BIODATA PENULIS



Wiwi Kustio Priliana lahir di Pemalang pada tanggal 13 April 1975. Menyelesaikan pendidikan DIV Keperawatan peminatan Keperawatan Maternitas di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Profesi Ners di Politehnik Kemenkes Surakarta Solo. Pendidikan S1 di Program Studi Pendidikan peminatan Bimbingan Konseling di Universitas PGRI Yogyakarta dan S2 di Fakultas Kedokteran, Program Study Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak Kesehatan Reproduksi di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan STIKES Notokusumo Yogyakarta dari tahun 1998 sampai sekarang.

BAB 3

Model Asuhan Keperawatan Berbasis Keluarga pada Ibu dan Anak

* Dr. Getruida Banon H Alow, SPd. MKes *

A. Pendahuluan

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat suatu negara. Periode kehamilan hingga usia anak balita merupakan masa-masa kritis yang sangat menentukan kualitas hidup manusia di masa mendatang. Selama periode ini, berbagai risiko kesehatan dapat muncul dan memengaruhi pertumbuhan serta perkembangan anak, juga berdampak pada kesejahteraan fisik dan mental ibu. Oleh karena itu, pendekatan keperawatan yang komprehensif dan berkelanjutan sangat diperlukan untuk memberikan perlindungan optimal terhadap ibu dan anak. Dalam konteks ini, asuhan keperawatan tidak hanya terfokus pada individu, tetapi perlu mengedepankan pendekatan yang lebih luas, yaitu berbasis keluarga.

Model asuhan keperawatan berbasis keluarga merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan peran serta aktif keluarga dalam setiap tahapan proses keperawatan. Pendekatan ini menempatkan keluarga bukan hanya sebagai objek pelayanan, tetapi juga sebagai mitra yang memiliki peran strategis dalam upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan anggota keluarganya, khususnya ibu dan anak. Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat memiliki pengaruh besar terhadap perilaku kesehatan, pengambilan keputusan dalam perawatan, serta dukungan emosional dan sosial yang sangat dibutuhkan oleh ibu dan anak dalam menghadapi

tantangan kesehatan. Melalui keterlibatan keluarga secara aktif, proses asuhan keperawatan dapat menjadi lebih efektif, berkesinambungan, dan kontekstual.

Dalam praktiknya, model ini melibatkan berbagai tahap mulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi yang dilakukan bersama keluarga, dengan memperhatikan nilai-nilai budaya, keyakinan, serta sistem dukungan yang ada di dalam rumah tangga. Asuhan keperawatan berbasis keluarga juga memperkuat komunikasi dua arah antara tenaga kesehatan dan keluarga, sehingga keputusan-keputusan medis maupun perawatan dapat diambil secara bijak dan partisipatif. Pemberdayaan keluarga menjadi salah satu aspek kunci dalam model ini, di mana keluarga didorong untuk memiliki kemampuan dan kepercayaan diri dalam mengelola kondisi kesehatan ibu dan anak secara mandiri, namun tetap dalam pendampingan profesional.

Lebih lanjut, penerapan model ini menjadi sangat relevan dalam konteks Indonesia yang memiliki keberagaman budaya, tingkat pendidikan yang bervariasi, serta tantangan geografis dan sosial ekonomi yang kompleks. Pendekatan keperawatan yang mempertimbangkan kondisi keluarga secara menyeluruh akan membantu meminimalkan risiko kegagalan intervensi kesehatan akibat ketidaksesuaian dengan konteks lokal. Oleh karena itu, pengembangan dan implementasi model asuhan keperawatan berbasis keluarga pada ibu dan anak bukan hanya menjadi strategi pelayanan kesehatan yang efektif, tetapi juga menjadi wujud dari pelayanan yang humanistik, inklusif, dan berkelanjutan.

B. Model Asuhan Keperawatan Berbasis Keluarga pada Ibu dan Anak

1. Pengertian Family-Centered Nursing

Family-Centered Nursing adalah pendekatan dalam praktik keperawatan yang menempatkan keluarga sebagai pusat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan. Model ini menekankan bahwa keluarga adalah unit utama dalam mendukung kesehatan

individu, khususnya ibu dan anak, serta memiliki peran yang sangat penting dalam proses penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan.

Pendekatan ini menghargai nilai, keyakinan, dan preferensi keluarga, serta melibatkan mereka sebagai mitra aktif dalam pengambilan keputusan terkait perawatan. Dalam konteks keperawatan maternal dan anak, pendekatan ini memungkinkan keluarga untuk memiliki pemahaman, kendali, dan keterlibatan dalam perawatan bayi, anak, atau ibu.

2. Prinsip-Prinsip Family-Centered Nursing

Model Family-Centered Nursing (FCN) dibangun atas dasar keyakinan bahwa peran keluarga sangat penting dalam proses penyembuhan dan perawatan pasien. Oleh karena itu, prinsip-prinsip yang mendasari model ini bertujuan untuk menciptakan kemitraan yang saling menghargai dan mendukung antara tenaga kesehatan dan keluarga. Berikut adalah uraian lengkap dari prinsip-prinsip utama dalam Family-Centered Nursing:

a. Penghormatan terhadap Nilai, Kepercayaan, dan Pilihan Keluarga

Dalam FCN, keluarga dianggap sebagai unit unik dengan nilai-nilai, kebiasaan, dan keyakinan yang tidak selalu sama antara satu dengan yang lain. Perawat perlu menunjukkan **respek yang mendalam** terhadap latar belakang budaya, agama, adat istiadat, serta struktur dan dinamika internal keluarga.

Contoh implementasi:

- 1) Memberi ruang bagi praktik keagamaan keluarga selama perawatan (misalnya doa bersama).
- 2) Mengakomodasi keputusan yang berbasis nilai budaya, seperti penggunaan jamu atau terapi tradisional, selama tidak mengganggu keselamatan pasien.
- 3) Menghindari asumsi atau generalisasi dalam memberikan edukasi atau intervensi.

Menghargai keberagaman ini menciptakan rasa aman dan kepercayaan dalam hubungan antara keluarga dan perawat, yang merupakan fondasi penting dalam asuhan berbasis keluarga.

b. Kolaborasi dan Kemitraan

Prinsip ini menekankan bahwa keluarga bukan hanya penerima informasi atau instruksi, melainkan mitra aktif dalam proses keperawatan. Perawat dan keluarga bekerja bersama-sama dalam setiap tahap: pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Kolaborasi berarti:

- 1) Mengajak keluarga berdiskusi sebelum membuat keputusan tentang perawatan.
- 2) Menghargai pendapat dan intuisi keluarga tentang kondisi pasien.
- 3) Menyesuaikan intervensi berdasarkan masukan atau kebutuhan keluarga.

Kemitraan ini mendorong sense of ownership dalam keluarga terhadap proses perawatan, sehingga mereka lebih berkomitmen dan terlibat secara aktif.

c. Pertukaran Informasi yang Lengkap, Jelas, dan Transparan

Komunikasi adalah komponen kunci dalam FCN. Perawat harus menyampaikan informasi tentang kondisi pasien, rencana perawatan, efek samping pengobatan, hingga kemungkinan komplikasi dengan cara yang:

- 1) Transparan (tidak menyembunyikan fakta)
- 2) Jelas (menghindari jargon medis yang membingungkan)
- 3) Tepat waktu (tidak menunda-nunda informasi penting)
- 4) Dapat dipahami oleh semua anggota keluarga, termasuk dengan menyesuaikan tingkat pendidikan dan literasi kesehatan mereka.

Keluarga yang mendapatkan informasi yang utuh akan lebih siap dalam mengambil keputusan dan mendukung pasien. Di sisi lain, perawat juga harus terbuka menerima informasi dari keluarga terkait riwayat, perubahan perilaku, atau respons pasien yang mungkin tidak terlihat di ruang klinik.

d. Pemberdayaan Keluarga (Empowerment)

Pemberdayaan adalah proses membantu keluarga agar mampu dan percaya diri dalam:

- 1) Mengelola kondisi kesehatan anggota keluarga
- 2) Mengambil keputusan yang tepat
- 3) Melaksanakan perawatan mandiri di rumah

Dalam praktiknya, perawat dapat:

- 1) Memberikan pelatihan atau demonstrasi (misalnya cara menyusui, membersihkan luka, memberi obat)
- 2) Memberikan materi edukatif (brosur, video, atau aplikasi kesehatan)
- 3) Mendorong keluarga untuk mengamati dan mengevaluasi perkembangan kondisi pasien

Pemberdayaan bukan berarti “menyerahkan tanggung jawab” pada keluarga, tapi memberikan mereka kapasitas dan kendali dalam merawat dengan dukungan dari tim kesehatan. Hal ini sangat penting untuk kesinambungan perawatan setelah pasien pulang dari fasilitas layanan.

e. Keterlibatan Keluarga secara Fleksibel dan Bermakna

Tidak semua keluarga memiliki kondisi atau kapasitas yang sama untuk terlibat dalam perawatan. Oleh karena itu, prinsip ini mengakui bahwa tingkat keterlibatan harus fleksibel dan tidak dipaksakan, melainkan disesuaikan dengan:

- 1) Ketersediaan waktu keluarga
- 2) Situasi emosional dan psikologis mereka
- 3) Tingkat kenyamanan dan kesiapan untuk terlibat

Perawat perlu menciptakan berbagai pilihan partisipasi, misalnya:

- 1) Mengizinkan keluarga berada di samping pasien selama prosedur (jika memungkinkan)
- 2) Memberikan peran sederhana seperti membantu menyuapi, mengganti pakaian, atau mencatat jadwal obat
- 3) Memberikan ruang bagi keluarga untuk tidak terlibat sementara waktu jika sedang menghadapi tekanan emosional

3. Tujuan Family-Centered Nursing

Model ini bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan melibatkan seluruh sistem pendukung pasien.
- b. Meningkatkan kepuasan keluarga terhadap layanan kesehatan.
- c. Memberikan perawatan yang lebih humanistik, efektif, dan sesuai konteks sosial budaya.
- d. Mendorong kemandirian keluarga dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan anggota keluarganya.
- e. Mempercepat proses penyembuhan melalui dukungan emosional dan fisik yang kuat dari keluarga.

4. Penerapan Model Family-Centered Nursing

a. Dalam Asuhan Keperawatan Ibu dan Anak

- 1) Selama Kehamilan dan Persalinan: Melibatkan suami/keluarga dalam kelas ibu hamil, kunjungan ANC, keputusan saat persalinan, serta pendampingan pasca-persalinan.
- 2) Pada Masa Nifas dan Neonatal: Edukasi keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, menyusui eksklusif, dan pentingnya keterlibatan keluarga dalam menjaga kesehatan ibu.
- 3) Dalam Perawatan Anak Sakit: Memberikan ruang bagi orang tua untuk berada

bersama anak di ruang rawat inap, memberikan edukasi tindakan keperawatan yang dilakukan, serta menghargai masukan orang tua dalam merawat anaknya.

- b. Dalam Setting Komunitas
 - 1) Kunjungan rumah (home visit): Perawat melibatkan seluruh anggota keluarga dalam pengkajian, identifikasi masalah, dan perencanaan intervensi.
 - 2) Pendidikan kesehatan berbasis keluarga: Menyasar semua anggota keluarga dalam kegiatan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi, gizi, perawatan anak, sanitasi, dan pencegahan penyakit.
5. Peran Perawat dalam Family-Centered Nursing
 - a. Sebagai pendidik:
Memberikan informasi yang benar dan mudah dipahami kepada keluarga.
 - b. Sebagai fasilitator:
Menyediakan lingkungan yang mendukung komunikasi terbuka dan keputusan bersama.
 - c. Sebagai pendukung (advokat keluarga):
Menyuarakan kepentingan keluarga kepada tim kesehatan dan memastikan kebutuhan mereka dipertimbangkan.
 - d. Sebagai penghubung dengan sumber daya lain:
Merujuk keluarga ke layanan sosial, konseling, atau sumber daya kesehatan lainnya bila diperlukan.
6. Kelebihan dan Tantangan Family-Centered Nursing
Kelebihan:
 - a. Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga
 - b. Meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan dan terapi
 - c. Menurunkan angka rawat ulang dan mempercepat kesembuhan
 - d. Memperkuat sistem dukungan pasien

Tantangan:

- a. Waktu dan sumber daya yang terbatas bagi tenaga keperawatan
- b. Kurangnya pelatihan perawat tentang pendekatan berbasis keluarga
- c. Perbedaan nilai dan budaya antara perawat dan keluarga
- d. Keluarga tidak selalu siap atau mau dilibatkan dalam perawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Ball, J. W., Bindler, R. C., & Cowen, K. J. (2019). *Principles of Pediatric Nursing: Caring for Children* (7th ed.). Pearson Education.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care in Primary Care and Other Ambulatory Settings: How to Get Started*. Retrieved from <https://www.ipfcc.org>
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (6th ed.). F. A. Davis Company.
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Miles, M. S., & Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: Pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, 21(3), 254–266. [https://doi.org/10.1016/S0146-0005\(97\)80066-6](https://doi.org/10.1016/S0146-0005(97)80066-6)
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier Health Sciences.
- World Health Organization. (2022). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>

BIODATA PENULIS



Dr. Getruida Banon H Alow, SPd. MKes, menyelesaikan studi Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Pajajaran Bandung, melanjutkan Program Sarjana di Institut Keguruan Ilmu Pendidikan, menyelesaikan Program Magister Manajemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Kesehatan Ibu & Anak/ Kesehatan Reproduksi UGM Yogyakarta, selanjutnya menyelesaikan Program S3 minat Manajemen Sumber Daya Manusia di Universitas Negeri Jakarta, saat ini sebagai Dosen Tetap di Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado

BAB 4

Perawatan Antenatal

Ns.Dormina.,S.Kep.,MKM

A. Pendahuluan

Perawatan Antenatal sering disebut dengan perawatan kehamilan. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, yaitu trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua dimulai dari usia kehamilan 4 bulan sampai 6 bulan dan trimester ketiga dimulai dari usia kehamilan 7 bulan hingga 9 bulan (Saifuddin, 2016)

Kehamilan adalah proses pemeliharaan janin dalam kandungan yang disebabkan pembuahan sel telur oleh sel sperma. Dalam proses kehamilan terdapat mata rantai yang saling berkesinambungan, terdiri dari mulai ovulasi pelepasan ovum, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi dan pertumbuhan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada rahim, pembentukan plasenta, tumbuh kembang hasil konsepsi sampai kehamilan matur atau aterm.

Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga. Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi cukup bulan melalui jalan lahir, namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Sulit diketahui sebelumnya bahwa kehamilan tersebut akan menjadi masalah atau beresiko. Oleh karena itu, pelayanan/asuhan antenatal merupakan cara penting untuk

memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal(Saifuddin, 2016).

Permenkes No. 43 Tahun 2016 menyatakan bahwa semua ibu hamil harus memiliki akses terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan yang terstandar. Fasilitas pelayanan antenatal yang sesuai adalah ibu hamil yang telah melakukan minimal 4 kali kunjungan dan tes, dengan tes pertama antara 0- 12 minggu (trimester 1), kedua trimester 2 12-24 minggu (trimester ke-2), dan kunjungan ibu hamil 2 kali berikutnya pada minggu ke-24 (trimester 3). Setelah adanya pembaharuan sesuai dengan Permenkes No.21 Tahun 2021 bahwa untuk pelayanan Antenatal Care ada penambahan yaitu K1-K6 pelayanannya yaitu Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum hamil, Pelayanan Kesehatan Masa Hamil, Pelayanan Kesehatan Bersalin, Pelayanan Kesehatan Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, Pelayanan Kesehatan Seksual.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), rasio kematian ibu global (MMR) adalah 303.000 pada tahun 2019. Rasio kematian ibu (AKI) ASEAN adalah 235 per 100.000 kelahiran hidup. Setiap hari, sekitar 810 ibu meninggal diseluruh dunia akibat kehamilan dan persalinan, dengan total 295.000 kematian ibu, dan 94.ri dari semua kematian ibu terjadi di negara berkembang dan negara berpenghasilan rendah. Tingginya angka kematian ibu di berbagai belahan dunia menunjukkan bahwa terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Hampir semua kematian ibu (94%) terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara, yaitu Indonesia, adalah 214 per 100.000 kelahiran hidup, menempati urutan ketiga di antara negara-negara anggota ASEAN (WHO et al. 2019).

B. Konsep Perawatan Antenatal

1. Pengertian Perawatan antenatal

Perawatan Antenatal merupakan pemeriksaan kehamilan untuk memonitor pertumbuhan kehamilan dan

perkembangan bayi dalam kandungan serta menemukan kelainan atau komplikasi secara dini sehingga dapat diatasi secepatnya. Perawatan Antenatal juga menjadi sarana informasi bagi ibu hamil untuk mendapatkan saran dan informasi tentang kehamilan dan persalinan sehingga ibu hamil menjadi lebih memahami tentang apa yang terjadi selama kehamilan dan persalinannya (Walyani, 2015). Pemeriksaan Perawatan Antenatal adalah pemeriksaan dan pengawasan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan memberikan ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Wagiyo dan Putrono, 2016).

Perawatan Antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu selama masa kehamilannya yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. Kunjungan ibu hamil ke pelayanan kesehatan dianjurkan yaitu 2 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan minimal 3 kali pada trimester III (Kemenkes, 2020).

2 Tujuan perawatan antenatal

Adalah untuk mengetahui secara dini resiko komplikasi yang mungkin dihadapi ibu selama kehamilan, mencegah komplikasi selama kehamilan, memantau kesehatan ibu dan janin, membantu dan mendorong proses adaptasi yang terjadi agar ibu dapat beradaptasi dengan perubahan fisik dan peran barunya, menentukan usia kehamilan dan memperkirakan persalinan, mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal.

Tujuan pemeriksaan kehamilan menurut Kemenkes (2018), adalah sebagai berikut:

- a. Memantau kemajuan proses kehamilan demi memastikan kesehatan pada ibu serta tumbuh kembang janin yang ada di dalamnya.
- b. Mengetahui apabila adanya komplikasi kehamilan yang mungkin saja terjadi saat kehamilan sejak dini,

termasuk adanya riwayat penyakit dan tindak pembedahan.

- c. Meningkatkan serta mempertahankan kesehatan ibu dan bayi.
- d. Mempersiapkan proses persalinan sehingga dapat melahirkan bayi dengan selamat serta meminimalkan trauma yang dimungkinkan terjadi pada masa persalinan.
- e. Menurunkan jumlah kematian dan angka kesakitan pada ibu.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran anak agar mengalami tumbuh kembang dengan normal.
- g. Mempersiapkan ibu untuk melewati masa nifas dengan baik serta dapat memberikan ASI Eksklusif pada bayinya

3. Manfaat Perawatan Antenatal

Manfaat perawatan antenatal ada tiga yaitu yang pertama sebagai promosi kesehatan selama kehamilan melalui sarana dan aktifitas pendidikan. Kedua untuk melakukan screening, identifikasi wanita dengan kehamilan resiko tinggi dan merujuk bila perlu, ketiga yaitu untuk memantau kesehatan selama hamil dengan usaha mendeteksi dan menangani masalah terjadi

4. Jadwal Pemeriksaan Antenatal

Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan mempengaruhi kesehatan ibu dan janinnya. Dalam memberikan pelayanan, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami dan melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu siap untuk menjalani persalinan normal. Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai resiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, menurut Kementerian Kesehatan RI (2021), pelayanan antenatal harus dilakukan minimal 6 kali sesuai standar,

diantaranya:

- a. 1 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu)
- b. 2 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 24 minggu)
- c. 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu).

5. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan

Standar asuhan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang diberikan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10T menurut Kementerian Kesehatan RI (2021), adalah sebagai berikut:

- a. Pengukuran tinggi dan berat badan

Pengukuran tinggi badan cukup dilakukan satu kali saat melakukan kunjungan. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm dapat meningkatkan untuk terjadinya Cephalopelvic Disproportion (CPD). Sedangkan penimbangan berat badan dilakukan setiap kali pada saat melakukan kunjungan ANC. Ini dilakukan untuk mengetahui faktor resiko dari kelebihan berat badan pada saat kehamilan dapat meningkatkan resiko komplikasi selama hamil dan saat persalinan seperti tekanan darah tinggi saat hamil (hipertensi gestasional), diabetes gestasional, bayi besar, dan kelahiran caesar adapun ibu hamil dengan berat badan kurang selama kehamilan dapat meningkatkan resiko bayi lahir prematur (kelahiran kurang dari 37 minggu) dan BBLR. Oleh karena itu, usahakan berat badan berada pada kisaran normal selama kehamilan. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin (Mandriwati, 2011)

Tabel 1. Berat Badan Ideal pada Masa Kehamilan

| Profil | Penambahan Berat Badan |
|--|------------------------|
| Berat Badan Normal (IMT : 18,5 – 25,0 kg) | 11,5 – 16,0 kg |
| Berat Badan Rendah (IMT : 17 – 18,4 Kg) | 12,5 – 18,0 kg |
| Berusia < 19 tahun | 12,5 – 18,0 kg |
| Kelebihan Berat Badan (IMT : 25,1 – 27,0 kg) | 7,0 – 11,5 kg |
| Obesitas (IMT : > 27,0 kg) | 6,8 kg |
| Hamil Gemelli | 16,0 – 20,5 kg |

Sumber: (Kemenkes 2018)

b. Pengukuran tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali melakukan kunjungan antenatal dengan batas normal 120/80 mmHg. Hal ini dilakukan apakah tekanan darah normal atau tidak, tekanan darah yang tinggi dapat menjadi risiko adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai oedema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria). Tekanan darah yang rendah juga dapat menyebabkan ibu mengalami pusing dan lemah (Mandriwati, 2011).

c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan sekali pada awal kunjungan ANC untuk mengetahui status gizi ibu hamil untuk skrining ibu hamil berisiko KEK. Kekurangan Energi Kronik (KEK) disini artinya ibu hamil mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama dimana LiLA kurang dari 23,5 cm.

Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (Mandriwati,2011).

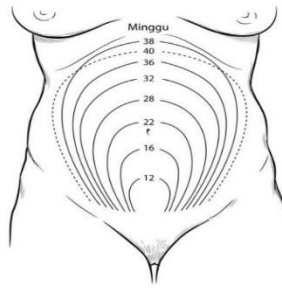
d. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus dilakukan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan atau tidak. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan usia kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran tinggi fundus pada saat usia kehamilan 22- 24 minggu dilakukan menggunakan pita ukur (Mandriwati, 2011

Tabel 2. Nilai Normal TFU Sesuai Usia Kehamilan

| Umur kehamilan | Tinggi Fundus Uteri |
|----------------|--|
| 12 minggu | 1 – 2 jari diatas <i>symphysis</i> |
| 16 minggu | Pertengahan antara <i>symphysis</i> – pusat |
| 20 minggu | 3 jari dibawah pusat |
| 24 minggu | Setinggi pusat |
| 28 minggu | 3 jari diatas pusat |
| 32 minggu | Pertengahan <i>proc. xymphoideus</i> – pusat |
| 36 minggu | 3 jari dibawah <i>proc. Xymphoideus</i> |
| 40 minggu | Pertengahan <i>proc. xymphoideus</i> – pusat |

Sumber : (Tyastuti, 2016)



Gambar 1. Tinggi Fundus Uteri
Sumber : www.alodokter.com

- e. Penentuan letak janin (presentasi janin) dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau penyulit lainnya. Sedangkan penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin. Pengukuran DJJ ini dilakukan menggunakan stetoskop monoaural atau *doppler* (Mandriwati, 2011).

- f. Penentuan skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil di skrining status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT

Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi (Mandriwati, 2011).

Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel berikut::

Tabel 3. Status Imunisasi TT

| Status TT | Interval Minimal Pemberian | Masa Perlindungan |
|-----------|----------------------------|--|
| TT1 | | Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus |
| TT2 | 1 bulan setelah TT1 | 3 tahun |
| TT3 | 6 bulan setelah TT2 | 5 tahun |
| TT4 | 1 tahun setelah TT3 | 10 tahun |
| TT5 | 1 tahun setelah TT4 | Lebih dari 25 tahun |

Sumber : (Kemenkes, 2019)

g. Pemberian tablet tambah darah (tablet Fe)

Zat besi adalah unsur pembentukan sel darah merah yang dibutuhkan oleh ibu hamil untuk mencegah terjadinya anemia atau kurang darah selama kehamilan. Ibu hamil dikatakan anemia apabila kadar hemoglobin kurang dari 11 mg/L. Anemia pada ibu hamil dihubungkan dengan meningkatnya kelahiran prematur, kematian ibu dan anak serta penyakit infeksi (Bundarini and Fitriahadi, 2019). Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat

besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kunjungan pertama (Mandriwati, 2011).

h. Tes laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal (Mandriwati, 2011).

Masih menurut Mandriwati (2011), pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

1) Tes golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Tes hemoglobin

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

3) Tes pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre- eklampsia pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga.

5) Pemeriksaan darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7) Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.

Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara

inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Teknik penawaran ini disebut *Provider Initiated Testing and Counselling* (PITC) atau Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling (TIPK).

8) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

i. Tatalaksana

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Standar tata laksana kasus juga dapat dimaksudkan untuk memberikan penatalaksanaan secara khusus masalah diluar kehamilan yang dialami ibu berkaitan dengan penyakit lain. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan (Bundarini and Fitriahadi, 2019).

j. Temu Wicara

Temu wicara dilakukan pada saat pemeriksaan kehamilan sesuai dengan permasalahan yang ditemukan menggunakan media yang ada diantaranya adalah dengan menggunakan buku KIA (Bundarini and Fitriahadi, 2019). Saat melakukan temu wicara, ibu hamil seringkali bertanya mengenai pencegahan komplikasi kehamilan, masalah kesehatan bahkan mengenai perencanaan persalinan yang diinginkan oleh ibu hamil agar tetap merasa nyaman. Layanan temu wicara ini juga diperlukan untuk menyepakati rencana-rencana kelahiran, rujukan bila diperlukan, bimbingan pengasuhan bayi saat sudah terlahir dan pemakaian KB paska

persalinan (Prasetyo, 2022).

Masih menurut Prasetyo (2022), temu wicara (konseling) yang dilakukan pada setiap kunjungan antenatal meliputi:

- 1) Kesehatan ibu
Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.
- 2) Perilaku hidup bersih dan sehat
Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olahraga ringan.
- 3) Peran suami serta keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.
- 4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga

kesehatan.

- 5) Asupan gizi seimbang
Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.
- 6) Gejala penyakit menular dan tidak menular
Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.
- 7) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan Konseling di daerah Epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah *epidemic* rendah
Setiap ibu hamil ditawarkan untuk dilakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai resiko penularan HIV dari ibu ke janinnya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Bagi ibu hamil yang negatif diberikan penjelasan untuk menjaga tetap HIV negatif diberikan penjelasan untuk menjaga HIV negatif selama hamil, menyusui dan seterusnya.
- 8) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif
Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

- 9) KB paska persalinan Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga.
- 10) Imunisasi
Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi (T) yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi T2 agar terlindungi terhadap infeksi tetanus.
- 11) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*brain booster*)
Untuk dapat meningkatkan intelegensi bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*brain booster*) secara bersamaan pada periode kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman Asuhan Keperawatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Saifuddin, Abdul Bari. (2016). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- https://www.google.co.id/books/edition/Buku_saku_ANTE_NATAL_CARE_Dengan_Pendeka/C6w8EQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=BUKU+ANTENATAL+CARE&pg=PA109&printsec=frontcover

BIODATA PENULIS



Ns.Dormina,S.Kep.,MKM.,Lahir di Sunggal tanggal 1 januari 1966. D3 Keperawatan lulus Tahun 1987 di Universitas Darma Agung Medan. Tahun 1988-1989 Bekerja di rs Herna Medan di Ruang pelayanan kesehatan, tahun 1990-1999 Bekerja Di Rs.Dr Bratanata di Jambi. Tahun1999 Pendidikan S1 dan Ners di Universitas Padjajaran Bandung, Tahun 2009 Pendidikan pasca Sarjana Di Universitas Muhammadiyah Jakarta Penulis saat ini aktif di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Garuda Putih Jambi

BAB 5

Peran Perawat dalam Pencegahan Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi

Ellen Pesak S.Kep,Ners,M.Kes

A. Pendahuluan

Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (Primary Health Care) dan peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi merupakan arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan 43 tahun 2019 tentang puskesmas menyebutkan bahwa Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil menjadi berisiko tinggi mengalami komplikasi selama kehamilan dan persalinan antara lain adalah ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, empat terlalu (terlalu muda < 20 tahun, terlalu tua >35 tahun, terlalu dekat jaraknya, terlalu banyak anaknya) dan anemia yaitu kadar hemoglobin

Perawat merupakan tenaga terbesar di puskesmas, mempunyai peran yang penting terutama dalam perawatan kesehatan masyarakat. Peran perawat tersebut dapat dilaksanakan antara lain sebagai pendidik/edukator dan konselor. Untuk melaksanakan peran tersebut dengan baik, perawat harus memiliki persepsi yang baik tentang perannya

terhadap kesehatan masyarakat dan kemampuan perawat menjalankan peran dan fungsinya secara bertanggungjawab. Peran perawat tersebut dapat dilakukan melalui koordinasi pelayanan kesehatan dalam bentuk program kerja dengan pihak-pihak terkait. Hal tersebut memberikan dampak positif terhadap kesehatan masyarakat (Andini et al., 2018);(Wahyudi, 2020).

B. Konsep Peran Perawat dalam Pencegahan Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi

1. Jenis Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi

a. Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi berdasarkan Riwayat Kehamilan yang lalu

Kehamilan multigravida yakni kehamilan atau ibu hamil yang sudah pernah hamil lebih dari 3-5 kali. Sehingga dikategorikan dengan kehamilan resiko tinggi apabila melanjutkan program hamil selanjutnya dan ditambah dengan faktor lain. Sedangkan kehamilan primigravida yakni ibu hamil yang baru pertama kali hamil atau kehamilan kedua yang kemungkinan kecil juga dapat mengalami kehamilan resiko tinggi jika ada faktor pemicu lain seperti umur atau dari faktor menurut skor Poedji Rochdjati. Dari hasil penelitian yang dilakukan (Rovica, 2019) didapatkan sebagian besar dari populasi 620 yang memiliki resiko tinggi kehamilan sejumlah 472 responden (76,1%) ibu hamil dengan multigravida. Salah satu faktor terjadinya multigravida yaitu ditandai dengan ibu hamil yang sudah beberapa kali hamil atau hamil sudah lebih dari 3 sampai 4 kali melahirkan, hal ini dapat mempengaruhi proses terjadinya kehamilan resiko tinggi pada ibu hamil, dampak dari sering melahirkan yaitu kesehatan terganggu misalnya anemia dan kekurangan gizi, menurunnya system reproduksi pada ibu hamil. Sehingga dikategorikan dengan kehamilan resiko tinggi apabila melanjutkan program hamil selanjutnya dan di

tambah dengan faktor lain seperti umur dan faktor penyakit pada ibu.

- b. Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi berdasarkan Kejadian Penyakit Penyerta

Gangguan hipertensi dalam kehamilan ditunjukkan dengan kenaikan tekanan darah sistolik >140 mmHg dan tekanan darah diastolik >90 mmHg yang dilihat dari dua kali pengukuran dengan jeda enam jam ada masa kehamilan (George, 2014).

Wanita dengan riwayat preeklampsia pada kehamilan pertamanya memiliki risiko 5 sampai 8 kali untuk mengalami preeklampsia lagi pada kehamilan keduanya. Sebaliknya, wanita dengan preeklampsia keduanya, maka bila ditelusuri ke belakang ia memiliki 7 kali risiko lebih besar untuk memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan pertamanya bila dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami preeklampsia di kehamilan yang kedua (Cunningham, 2013). Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Nurlita.A, 2015) bahwa ibu hamil dengan preeklampsia ringan merupakan salah satu faktor risiko ibu hamil risiko tinggi. Preeklamsi diketahui dengan timbulnya hipertensi, proteinuri, dan atau edema pada seorang gravida yang tadinya normal. Penyakit ini timbul sesudah minggu ke- 20 dan paling sering terjadi pada primigravida yang muda. Jika tidak diobati atau tidak teputus oleh persalinan, dapat menjadi eklamsi. Preeklamsi adalah penyakit primigravida dan jika timbul pada seorang multigravida, biasanya ada faktor predisposisi seperti hipertensi, diabetes atau kehamilan ganda. Bahaya preeklampsia dapat menyebabkan fetal distress, tekanan darah tinggi yang lebih tinggi, syok, perdarahan postpartum, odema pada tubuh bagian bawah. Diabetes Mellitus dalam kehamilan adalah suatu gangguan toleransi glukosa terganggu yang diketahui pertama kali pada saat kehamilan.

c. Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi berdasarkan Usia Berisiko

Umur yang baik bagi ibu untuk hamil adalah 20 - 35 tahun. Kehamilan di bawah umur 20 tahun atau lebih 30 tahun merupakan kehamilan yang berisiko tinggi. Kehamilan pada usia muda merupakan faktor risiko karena pada umur < 20 tahun masih kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan dan persalinan, masih kurangnya kesiapan dan kematangan anatomi ibu. Kemudian pada ibu yang melahirkan pada usia > 35 tahun, juga berisiko karena pada usia tersebut produktifitasnya sudah menurun. Ibu hamil dengan usia >35 tahun, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan, organ kandungan menua, dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Ibu hamil dengan usia >35 tahun menambah kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet, perdarahan, tekanan darah tinggi preeclampsia, ketuban pecah dini. Selain itu (Sulistiyanti, 2015) berdasarkan hasil penelitiannya Kehamilan risiko tinggi ibu hamil yang mempunyai risiko atau bahaya yang lebih besar pada kehamilan atau persalinan dibandingkan dengan kehamilan atau persalinan normal, dimana jiwa dan keselamatan ibu serta bayinya dapat terancam, namun akan menjadi tidak berisiko jika terdeteksi dan ditangani sedini mungkin. Dampak kehamilan risiko tinggi akibat dari kehamilan risiko tinggi yang di alami oleh ibu hamil jika tidak segera ditanggulangi, akan mengalami perdarahan, anak lahir dengan berat badan rendah.

d. Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi berdasarkan Paritas Berisiko

Paritas adalah jumlah kelahiran hidup/mati yang pernah dialami oleh ibu. Yang digolongkan anak 1 adalah primipara, lebih dari 2 disebut multipara dan lebih dari 4

disebut *grande multipara*, dimana pada keadaan ini sering ditemui perdarahan setelah persalinan akibat dari kemunduran daya lentur atau tidak elastis jaringan karena telah hamil dan melahirkan berulang kali. Paritas 2-3 merupakan paritas yang aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Berdasarkan penelitian (Dien, 2015) Sebagian besar dari responden (96,4%) hamil dengan kategori paritas berisiko. Salah satu faktor kejadian kehamilan risiko tinggi responden adalah adanya responden yang hamil dengan paritas > 3 yang dikarenakan fungsi uterusnya sudah berkurang seiring dengan menuanya organ-organ pada ibu bersalin. Dampak kehamilan risiko tinggi akibat dari paritas < 3 dan > 3 yang dialami oleh ibu hamil jika tidak segera ditanggulangi, akan mengalami perdarahan, anak lahir dengan berat badan rendah dan tidak sedikit berakhir dengan persalinan dengan operasi Caesar. *Grande multi* merupakan paritas yang berisiko. *Grande multi* adalah ibu yang pernah hamil atau melahirkan anak 4 kali atau lebih, karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan atau kesehatan terganggu misalnya, anemia, kurang gizi, kekendoran pada dinding perut, kekendoran dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini antara lain: kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan Rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama, perdarahan postpartum.

2. Bahaya kehamilan Risiko Tinggi
 - a. Dampak Kehamilan Berisiko bagi ibu
 - 1) Keguguran (abortus)

Keguguran merupakan penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup. Keguguran dini terjadi sebelum usia kehamilan 12 minggu dan keguguran tahap lanjut terjadi antara usia kehamilan 12 minggu-20 minggu.

2) Partus Macet

Partus macet merupakan pola persalinan yang abnormal dimana terjadi fase laten dan fase aktif memanjang/melambat bahkan berhenti ditandai dengan berhentinya dilatasi serviks atau penurunan janin secara total atau keduanya.

3) Perdarahan ante partum dan post partum

Perdarahan antepartum merupakan perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Perdarahan postpartum merupakan perdarahan lebih dari 500-6000 ml dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya perdarahan postpartum dibedakan menjadi dua, yaitu: Perdarahan postpartum primer (early postpartum hemorrhage) terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) terjadi setelah 24 jam kelahiran, antara hari ke 5 sampai hari ke 25 postpartum.

4) Intra Uterine Fetal Death (IUFD)

Intra Uterine Fetal Death (IUFD) merupakan kematian janin dalam rahim sebelum terjadi proses persalinan, usia kehamilan 28 minggu keatas atau berat janin 1000 gram dapat juga mengakibatkan kelahiran mati. Ibu yang mengalami kehamilan berisiko menyebabkan meningkatnya faktor risiko terjadinya Intra Uterine Fetal Death (IUFD). Bila janin dalam kandungan tidak segera dikeluarkan selama lebih dari 4 minggu dapat menyebabkan terjadinya kelainan darah (hipofibrinogemia) yang lebih besar.

5) Keracunan dalam kehamilan (Pre eklamsia) & kejang (Eklamsia)

Preeklamsia adalah keracunan pada kehamilan yang biasanya terjadi pada trimester ketiga kehamilan atau bisa juga muncul pada trimester kedua. Preeklamsia

serta gangguan tekanan darah lainnya merupakan kasus yang menimpa setidaknya lima hingga delapan persen dari seluruh kehamilan. Dua penyakit ini pun tercatat sebagai penyebab utama kematian serta penyakit pada bayi dan ibu hamil di seluruh dunia. Dan di Indonesia 3 kematian ibu terbesar salah satunya disebabkan oleh preeklamsia/eklamsia.

b. Dampak Kehamilan Berisiko bagi Janin

1) Bayi lahir belum cukup bulan

Bayi lahir belum cukup bulan dapat disebut bayi preterm maupun bayi prematur. Bayi Preterm merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu, tanpa memperhatikan berat badan lahir. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor maternal seperti toksemia, hipertensi, malnutrisi maupun penyakit penyerta lainnya.

2) Bayi lahir dengan Bayi berat lahir rendah (BBLR)

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir. Penyebab paling besar lahirnya bayi Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah masalah selama kehamilan pada ibu, dapat berupa penyakit penyerta pada ibu, kurang nutrisi, maupun usia ibu.

3) Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu dan bayi. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dan persiapan persalinan. Anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali dengan 1 kali pada

trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga.

3. Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

Pencegahan terjadinya kehamilan risiko tinggi menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Penyuluhan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk kehamilan dan persalinan aman tenang

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, dipolindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke rumah sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di rumah sakit dengan alat lengkap dan di bawah pengawasan dokter spesialis.

b. Pengawasan antenatal

Memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah – langkah dalam pertolongan persalinannya, seperti:

- 1) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
- 2) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan, dan kala nifas.
- 3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.

- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.
- c. Pendidikan Kesehatan
- Pendidikan Kesehatan yang dapat diberikan kepada ibu, yaitu sebagai berikut:
- 1) Diet dan pengawasan berat badan.
Kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, partus rematur, abortus, dan lain – lain, sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan preeklamsia, bayi terlalu besar, dan lain – lain.
 - 2) Manuaba dalam Widatiningsih dan Dewi (2017) pada saat hamil, bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati – hati.
 - 3) Kebersihan dan pakaian.
Kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil, pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai bra yang menyokong payudara, dan pakaian dalam selalu bersih.
 - 4) Perawatan gigi.
Wanita hamil pada trimester I mengalami mual dan muntah (morning sickness). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, ginggivitis, dan sebagainya.
 - 5) Perawatan payudara.
Perawatan payudara ini bertujuan memelihara hygiene payudara, melenturkan/menguatkan putting susu, dan mengeluarkan putting susu yang datar atau masuk ke dalam.

- 6) Imunisasi Tetanus Toksoid (TT).
Imunisasi untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum.
 - 7) Wanita pekerja.
Wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Melakukan istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang – undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin.
 - 8) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik.
Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental.
 - 9) Obat – obatan.
Pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin.
4. Peran Perawat terhadap Komplikasi Kehamilan Berisiko Tinggi
- a. Pemeriksaan dan Pemantauan: Perawat membantu dalam memantau kondisi kesehatan ibu dan janin secara rutin untuk mendeteksi komplikasi sejak dini.
Standar pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10T yaitu :
 - 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
 - 2) Ukur tekanan darah
 - 3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)
 - 4) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
 - 5) Tentukan presentasi janin dan denyut janin (DJJ)

- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan.
 - 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
 - 8) Tes laboratorium, tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi) yang pemberian pelayanan disesuaikan dengan trimester kehamilan.
 - 9) Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan.
 - 10) Temu wicara (konseling) (Permenkes, 2016).
- b. Edukasi: Memberikan informasi kepada ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan, perawatan prenatal, dan persiapan persalinan.
- Edukasi dalam mendukung ibu hamil dengan risiko tinggi berarti memberikan informasi, pengetahuan, dan keterampilan yang dibutuhkan untuk membantu mereka memahami kondisi kesehatan mereka, mengelola risiko, dan mengambil keputusan yang tepat selama kehamilan. Edukasi ini bertujuan untuk:
- 1) Meningkatkan Kesadaran: Membantu ibu hamil mengenali tanda-tanda bahaya, komplikasi, atau gejala yang membutuhkan perhatian medis segera.
 - 2) Memberdayakan Ibu: Memberikan informasi yang memungkinkan ibu merasa lebih percaya diri dalam merawat dirinya dan janinnya.
 - 3) Mendorong Kepatuhan: Mengedukasi ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan prenatal, pengobatan, dan gaya hidup sehat untuk mengurangi risiko komplikasi.
 - 4) Mengurangi Kecemasan: Dengan pemahaman yang lebih baik, ibu hamil dapat merasa lebih tenang dan siap menghadapi tantangan kehamilan.

c. Pendampingan Psikologis: Mendukung kesehatan mental ibu hamil dengan memberikan konseling dan mengurangi kecemasan terkait kehamilan.

1) Pendampingan psikologis adalah aspek penting dalam perawatan ibu hamil, terutama bagi mereka yang berada dalam kategori risiko tinggi. Dalam konteks ini, pendampingan bertujuan untuk:

2) Mendukung Kesehatan Mental: Membantu ibu hamil mengelola stres, kecemasan, dan ketakutan terkait kondisi kehamilan mereka, sehingga mereka merasa lebih tenang dan percaya diri.

3) Pemberian Konseling: Menyediakan sesi konseling individu atau kelompok yang memungkinkan ibu hamil untuk berbagi perasaan, mendapatkan pemahaman, dan belajar teknik untuk menghadapi tekanan psikologis.

4) Meningkatkan Hubungan Sosial: Memberikan ruang untuk ibu hamil agar mereka dapat terhubung dengan dukungan sosial, seperti keluarga, teman, atau komunitas sesama ibu hamil, yang juga berperan dalam kesejahteraan emosional.

5) Memantau Kondisi Psikologis: Perawat atau tenaga kesehatan lainnya membantu mendeteksi masalah kesehatan mental yang memerlukan intervensi lebih lanjut, seperti depresi atau kecemasan berat.

d. Koordinasi Layanan Kesehatan: Berkolaborasi dengan dokter dan tenaga medis lainnya untuk memastikan ibu mendapatkan perawatan yang sesuai.

Koordinasi layanan kesehatan adalah langkah kunci dalam memastikan ibu hamil berisiko tinggi mendapatkan perawatan yang optimal. Peran ini mencakup:

1) Kolaborasi dengan Dokter dan Spesialis: Perawat bekerja sama dengan dokter kandungan, ahli gizi, psikolog, atau spesialis lainnya untuk merancang dan melaksanakan rencana perawatan yang komprehensif.

- 2) Komunikasi Efektif: Perawat bertindak sebagai penghubung antara ibu hamil dan tim medis, memastikan semua informasi penting disampaikan dengan jelas dan tepat waktu.
 - 3) Rujukan yang Tepat: Jika diperlukan, perawat membantu merujuk ibu hamil ke fasilitas kesehatan atau spesialis yang sesuai untuk penanganan lebih lanjut.
 - 4) Koordinasi Penjadwalan: Membantu ibu hamil dalam mengatur jadwal pemeriksaan dan perawatan agar sesuai dengan kebutuhan medis mereka.
 - 5) Pemantauan Berkelanjutan: Memastikan bahwa ibu hamil mengikuti semua rekomendasi medis dan memberikan dukungan tambahan jika ada hambatan.
 - 6) Pencegahan Komplikasi: Membantu dalam pencegahan komplikasi seperti preeklamsia atau perdarahan dengan memberikan perawatan yang tepat.
- e. Pencegahan Komplikasi: Membantu dalam pencegahan komplikasi seperti preeklamsia atau perdarahan dengan memberikan perawatan yang tepat.
- 1) Pencegahan komplikasi merupakan langkah krusial dalam menjaga kesehatan ibu hamil, terutama yang berada dalam risiko tinggi. Berikut adalah upaya yang dilakukan untuk mencegah kondisi seperti preeklamsia atau perdarahan:
 - 2) Pemeriksaan Rutin: Pemantauan tekanan darah, kadar protein dalam urin, dan kondisi kesehatan lainnya untuk mendeteksi tanda-tanda awal komplikasi.
 - 3) Pemberian Obat: Jika diperlukan, obat-obatan seperti aspirin dosis rendah dapat direkomendasikan untuk mengurangi risiko preeklamsia.
 - 4) Edukasi Gaya Hidup Sehat: Mengedukasi ibu hamil tentang pola makan bergizi, olahraga ringan, dan istirahat yang cukup untuk mendukung kesehatan mereka.

- 5) Penanganan Kondisi Penyerta: Mengelola kondisi seperti diabetes, hipertensi, atau anemia untuk mengurangi risiko komplikasi.
- 6) Pendampingan Intensif: Perawat memberikan dukungan emosional dan fisik untuk memastikan ibu hamil merasa nyaman dan terinformasi dengan baik.
- 7) Siaga Darurat: Tenaga medis siap menangani situasi darurat seperti perdarahan berat dengan tindakan cepat, termasuk transfusi darah jika diperlukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC. Jakarta : Trans Info Media ; 2017.
- Chapman, V dan Charles, C. Persalinan & Kelahiran : Asuhan Kebidanan. Edisi 2. Jakarta : EGC ; 2013.
- Purwoastuti dan Walyani. Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial untuk Kebidanan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press ; 2015.
- Putriana, Y dan Yenie, H. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Pre-eklampsia pada sebuah Rumah Sakit di Provinsi Lampung. Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik. April 2019 ; Volume 15, No.1.
- Padila. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Yogyakarta : Nuha Medika ; 2014.
- Kuswanti, I. Asuhan Kehamilan. Yogyakarta : Pustaka Pelajar ; 2014.
- Manuaba. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. Jakarta : EGC ; 2010.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat : 2010
- Wiknjosastro, H. Ilmu kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka ; 2015
- Nursalam. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika ; 2011.
- Sastroasmoro, S. Dasar-Dasar Metodologi Klinis. Edisi ke-4. Jakarta : CV. Sagung Seto ; 2011.
- Notoatmodjo, S. Metodologi Penelitian Kesehatan. 3rd ed. Jakarta: Rineka Cipta ; 2018.

BIODATA PENULIS



Ellen Pesak, S.Kep., Ners., M.Kes, Lahir di Lembean, 15 April 1970 (Manado). Penulis menempuh Pendidikan Keperawatan mulai dari SPK Dep.Kes Manado lulus tahun 1988, kemudian Akper Keguruan Dep.Kes Tidung Ujung Pandang dan lulus tahun 1998, penulis menekuni Ilmu keperawatan di PSIK FK UNPAD Bandung lulus tahun 2003, dan melanjutkan ke Program Profesi Ners UNPAD Bandung lulus tahun 2005, kemudian melanjutkan ke Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat minat Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) lulus tahun 2012, Pada tahun 1989 sd 1991 bekerja sebagai perawat pelaksana di RS Gunung Wenang Manado, kemudian Pekerjaan saat ini adalah dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2006 sampai dengan sekarang dengan. Pengalaman organisasi sebagai anggota di PPNI, Penulis aktif dalam melakukan tri darma perguruan tinggi yaitu penelitian, pengajaran dan pengabdian masyarakat.

BAB 6

Manajemen Nyeri dalam Persalinan

Nurlama Siregar S.Kep,Ns,M.Kes

A. Pendahuluan

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Brunner, Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010). Nyeri merupakan alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan (Hamlin & Robertson, 2017). Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun.

Nyeri persalinan adalah perasaan tidak nyaman yang terjadi selama proses persalinan. Nyeri ini merupakan hal yang fisiologis. Penyebab nyeri persalinan Kontraksi otot rahim, Regangan otot dasar panggul, Tekanan bayi, Pergeseran tulang panggul, Kondisi psikologi. Faktor yang memengaruhi intensitas nyeri Kekuatan kontraksi, Ukuran dan posisi bayi di dalam rahim, Durasi persalinan

B. Konsep nyeri persalinan

1. Definisi nyeri persalinan

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. berdasarkan definisinya nyeri dibagi menjadi 2 jenis yaitu nyeri akut dan kronis. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh

kerusakan jaringan yang ada atau yang akan terjadi. (Aydede, 2017 dalam Purwoto 2023).

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP), nyeri adalah fenomena rumit yang tidak hanya mencakup respons fisik atau mental, tetapi juga emosi emosional individu. Penderitaan seseorang atau individu dapat menjadi penyebab utama untuk mencari perawatan medis, dan juga dapat menjadi alasan individu untuk mencari bantuan medis. Kenyamanan individu diperlukan, dan itu harus menyenangkan. Sakit merupakan kebutuhan penderitanya. (Purwoto 2023).

Nyeri merupakan bagian dari pelayanan penting yang dilakukan oleh kebidanan modern saat proses melahirkan. Ketika kontraksi sebenarnya dimulai, intensitas, frekuensi dan keteraturannya meningkat. Berjalannya proses persalinan, rasa nyeri yang dirasakan terus meningkat. Meskipun nyeri dan rasa tidak nyaman merupakan pengalaman alamiah saat proses kelahiran, namun karakteristik nyeri yang bergantung pada tiap individu, memerlukan penilaian dan tindakan sesuai dengan kebutuhan.

Secara konvensional, nyeri persalinan didefinisikan sama dengan nyeri akut. Namun, tidak seperti nyeri akut lainnya, yang biasanya dapat dikaitkan dengan proses patologis, nyeri persalinan tidak menandakan adanya bahaya atau patologi dan dianggap sebagai bagian normal dari persalinan. Proses fisiologis yang diduga menyebabkan nyeri saat persalinan antara lain kontraksi rahim yang melebarkan leher rahim pada tahap pertama kelahiran dan peregangan vagina serta dasar panggul saat bayi turun saat tahap kedua

2. Penyebab nyeri persalinan

Persalinan memang disertai rasa nyeri akibat adanya aktivitas besar di dalam tubuh untuk mengeluarkan bayi. Kenali lebih jauh tentang penyebab nyeri persalinan, peregangan dan pelebaran mulut rahim. Persalinan diartikan

sebagai peregangan dan pelebaran mulut rahim, yang terjadi ketika otot-otot rahim berkontraksi mendorong bayi keluar. Otot-otot rahim menegang selama kontraksi. Bersamaan dengan setiap kontraksi, kandung kemih, rectum, tulang belakang dan tulang pubik menerima tekanan kuat dari rahim. Berat kepala bayi ketika bergerak turun ke saluran rahim juga menyebabkan tekanan. Semua itu terasa menyakitkan bagi ibu. Secara medis, sakit kontraksi dikategorikan bersifat tumpul atau visceral dull and aching:

- a. Umumnya, rasa sakit dimulai dari bagian bawah punggung, kemudian menyebar ke bagian bawah perut, mungkin juga kaki.
- b. Rasa sakit dimulai seperti sedikit tertusuk, mencapai puncak, kemudian hilang. Sebagian ibu merasakannya sebagai kram haid yang parah atau seperti gangguan saluran pencernaan atau diare.

Secara medis, sakit kontraksi dikategorikan bersifat tajam dan panas atau somatic-sharp and burning. Rasa sakit terjadi saat kepala bayi muncul di vagina. Jaringan antara vagina dengan anus (perineum) terentang kencang akibat kepala bayi mendorongnya terbuka. Ibu merasakan sakit akibat perobekan jaringan. Sebagian ibu merasa bagian bawahnya akan "meledak," ada juga yang merasa seperti akan BAB setelah sembelit satu bulan.

3. Faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan

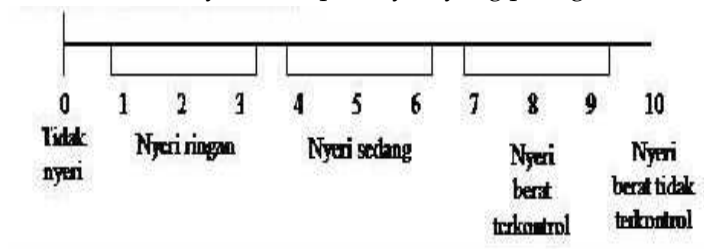
- a. Faktor fisiologi nyeri
 - 1) Pembukaan dan penipisan serviks
 - 2) Segmen bawah rahim tegang
 - 3) Ligamen uterus meregang
 - 4) Peritoniun tertarik
 - 5) Kandung kemih tertekan
 - 6) Hipoksia
 - 7) Vagina tertekan
 - 8) Multi/primipara
- b. Faktor Psikologis
 - 1) Ketakutan
 - 2) Panik

- 3) Harga diri rendah
 - 4) Marah pada bayi
 - 5) Takut hamil gangguan aktifitas seksual
- c. Faktor persepsi dan toleransi terhadap nyeri
- 1) Intensitas persalinan
 - 2) Kematangan serviks
 - 3) Posisi janin
 - 4) Karakteristik panggul
 - 5) Kelelahan

4. Pengukuran nyeri persalinan

Ada beberapa cara pengkajian nyeri

- a. Skala Pendeskripsi Verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS) Verbal Descriptor Scale (VDS) adalah alat untuk mengukur nyeri secara lebih objektif. Skala disajikan berbentuk garis yang terdiri dari sejumlah kalimat deskripsi yang ditempatkan secara merata di sepanjang garis tersebut. Kalimat deskripsi diurutkan mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang paling hebat”.



Gambar 1. Skala Nyeri Verbal Descriptor Scale

- b. Wong Baker Pain Rating Scale

Skala Nyeri Wong Baker Faces Rating Scale : Skala ini mencakup enam wajah kartun mulai dari wajah tersenyum (“tidak nyeri sama sekali”) hingga meningkatnya wajah yang tidak bahagia/gembira, hingga wajah yang sangat sedih dan menangis (“nyeri sangat hebat”).



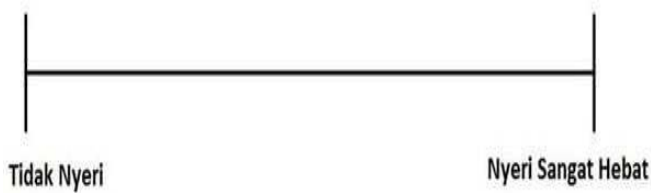
Gambar 2. Skala Nyeri Wong Baker Pain Rating Scale

Pendeskripsian Faces Rating Scale yaitu:

- 1) Nilai 0: nyeri tidak dirasakan oleh anak
- 2) Nilai 1: nyeri diraisaikain sedikit saijai
- 3) Nilai 2: nyeri aigaik diraisaikain oleh ainaik
- 4) Nilai 3: nyeri yaing diraisaikain ainaik lebih bainyaik
- 5) Nilai 4: nyeri yaing diraisaikain ainaik secairai keseluruhan
- 6) Nilai 5: nyeri sekaili dain ainaik menjaidi menaingis (Kemenkes RI, 2022)

c. Skala Analog Visual (*Visual Analog Scale-VAS*)

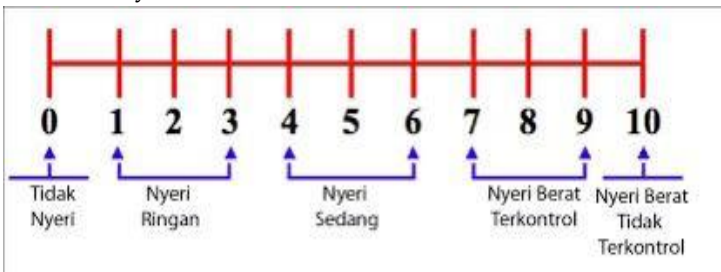
Skala analog visual (Visual analog scale, VAS) merupakan garis lurus yang menyatakan intensitas nyeri yang terus menerus dan pada setiap ujungnya merupakan gambaran verbal. Visual Analog Scale (VAS) mengukur intensitas nyeri pada garis sepanjang 10 cm. Biasanya berbentuk horizontal, tetapi dapat berupa vertikal. Garis ini digerakkan oleh gambaran intensitas nyeri, misalnya: “tidak nyeri”, sampai “nyeri sangat hebat”. skala vertical ataupun horizontal merupakanukuran yang sama-sama valid, namun VAS yang vertical lebih sensitif memberikan score yang lebih tinggi dan lebih mudah digunakan di bandingkan skala horizontal. VAS ini dapat digunakan untuk anak yang dapat memahami perbedaan dan menunjukkan derajat nyeri yang di rasakannya.



Gambar 3. Skala Nyeri Visual Analog Scale

5. Skala Penilaian Numerik (*Numerik Rating Scale/NRS*)

Numerical rating scales merupakan skala yang digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Pasien menilai nyeri dengan skala 0-10. Angka 0 mempunyai arti tidak nyeri sedangkan angka 10 mempunyai arti nyeri paling berat. *Numerical Rating Scale* (NRS) hampir sama dengan Visual Analog Scale, tetapi memiliki angka-angka di sepanjang garisnya. Angka 0-10 atau 0-100 dan pasien diminta untuk menunjukkan seberapa besar rasa nyeri yang dirasakannya.



Gambar 4. Skala Nyeri Numeric Rating Scale

Tingkatan nyeri dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- Skala 0 : tidak ada nyeri
- Skala 1-3 : nyeri ringan, dimana klien belum mengeluh nyeri, atau masih dapat ditolerir karena masih dibawah ambang rangsang.
- Skailai 4-6 : nyeri sedaing, dimainai klien mulaii merintih dain mengeluh aidai yang saimbil menekain paidai baigiain yaing nyeri

- d. Skailai 7-9 : termasuk nyeri berat, klien mungkin mengeluh sedikit sekali dan klien tidak mampu melakukan kegiatan biasanya
- e. Skailai 10 : termasuk nyeri yang sangat, padahal tingkat ini klien tidak dapat lagi menahannya.

6. Penatalaksanaan nyeri persalinan

Nyeri pada saat melahirkan memiliki derajat yang paling tinggi diantara rasa nyeri yang lain seperti patah tulang atau sakit gigi. Banyak perempuan yang belum siap memiliki anak karena membayangkan rasa sakit yang akan dialami saat melahirkan nanti. Nyeri persalinan.

Pasti semua ibu hamil yang bakal bersalin merasa takut untuk menghadapi persalinan. tapi sebenarnya secara keilmuan di dalam literatur menyebutkan bahwa nyeri persalinan itu dapat ditangani alias diobati. Memang tidak sampai hilang namun setidaknya dapat membuat nyaman sang ibu. Pada saat ini sudah banyak ibu hamil yang memilih persalinan dengan operasi caesar untuk mengatasi rasa nyerinya atau jika takut nyeri. Ada dua cara penatalaksanaan nyeri persalinan yakni penatalaksanaan farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan farmakologi sangat jarang dilakukan kecuali ibu merasakan nyeri yang sangat hebat, karena nyeri persalinan adalah nyeri yang fisiologis dan dirasakan oleh setiap ibu yang mengalami persalinan, jadi nyeri persalinan bukan suatu hal yang harus ditakuti. Penatalaksanaan nyeri persalinan lebih cenderung kepada penatalaksanaan non farmakologi. Banyak tren penatalaksanaan nyeri persalinan saat ini seperti:

- a. Metode pendampingan persalinan
- b. Metode Akupunktur
- c. Metode *Hypnobirthing*
- d. Metode *Massage Efficacement*
- e. Terapi 3 R Relaksasi, Ritme dan Ritual
- f. Warm And Cold Water Therapy

DAFTAR PUSTAKA

- Anna, M., 2022. *Melahirkan itu aman*. 1 ed. yogyakarta:
- Efendi, K.& A.&, Meria, 2022. Jurnal Kesehatan Saintika Meditory
Jurnal Kesehatan Saintika Meditory. Jurnal Kesehatan
Saintika Meditory 4, 78-84.
- Hamdiah Ahmar,dkk 2021 .Manajemen Nyeri Persalinan Non
Farmakologis.Ahlimedia Press Malang .
- Judha, Mohammad., Sudarti, Afroh Fauziah. 2022. "*Teori
Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*". Hal : 1-14
Yogyakarta : Nuha Medika
- Kemendes, RI., 2022. *Skala Nyeri Pada Anak Usia Sekolah Dan Remaja*.
Rabu Juni.
[https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/67/skala-nyeri-
pada-anak-usia-sekolah-dan-remaja?shem=iosie](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/67/skala-nyeri-pada-anak-usia-sekolah-dan-remaja?shem=iosie)
- Manueke, I., 2023. "*Manajemen Nyeri*". 1 ed. Jawa Tengah:
PT.Media Pustaka Indo

BIODATA PENULIS



Nurlama Siregar S.Kep. Ns.M.Kes, lahir di Parau Sorat Sipirok, pada 22 Juli 1972. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara . Mulai dari 1995 Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Medan.

BAB 7

Asuhan Keperawatan pada Ibu Pascapersalinan

Dr. Bdn.Rosmaria Manik, M.Keb

A. Pendahuluan

Asuhan keperawatan post partum dilakukan dengan tujuan menjaga kesehatan ibu dan bayi serta mencegah atau mendeteksi komplikasi yang timbul pada waktu pasca persalinan. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu post partum, perawat perlu mengembangkan ilmu dan kiat keperawatan yang salah satunya adalah dapat mengintegrasikan model konseptual khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan maternitas (Apriyani, 2018).

Salah satu model konseptual keperawatan yang mendasari keperawatan maternitas adalah Maternal Role Attainment-Becoming a Mother yang dikembangkan oleh Ramona T.Mercer. Maternal Role Attainment-Becoming a Mother adalah proses yang mengikuti 4 tahap penguasaan peran yakni antisipatori, formal, informal dan personal. Fokus utama dari teori ini adalah gambaran proses pencapaian peran ibu dan proses menjadi seorang ibu (Apriyani, 2018).

B. Konsep Keluarga

1. Pengertian Asuhan Keperawatan pada Ibu Pascapersalinan

Asuhan keperawatan pada ibu pascapersalinan adalah suatu proses pemberian perawatan kepada ibu yang baru saja melahirkan. Perawatan ini bertujuan untuk memantau kondisi fisik dan emosional ibu pascapersalinan serta untuk mendeteksi dan menangani komplikasi yang mungkin timbul setelah melahirkan. Perawatan ini sangat penting untuk memastikan ibu dapat pulih dengan baik setelah

persalinan dan mencegah atau mengatasi masalah kesehatan yang bisa muncul.

2. Tujuan Asuhan Keperawatan Pascapersalinan

Tujuan utama asuhan keperawatan pada pascapersalinan adalah untuk :

- a. Memastikan stabilitas fisik ibu - Memantau kondisi vital seperti tekanan darah, suhu tubuh, dan frekuensi jantung, serta kondisi sistem pernapasan dan pencernaan.
- b. Mencegah komplikasi - Seperti perdarahan post partum (PPH), infeksi, dan tromboemboli.
- c. Mendukung proses pemulihan ibu - Baik secara fisik maupun emosional setelah melahirkan.
- d. Memberikan edukasi - Mengenai perawatan diri, menyusui, serta tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai setelah melahirkan.

3. Tahapan Asuhan Keperawatan pada Ibu Pascapersalinan

- a. Pengkajian (Assessment) Pengkajian awal harus dilakukan segera setelah ibu melahirkan untuk mengidentifikasi kebutuhan fisik dan emosional ibu.

Pengkajian ini meliputi:

- 1) Riwayat medis ibu: Riwayat persalinan, kesehatan ibu sebelum dan selama kehamilan, dan status imunisasi.
 - 2) Pemeriksaan fisik: Meliputi pemantauan tanda-tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh), pengamatan perdarahan, kondisi perineum, dan kontraksi rahim.
 - 3) Pemeriksaan psikososial: Evaluasi keadaan psikologis ibu setelah melahirkan, seperti kecemasan, depresi pascapersalinan, atau masalah emosional lainnya.
- b. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan hasil pengkajian, perawat dapat membuat diagnosis keperawatan yang tepat. Beberapa diagnosis yang sering muncul pada ibu pascapersalinan adalah:

- 1) Perubahan perfusi jaringan (berhubungan dengan perdarahan post partum).
 - 2) Risiko infeksi (berhubungan dengan luka persalinan atau bedah caesar).
 - 3) Gangguan kenyamanan (nyeri perineal atau nyeri akibat episiotomi).
 - 4) Gangguan mobilitas fisik (berhubungan dengan pemulihan dari anestesi atau nyeri pasca bedah).
- c. Perencanaan Perencanaan asuhan keperawatan ditujukan untuk:
- 1) Meningkatkan keseimbangan fisik dan emosional ibu.
 - 2) Mencegah dan menangani komplikasi yang mungkin timbul pascapersalinan.
 - 3) Meningkatkan kemampuan ibu dalam merawat diri sendiri dan bayinya.
- d. Implementasi Perawat akan melaksanakan intervensi yang sesuai dengan diagnosa dan perencanaan yang telah dibuat. Beberapa intervensi yang dilakukan pada ibu pascapersalinan antara lain:
- 1) Pemantauan perdarahan: Pengawasan terhadap jumlah perdarahan dan tanda-tanda komplikasi seperti PPH.
 - 2) Pemberian analgesik: Untuk mengurangi rasa sakit akibat episiotomi atau nyeri perut pascapersalinan.
 - 3) Pencegahan infeksi: Menjaga kebersihan luka dan perineum, serta mengedukasi ibu tentang teknik mencuci tangan dan perawatan luka.
 - 4) Stimulasi laktasi: Memberikan dukungan kepada ibu dalam proses menyusui, termasuk teknik menyusui yang benar untuk menghindari masalah seperti mastitis atau puting lecet.
 - 5) Pendampingan emosional: Memberikan dukungan psikologis untuk membantu ibu mengatasi perasaan cemas, depresi, atau masalah emosional lainnya setelah persalinan.

- e. Evaluasi Proses evaluasi dilakukan untuk menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan tercapai. Evaluasi mencakup:
 - 1) Pemantauan terhadap kondisi fisik ibu (apakah perdarahan berkurang, suhu tubuh normal, dll.). Pemantauan terhadap keadaan emosional ibu (apakah ibu merasa lebih tenang dan mampu merawat bayinya).
 - 2) Mengidentifikasi apakah ada komplikasi yang muncul dan menanganinya dengan tepat.
- 4. Komplikasi yang Mungkin Terjadi pada Ibu Pascapersalinan
 - a. Perdarahan Post Partum (PPH): Komplikasi yang sering terjadi pascapersalinan, baik yang disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, atau kelainan pembekuan darah.
 - b. Infeksi: Infeksi pada luka bedah (jika dilakukan operasi caesar), infeksi pada rahim (endometritis), atau infeksi saluran kemih.
 - c. Gangguan Psikologis: Seperti depresi pascapersalinan yang bisa mempengaruhi kemampuan ibu untuk merawat diri dan bayinya.
 - d. Tromboemboli: Pembekuan darah yang bisa terjadi pada ibu pascapersalinan, terutama bagi mereka yang menjalani caesar atau memiliki faktor risiko lainnya.
- 5. Edukasi untuk Ibu Pascapersalinan

Edukasi sangat penting untuk mendukung pemulihan ibu dan meningkatkan perawatan bayi. Beberapa hal yang perlu diajarkan kepada ibu pascapersalinan adalah:

 - a. Perawatan luka perineal atau bedah: Mengajarkan cara menjaga kebersihan dan merawat luka agar tidak terinfeksi.
 - b. Penyusuan ASI: Memberikan informasi mengenai manfaat ASI dan cara menyusui yang benar.
 - c. Tanda bahaya pascapersalinan: Mengedukasi ibu mengenai tanda-tanda yang mengindikasikan adanya komplikasi, seperti perdarahan yang berlebihan, demam, atau kesulitan bernapas.

- d. Pemulihan fisik: Menjelaskan tentang perawatan diri setelah melahirkan, seperti latihan kegel untuk memperkuat otot panggul.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriyani, W. (2018). Aplikasi Teori Ramona T Mercer : Maternal Role Attainment – Becoming a Mother. <https://id.scribd.com/document/396538941/Aplikasi-Ramona-t-Mercer>
- Sabaruddin, M., & Hasan, A. (2019). Asuhan Keperawatan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Salemba Medika.
- Purwanti, A. (2021). Asuhan Keperawatan Ibu Pascapersalinan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman Asuhan Keperawatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Black, M., & Matassarin, R. (2017). Maternal Newborn Nursing: The Critical Components of Care. New York: Elsevier.

BIODATA PENULIS



Dr. Bdn. Rosmaria, S.ST., M.Keb, Dosen Program Studi Pendidikan sarjana terapan Kebidanan di Kementrian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jambi. Penulis lahir di kota Medan tanggal 09 November 1973. Penulis menempuh pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Palembang, pada tahun 2000. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Universitas Yogyakarta tahun 2005. Pada tahun 2013 penulis kembali melanjutkan pendidikan S-2 Kebidanan di Universitas Andalas. Kemudian melanjutkan Pendidikan jenjang S3 di Universitas Jambi. Saat ini penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Sarjana Terapan Jurusan Kebidanan Poltekkes Jambi. Dan tetap aktif dalam bidang penelitian dan pengabdian masyarakat.

BAB 8

Adaptasi Neonatus

Sitti Suharni Hermanses, A.Kp.,SST.,M.Keb

A. Pendahuluan

Selama masa kehamilan, bayi sepenuhnya bergantung pada ibunya untuk pemenuhan kebutuhan pernapasan, nutrisi, dan pengeluaran limbah melalui plasenta. Setelah dilahirkan, bayi harus beradaptasi secara mandiri sebagai bagian dari proses penyesuaian dengan kehidupan di luar rahim untuk dapat bertahan hidup. Transisi dari fase janin ke fase neonatal memerlukan penyesuaian fisiologis yang signifikan. Perubahan fisiologis utama yang terjadi pada bayi baru lahir mencakup sistem pernapasan, sistem sirkulasi, regulasi suhu tubuh, sistem pencernaan dan metabolisme, sistem ekskresi, serta sistem kekebalan. Dengan adanya adaptasi yang baik, bayi dapat tumbuh dan berkembang secara optimal di lingkungannya yang baru. Gangguan dalam proses adaptasi pada neonatus merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di kalangan bayi baru lahir di Indonesia. Beberapa gangguan adaptasi yang dapat terjadi pada neonatus meliputi asfiksia, hiperbilirubinemia (ikterus neonatal), dan sindrom gangguan pernapasan (respiratory distress syndrome/RDS)

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menekankan bahwa pemantauan serta dukungan yang memadai selama masa adaptasi sangat penting untuk menghindari angka morbiditas dan mortalitas pada neonatus. Beberapa faktor, seperti kelahiran prematur, komplikasi saat melahirkan, dan kondisi kesehatan ibu, dapat memengaruhi kemampuan bayi untuk beradaptasi. Oleh karena itu, intervensi yang tepat waktu dan

didasarkan pada bukti sangat diperlukan untuk memastikan bahwa bayi dapat beradaptasi dengan baik di luar rahim.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa sekitar 75% kematian neonatal terjadi dalam minggu pertama kehidupan, dengan 25% hingga 45% di antaranya terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama kematian neonatal meliputi gangguan adaptasi pada bayi baru lahir, seperti kelahiran prematur, infeksi, dan asfiksia perinatal. Asfiksia perinatal, yaitu kegagalan bayi untuk memulai dan mempertahankan pernapasan setelah lahir, bertanggung jawab atas sekitar 25% dari total kematian neonatal di seluruh dunia (WHO, 2019). Di tahun 2020, diperkirakan terdapat 13,4 juta bayi lahir prematur (kurang dari 37 minggu kehamilan), dan dari jumlah tersebut, 1 juta bayi meninggal akibat komplikasi yang terkait (WHO, 2023). Asfiksia perinatal kembali dilaporkan menyumbang 25% dari keseluruhan kematian neonatal secara global (WHO, 2012).

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2015 menunjukkan angka kejadian hyperbilirubinemia pada bayi baru lahir sebesar (51, 47%), dengan penyebab utama meliputi asfiksia (51%), BBLR (42,9%), prematuritas (33,3%), kelaianan kongenital (2,8%), persalinan secsio caesaria (18,9%), sepsis (12%) dan kelaianan kongenital (2,8%). Tingkat Kematian Neonatal (NMR) pada tahun 2017 NMR di Indonesia diperkirakan sebesar 15 per 1000 kelahiran hidup, lebih tinggi dibandingkan negara-negara tetangga. Penyebab kematian neonatal adalah prematuritas (44%), asfiksia lahir (39%).

Penelitian menunjukkan bahwa metode persalinan tertentu, seperti lotus birth, dapat memengaruhi adaptasi fisiologis bayi baru lahir. Sebuah studi menemukan adanya perbedaan signifikan dalam frekuensi denyut jantung, pernapasan, dan suhu tubuh antara bayi yang lahir melalui metode lotus birth dibandingkan dengan mereka yang lahir dengan metode lain. Temuan ini menekankan pentingnya pemilihan metode persalinan yang sesuai untuk mendukung adaptasi neonatus yang optimal. Selain itu, pendidikan untuk ibu hamil tentang perawatan bayi baru lahir dan proses

adaptasi fisiologisnya juga sangat penting. Program edukasi yang baik dapat meningkatkan pengetahuan ibu, yang pada akhirnya dapat membantu proses adaptasi bayi dengan lebih efektif. Dengan demikian, pendekatan holistik yang menggabungkan pemantauan medis dan dukungan edukasi bagi orang tua merupakan faktor kunci dalam memastikan keberhasilan adaptasi neonatus.

Proses penyesuaian bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar rahim, atau yang dikenal sebagai adaptasi neonatus, merupakan fase krusial yang berpengaruh besar terhadap kelangsungan hidup dan kesehatan jangka panjang bayi. Oleh karena itu, upaya untuk melakukan pencegahan, deteksi dini dan penanganan yang tepat sangat penting untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas pada bayi baru lahir

B. Konsep Adaptasi Neonatus

1. Pengertian Adaptasi Neonatus

Adaptasi neonatus adalah proses penyesuaian fisiologis dan perilaku yang dilakukan oleh bayi baru lahir untuk beralih dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterin, mencakup perubahan pada sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan lainnya (Irene M. Bobak and Jensen, 2005).

2. Faktor yang Mempengaruhi Kehidupan Ekstrauterin Neonatus

Setelah dilahirkan, bayi mengalami perubahan signifikan saat beradaptasi dengan lingkungan di luar rahim. Keberhasilan dalam proses adaptasi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang dapat dikelompokkan menjadi faktor internal (yang berasal dari bayi itu sendiri) dan faktor eksternal (yang terkait dengan lingkungan dan perawatan setelah lahir).

a. Faktor Internal

Faktor ini berkaitan dengan kondisi biologis dan kesehatan bayi yang memengaruhi kemampuannya untuk bertahan hidup di luar rahim.

1) Kematangan Organ dan Sistem Tubuh

Bayi cukup bulan (≥ 37 minggu) memiliki sistem pernapasan, sirkulasi, dan metabolisme yang lebih matang dibandingkan bayi prematur. Bayi prematur sering mengalami kesulitan bernapas, gangguan termoregulasi, serta kesulitan menyusu karena refleks hisap dan menelan belum sempurna.

2) Berat Badan Lahir

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (< 2.500 gram) lebih rentan mengalami hipotermia, hipoglikemia, dan infeksi. Bayi dengan Berat Lahir Besar (> 4.000 gram) berisiko mengalami trauma lahir dan hipoglikemia, terutama jika ibunya menderita diabetes gestasional.

3) Sistem Pernapasan dan Sirkulasi

Setelah lahir, paru-paru bayi harus mulai bekerja sendiri untuk mengambil oksigen. Foramen ovale dan duktus arteriosus (pembuluh darah yang menghubungkan jantung dengan paru-paru di dalam kandungan) harus menutup agar darah mengalir normal ke paru-paru. Jika proses ini terganggu, bayi bisa mengalami asfiksia neonatorum atau gangguan jantung bawaan.

4) Regulasi Suhu Tubuh

Neonatus belum mampu mengatur suhu tubuhnya dengan baik karena lemak tubuh yang terbatas dan permukaan tubuh yang luas dibandingkan berat badannya. Bayi yang kehilangan panas terlalu cepat berisiko mengalami hipotermia, yang dapat menyebabkan gangguan metabolisme dan kematian.

5) Status Gizi dan Metabolisme

Setelah lahir, bayi mulai mengatur kadar gula darahnya sendiri. Jika tidak segera menyusu, bayi berisiko mengalami hipoglikemia, terutama jika lahir prematur atau dari ibu dengan diabetes gestasional. Cadangan zat besi dan glikogen juga memengaruhi kemampuan bayi dalam beradaptasi.

b. Faktor Eksternal

Faktor eksternal berkaitan dengan perawatan medis, pola asuh, dan lingkungan tempat bayi lahir.

1) Proses Persalinan dan Resusitasi Neonatal

Persalinan yang aman dan ditangani tenaga kesehatan terlatih dapat mengurangi risiko asfiksia neonatus dan cedera lahir. Bayi yang mengalami kesulitan bernapas memerlukan resusitasi neonatal untuk mencegah kerusakan otak akibat kekurangan oksigen.

2) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian ASI

IMD dapat membantu bayi dalam mengatur suhu tubuh, kadar gula darah, dan merangsang refleks hisap. Kolostrum dalam ASI pertama kaya akan antibodi yang melindungi bayi dari infeksi. Bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif lebih berisiko mengalami infeksi, diare, dan malnutrisi.

3) Suhu dan Lingkungan Sekitar

Lingkungan yang terlalu dingin dapat menyebabkan hipotermia, sedangkan lingkungan yang terlalu panas dapat menyebabkan hipertermia. Paparan asap rokok atau polusi meningkatkan risiko infeksi saluran pernapasan pada bayi.

4) Kebersihan dan Pencegahan Infeksi

Sistem kekebalan bayi masih lemah, sehingga kebersihan lingkungan sangat penting untuk mencegah infeksi. Bayi yang lahir di lingkungan dengan sanitasi buruk lebih berisiko terkena sepsis neonatorum atau infeksi lainnya.

5) Faktor Sosial dan Ekonomi

Akses terhadap fasilitas kesehatan menentukan kualitas perawatan bayi baru lahir. Kesejahteraan keluarga mempengaruhi nutrisi ibu selama kehamilan dan kemampuan keluarga dalam merawat bayi.

3. Aspek Adaptasi Neonatus

Adaptasi Neonatus berfokus pada cara bayi baru lahir menyesuaikan diri dengan kehidupan di luar rahim setelah

proses persalinan. Proses adaptasi ini terjadi secara bertahap, dan pemahaman mengenai perubahan tersebut sangat penting bagi tenaga medis dan orang tua agar dapat memberikan perawatan yang optimal kepada bayi baru lahir. Adaptasi ini mencakup perubahan fisik dan perilaku yang memungkinkan neonatus untuk dapat bertahan hidup secara mandiri. Berikut adalah beberapa aspek utama dari adaptasi neonatus.

a. Adaptasi Sistem Pernapasan

Selama kehamilan, janin melakukan gerakan pernapasan yang mempersiapkan paru-paru untuk berfungsi dengan baik, sehingga parunya mampu menghasilkan surfaktan dan memiliki alveolus yang cukup untuk pertukaran gas. Sebelum lahir, paru-paru janin dipenuhi dengan cairan yang dihasilkan oleh paru-paru itu sendiri. Selama proses kelahiran, cairan ini dikeluarkan dari paru-paru, baik dengan cara dipompa ke atas menuju saluran pernapasan dan keluar melalui mulut dan hidung, atau dengan bergerak menembus dinding alveolar menuju pembuluh limfatik paru yang berakhir di ductus torasik atau kapiler paru. Sebelum lahir, janin bergantung pada pertukaran gas dari darah maternal yang dilakukan melalui paru-paru ibu dan plasenta. Plasenta adalah organ utama yang bertanggung jawab untuk oksigenasi janin sebelum kelahiran. Setelah plasenta dilepaskan secara tiba-tiba saat kelahiran, terjadi adaptasi cepat yang diperlukan untuk memastikan kelangsungan hidup bayi.

Fenomena yang mendorong neonatus untuk mengambil napas pertamanya baru dipahami sebagian, karena terdapat berbagai peristiwa biokimia, seperti hipoksia relatif di akhir persalinan, serta rangsangan fisik terhadap neonatus, seperti udara dingin, gaya gravitasi, rasa sakit, cahaya, dan suara, yang semuanya merangsang pusat pernapasan bayi. Usaha bayi untuk bernapas pertama kali mungkin sedikit dibantu oleh

tekanan pada dada yang terjadi selama menit-menit terakhir kehidupan janin. Stimulasi taktil seperti mengusap punggung dengan lembut atau mengeringkan badan bayi yang basah cukup untuk stimulasi pernapasan pada sebagian besar bayi baru lahir.

Setelah lahir, neonatus harus beralih dari pernapasan yang terjadi di dalam rahim (melalui plasenta) ke pernapasan yang dilakukan oleh paru-paru. Paru-paru mulai mengembang, dan cairan yang ada di paru-paru digantikan oleh udara. Perubahan tekanan dalam sistem pernapasan dan sirkulasi berperan dalam menutup duktus arteriosus dan foramen ovale, yang memungkinkan sirkulasi darah berlangsung secara normal.

b. Adaptasi Sistem Kardiovaskular

Transisi dari kehidupan janin ke kehidupan neonatal merupakan transformasi fisiologis yang rumit, yang membutuhkan adaptasi signifikan dalam sistem pernapasan dan kardiovaskular untuk kelangsungan hidup ekstrasuterin yang baik. Aliran darah dari plasenta berhenti begitu tali pusat dipotong. Sirkulasi janin memiliki karakteristik dengan tekanan darah yang rendah. Karena paru-paru merupakan organ tertutup yang dipenuhi cairan, maka hanya memerlukan aliran darah yang minimal. Sebagian besar darah yang teroksigenasi melalui paru-paru akan mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri yang disebut foramen ovale. Aliran darah kaya oksigen ini kemudian mengalir ke otak melalui duktus arteriosus.

Setelah tali pusat diklem, perubahan yang terjadi adalah peningkatan resistensi pembuluh darah sistemik (*Systemic Vascular Resistance/SVR*). Peningkatan SVR ini terjadi bersamaan dengan tarikan napas pertama bayi yang baru lahir. Oksigen dari napas pertama tersebut menyebabkan pembuluh darah paru-paru menjadi lebih relaks dan terbuka. Dengan demikian, sirkulasi darah

bayi baru lahir berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup yang bertekanan tinggi dan mandiri. Kombinasi antara peningkatan tekanan dalam sirkulasi sistemik dan penurunan tekanan dalam sirkulasi paru menyebabkan perubahan dalam aliran darah di jantung. Peningkatan aliran darah ke sisi kiri jantung menimbulkan tekanan yang lebih tinggi, yang akhirnya menyebabkan foramen ovale menutup. Selama proses penutupan foramen ovale, ductus arteriosus, dan ductus venosus berlangsung, maka pola aliran darah berubah dari pola aliran darah janin menjadi pola dewasa. Denyut jantung neonatus umumnya lebih cepat, berkisar antara 120-160 bpm, dan mungkin sedikit tidak teratur pada awal kehidupannya.

c. Adaptasi Sistem Termoregulasi

Perubahan suhu lingkungan membuat bayi baru lahir cepat mengalami stres. Suhu tubuh janin biasanya sekitar $0,6^{\circ}\text{C}$ lebih tinggi dibandingkan suhu ibu. Beberapa faktor yang mempengaruhi kehilangan panas pada bayi baru lahir antara lain luasnya area permukaan tubuh bayi, tingkat insulasi dari lemak subkutan, serta derajat fleksi otot. Pada dua hari pertama setelah lahir, kemampuan bayi untuk mengatur suhu tubuhnya masih belum stabil. Oleh karena itu, penting untuk mengatur lingkungan kelahiran agar kehilangan panas dapat diminimalkan.

Untuk menghasilkan panas, neonatus memiliki tiga cara: menggigil, aktivitas otot sukarela, dan thermogenesis (produksi panas tubuh) tanpa menggigil. Sebagian besar panas tubuh bayi dihasilkan dari metabolisme lemak cokelat, yang banyak disimpan di sekitar leher, sepanjang tulang belakang antara kedua skapula, hingga garis klavikula dan sternum. Bayi aterm memiliki cukup cadangan lemak cokelat untuk memenuhi kebutuhan panas mereka selama 2-4 hari setelah kelahiran.

Mengeringkan bayi segera setelah lahir dapat mengurangi kehilangan panas melalui proses evaporasi; pastikan untuk mengganti handuk yang basah dengan yang hangat. Kontak kulit antara ibu dan bayi dengan meletakkan bayi di perut ibu saat lahir juga dapat membantu bayi menjaga suhu tubuh. Namun, kehilangan panas yang signifikan masih bisa terjadi melalui konveksi, konduksi, dan radiasi, terutama pada area kulit bayi yang terpapar. Ini dapat diminimalkan dengan menyelimuti bayi, membedongnya, memakaikan baju longgar, dan menutup kepala bayi dengan topi.

Neonatus memiliki rentan yang tinggi terhadap kehilangan panas karena luas permukaan tubuhnya yang lebih besar dibandingkan dengan berat tubuhnya. Empat mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir melalui: 1) konveksi, 2) konduksi, 3) radiasi, dan 4) evaporasi.. Mekanisme utama yang digunakan untuk menghasilkan panas adalah termogenesis non-gemetar, yaitu pemanfaatan lemak coklat (brown fat) untuk menghasilkan panas. Oleh karena itu setelah lahir, bayi harus segera dikeringkan dan dibungkus, terutama bagian kepala, guna mencegah terjadinya hipotermia.

d. Adaptasi Sistem Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal pada bayi baru lahir yang cukup bulan sudah relatif matang. Sebelum lahir, janin yang cukup bulan dapat melakukan perilaku mengisap dan menelan. Refleks muntah dan batuk pada bayi yang matang juga sudah sepenuhnya berkembang saat lahir. Kapasitas lambung bayi baru lahir yang cukup bulan terbatas, kurang dari 30 cc. Sementara itu, usus bayi baru lahir relatif belum sepenuhnya matang. Otot-otot yang membentuk organ tersebut lebih tipis dan kurang efisien dibandingkan orang dewasa, sehingga gelombang peristaltik sulit diprediksi. Lipatan dan villi pada dinding usus juga belum berkembang dengan sempurna. Selain itu, sel-sel epitel yang melapisi usus halus bayi baru lahir

tidak berganti dengan cepat, yang dapat mengurangi efektivitas penyerapan nutrisi. Setelah dilahirkan, neonatus mulai memproses makanan sendiri. Mekonium, yang merupakan tinja pertama yang berwarna hitam-hijau, biasanya dikeluarkan dalam waktu 24-48 jam pertama. Aktivitas enzim pencernaan pada bayi baru lahir masih dalam tahap perkembangan, sehingga mereka lebih mampu mencerna susu dibandingkan dengan makanan padat.

Pada tahap selanjutnya bayi baru lahir menghadapi tugas penting yang disebut "penutupan usus", yaitu proses yang membuat permukaan epitel usus menjadi tidak permeabel terhadap antigen. Sebelum proses ini selesai, bayi rentan terhadap infeksi bakteri dan virus, serta stimulasi alergen akibat penyerapan molekul besar oleh usus. Pemberian ASI dapat membantu mempercepat penutupan usus karena mengandung sejumlah besar IgA sekretori dan merangsang proliferasi enzim di usus.

e. Adaptasi Sistem Ginjal

Setelah kelahiran, ginjal belum berfungsi secara optimal. Laju filtrasi glomerulus pada bayi masih rendah dan kemampuan reabsorpsi tubularnya terbatas. Oleh karena itu, bayi tidak mampu memekatkan atau mengencerkan urine secara efektif sebagai respons terhadap asupan cairan atau untuk menyesuaikan dengan kadar zat terlarut dalam darah. Urine pertama kali dikeluarkan saat lahir atau dalam 24 jam pertama setelah kelahiran, dan frekuensinya semakin meningkat seiring dengan bertambahnya asupan cairan. Urine yang dihasilkan umumnya berwarna kuning, encer, dan tidak berbau, dengan volume sekitar 30-60 ml.

f. Adaptasi Sistem Kekebalan Tubuh

Neonatus rentan terhadap infeksi, terutama yang masuk melalui mukosa sistem pernapasan dan pencernaan. Saat lahir, bayi memiliki tiga jenis

immunoglobulin utama: IgG, IgA, dan IgM. Immunoglobulin ini memberikan kekebalan terhadap infeksi virus tertentu. Kadar IgG pada saat lahir biasanya setara atau sedikit lebih tinggi daripada kadar IgG ibu, ini memberikan kekebalan pasif kepada bayi selama beberapa bulan pertama kehidupannya. Sementara itu, IgA dan IgM tidak dapat menembus sawar plasenta, tetapi dapat diproduksi oleh janin. Fungsi utama IgA adalah untuk melindungi bayi dari infeksi di saluran pernapasan, pencernaan, dan mata. Pemberian ASI, terutama kolostrum, memberikan kekebalan pasif pada bayi melalui kandungan *Lactobacillus bifidus*, laktoferin, lisozim, dan sekresi IgA.

g. Adaptasi Psikologi dan Persepsi

Bayi baru lahir memiliki kemampuan adaptasi psikologis yang berbeda dari orang dewasa, tetapi mereka dapat menunjukkan respons terhadap berbagai rangsangan di sekitarnya. Meski sistem saraf pusat mereka masih dalam tahap perkembangan, neonatus sudah bisa merasakan dan merespons rangsangan dari lingkungan, seperti suara, cahaya, dan sentuhan.

1) Penglihatan

Walaupun penglihatan neonatus belum sepenuhnya sempurna, struktur yang diperlukan untuk penglihatan sudah ada dan berfungsi saat lahir. Bayi peka terhadap sinar terang, yang dapat membuat mereka mengerutkan dahi atau berkedip. Mereka cenderung tertarik pada pola hitam, putih, serta bentuk wajah manusia, dengan fokus pada jarak sekitar 15-20 cm. Kondisi ini memungkinkan bayi melakukan kontak mata dengan ibu mereka selama menyusui, yang memperkuat ikatan emosional. Dalam 5 hari pertama setelah lahir, bayi dapat melacak objek yang bergerak, dan pada minggu kedua, mereka sudah dapat membedakan wajah ibu

dari wajah orang asing, yang penting untuk interaksi sosial.

2) Pendengaran

Neonatus mampu mendengar suara bahkan saat masih dalam kandungan. Setelah lahir, mereka menunjukkan preferensi terhadap suara-suara tertentu, seperti suara ibunya, dan bisa merespons suara keras dengan ketenangan atau kegelisahan. Bayi baru lahir dapat membedakan suara dan cenderung lebih menyukai suara ibu mereka, yang dapat meningkatkan interaksi antara ibu dan anak (Diane M. Fraser & Margaret A. Cooper, 2009).

3) Perasaan dan Penciuman

Bayi baru lahir dapat merasakan kenyamanan dan ketidaknyamanan. Sentuhan lembut dan perhatian dari orang tua memberikan rasa aman dan nyaman, sementara rangsangan yang terlalu kuat dapat menyebabkan stres. Bayi lebih menyukai bau susu ibunya (ASI) dibandingkan dengan bau lainnya. Dalam beberapa hari setelah lahir, mereka dapat membedakan antara bau air susu ibunya dan susu dari wanita lain, serta lebih menyukai bau payudara yang belum dibersihkan. Bayi cenderung menghindari bau yang tidak sedap dan menunjukkan preferensi terhadap rasa manis dengan mengisap secara kuat dan terus-menerus, serta bereaksi dengan wajah menyeringai terhadap rasa pahit, asin, atau asam (Diane M. Fraser & Margaret A. Cooper, 2009).

4) Sentuhan

Bayi sangat peka terhadap sentuhan dan menikmati kontak kulit dengan kulit, berendam dalam air, serta gerakan mengayuh, dibuai, dan diayun. Hembusan udara di wajahnya dapat merangsang inspirasi atau refleks menahan napas. Refleks menggenggam membantu memperlambat hubungan dengan ibu. Tanda bayi merasa nyeri bisa

terlihat dari ekspresi wajahnya, seperti mengernyitkan dahi, mengatupkan kelopak mata, mengerutkan area di sekitar hidung, dan membuka mulut untuk menangis.

5) Tidur dan Bangun

Setelah aktivasi pernapasan saat lahir, bayi tetap terjaga dan reaktif terhadap rangsangan selama sekitar 1 jam, kemudian akan relaks dan tidur. Lama tidur pertama bisa bervariasi dari beberapa menit hingga beberapa jam, diikuti oleh periode reaktivitas kedua.

(a) Tahap Tidur

Terdapat dua tahap tidur:

(1) Tahap tidur dalam

Pada tahap tidur dalam, mata bayi tertutup, pernapasan teratur, dan respons terhadap rangsangan berlangsung lambat

(2) Tahap tidur dangkal

Pada tahap tidur dangkal, pergerakan mata yang cepat bisa diamati di balik kelopak mata yang tertutup, terkadang bisa terjadi gerakan tersentak di sela tidur. Pernapasan menjadi tidak teratur dan respons mengisap muncul secara intermiten.

(b) Tahap Terjaga

Bayi dapat terlihat terjaga mulai dari tahap mengantuk hingga menangis.

(1) Tahap Mengantuk

Mata bayi dapat membuka ataupun menutup disertai Gerakan kelopak mata jatuh. Bayi dapat tersenyum. Gerakan ekstremitas bervariasi, biasanya Gerakan halus namun diselingi dengan Gerakan tiba-tiba. Perubahan tahap tidur dapat terjadi lebih cepat jika diberikan rangsangan.

(2) Tahap terjaga tenang

Aktivitas motoric minimal namun bayi tanggap terhadap stimulus visual dan auditorik

(3) Tahap terjaga aktif

Bayi umumnya dan reaktif terhadap lingkungan sekitarnya

(4) Tahap Menangis aktif

Bayi menangis keras dan dapat sulit ditenangkan. Aktivitas otot bermakna

(c) Menangis

Tangisan bayi berbeda-beda menandakan perbedaan kebutuhan dan merupakan cara bayi mengkomunikasikan ketidaknyamanan dan permintaan bantuan. Berdasarkan pengalaman untuk membedakan tangisan dan mengidentifikasi kebutuhan yang bisa berarti lapar, haus, nyeri, ketidaknyamanan umum (seperti ingin berubah posisi, terlalu panas, terlalu dingin), bosan, kesepian, atau keinginan kontak fisik dan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Champlain Maternal Newborn Regional Program (CMNRP) (2013). *Newborn Adaptation to Extrauterine Life and Newborn Assessment Self-Learning Module*:
http://www.cmnrp.ca/uploads/documents/Newborn_Adaptation_Assessment_2013_FINAL.pdf
- Diane M Fraser and Margaret A.Cooper (2009).*Myles Buku Ajar Bidan* Edisi 14: Jakarta. EGC
- Enjelika, Fitri Apriyanti, dan Miftahurrahmi (2023) *Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Di PMB Nelly Suryani Wilayah Kerja Puskesmas Kuok* : EMJ. 2023; 2(3) : 2963-413X, Evidence Midwifery Journal.
<https://journal.universitaspahlawan.ac.id/>
- Helen Varney, Jan M.Kriebs. Carolyn L.Gegor. (2015), *Buku Ajar Asuhan Kebidanan* Edisi 4, Jakarta.EGC
- Irene M.Bobak, Margaret Duncan Jensen (2012). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, Edisi 4. Jakarta. EGC
- Juan Brines, Virginie Rigourd and Claude and Billeaud (2022). *The First 1000 Days of Infant Journals*.*Healthcare* 2022, 10(1), 106; <https://oi.org/10.3390/healthcare10010106>
- Reza Octaviani Chairunnisa, Widya Juliarti (2022). *Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Normal di PMB Hasna Dewi Pekanbaru Tahun 2021*. *Jurnal Kebidanan Terkini*. Vol. 2 No. 1 (2022):
<https://jom.http.ac.id/index.php/jkt/article/view/559/192>
- Reem M. Soliman, et.al (2025). *Mode of Delivery and Neonatal Transition: Insights from Electrical Cardiometry*: *Journals Children* 2025, 12(2), 131; <https://doi.org/10.3390/children12020131>.
- Tambunan Dior Manta dkk (2024) *Optimalisasi adaptasi neonatus dengan penerapan atraumatic care approach: swaddle dan sponge bath di Pangururan*, Vol. 4 No. 4 (2024): *Journal Public Health Concerns*,
<https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/4766775>

Vinod K. Bhutani(1997). *Extrauterine adaptations in the newborn:*
Seminars in Neonatology, № 1, p. 1-12. Elsevier BV.
[https://doi.org/10.1016/s1084-2756\(97\)80020-6](https://doi.org/10.1016/s1084-2756(97)80020-6)

BIODATA PENULIS



Sitti Suharni Hermanses lahir di Kairatu, 11 Juli 1966. Telah menyelesaikan S2 Kebidanan Di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2013-2015 Bekerja di Poltekkes Kemenkes Maluku sebagai dosen pada Prodi Kebidanan dan aktif dalam Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian masyarakat.

BAB 9

Keperawatan pada Bayi dengan Gangguan Respirasi dan Hipotermia

Dorce Sisfiani Sarimin, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An

A. Pendahuluan

Keperawatan pada bayi dengan gangguan respirasi dan hipotermia sangat penting mengingat tingginya angka kejadian kedua kondisi ini pada populasi neonatal. Bayi, terutama yang lahir prematur atau dengan komplikasi medis, sangat rentan terhadap masalah pernapasan yang dapat mengancam nyawa. Gangguan respirasi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk infeksi, kelainan struktural, atau masalah neurologis yang mempengaruhi kemampuan bayi untuk bernapas secara efektif (Balest, 2023)

Hipotermia, yang merupakan penurunan suhu tubuh di bawah batas normal, juga merupakan masalah serius pada bayi baru lahir. Kondisi ini dapat terjadi akibat paparan lingkungan yang dingin, kesulitan dalam mengatur suhu tubuh, atau akibat sakit yang mendasari. Hipotermia dapat memperburuk kondisi kesehatan bayi dan meningkatkan risiko komplikasi lebih lanjut, termasuk gangguan pernapasan yang sudah ada (Balest, 2025).

Peran perawat dalam mengelola kedua kondisi ini sangat krusial. Mereka bertanggung jawab untuk melakukan pemantauan yang cermat, memberikan intervensi yang sesuai, dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya untuk memastikan perawatan yang optimal. Pengetahuan dan keterampilan dalam pengelolaan gangguan respirasi dan hipotermia pada bayi dapat meningkatkan prognosis dan hasil kesehatan jangka panjang. (Zuliani, dkk, 2023)

Bab ini bertujuan untuk mengedukasi pembaca tentang pentingnya perawatan yang tepat dan berkelanjutan dalam menangani bayi dengan gangguan respirasi dan hipotermia, serta untuk menekankan perlunya pendekatan yang berbasis bukti dalam praktik keperawatan. Dengan memahami tantangan dan strategi dalam perawatan ini, diharapkan perawat dapat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap keselamatan dan kesehatan bayi.

B. Keperawatan pada Bayi dengan Gangguan Respirasi dan Hipotermia

1. Pengertian

Gangguan respirasi pada bayi adalah kondisi ketika bayi mengalami kesulitan bernapas atau memiliki pola pernapasan yang tidak normal. Gangguan respirasi ini adalah kondisi medis yang memengaruhi kemampuan bayi untuk bernapas secara normal. Kondisi ini dapat memengaruhi saluran pernapasan atas (hidung, tenggorokan, laring) maupun bawah (trakea, bronkus, paru-paru) (NHS, 2021)

Keperawatan pada bayi dengan gangguan respirasi mencakup tindakan pemantauan kondisi pernapasan, identifikasi tanda-tanda klinis seperti sesak napas, mengi, atau perubahan warna kulit, serta pemberian terapi yang diperlukan, seperti oksigenasi, nebulisasi, atau ventilasi mekanis jika diperlukan. Perawat juga berperan penting dalam memberikan edukasi kepada orang tua mengenai cara mendukung perawatan di rumah setelah perawatan di rumah sakit (Claire, 2021)

Hipotermia pada bayi adalah kondisi ketika suhu tubuh bayi turun di bawah batas normal, yaitu di bawah 36,5°C. Kondisi ini berbahaya karena bayi belum memiliki kemampuan untuk mengatur suhu tubuhnya sendiri secara efektif. (Sariasih, 2023)

Keperawatan pada bayi dengan hipotermia melibatkan tindakan untuk memantau suhu tubuh bayi dan mengatur lingkungan agar tetap hangat. Ini mencakup penggunaan

alat pemanas, selimut hangat, serta teknik perawatan kulit ke kulit (*kangaroo care*) untuk membantu menjaga suhu tubuh bayi tetap stabil (Roychoudhury & Yusuf, 2017)

Secara keseluruhan, keperawatan pada bayi dengan kedua kondisi ini bertujuan untuk memastikan stabilitas pernapasan, mencegah komplikasi lebih lanjut, serta memberikan perawatan yang holistik dan berbasis bukti untuk meningkatkan kualitas hidup bayi dan mendukung pemulihan mereka

2. Gangguan Respirasi Pada Bayi (National Heart, Lung, and Blood Institut, 2022)

a. Jenis Jenis Gangguan respirasi

Berikut Berikut adalah beberapa jenis gangguan respirasi yang umum terjadi pada bayi:

- 1) Sindrom Distres Pernafasan Neonatal (SDPN): Terjadi pada bayi prematur akibat kurangnya surfaktan, yang menyebabkan kesulitan bernapas dan penurunan oksigenasi.
- 2) Pneumonia: Infeksi paru-paru yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, atau jamur, yang menyebabkan gejala seperti batuk, sesak napas, dan demam.
- 3) Aspiration Pneumonitis: Terjadi ketika bayi menghirup cairan amniotik, makanan, atau benda asing ke dalam paru-paru, yang dapat menyebabkan peradangan dan kesulitan bernapas.
- 4) Kongestif Jantung: Gangguan pada jantung yang dapat menyebabkan akumulasi cairan di paru-paru, mengganggu proses pernapasan.
- 5) Obstruksi Saluran Pernapasan: Dapat disebabkan oleh lendir, benda asing, atau kelainan anatomi yang menyumbat saluran pernapasan, menyebabkan kesulitan bernapas.
- 6) Bradipnea dan Takipnea: Bradipnea adalah penurunan frekuensi pernapasan, sedangkan

takipnea adalah peningkatan frekuensi pernapasan yang dapat menandakan masalah pernapasan.

- 7) Apnea Neonatorum: Henti napas sementara yang terjadi pada bayi baru lahir, biasanya disebabkan oleh kematangan sistem saraf yang belum sempurna.
- 8) Hipoventilasi: Penurunan volume udara yang masuk ke dalam paru-paru, yang dapat disebabkan oleh masalah neurologis atau otot pernapasan.

Masing-masing gangguan ini memerlukan penanganan yang tepat dan cepat untuk mencegah komplikasi serius dan memastikan kesehatan bayi.

b. Penyebab Gangguan Respirasi

Beberapa penyebab umum gangguan pernapasan pada bayi:

- 1) Infeksi Saluran Pernapasan akibat virus seperti pilek yang menyebabkan hidung tersumbat dan kesulitan bernapas. Berikutnya bronkiolitis yaitu Infeksi pada saluran udara kecil di paru-paru, sering disebabkan oleh virus RSV (*Respiratory Syncytial Virus*).
- 2) Infeksi Bakteri: Pneumonia yaitu infeksi paru-paru yang dapat menyebabkan kesulitan bernapas, demam, dan batuk. Pertusis (Batuk Rejan) Infeksi yang sangat menular yang menyebabkan batuk parah.
- 3) Kondisi Bawaan: Apnea Prematuritas yaitu pernapasan yang melambat atau berhenti pada bayi prematur. Bronchopulmonary Dysplasia (BPD) yaitu masalah paru-paru kronis yang sering terjadi pada bayi prematur yang membutuhkan terapi oksigen. *Transient Tachypnea of the Newborn* (TTN) yaitu Kesulitan bernapas sementara pada bayi baru lahir karena adanya cairan di paru-paru.
- 4) Faktor Lainnya seperti asma meskipun lebih umum pada anak-anak yang lebih besar, asma juga dapat mempengaruhi bayi. Selanjutnya alergi, reaksi alergi

terhadap debu, serbuk sari, atau bulu hewan dapat menyebabkan masalah pernapasan.

c. Tanda dan Gejala

1) Tanda dan Gejala Umum

- a) Napas Cepat atau Lambat
Napas yang terlalu cepat (takipnea) atau terlalu lambat (bradipnea) dari biasanya.
- b) Napas Berbunyi
Mengi (bunyi siulan saat bernapas). Grok-grok (bunyi kasar saat bernapas). Stridor (bunyi napas bernada tinggi).
- c) Hidung Kembang Kempis
Lubang hidung bayi terlihat mengembang dan mengempis saat bernapas.
- d) Tarikan Dinding Dada
Dinding dada atau tulang rusuk bayi terlihat tertarik ke dalam saat bernapas.
- e) Kulit Kebiruan (Sianosis)
Warna kulit, terutama di sekitar bibir dan ujung jari, menjadi kebiruan. Ini menandakan kurangnya oksigen.
- f) Kesulitan Makan
Bayi kesulitan menyusu atau makan karena kesulitan bernapas.
- g) Lesu atau Gelisah
Bayi tampak lemas, tidak aktif, atau justru sangat gelisah.
- h) Batuk
Batuk yang terus menerus, atau batuk yang berbunyi keras.

2) Tanda dan Gejala yang Lebih Serius:

- a) Napas Terhenti (Apnea)
Bayi berhenti bernapas selama lebih dari 20 detik.
- b) Perubahan Warna Kulit
Kulit bayi terlihat pucat.
- c) Penurunan Kesadaran

Bayi sulit dibangunkan atau tidak responsif.

d) Demam Tinggi

Terutama pada bayi berusia di bawah 6 bulan.

d. Intervensi Keperawatan

Berikut beberapa intervensi keperawatan yang umum dilakukan yaitu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018)

1) Pemantauan Kondisi Pernapasan

- a) Observasi Frekuensi dan Irama Napas
Memantau frekuensi, kedalaman, dan keteraturan napas bayi.
- b) Mengamati adanya napas cuping hidung, retraksi dada, atau penggunaan otot bantu pernapasan.
- c) Auskultasi Suara Napas
Mendengarkan suara napas bayi untuk mendeteksi adanya suara tambahan seperti mengi, ronki, atau stridor.
- d) Pemantauan Saturasi Oksigen
Menggunakan pulse oksimeter untuk memantau kadar oksigen dalam darah bayi.
- e) Pemantauan Tanda-tanda Sianosis
Mengamati warna kulit bayi, terutama di sekitar bibir dan ujung jari, untuk mendeteksi adanya kebiruan.

2) Mempertahankan Jalan Napas

- a) Posisi yang Tepat:
Memposisikan bayi dengan kepala sedikit ekstensi untuk membuka jalan napas.
Pada beberapa kondisi, posisi pronasi (tengkurap) dapat membantu meningkatkan oksigenasi.
- b) *Suctioning* (Pengisapan Lendir)
Melakukan pengisapan lendir dari hidung dan mulut bayi secara hati-hati untuk membersihkan jalan napas. Tindakan ini harus dilakukan dengan lembut untuk menghindari iritasi pada mukosa.

- c) Pemberian Oksigen
Memberikan oksigen tambahan sesuai dengan kebutuhan bayi, melalui nasal kanul, masker, atau ventilator.
 - d) Fisioterapi Dada
Melakukan tepukan lembut pada dada bayi untuk membantu mengeluarkan lendir dari paru-paru.
- 3) Pemberian Terapi Pendukung
- a) Pemberian Cairan
Memastikan bayi mendapatkan asupan cairan yang cukup untuk mencegah dehidrasi dan membantu mengencerkan lendir.
 - b) Pemberian Obat-obatan
Memberikan obat-obatan sesuai dengan instruksi dokter, seperti bronkodilator, kortikosteroid, atau antibiotik.
 - c) Ventilasi Mekanis
Pada kasus yang parah, bayi mungkin memerlukan bantuan ventilasi mekanis untuk mendukung pernapasan.
- 4) Memberikan Dukungan pada Orang Tua
- a) Memberikan Informasi dan Edukasi
Menjelaskan kondisi bayi dan rencana perawatan kepada orang tua.
 - b) Memberikan edukasi mengenai cara merawat bayi dengan gangguan pernapasan di rumah.
 - c) Memberikan Dukungan Emosional:
Mendengarkan kekhawatiran orang tua dan memberikan dukungan emosional.
 - d) Membantu orang tua merasa terlibat dalam perawatan bayi (*family centre care*)
Penting untuk diingat bahwa intervensi keperawatan harus disesuaikan dengan kondisi spesifik bayi dan dilakukan berkolaborasi dengan tim medis lainnya.

3. Hipotermia pada Bayi

a. Definisi Hipotermia

Hipotermia pada bayi adalah kondisi ketika suhu tubuh bayi turun di bawah batas normal, yaitu di bawah $36,5^{\circ}\text{C}$. Kondisi ini dapat berbahaya karena bayi belum memiliki kemampuan untuk mengatur suhu tubuhnya sendiri dengan efektif (Sariasih, 2023)

b. Faktor Resiko (Balest 2025)

Beberapa faktor risiko utama yang perlu diperhatikan:

1) Faktor Bayi

a) Prematuritas

Bayi prematur memiliki lemak tubuh yang lebih sedikit dan kulit yang lebih tipis, sehingga kehilangan panas lebih cepat. Mereka juga memiliki kemampuan yang kurang berkembang untuk mengatur suhu tubuh.

b) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi dengan BBLR memiliki luas permukaan tubuh yang relatif lebih besar dibandingkan dengan berat badannya, sehingga lebih mudah kehilangan panas.

c) Kondisi Medis Tertentu

Infeksi, masalah pernapasan, dan kelainan neurologis dapat mengganggu kemampuan bayi dalam mengatur suhu tubuh.

2) Faktor Lingkungan

a) Suhu Lingkungan yang Rendah

Paparan terhadap lingkungan yang dingin, terutama tanpa pakaian yang memadai, dapat menyebabkan hipotermia.

b) Pakaian Basah

Pakaian yang basah, terutama dalam cuaca dingin, dapat menyebabkan kehilangan panas yang cepat.

c) Kurangnya Pakaian yang Memadai

Bayi yang tidak dipakaikan pakaian yang cukup tebal atau hangat berisiko mengalami hipotermia.

d) Prosedur Medis

Prosedur medis tertentu, seperti pembedahan atau resusitasi, dapat menyebabkan bayi kehilangan panas.

3) Faktor Lainnya

a) Kurangnya Lemak Subkutan

Lapisan lemak di bawah kulit membantu menjaga suhu tubuh. Bayi dengan lapisan lemak yang tipis lebih rentan terhadap hipotermia.

b) Kurangnya Informasi

Orang tua yang kurang informasi tentang cara mencegah hipotermia pada bayi dapat meningkatkan risiko terjadinya kondisi ini.

Penting untuk memahami faktor-faktor risiko ini agar dapat mengambil langkah-langkah pencegahan yang tepat dan melindungi bayi dari hipotermia.

c. **Tanda dan Gejala (Balest, 2025)**

Hipotermia pada bayi menunjukkan gejala yang perlu diwaspadai agar tindakan penanganan bisa segera diambil. Berikut adalah beberapa tanda dan gejala hipotermia pada bayi:

1) Kulit Dingin

Kulit bayi terasa dingin saat disentuh, terutama pada tangan dan kaki.

2) Aktivitas Menurun

Bayi tampak lesu, lemah, atau kurang aktif dari biasanya. Bayi menjadi kurang responsif atau sulit dibangunkan.

3) Perubahan Warna Kulit

Kulit bayi tampak pucat atau kebiruan (sianosis), terutama di sekitar bibir, ujung jari, dan telapak kaki.

4) Kesulitan Menyusu

Bayi kesulitan menyusu atau mengisap dengan kuat.

5) Napas Lambat dan Dangkal

Pernapasan bayi menjadi lambat dan dangkal.

6) Gemetar atau Menggigil

Walaupun tidak semua bayi menggigil, beberapa bayi mungkin mengalami gemetar.

7) Suhu Tubuh Rendah

Suhu tubuh bayi di bawah $36,5^{\circ}\text{C}$ (diukur dengan termometer aksila atau rektal).

Penting untuk segera mencari pertolongan medis jika bayi menunjukkan tanda-tanda hipotermia. Penanganan yang cepat dan tepat dapat mencegah komplikasi serius.

d. Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi keperawatan pada bayi dengan hipotermia bertujuan untuk menghangatkan bayi secara bertahap dan memantau responsnya. Berikut adalah beberapa intervensi keperawatan yang umum dilakukan:

1) Penghangatan Bayi:

a) Penghangatan Kulit ke Kulit

Metode ini yaitu meletakkan bayi telanjang di dada ibu atau pengasuh, dengan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit orang dewasa. Ini adalah

metode yang efektif dan aman untuk menghangatkan bayi, terutama bayi prematur atau BBLR. Metode ini dikenal dengan *skin to skin contac* atau metode *kangaroo mother care* (KMC)

b) Penggunaan Inkubator

Inkubator adalah alat yang memberikan lingkungan yang hangat dan terkontrol untuk bayi. Suhu inkubator disesuaikan dengan kebutuhan bayi.

c) Selimut Hangat

Membungkus bayi dengan selimut hangat dapat membantu menjaga suhu tubuhnya. Pastikan selimutnya kering dan hangat.

d) Menghangatkan Ruangan

Menjaga suhu ruangan tetap hangat dan nyaman untuk bayi.

e) Pakaian Hangat

Memakaikan pakaian yang hangat, dan kering seperti topi, sarung tangan, serta kaos kaki.

2) Pemantauan Kondisi Bayi

a) Pemantauan Suhu Tubuh

Memantau suhu tubuh bayi secara teratur untuk memastikan bahwa bayi menghangat dengan benar.

b) Pemantauan Tanda-tanda Vital

Memantau detak jantung, pernapasan, dan tekanan darah bayi.

c) Pemantauan Kadar Glukosa Darah

Hipotermia dapat menyebabkan hipoglikemia (kadar glukosa darah rendah), sehingga penting untuk memantau kadar glukosa darah bayi.

- d) Observasi Warna Kulit
Memantau perubahan warna kulit bayi, seperti warna kebiruan.
- 3) Pemberian Dukungan Nutrisi
 - a) Pemberian ASI atau Susu Formula
Memberikan ASI atau susu formula hangat untuk membantu bayi mendapatkan energi dan menghangatkan tubuhnya.
 - b) Pemberian Cairan Intravena (IV)
Pada kasus yang parah, bayi mungkin memerlukan cairan IV untuk membantu menghangatkan tubuhnya dan mencegah dehidrasi.
- 4) Edukasi Orang Tua:
 - a) Memberikan Informasi tentang Hipotermia
Menjelaskan kepada orang tua tentang penyebab, tanda dan gejala, serta penanganan hipotermia.
 - b) Mengajarkan Cara Menghangatkan Bayi di Rumah
Memberikan edukasi mengenai metode penghangatan bayi yang aman dan efektif di rumah.
 - c) Memberikan Dukungan Emosional
Memberikan dukungan kepada orang tua, karena kondisi hipotermia pada bayi, dapat membuat orang tua merasa cemas.

Penting untuk diingat bahwa penanganan hipotermia pada bayi harus dilakukan berkolaborasi dengan tim medis

DAFTAR PUSTAKA

- Balest, A L (2025) Hypothermia in Neonates. University of Pittsburg, School of Medicine. <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/perinatal-problems/hypothermia-in-neonates>
- Balest, A L (2023) Respiratory Distress Syndrome in Newborns. University of Pittsburg, School of Medicine https://www.msdmanuals.com/home/children-s-health-issues/lung-and-breathing-problems-in-newborns/respiratory-distress-syndrome-in-newborns? x tr sl=en& x tr tl=id& x tr hl=id& x tr _pto=tc
- Claire E (2021) Nursing Skills. Chippewa Valley Technical College ISBN 9781734914122
- NHS (2021) Newborn respiratory distress syndrome https://www-nhs-uk.translate.goog/conditions/neonatal-respiratory-distress-syndrome/? x tr sl=en& x tr tl=id& x tr hl=id& x tr _pto=tc
- National Heart, Lung, and Blood Institut, (2022) Newborn Breathing Conditions. https://www-nhlbi-nih-gov.translate.goog/health/newborn-breathing-conditions/types? x tr sl=en& x tr tl=id& x tr hl=id& x tr _pto=tc
- Roychoudhury S & Yusuf K (2017) Thermoregulation : Advances in Preterm Infants. Neoreviews 18 (12): e692–e702. <https://publications.aap.org/neoreviews/article/18/12/e692/87321/Thermoregulation-Advances-in-Preterm-Infants?autologincheck=redirected>
- Sariasih, 2023. Hipotermia pada bayi, Gejala dan Penyebabnya. <https://www.sariasih.id/artikel/kesehatan/hipotermia-pada-bayi-gejala-dan-penyebabnya>
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) Standar intervensi keperawatan Indonesia ISBN 978-602-18445-9-5

Zuliani, dkk. (2023) Keperawatan Profesional. Penerbit Yayasan
Kita Menulis

BIODATA PENULIS



Dorce Sisfiani Sarimin, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An lahir di Kalawara 13 April 1975. Lulusan Magister Keperawatan dan Ners Spesialis Keperawatan Anak Universitas Indonesia Jakarta, tahun 2013. Bekerja di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Manado Jurusan Keperawatan. Sebagai dosen sejak tahun 2000 dan pada tahun 2014 - 2018 menjabat sebagai Kaprodi D-III Keperawatan, 2018- sampai sekarang menjabat sebagai Kaprodi Sarjana terapan Keperawatan Ners. Adapun Buku yang pernah diterbitkan adalah Dukungan keluarga pada Imunisasi Anak, Konsep Keperawatan Anak dan Buku Ajar keperawatan anak 1, Home Care, Bunga Rampai Keperawatan Anak I, Bunga Rampai Keperawatan anak 2, dan Konsep Caring pengalaman publikasi internasional dan nasional dalam area keperawatan anak baik pada jurnal bereputasi dan jurnal nasional terkakreditasi sinta. Pengalaman organisasi sebagai anggota perinasia sejak tahun 2012, organisasi IPANI : sebagai bendahara Tahun 2014 - 2017.

BAB 10

Pentingnya Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif

Subriah, S.ST., M.Kes.

A. Pendahuluan

Indonesia merupakan salah satu negara di dunia yang menghadapi situasi gizi kompleks, dimana prevalensi masalah kekurangan gizi termasuk stunting dan kekurangan zat gizi mikro, kelebihan gizi (*overweight* dan obesitas) serta penyakit tidak menular akibat gizi terjadi dalam waktu yang bersamaan. Kekurangan gizi pada awal kehidupan atau usia dini akan berdampak serius terhadap kualitas SDM di masa depan. Anak dapat mengalami kegagalan pertumbuhan sehingga mengakibatkan berat badan lahir rendah, pendek, kurus, serta daya tahan tubuh yang rendah. Selain itu anak dengan kurang gizi akan berisiko mengalami hambatan perkembangan otak/kognitif. Dalam mengatasi masalah ini maka diperlukan kebijakan serta strategi yang tepat sehingga dapat menunjang percepatan perbaikan gizi masyarakat terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK).

World Health Organization (WHO) dan pemerintah telah mencanangkan inisiasi menyusu dini (IMD) sebagai bagian dari upaya mengoptimalkan pemberian ASI secara eksklusif. Sebagai bagian manajemen laktasi yang relative baru, IMD harus disosialisasikan secara benar dan luas. (Roesli, 2008)

Menyusui memberikan perlindungan terbesar dari kematian bayi dan anak. WHO dan *United Nations Children's Fund* (UNICEF) merekomendasikan bayi untuk disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan. Menyusui dilanjutkan hingga usia dua tahun atau lebih.

Komitmen Pemerintah Indonesia dalam mewujudkan salah satu komitmen global (Resolusi WHA 65.6. tahun 2012) terhadap perbaikan masalah gizi, yaitu meningkatkan cakupan ASI eksklusif pada 6 bulan pertama sampai 50% di tahun 2024, sudah cukup kuat, terbukti dengan dikeluarkannya berbagai macam peraturan dalam mendukung keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022)

B. Pentingnya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif

1. Pengertian

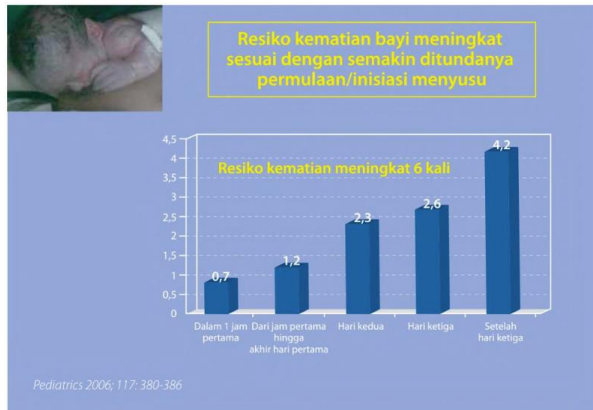
Inisiasi menyusu dini (*early initiation*) atau permulaan menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Jadi sebenarnya bayi manusia seperti juga bayi mamalia lain mempunyai kemampuan untuk menyusu sendiri. Asalkan dibiarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibunya, setidaknya selama satu jam segera setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusu dini ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara. (Roesli, 2008)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah Tindakan meletakkan bayi kontak kulit-ke-kulit di dada ibu, dalam 1 jam pertama setelah lahir. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022)

2. Menyelamatkan satu juta bayi dengan IMD

Fika dan Syafiq, Journal Kedokteran Trisakti, 2003, menunjukkan bayi yang diberi kesempatan untuk menyusu dini hasilnya delapan kali lebih berhasil ASI Eksklusif.

IMD tidak hanya menyukseskan pemberian ASI eksklusif, lebih dari itu terlihat hasil yang nyata, yaitu menyelamatkan nyawa bayi. Berikut gambar yang menunjukkan risiko kematian bayi meningkat dengan semakin ditundanya IMD



Sumber: (Roesli, 2008)

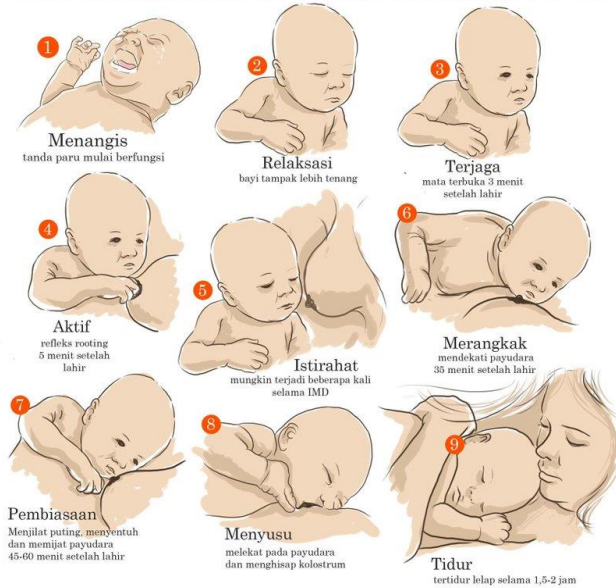
Oleh karena itu menyusui di satu jam pertama bayi baru lahir sangat berperan dalam menurunkan angka kematian bayi.

3. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan langkah yang sangat baik untuk memudahkan bayi dan ibu dalam memulai proses menyusui. Berbagai macam keuntungan didapatkan dari proses `baik untuk ibu maupun bayi`.
 - a. Segera setelah bayi lahir dan diputuskan tidak memerlukan resusitasi, letakkan bayi di atas perut ibunya (bila sectio, bayi diletakkan diatas dada) dan keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali kedua tangannya. Bau cairan amnion pada tangan bayi akan membantunya mencari puting ibu yang mempunyai bau yang sama. Maka agar baunya tetap ada, dada ibu juga tidak boleh dibersihkan. Mengeringkan tubuh bayi tidak perlu sampai menghilangkan verniks karena verniks dapat berfungsi sebagai penahan panas pada bayi.
 - b. Setelah tali pusat dipotong dan diikat, tengkurapkan bayi di atas perut ibu dengan kepala bayi menghadap kearah kepala ibunya.
 - c. Kalau ruang bersalin dingin, berikan selimut yang akan menyelimuti ibu dan bayinya, dan kenakan topi pada kepala bayi.

- d. Pengamatan oleh Windstrom, Righard dan Alade memperlihatkan bahwa bayi-bayi yang tidak mengalami sedasi mengikuti suatu pola perilaku prefeeding yang dapat diprediksi. Apabila bayi dibiarkan tengkurap di perut ibu, selama beberapa waktu bayi akan diam saja tetapi tetap waspada melihat kesekelilingnya.
- e. Setelah 12-44 menit bayi akan mulai bergerak dengan menendang, menggerakkan kaki, bahu dan lengannya. Stimulasi ini akan membantu uterus untuk berkontraksi. Meskipun kemampuan melihatnya terbatas, bayi dapat melihat areola mammae yang berwarna lebih gelap dan bergerak menuju ke sana. Bayi akan membentur-benturkan kepalanya ke dada ibu. Ini merupakan stimulasi yang menyerupai pijatan pada payudara ibu.
- f. Bayi kemudian mencapai puting dengan mengandalkan indera penciuman dan dipandu oleh bau pada kedua tangannya. Bayi akan mengangkat kepala, mulai mengulum puting, dan mulai menyusu. Hal tersebut dapat tercapai antara 27-71 menit.
- g. Pada saat bayi siap untuk menyusu, menyusu pertama berlangsung sebentar, sekitar 15 menit, dan setelah selesai, selama 2-2,5 jam berikutnya tidak ada keinginan bayi untuk menyusu. Selama menyusu bayi akan mengkoordinasi gerakan menghisap, menelan, dan bernapas.
- h. Setelah usai tindakan inisiasi menyusu dini ini, baru tindakan asuhan keperawatan seperti menimbang, pemeriksaan antropometri lainnya, penyuntikkan vitamin K1, dan pengoleskan salep pada mata bayi dapat dilakukan.
- i. Tunda memandikan bayi paling kurang 6 jam setelah lahir atau pada hari berikut.

- j. Bayi tetap berada dalam jangkauan ibunya agar dapat disusukan sesuai keinginan bayi (rooming in/rawat gabung). (IDAI, 2013a)

1 Jam Keajaiban Inisiasi Menyusui Dini (IMD)



Sumber: (Ayu Pratiwi, 2015)

4. ASI Eksklusif

ASI Eksklusif yaitu ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain. (RI, 2012)

Air Susu Ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam-garam anorganik yang sekresi oleh kelenjar mammae ibu, yang berguna sebagai makanan bagi bayinya. Pengertian ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan. Bahkan air putih tidak diberikan dalam tahap ASI eksklusif ini. ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik

pada bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama. ASI merupakan makanan alamiah yang pertama dan utama bagi bayi sehingga dapat mencapai tumbuh kembang yang optimal. Pada tahun 2001 WHO menyatakan bahwa ASI eksklusif selama enam bulan pertama hidup bayi adalah yang terbaik.

WHO dan UNICEF merekomendasikan untuk memulai dan mencapai ASI eksklusif yaitu dengan menyusui dalam satu jam setelah kelahiran melalui IMD. Menyusui secara eksklusif, (Wahyuningsih, 2018)

5. Kebutuhan Nutrisi

Banyak bukti ilmiah yang memperlihatkan bahwa ASI yang diberikan secara eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan dapat mencukupi kebutuhan nutrisi bayi untuk tumbuh dan berkembang. Beberapa contoh diantaranya, kolostrum (ASI pada hari 1-5) kaya protein, laktosa ASI sebagai sumber karbohidrat diserap lebih baik dibanding yang terdapat di dalam susu formula.

Komposisi protein yang lebih banyak whey sehingga lebih mudah diserap oleh usus bayi. Beberapa asam amino dan nukleotida yang berperan pada perkembangan jaringan otak, saraf, kematangan usus, penyerapan besi, dan daya tahan tubuh berada dalam jumlah yang lebih besar dibanding dalam susu formula.

Lemak dalam ASI selain jumlahnya lebih besar, profilnya juga berbeda dibanding lemak di dalam susu formula. Lemak juga diperlukan untuk pertumbuhan jaringan saraf dan retina mata. Disamping itu, ASI juga kaya akan vitamin dan mineral yang sangat berguna untuk pembentukan sel dan jaringan.

Yang perlu dipahami dalam pemberian ASI adalah produksi ASI yang tidak selalu sama setiap harinya; yaitu antara 450 - 1200 ml per hari, sehingga bila dalam 1 hari dirasakan produksinya berkurang, maka belum tentu akan begitu seterusnya. Bahkan pada 1-2 hari kemudian

jumlahnya akan melebihi rata-rata sehingga secara kumulatif akan mencukupi kebutuhan bayi. (IDAI, 2013b)

6. Manfaat ASI

ASI bermanfaat tidak hanya untuk bayi saja, tetapi juga untuk ibu, keluarga dan negara

a. Manfaat ASI untuk bayi:

- 1) Nutrien (zat gizi) yang sesuai untuk bayi ASI mengandung nutrien yang sesuai dan sangat bermanfaat untuk bayi
- 2) Mengandung zat protektif
- 3) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan
- 4) Menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan yang baik
- 5) Mengurangi kejadian karies dentis

b. Manfaat ASI untuk ibu:

- 1) Aspek kesehatan ibu
- 2) Aspek keluarga berencana
- 3) Aspek psikologis
- 4) Aspek kemudahan

c. Manfaat ASI untuk negara

- 1) Menurunkan angka kesakitan dan kematian anak
- 2) Mengurangi subsidi untuk rumah sakit
- 3) Mengurangi devisa untuk membeli susu formula
- 4) Meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa

7. Peran tenaga Kesehatan dalam mendukung IMD dan ASI Eksklusif

Keberhasilan menyusui seorang ibu tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Selain keluarga terdekat seperti suami dan orang-orang yang tinggal satu rumah dengan ibu, dukungan keberhasilan juga diperlukan dari tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan bahkan hingga kebijakan yang berlaku mengenai dukungan menyusui.

Dukungan dapat diberikan sejak ibu hamil hingga saat melahirkan dan bahkan hingga ibu telah pulang dari fasilitas kesehatan. Tentunya hal ini membutuhkan tenaga kesehatan yang memahami bagaimana cara memberikan

dukungan sehingga ibu dapat berhasil menyusui sesuai rekomendasi. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

8. Sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui (10 LMKM)

Prosedur Manajemen Kritis:

- a. (a1) Mematuhi sepenuhnya Kode Internasional pemasaran pengganti ASI dan resolusi WHA yang relevan.
(a2) Memiliki kebijakan pemberian makan bayi tertulis yang secara rutin dikomunikasikan kepada staf dan orang tua.
(a3) Membuat sistem pemantauan dan manajemen data yang berkelanjutan.
- b. Pastikan bahwa staf memiliki pengetahuan, kompetensi dan keterampilan yang memadai untuk mendukung pemberian ASI.
- c. Diskusikan pentingnya menyusui dan persiapannya dengan ibu hamil dan keluarga.
- d. Memfasilitasi kontak kulit-ke-kulit langsung dan tanpa gangguan, untuk mendukung ibu mulai menyusui sesegera mungkin setelah bayi lahir.
- e. Dukung ibu untuk memulai dan mempertahankan menyusui serta menangani kesulitan umum.
- f. Jangan berikan makanan atau cairan apa pun selain ASI kepada bayi baru lahir yang disusui kecuali ada indikasi medis.
- g. Memungkinkan ibu dan bayinya untuk tetap bersama dan mempraktikkan rawat gabung selama 24 jam sehari.
- h. Dukung ibu mengenali dan menanggapi isyarat bayi menyusui.
- i. Beri nasihat kepada ibu tentang penggunaan dan risiko botol-dot dan empeng.
- j. Koodinasikan pemulangan sehingga orang tua dan bayinya memiliki akses tepat waktu ke dukungan dan

perawatan yang berkelanjutan. (Kementerian
Kesehatan Republik Indonesia, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu Pratiwi. (2015). *Tahapan IMD pada kelahiran normal*.
<https://x.com/drtiwi/status/617494955943030784>
- IDAI. (2013a). *Inisiasi Menyusu Dini*.
<https://www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/inisiasi-menyusu-dini>
- IDAI. (2013b). *Mengapa ASI Eksklusif sangat dianjurkan pada usia di bawah 6 bulan*.
<https://www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/mengapa-asi-eksklusif-sangat-dianjurkan-pada-usia-di-bawah-6-bulan>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pelatihan, Modul Konseling, Pelatih Ri, Kemenkes*.
- Roesli, U. (2008). *Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif* (Yuni Harlinawati (ed.); 2nd ed.). Pustaka Bunda.
- Wahyuningsih, H. P. (2018). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui* (1st ed.). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BIODATA PENULIS



Subriah, S.ST., M.Kes. lahir di Polmas, 17 Juni 1975. Penulis memiliki minat yang mendalam dalam bidang kesehatan dan telah menempuh pendidikan di berbagai institusi, antara lain Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Depkes Ujung Pandang, Program Pendidikan Bidan (PPB) Depkes Ujung Pandang, Akademi Kebidanan Makassar, DIV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Makassar, S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia, dan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Riwayat Pekerjaan: Tahun 1994-1997 Bertugas sebagai Bidan PTT di Kabupaten Polmas, tahun 2001 mengabdikan diri di Klinik Bersalin Dian Fatmawati Kabupaten Sidrap, tahun 2002 mulai mengabdikan di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Makassar, dan pada tahun 2016 hingga saat ini sebagai Dosen Tetap Pada Jurusan yang sama.

Motto: "Whoever strives, succeeds."
(Man jadda wa jada)

BAB 11

Pemantauan Tumbuh Kembang Anak

*Mery Sambo, Ns., M.Kep *

A. Pendahuluan

Pertumbuhan dan perkembangan anak merupakan proses yang kompleks dan berkesinambungan yang mencakup aspek fisik, motorik, kognitif, bahasa, sosial, dan emosional. Pertumbuhan merujuk pada peningkatan ukuran fisik anak seperti tinggi badan, berat badan, sedangkan perkembangan berkaitan dengan kematangan fungsi organ dan kemampuan anak dalam berbagai aspek seperti motorik dan kognitif (Soetiningih, 2013).

Pemantauan tumbuh kembang sangat penting dilakukan sejak dini untuk mendeteksi secara cepat adanya penyimpangan atau gangguan yang dapat berdampak pada kualitas hidup anak di masa mendatang. Pemantauan secara berkala memungkinkan intervensi dini yang efektif, baik oleh orang tua, tenaga kesehatan, maupun pendidik anak usia dini (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Studi yang dilakukan oleh Sumarjono et al., 2019 menekankan bahwa pemantauan tumbuh kembang yang dilakukan secara rutin memiliki peranan yang sangat penting dalam pencegahan stunting pada balita. Pemantaun pertumbuhan yang optimal meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, pencatatan, serta tindak lanjut yang sesuai. Jika dilakukan sesuai prosedur permasalahan pertumbuhan dan perkembangan dapat lebih awal diketahui dan ditanggulangi. Studi lain oleh Fentiana et al., 2022 menunjukkan bahwa anak usia 0-23 bulan yang tidak dipantau pertumbuhannya memiliki peluang 1,32 kali lebih besar

dibandingkan dengan anak yang dipantau pertumbuhannya. Sarkar & Mani (2020) dalam studinya juga menunjukkan bahwa pemantauan rutin di posyandu dapat mengurangi risiko stunting melalui deteksi awal gangguan pertumbuhan.

Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak, memerlukan teknik, alat, standar/referensi, interpretasi dan waktu yang tepat. *World Health Organisation* (WHO) dan *United Nations Children's Fund* (UNICEF) merekomendasikan penggunaan alat pemantauan standar seperti *growth chart*, *developmental screening tools* untuk menilai kemajuan pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan usia dan tahapan yang seharusnya dicapai (WHO, 2006; UNICEF, 2021). Di Indonesia, pemantauan tumbuh kembang anak diintegrasikan melalui Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA), Kartu Menuju Sehat (KMS), serta Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) yang digunakan di fasilitas kesehatan primer seperti posyandu dan puskesmas (Kemenkes RI, 2020).

B. Tujuan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan

1. Pengertian pertumbuhan dan perkembangan
Pertumbuhan (*growth*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, organ maupun individu. Sedangkan perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan (Soetjiningsih, 2013)
2. Tujuan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan
 - a. Mendeteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan
 - 1) Mendeteksi masalah seperti stunting, gizi kurang, obesitas, keterlambatan bicara atau gangguan motorik sejak dini
 - 2) Memberikan kesempatan untuk intervensi lebih awal

- b. Mengukur dan memantau pertumbuhan fisik
 - 1) mengevaluasi pertambahan berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala sesuai dengan standar pertumbuhan
 - 2) menilai status gizi anak (normal, gizi kurang dan obesitas)
- c. Mengevaluasi perkembangan psikososial, kognitif dan motorik
 - 1) Memastikan anak mencapai tonggak perkembangan (*milestone*) sesuai usia
 - 2) mengidentifikasi potensi masalah perkembangan agar dapat segera diberikan stimulasi atau terapi yang diperlukan.
- d. Memberikan edukasi dan konseling bagi orang tua.
 - 1) memberikan informasi kepada orang tua tentang pola asuh, nutrisi, dan stimulasi yang tepat sesuai tahap perkembangan anak.
 - 2) meningkatkan kesadaran orang tua terhadap pentingnya pemantauan tumbuh kembang.

C. Aspek yang dipantau dalam pertumbuhan dan perkembangan

- 1. Pertumbuhan fisik, pemantauan dilakukan dengan melakukan pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkaran kepala dan status gizi
- 2. Perkembangan motorik dapat dibedakan menjadi motorik kasar dan motorik halus.
 - a. Motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak dalam melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, merangkak, berdiri, berlari dan melompat.
 - b. Motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti kemampuan

menggenggam, memindahkan benda, menulis dan menggambar.

3. Kemampuan bicara dan bahasa adalah kemampuan yang berhubungan dengan skill memberikan respon terhadap suara, berbicara, berkomunikasi dan mengikuti perintah
4. Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampnan kemandirian anak, bersosilisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya. (Kemenkes RI, 2014)

D. Metode Pemantauan

Beberapa metode pemantauan yang dapat digunakan:

1. Kartu Menuju Sehat (KMS)

KMS digunakan untuk memantau pertumbuhan fisik anak, terutama berat badan dan tinggi badan berdasarkan umur. Aspek yang dinilai berat badan/usia (BB/U), tinggi badan/usia (TB/U), berat badan/tinggi badan (BB/TB) (Kemenkes RI, 2020)

2. Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA)

Buku KIA adalah alat pemantauan untuk mencatat perkembangan anak secara menyeluruh meliputi imunisasi, tumbuh kembang, pemberian ASI, MP-ASI, penyakit (Kemenkes RI, 2020)

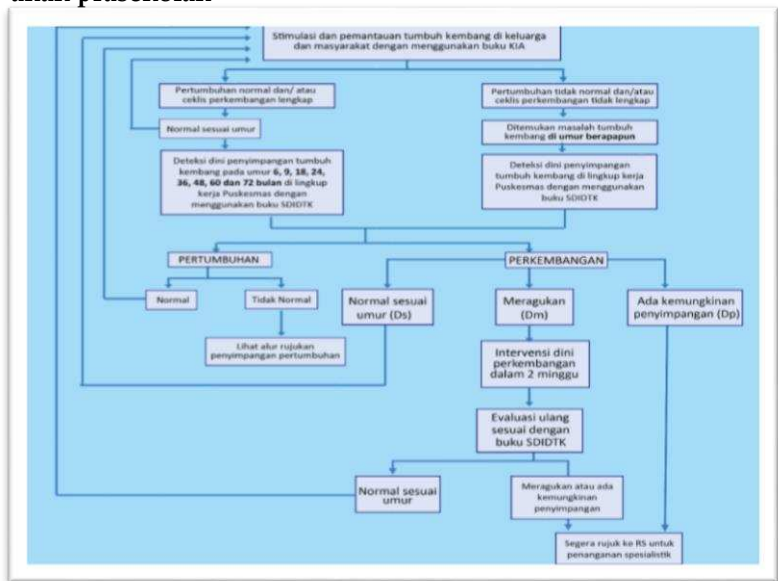
3. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)

KPSP adalah alat skrining perkembangan anak berdasarkan umur, digunakan untuk mengetahui apakah perkembangan anak sesuai, meragukan, atau perlu dirujuk. Penilaian dilakuakn terhadap perkembangan motorik halus, motorik kasar, bahasa serta personal sosial (kemenkes RI, 2022)

4. Denver Development Screening Test II (DDST)

DDST adalah alat skrining perkembangan anak usia 0-6 tahun yang mencakup empat domain perkembangan yaitu, personal sosial, motoric halus, motoric kasar, dan Bahasa (Frankenburg, et al, 1992).

E. Kerangka konsep pemantauan tumbuh kembang balita dan anak prasekolah



Gambar 1. Kerangka konsep pemantauan tumbuh kembang balita dan anak

Sumber : Kemenkes RI, 2022

F. Jadwal dan jenis deteksi dini tumbuh kembang anak

Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan buku KIA.

Tabel 1. Tabel jadwal pemantauan pertumbuhan

| Umur (bulan) | Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan | | | | | | |
|--------------|---------------------------------------|-------------------|-------|-------|------------------|--------|----|
| | Weight increment * | Length increment* | BB/ U | TB/ U | BB/PB atau BB/TB | IMT /U | LK |
| 6 bulan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| 9 bulan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| 18 bulan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| 24 bulan | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| 36 bulan | | | √ | √ | √ | √ | √ |
| 48 bulan | | | √ | √ | √ | √ | √ |

| | | | | | | | |
|----------|--|--|---|---|---|---|---|
| 60 bulan | | | √ | √ | √ | √ | √ |
| 72 bulan | | | √ | √ | √ | √ | √ |

Tabel 2. Tabel jadwal pemantauan perkembangan

| Umur (bulan) | Deteksi dini penyimpangan perkembangan | | | | Deteksi dini Penyimpangan perilaku emosional (dilakukan atas indikasi) | | |
|-----------------|--|-----|-------------------------|-----|--|-----------------|------|
| | KPSP | TDD | Pemeriksaan pupil putih | TDL | KMPE | M-CHAT revised* | GPPH |
| 6 bulan | √ | √ | √ | | | | |
| 9 bulan | √ | √ | √ | | | | |
| 18 bulan | √ | √ | √ | | | √ | |
| 24 bulan | √ | √ | √ | | | √ | |
| 36 bulan | √ | √ | √ | √ | √ | | √ |
| 48 bulan | √ | √ | | √ | √ | | √ |
| 60 bulan | √ | √ | | √ | √ | | √ |
| 72 bulan | √ | √ | | √ | √ | | √ |

G. Implementasi pemantauan pertumbuhan anak

1. Perhitungan umur pada *growt chart*
 - a. Menentukan usia dengan menanyakan tanggal lahir. Hingga umur 3 bulan, plotting pertumbuhan dengan menggunakan usia minggu penuh (*completed weeks*)
Contoh:
Anak lahir tanggal 25 Desember 2024 dan diperiksa tanggal 05 Februari 2025, maka umur saat ini adalah
Tanggal periksa : 05 02 2025
Tanggal lahir : 25 12 2024
Umur saat ini : 10 01 (1 bulan 10 hari, atau 5 minggu 3 hari di plotting di umur 5 minggu
Setelah umur 3 bulan, gunakan umur penuh (*completed months*).

- b. Bila anak berumur dibawah 2 tahun, tanyakan apakah anak lahir prematur (kurang dari 37 minggu), jika iya maka plotting pada growth chart menggunakan umur koreksi hingga umur 2 tahun. Perhitungan umur koreksi mengacu pada umur kehamilan 40 minggu.

Contoh: Seorang anak laki-laki usia 12 bulan dengan riwayat premature 32 minggu, maka perhitungan koreksinya adalah :

Umur koreksi : 12 bulan – (40-32 minggu)

12 bulan – 8 minggu (2 bulan)

10 bulan

2. Plotting pada *growth chart*

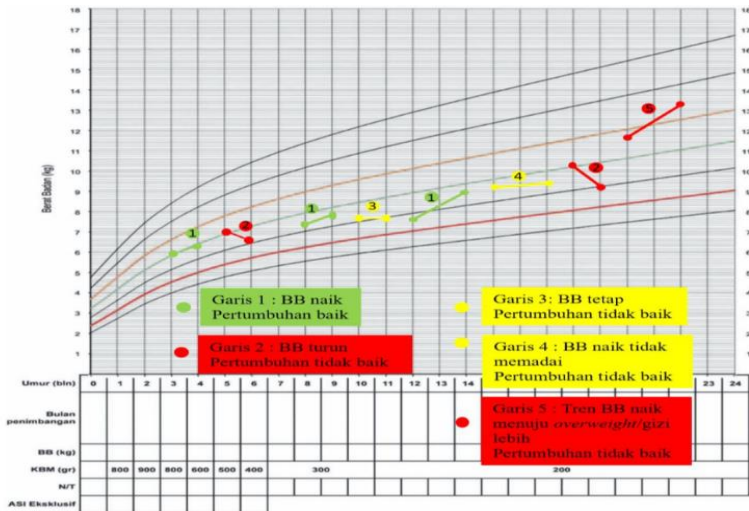
Terminologi yang ada pada *growth chart*, yaitu:

- a. Axis-x: garis referensi horizontal pada grafik. Pada beberapa axis-x (horizontal) menunjukkan umur atau panjang/tinggi badan. Plot pada axis-x sesuai dengan umur penuh (*completed age*) baik dalam minggu atau bulan. Pada grafik berat badan menurut tinggi badan atau berat badan menurut panjang badan, plot pada aksis-x menggunakan panjang/tinggi badan yang dibulatkan ke cm terdekat. Pada aksis-x dengan panjang/tinggi badan akan dibutuhkan pembulatan 0,1-0,4 cm ke cm di bawahnya, dan pada 0,5-0,9 akan dibulatkan ke cm di atasnya.
- b. Axis-y: garis referensi vertikal pada bagian sebelah kiri grafik. Pada *growth chart* axis-y menunjukkan panjang badan, berat badan, atau IMT. Plotkan titik sesuai data berat, panjang badan, atau BMI setepat mungkin.
- c. Titik plot: titik pada grafik dimana point/titik tersebut merupakan perpotongan antar garis yang ditarik dari perhitungan di axis-x dan di axis-y.

3. Penilaian pertumbuhan anak

Penilaian kenaikan berat badan menggunakan grafik BB/U dan tabel kenaikan berat badan (*weight increment*). Penilaian kenaikan berat badan dilakukan bilat ren kenaikan berat badan mendatar (garis pertumbuhan 3)

atau tidak mengikuti garis pertumbuhan (garis pertumbuhan 4)



Gambar 2 : Intrepretasi grafik berat badan menurut umur pada buku KIA

Tabel 3 Algoritme pertumbuhan anak umur 0-24 bulan

| <ol style="list-style-type: none"> Hitung umur anak sesuai ketentuan Ukur berat dan panjang badan dengan cara yang tepat Lihat tren pertumbuhan pada growth chart (Gambar 5.10) dan klasifikasikan Jika masuk dalam klasifikasi kuning (tren pertumbuhan mendatar atau tidak mengikuti garis pertumbuhan) maka lanjutkan dengan menilai weight dan length increment | Hasil perhitungan kenaikan berat badan dan panjang badan | Tren pertumbuhan | Intervensi |
|---|--|--|---|
| | Tren IMT meningkat pada anak umur >7 bulan | Early adiposity rebound (kenaikan massa lemak tubuh dini) | <ul style="list-style-type: none"> Lakukan pemeriksaan adanya kemungkinan <i>red flags</i> atau penyakit penyerta Lakukan asuhan nutrisi pediatrik Evaluasi setelah 2 minggu, bila tetap atau tidak ada perbaikan, segera rujuk ke fasyankes yang lebih tinggi |
| | Garis pertumbuhan mengikuti tren yang sejajar dengan median dan Z-score atau kenaikan berat badan lebih dari persentil 5 standar weight increment (kenaikan berat badan) | Normal | <ul style="list-style-type: none"> Berikan pujian kepada ibu dan anak Berikan konseling pemberian makan anak |
| | Garis pertumbuhan: <ul style="list-style-type: none"> - Memotong salah satu Z-score - Mendatar | Pertumbuhan tidak baik | <ul style="list-style-type: none"> Lakukan pemeriksaan adanya kemungkinan <i>red flags</i> atau penyakit penyerta Lakukan asuhan nutrisi pediatrik Evaluasi setelah 2 minggu, bila tetap atau tidak ada perbaikan, segera rujuk ke fasyankes yang lebih tinggi |
| | Kurang dari standar kenaikan berat badan/weight increment (persentil 5) untuk umur 0-24 bulan | Risiko gagal tumbuh atau <i>at risk of failure to thrive</i> | <ul style="list-style-type: none"> Lakukan pemeriksaan adanya kemungkinan <i>red flags</i> atau penyakit penyerta Lakukan asuhan nutrisi pediatrik Evaluasi setelah 2 minggu, bila tetap atau tidak ada perbaikan, segera rujuk ke fasyankes yang lebih tinggi |
| | Kurang dari standar pertambahan panjang badan/length increment (persentil 5) untuk umur 0-24 bulan | Perlamatan pertumbuhan linear | <ul style="list-style-type: none"> Lakukan pemeriksaan adanya kemungkinan <i>red flags</i> atau penyakit penyerta Lakukan asuhan nutrisi pediatrik Evaluasi setelah 2 minggu, bila tetap atau tidak ada perbaikan, segera rujuk ke fasyankes yang lebih tinggi |
| | Garis pertumbuhan mengikuti atau memotong secara tajam *Jika pertumbuhan mengikuti karena catch up menuju median berarti baik | Pertumbuhan tidak baik | <ul style="list-style-type: none"> Segera rujuk ke RS |

4. Penilaian status gizi anak

- Penentuan status gizi anak berdasarkan indeks berat badan menurut panjang badan (BB/PB) atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) untuk anak umur 0-59 bulan

| <ol style="list-style-type: none"> Hitung usia anak sesuai ketentuan Ukur berat dan panjang atau tinggi badan dengan cara yang tepat Beri titik pada kurva berat badan, tinggi atau panjang badan Klasifikasikan status gizi anak | Hasil pengukuran Z-Score | Status gizi (BB/PB atau BB/TB) | Intervensi |
|---|----------------------------|--|--|
| | >+3 SD | Obesitas | Segera rujuk ke RS |
| | +2 SD sampai dengan +3 SD | Gizi lebih (<i>overweight</i>) | <ul style="list-style-type: none"> Asupan gizi disesuaikan dengan kebutuhan dan aktivitas anak Lakukan aktivitas fisik sesuai umur Evaluasi selama 2 minggu, bila tidak ada perbaikan segera rujuk |
| | +1 SD sampai dengan +2 SD | Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>) | <ul style="list-style-type: none"> Plot IMT/U untuk menegakkan diagnosis obesitas Tentukan penyebab Konseling gizi sesuai penyebab Evaluasi selama 2 minggu, bila tidak ada perbaikan segera rujuk |
| | -2 SD sampai dengan +1 SD | Gizi baik (<i>normal</i>) | Berikan pujian kepada ibu dan anak* |
| | -3 SD sampai dengan <-2 SD | Gizi kurang (<i>wasted</i>) | <ul style="list-style-type: none"> Tentukan penyebab utama gizi kurang Konseling gizi sesuai penyebab Evaluasi selama 2 minggu, bila tidak ada perbaikan segera rujuk |

- b. Penentuan status gizi anak berdasarkan indeks panjang atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U) untuk anak umur 0-72 bulan

| Ukur panjang atau tinggi badan anak, lalu plot pada grafik panjang atau tinggi badan menurut umur. Klasifikasikan status gizi: | Hasil pengukuran Z-Score | Status gizi (PB/U atau TB/U) | Intervensi |
|--|------------------------------|----------------------------------|---|
| | $>+3$ SD | Tinggi | Segera rujuk ke RS untuk mendapat penanganan dokter spesialis anak |
| | -2 SD sampai dengan $+3$ SD | Normal | Jadwalkan kunjungan berikutnya |
| | -3 SD sampai dengan <-2 SD | Pendek (stunted) | <ol style="list-style-type: none"> Umur <3 tahun: <ul style="list-style-type: none"> Segera rujuk ke RS Umur ≥ 3 tahun: <ul style="list-style-type: none"> Konfirmasi parameter status gizi yang lain (BB/U dan TB/PB atau BB/TB), MTBS, SDOOTK, Ruak KIA, KPSP Jika terdapat masalah (indikator antropometri tidak sesuai, masalah perkembangan, infeksi, tidak ada perubahan setelah dilakukan penatalaksanaan gizi standar, terdapat masalah hormonal, dll) maka segera rujuk ke RS |
| | <-3 SD | Sangat pendek (severely stunted) | Segera rujuk ke RS untuk mendapat penanganan dokter spesialis anak |

- c. Pada anak diatas 2 tahun dengan perawakan pendek atau sangat pendek dengan pertambahan panjang atau tinggi badan normal perlu dipikirkan variasi norma, sehingga perlu dipertimbangkan potensi genetik dengan melakukan perhitungan:

Laki-laki : $\frac{\text{tinggi badan ayah} + \text{tinggi badn ibu} + 13 \pm 8,5 \text{ cm}}{2}$

Perempuan : $\frac{\text{tinggi badan ayah} + \text{tinggi badan ibu} - 13 \pm 8,5 \text{ cm}}{2}$

DAFTAR PUSTAKA

- Fentiana, N., Tambunan, F., Ginting, D., Kesehatan, P. I., Husada, D., & Besar, J. (2022). Peran Pemantauan Pertumbuhan Dalam Upaya Pencegahan Stunting Anak 0-23 Bulan di Indonesia: Temuan Riskesdas 2013. In *Universitas Sari Mutiara Indonesia Jl.Kapten Muslim* (Issue 77). <https://jsemesta.iakmi.or.id/index.php/jm>
- Frankenburg, W. K., Dodds, J. B., Archer, P., Shapiro, H., & Bresnick, B. (1992). *Denver II: Developmental Screening Test Manual*. Denver: Denver Developmental Materials, Inc.)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 tentang pemantauan tumbuh kembang anak, bayi dan balita di posyandu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. Tersedia di <https://kesga.kemkes.go.id>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Petunjuk penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS)*. Retrieved from <https://www.kemkes.go.id>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman pelaksanaan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI.
- Sarkar, R., & Mani, S. (2020). Effect of Awareness Programme on Knowledge and Practice Regarding Birth Preparedness and Complication Readiness among Pregnant Women at Panchla Block, Howrah District. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 2(2), 127-140. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v2i2.100>
- Sumarjono, [Gizi, P., Temon, P., Dinas, I., Kabupaten, K., & Progo, K. (2019). *[Optimalisasi Pemantauan Pertumbuhan Sebagai Salah Satu Upaya Pencegahan Stunting Pada Anak Balita (0-2 tahun)]*.
- Soetjiningsih. (2013). *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: EGC.

- UNICEF. (2021). *Early Childhood Development Index 2030 (ECDI2030)*. Retrieved from <https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030/>
- World Health Organization. (2006). *Child growth standards*. Retrieved from <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>

BIODATA PENULIS



Mery Sambo, Ns., M.Kep lahir di Ledu-Ledu, 30 Mei 1981. Menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan Anak di FKMK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar Sulawesi Selatan. Email: mery24001@mail.unpad.ac.id

BAB 12

Stunting

Ria Setia Sari.,S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates (JME) pada tahun 2023 melaporkan angka stunting telah menunjukkan penurunan selama beberapa tahun terakhir. Pada tahun 2022, tercatat 148,1 juta anak di seluruh dunia mengalami stunting, yang setara dengan 22,3% dari total populasi seluruh anak yang berusia di bawah lima tahun. Hampir semua anak yang terkena dampaknya tinggal di Asia dengan jumlah 76,6 juta dengan presentase 52 % dari pangsa global dan Afrika dengan jumlah 63,1 juta dengan presentase 43 % dari pangsa global (UNISEF, 2023).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun (2023) mempublikasikan data dari Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) pada tahun 2022 mengindikasikan penurunan angka stunting di Indonesia dari tahun 2021 sebesar 24,4% menjadi tahun 2022 sebesar 21,6%, atau berkurang sebesar 2,8%. Meskipun demikian, persentase tersebut tetap melebihi ambang batas minimum yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), yaitu presentase kurang dari 20%. Pada tahun 2024, pemerintah Republik Indonesia menargetkan untuk menurunkan angka stunting menjadi 14% (SSGI, 2023).

Laporan Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) pada tahun 2022 bahwa Banten menempati peringkat ke 23 yaitu dengan presentase 20 % setelah Jawa Barat dengan presentase 20,2 %, dan pada tahun 2022 di wilayah Banten yang

terdata stunting berdasarkan kelompok umur yang tertinggi di umur 24-35 bulan dengan presentase 30,12%. Dengan rincian umur 0 bulan dengan presentase 6,95%, umur 0-5 bulan dengan presentase 7,97%, Umur 6-11 bulan dengan presentase 9,94%, umur 12-23 bulan dengan presentase 18,58%, umur 24-35 bulan dengan presentase 30,12%, umur 36-47 bulan dengan presentase 21,21%, dan umur 48-59 bulan dengan presentase 18,36%. Pada tahun 2022 di wilayah Kabupaten Tangerang yang mengalami stunting menempati peringkat ke 5 yaitu dengan presentase 21,1% setelah Kota Serang dengan presentase 23,8%, Dan yang paling tertinggi pertama di wilayah Banten ialah Kabupaten Pandeglang dengan presentase 29,4% (SSGI, 2023).

Berdasarkan penelitian sebelumnya dari data 130 balita di wilayah Puskesmas Saptosari, Desa Planjan, Kabupaten Gunung Kidul, Yogyakarta, sebanyak 58 balita ditemukan mengalami stunting. Sementara itu, kelompok biasa terdapat 72 balita lainnya (Amalia et al., 2021). Karena stunting merupakan fenomena yang umum terjadi di Indonesia dan ketidaktahuan orang tua dapat menurunkan kualitas gizi anak, yang pada gilirannya dapat menghambat pertumbuhan, para peneliti tertarik untuk menyelidiki apakah peningkatan kesadaran ibu tentang gizi seimbang untuk balita mereka yang mengalami stunting dapat memberikan manfaat (Darmini et al., 2022). Efek buruk yang terjadi apabila stunting tidak ditangani dalam waktu pendek dapat memberikan dampak negatif pada IQ, pertumbuhan fisik, perkembangan otak, serta menyebabkan masalah metabolisme tubuh (Astarani et al., 2020).

B. Konsep Stunting

1. Pengertian Stunting

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh seorang balita yang disebabkan oleh kekurangannya gizi kronis yang dapat menimbulkan tinggi badan dari pada rekan sebaya mereka. Meskipun defisiensi gizi dapat terjadi pada periode kehamilan dan dalam beberapa bulan awal setelah kelahiran, dampaknya tidak termanifestasikan hingga

anak mencapai usia dua tahun. Unsur utama yang berkontribusi terhadap pertumbuhan anak adalah kekurangan gizi pada ibu dan anak. Oleh sebab itu, stunting secara konsisten dihubungkan dengan defisiensi gizi jangka panjang pada populasi anak-anak. Dampaknya termasuk keterbatasan pertumbuhan linier serta penundaan maturasi neurokognitif, yang mungkin menghambat realisasi penuh potensi kognitif individu (Rahmawati., 2023).

2. Faktor-Faktor Penyebab Stunting

Faktor-faktor penyebab stunting yang telah diidentifikasi oleh (Maryati et al.,2023) antara lain:

- a. Nutrisi yang Tidak Memadai: Kekurangan gizi merupakan faktor utama yang menyebabkan stunting. Ini bisa disebabkan oleh kurangnya asupan nutrisi yang mencukupi, terutama protein, energi, zat besi, dan vitamin A.
- b. Pemberian ASI Eksklusif: Nutrisi dalam ASI sangat penting untuk perkembangan dan pertumbuhan anak. Peningkatan risiko stunting dapat terjadi akibat tidak memberikan ASI eksklusif selama enam bulan pertama masa bayi.
- c. Berat Badan Lahir Rendah: Stunting lebih mungkin terjadi pada bayi dengan berat badan lahir yang rendah (BBLR). Masalah kesehatan ibu atau nutrisi yang tidak memadai selama kehamilan sering dikaitkan dengan hal ini.
- d. Gangguan infeksi: Pertumbuhan, nafsu makan, dan kemampuan anak untuk menyerap nutrisi dapat dipengaruhi oleh Riwayat infeksi sebelumnya, seperti infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dan diare.
- e. Kondisi Ekonomi Keluarga: Famili dengan status ekonomi yang terklasifikasikan sebagai rendah secara rutin menemui keterbatasan dalam akses terhadap sumber pangan yang kaya nutrisi, pelayanan kesehatan yang memadai, dan lingkungan yang

mendukung kesehatan, semua aspek tersebut diyakini berperan signifikan dalam meningkatkan risiko terjadinya stunting.

- f. Pendidikan Orang Tua: Tingkat pendidikan yang diperoleh oleh orang tua juga menampilkan dampaknya dalam pembentukan pengetahuan mereka terkait aspek-aspek perawatan dan nutrisi yang diperlukan bagi anak.
- g. Gender: Penelitian ilmiah mendemonstrasikan kecenderungan lebih tingginya prevalensi stunting pada anak perempuan dari pada anak laki-laki, suatu fenomena yang dapat dipengaruhi oleh beragam faktor, baik yang bersifat sosial maupun biologis.

3. Dampak Stunting

Keterbelakangan pertumbuhan (stunting) memberikan dampak signifikan baik jangka waktu yang pendek ataupun dalam jangka waktu panjang. Secara sementara, stunting dapat menghasilkan gangguan dalam metabolisme tubuh, pembatasan pertumbuhan fisik, gangguan perkembangan otak, serta penurunan tingkat kecerdasan intelektual (IQ). Di sisi lain, dalam perspektif yang lebih jauh, stunting dapat mengakibatkan penurunan kekebalan tubuh, penurunan fungsi kognitif, dan penurunan dalam pencapaian akademik. Semua implikasi ini dapat meningkatkan rentan anak-anak terhadap berbagai penyakit serta menempatkan mereka pada risiko yang lebih tinggi terhadap kondisi kesehatan yang serius, seperti diabetes, obesitas, penyakit kardiovaskular, stroke, kanker, dan disabilitas pada usia tua (Rahmawati., 2023).

4. Pemberian Gizi Seimbang Pada anak Stunting

a. Gizi Seimbang

Gizi seimbang adalah pola makan sehari-hari yang menyediakan nutrisi yang diperlukan tubuh dalam jumlah yang tepat. Hal ini juga menekankan pentingnya menerapkan pola makan yang beragam,

melakukan aktivitas fisik, menerapkan gaya hidup sehat, dan memantau berat badan secara teratur untuk secara proaktif mengatasi potensi masalah gizi. Pendekatan nutrisi yang komprehensif ini umumnya dikenal sebagai nutrisi seimbang (PMK No 41, 2014).

Gizi seimbang merupakan komposisi dari pilihan menu harian yang mempertimbangkan prinsip-prinsip keberagaman serta variasi jenis makanan, yang mencakup aspek-aspek zat gizi yang berada didalam takaran dan kuantitas yang sejalan dengan keperluan fisiologis tubuh manusia (Septiana et al., 2023).



Gambar 1 Tumpeng Gizi Seimbang
Sumber : PMK no 41 tahun (2014)



Gambar 2 Piring Makanku

Sumber : PMK no 41 tahun (2014)

5. Pemberian Gizi Seimbang

Menurut PMK no 41 tahun (2014) dikelompokkan menjadi beberapa antara lain:

a. Gizi Seimbang untuk bayi usia 0-6 bulan

Dalam rentang waktu yang meliputi fase neonatal sampai bayi berusia enam bulan, air susu ibu (ASI) dianggap sebagai sumber nutrisi terbaik dalam memenuhi kebutuhan gizi bayi secara holistik. Keunggulan utama ASI terletak pada ketersediaannya yang luas, keaslian komposisi nutrisinya, serta kemampuannya untuk menyediakan semua zat gizi yang diperlukan oleh bayi dalam jangka waktu enam bulan pertama kehidupannya, sejalan dengan perkembangan sistem pencernaan yang sedang berlangsung pada masa tersebut. Akibatnya, disarankan dengan tegas bahwa praktik menyusui secara eksklusif harus dijunjung tinggi, di mana bayi hanya diberikan ASI sebagai satu-satunya sumber nutrisi hingga mencapai usia enam bulan. Sumber gizi

yang paling seimbang adalah ASI bagi bayi usia 0-6 bulan. ASI menyediakan semua nutrisi yang diperlukan bayi selama tahap perkembangan kritis ini, karena ASI dirancang khusus untuk memenuhi kebutuhan sistem pencernaannya. Selain hemat biaya, ASI juga merupakan pilihan makanan bayi yang aman dan bersih, jadi ASI harus diberikan sepenuhnya kepada bayi hingga ia mencapai usia 6 bulan, artinya mereka hanya mengandalkan ASI selama periode tersebut.

b. Gizi Seimbang untuk bayi dan anak usia 6-24 bulan

Dalam konteks peningkatan kecukupan nutrisi yang meningkat pada bayi dan anak-anak berusia antara 6 hingga 24 bulan, penting untuk diakui bahwa air susu ibu (ASI) tidak lagi memberikan kontribusi yang memadai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang semakin bertambah tersebut. Perkembangan dan pertumbuhan yang cepat pada fase ini, bersamaan dengan potensi paparan infeksi serta aktivitas fisik yang tinggi, menuntut sebuah asupan gizi yang seimbang. Oleh karena itu, meskipun pemberian ASI tetap disarankan pemanjahan makanan pendamping ASI (MP-ASI) sampai usia balita dua tahun menjadi suatu keharusan untuk memastikan pencapaian gizi yang optimal. Proses pemberian makanan pendamping ini dimulai sejak usia enam bulan, di mana makanan yang awalnya disajikan dalam bentuk halus dan lembut, kemudian bervariasi dan semakin menyesuaikan dengan makanan keluarga ketika bayi mendekati usia satu tahun. Pada periode perkembangan bayi berusia antara 6 dan 24 bulan, proses diversifikasi konsumsi makanan menjadi semakin penting. Ini mencakup pengenalan bertahap terhadap macam-macam jenis makanan, termasuk sayuran, buah-buahan, serta protein nabati dan protein hewani, bersama dengan sumber energi dasar

yang memadai. Selain itu, peningkatan jumlah makanan tersebut harus dilakukan secara bertahap dan proporsional, dengan memperhatikan keseimbangan gizi dan menghindari pemberian dalam jumlah yang berlebihan.

c. Gizi Seimbang untuk anak usia 2-5 tahun

Dalam konteks evolusi yang cepat dan aktivitas yang semakin meningkat, anak-anak berusia 2 tahun sampai 5 tahun menunjukkan kebutuhan nutrisi yang lebih mendesak. Tidak hanya itu, pada periode ini, mereka juga mulai menunjukkan preferensi makanan yang tersendiri, termasuk dalam hal camilan. Karena itu, para orang tua atau pengasuh diharapkan untuk memberikan perhatian ekstra terhadap aspek kuantitas dan variasi makanan, dengan fokus khusus pada pemberdayaan anak-anak dalam memilih makanan yang kaya gizi dan seimbang. Terlebih lagi, mengingat anak-anak pada rentang usia ini cenderung sering beraktivitas di luar rumah, meningkatkan risiko mereka terhadap penyakit menular. Oleh karena itu, adalah penting untuk mendorong gaya hidup bersih guna mencegah penyebaran penyakit di kalangan mereka.

6. Hasil Penelitian yang Relevan dengan Stunting

Tabel 1. Hasil Penelitian Terkait stunting

| No. | Nama Peneliti | Judul Penelitian | Metode Penelitian | Hasil Penelitian |
|-----|----------------------------|---|--|---|
| 1. | (Motebejan a et al., 2022) | <i>Nutrition Knowledge of Caregivers Influence s Feeding Practices and Nutritional Status of Children 2 to 5 Years Old in Sekhukhune District, South Africa</i> | <i>A cross-sectional survey was conducted in 120 caregiver-child pairs. A validated questionnaire was used to collect caregivers' nutrition knowledge and feeding practices.</i> | <i>The investigation's conclusions show that the caregivers' understanding of nutrition principles and their use of feeding methods did not meet the desired standards.</i> |
| 2. | (Elfeshawy et al., 2022) | <i>The effect of Mothers' Nutritional education based on health belief model to prevent stunting among young children</i> | <i>A quasi-experimental research design was used.</i> | <i>The findings derived from this study delineate substantial variances in maternal cognizance, enacted behaviors, and their adherence to the health belief model.</i> |

| | | | | |
|----|--------------------------|---|---|---|
| 3. | (Nyamasege et al., 2021) | <i>Effect of maternal nutritional education and counselling on children's stunting prevalence in urban informal settlements in Nairobi, Kenya</i> | <i>This was a follow-up study of mother-child Pairs who participated in a 2012–2015 Cluster randomised Controlled trial. Linear mixed Effects models were performed to model the children's linear growth and identify the determinants of child linear growth.</i> | <i>The results of this investigation show that the application of home-based maternal nutrition education and counseling (NEC) has led to a decrease in the percentage of children under five who are stunted. Nevertheless, the enduring advantages of this intervention on the developmental trajectory of children warrant further examination</i> |
| 4. | (Jardi et al., 2021) | <i>Nutrition Education Programs Aimed at African Mothers of Infant Children: A Systematic Review</i> | <i>A bibliographic Search was carried out in the PubMed database for clinical trials between November 2012 and 2021. The studies should contain educational programs to evaluate the impact on the infant's nutritional indicators in children under 5 years.</i> | <i>The findings derived from this study demonstrate that initiatives embracing Strategies outlined National agricultural Policies or Integrating nutritional supplementation interventions superior efficacy in ameliorating malnutrition.</i> |
| 5. | (Shaban et al., 2021) | <i>Educational Program for Pregnant Women About Nutritional Stunting Among Children Under Two Years Old</i> | <i>Quasi-experimental research design.</i> | <i>The findings of this study elucidate that the implementation of a health education initiative yielded a substantial impact on augmenting the Cognitive understanding and documented nurturing behaviors maternal caregivers concerning their offspring.</i> |

| | | | | |
|----|----------------------|---|---|--|
| 6. | (Saaka et al., 2021) | <i>Effect of nutrition behaviour change communication delivered through radio on mothers' nutritional knowledge, child feeding</i> | <i>We used a two-arm, quasi-experimental, non-equivalent comparison group design with pre and post observations evaluate intervention.</i> | <i>The findings Investigation elucidate that the dissemination of information nutrition and preventable health concerns via radio broadcasts engendered an augmentation in maternal comprehension nutritional principles and diversified the dietary intake of children. Such outcomes hold promise in fostering the optimal growth of provided there concomitant amelioration of obstacles like food insecurity and household socioeconomic constraints</i> |
| 7. | (Phyo & Aung, 2021) | <i>Mothers' Nutritional Knowledge, Self-efficacy, and Practice of Meal Preparation for School-age Children in Yangon, Myanmar Wut</i> | <i>This community-Based cross-Sectional analytical study was conducted on 367 mother-child Pairs (6-10 years). Significantly, systematic random sampling and structured questionnaires were utilized in this study.</i> | <i>The findings of this study indicate that enhancing</i> |
| 8. | (Ali, 2021) | <i>Current Status Of Malnutrition and Stunting in Pakistani Children: What Needs to Be Done?</i> | <i>It is therefore important initiate cost-effective multi-tiered intervention approaches to be implemented pre-conception, pregnancy and early postpartum</i> | <i>The findings of this investigation indicate that in order to address this issue,</i> |

| | | | | |
|-----|-----------------------|---|---|--|
| | | | <i>stages to prevent the problems of malnutrition and stunting Pakistani children.</i> | |
| 9. | (Muluye et al., 2020) | <i>Effect of maternal nutritional education and counselling on children's stunting prevalence in urban informal settlements in Nairobi, Kenya</i> | <i>An institution-based randomized control trial design was employed. Daycare centers were randomly allocated for the intervention group and the control group.</i> | <i>The findings of this study demonstrate that the application of nutrition education initiatives has yielded enhancements in the discernment and application of suitable complementary feeding practices among maternal caregivers. In light of these outcomes, it is advised that governmental bodies and affiliated stakeholders engaged in the pursuit of sustainable child nutrition amelioration prioritize the dissemination of nutrition education programs. Such endeavors should target the enhancement of maternal understanding and enactment of appropriate complementary feeding practices, extending their reach to encompass daycare facilities as well.</i> |
| 10. | (Farooq et al., 2019) | <i>The effects of mother education and intervening mechanisms on rural-urban</i> | <i>Analyses with binary logistic regression model were used to determine the effect of mother formal schooling on rural-urban infant</i> | <i>The results of this investigation indicate that moreover other avenues (financial, empowerment, and health-seeking), female education has demonstrated to be a</i> |

| | | | | |
|-----|--------------------------|---|--|--|
| | | <i>child stunting: evidence from Pakistan</i> | <i>stunting after controlling for other factors deeply linked to her schooling.</i> | <i>dependable predictor of improved living standards and has decreased chronic malnutrition.</i> |
| 11. | (Sefrina & Imanah, 2024) | Edukasi Nutrisi dan Pola Makan Anak Guna Peningkatan Pengetahuan Ibu Balita di Desa Wlahar, Kecamatan Adipala, Cilacap | Edukasi dilaksanakan dengan metode ceramah menggunakan media <i>booklet</i> . | Menurut temuan penelitian, 10% ibu memiliki sedikit informasi, 60% pengetahuan sedang, dan 30% pengetahuan yang kuat sebelum pengenalan pendidikan kesehatan. ibu dengan Pengetahuan sedang meningkat menjadi 55% |
| 12. | (Paridah et al., 2023) | Pengaruh Penyuluhan Gizi Seimbang Dan Sanitasi Terhadap Pengetahuan Ibu Balita Dalam Mencegah Stunting Di Wilayah Kerja Puskesmas Bone Pute | Penelitian ini menggunakan desain <i>pre experimental</i> dengan rancangan <i>one-group pre post test design</i> . | Berdasarkan hasil penelitian ini, ibu mengalami peningkatan pengetahuan tentang pencegahan stunting dengan nilai p-value 0,000 setelah mendapatkan pengetahuan tentang gizi seimbang dan kebersihan dengan teknik ceramah. Dalam area operasional Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Bone Pute, berlokasi di Kecamatan Burau, Kabupaten Luwu Timur, tercatat bahwa pemahaman ibu mengenai strategi pencegahan Stunting ternyata dipengaruhi oleh |

| | | | | |
|-----|--------------------------|--|---|---|
| | | | | upaya penyuluhan mengenai aspek gizi yang seimbang dan praktik kebersihan. |
| 13. | (Safitri et al., 2023) | Edukasi Gizi Melalui Media Buku Saku Terhadap Pengetahuan Ibu Di Kelurahan Krukut, Kota Depok | Edukasi dilakukan dengan metode ceramah menggunakan media buku saku. | Temuan Wilcoxon metodologi digunakan |
| 14. | (Khatimah & Avila, 2023) | Edukasi Gizi Yang Tepat Dalam Mencegah Stunting Dengan Menggunakan Media <i>Booklet</i> dan Poster | Edukasi dilaksanakan dengan metode ceramah menggunakan media <i>booklet</i> dan poster. | Temuan |
| 15. | (Suprpto, 2022) | Pengaruh Edukasi Media Kartun Terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu dan Status Gizi Anak | Penelitian ini menggunakan desain <i>Quasi-Experiment</i> dengan rancangan <i>pre test and post test design</i> | Berdasarkan hasil penelitian menunjukan nilai rata-rata pengetahuan sebelum pendidikan 14,69. Dalam pengukuran setelah pendidikan, nilai rata-rata adalah 17,94. Dengan mempertimbangkan hasil nilai uji statistik yang menunjukkan signifikansi pada tingkat signifikansi 0,000 yang kurang dari nilai |

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, A. (2021). Current Status of Malnutrition and Stunting in Pakistani Children: What Needs to Be Done? *Journal of the American College of Nutrition*, 40(2), 180–192. <https://doi.org/10.1080/07315724.2020.1750504>
- Amalia, I. D., Lubis, D. P. U., & Khoeriyah, S. M. (2021). Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Dengan Kejadian Stunting Pada Balita. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*, 12(2), 146–154. <https://doi.org/10.55426/jksi.v12i2.153>
- Darmini, N. W., Fitriana, L. B., & Vidayanti, V. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Seimbang Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 2-5 Tahun. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 10(2), 160. <https://doi.org/10.24843/coping.2022.v10.i02.p06>
- Elfeshawy, R., Ahmed El Sobky, F., Abdallah Mohamed Amer, S., & Hussin Ali Alzahrani, S. (2022). The effect of Mothers' Nutritional education based on health belief model to prevent stunting among young children. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(2), 886–895. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2022.236596>
- Farooq, M. U., Rafique, M. Z., & Shah, M. A. R. (2019). The effects of mother education and intervening mechanisms on rural-urban child stunting: evidence from Pakistan. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 10(0), 1–10. <https://doi.org/10.5123/s2176-6223201900044>
- Jardí, C., Casanova, B. D., & Arija, V. (2021). c of infant children: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14).
- Khatimah, N. H., & Avila, D. Z. (2023). Edukasi Gizi Yang Tepat Dalam Mencegah Stunting Dengan Menggunakan Media Booklet dan Poster. *BERNAS: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(4), 3491–3497.
- Maryati, I., Annisa, N., & Amira, I. (2023). Faktor Dominan terhadap Kejadian Stunting Balita. *Jurnal Obsesi : Jurnal*

- Pendidikan Anak Usia Dini*, 7(3), 2695–2707.
<https://doi.org/10.31004/obsesi.v7i3.4419>
- Motebejana, T. T., Nesamvuni, C. N., & Mbhenyane, X. (2022). Nutrition Knowledge of Caregivers Influences Feeding Practices and Nutritional Status of Children 2 to 5 Years Old in Sekhukhune District, South Africa. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 32(1), 103–116.
<https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i1.12>
- Muluye, S. D., Lemma, T. B., & Diddana, T. Z. (2020). Effects of Nutrition Education on Improving Knowledge and Practice of Complementary Feeding of Mothers with 6-to 23-Month-Old Children in Daycare Centers in Hawassa Town, Southern Ethiopia: An Institution-Based Randomized Control Trial. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/6571583>
- Nyamasege, C. K., Kimani-Murage, E. W., Wanjohi, M., Kaindi, D. W. M., & Wagatsuma, Y. (2021). Effect of maternal nutritional education and counselling on children's stunting prevalence in urban informal settlements in Nairobi, Kenya. *Public Health Nutrition*, 24(12), 3740–3752.
<https://doi.org/10.1017/S1368980020001962>
- Paridah, A., Yusriani, & Abd. Gafur. (2023). Pengaruh Penyuluhan Gizi Seimbang Dan Sanitasi Terhadap Pengetahuan Ibu Balita Dalam Mencegah Stunting Di Wilayah Kerja Puskesmas Bone Pute. *Window of Public Health Journal*, 4(3), 357–364.
<https://doi.org/10.33096/woph.v4i3.1052>
- Phyo, W. Y., & Aung, M. H. (2021). Mothers' Nutritional Knowledge, Self- efficacy, and Practice of Meal Preparation for School-age Children in Yangon, Myanmar. *Makara Journal of Health Research*, 25(1).
<https://doi.org/10.7454/msk.v25i1.1262>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2014) Nomor 41 tentang Pendoman Gizi Seimbang.

- Rahmawati, R. (2023). *Stunting* (A. Aini (ed.); 1st ed.). Mirra Buana Media.
- Rohayati, R., & Aprina, A. (2021). Pengaruh Penyuluhan Partisipatif untuk Meningkatkan Pengetahuan Ibu tentang Penerapan Gizi Seimbang dalam Penanggulangan Stunting. *Jurnal Kesehatan*, 12(2), 287. <https://doi.org/10.26630/jk.v12i2.2830>
- Saaka, M., Wemah, K., Kizito, F., & Hoeschle-Zeledon, I. (2021). Effect of nutrition behaviour change communication delivered through radio on mothers' nutritional knowledge, child feeding practices and growth. *Journal of Nutritional Science*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.1017/jns.2021.35>
- Sefrina, A., & Imanah, N., D., N. (2024). Edukasi Nutrisi dan Pola Makan Anak Guna Peningkatan Pengetahuan Ibu Balita di Desa Wlahar . 7(1), 40-48.
- Shaban, A., Ahmed, M., Hassanein, R., & ahmed, shaimaa. (2021). Educational program for pregnant women about nutritional stunting among children under two years old. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 9(27), 10-20. <https://doi.org/10.21608/asnj.2021.104905.1262>
- SSGI. (2023). Hasil Survei Status Gizi Indonesia. *Kementerian Kesehatan Republik*
- UNICEF. (2023). Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2023 edition. *World Health Organization*, 24(2), 32.

BIODATA PENULIS



Ns. Ria Setia Sari, S.Kep., M.Kep lahir di Sumatera selatan, 23 Maret 1989. Telah menyelesaikan studi S1 Keperawatan di Stikes Yatsi Tangerang, Profesi Ners di Stikes Yatsi Tangerang dan S2 di Universitas Muhamadiyah Jakarta Program Studi Keperawatan (2015-2017). Bekerja di Universitas Yatsi Madani sebagai dosen keperawatan Anak dan aktif dalam Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian masyarakat.

BAB 13

Perubahan Pola Konsumsi dan Transisi Epidemiologi

Nurmala Hayati Sihombing, SKM, M. Kes

A. Pendahuluan

Double Burden Malnutrition (DBM) atau beban ganda malnutrisi merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia, Beban ganda malnutrisi adalah gabungan antara kekurangan gizi (defisiensi mikronutrien, stunting dan wasting pada masa kanak-kanak) dan kelebihan berat badan, obesitas, serta penyakit tidak menular yang berhubungan dengan pola makan. DBM menyerang lebih dari 70% negara yang mana didominasi oleh negara-negara berpendapatan rendah dan menengah atau Low-and Middle-Income Countries /LMICs. Indonesia bahkan mengalami *Triple Burden Malnutrition* (TMB) atau tiga beban ganda masalah gizi yaitu gizi kurang (stunting, kurus), gizi lebih (overweight dan obesitas) dan spesifik defisiensi zat gizi (kekurangan vitamin A, anemia defisiensi besi) yang terjadi pada berbagai kelompok usia secara global dan berkontribusi terhadap timbulnya suatu penyakit. Beban TBM sering terjadi pada usia kritis seperti bayi baru lahir, balita, dan usia dewasa produktif.

Transisi gizi mengacu pada perubahan yang dialami masyarakat dalam hal kualitas dan kuantitas perilaku dan pola makan. Masyarakat diseluruh dunia ikut berubah. Perubahan-perubahan pola makan ini berjalan seiring dengan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan gaya hidup, seperti aktifitas fisik, lingkungan kerja, keluarga dan kesehatan umum serta kesejahteraan sosial ekonomi yang dapat mempengaruhi pengeluaran energi.sehingga mempengaruhi status kesehatan seseorang.

B. Pola Makan dan Transisi Epidemiologi

1. Pengertian Pola Makan

Pola makan adalah pemenuhan gizi dari makanan yang dikonsumsi berdasarkan jenis, jumlah dan jadwal makan. Pola makan bertujuan untuk mengatur jumlah dan jenis makanan dengan maksud tertentu seperti mempertahankan kesehatan, mencegah dan membantu kesembuhan penyakit, dan memperbaiki status gizi. Gizi yang optimal akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan fisik dan kecerdasan pada kelompok umur bayi dan anak-anak. Gizi yang baik akan menjaga berat badan ideal dan tidak mudah terkena penyakit infeksi, produktifitas meningkat, serta terlindungi dari penyakit kronis (Idris, 2022). Pola makan adalah perilaku paling penting yang dapat mempengaruhi status gizi. Hal ini disebabkan oleh kuantitas dan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan berpengaruh terhadap tubuh. Oleh karena itu, asupan nutrisi akan mempengaruhi kesehatan individu maupun masyarakat (Permenkes, 2019).

2. Model Pola Makan

Model pola makan yang dapat dijadikan sebagai panduan dalam memilih dan menetapkan makanan dari segi kuantitas dan kualitas dapat dilihat dari gambar “Isi Piringku” dan “Piramida/Tumpeng Gizi” (Permenkes, 2019).

Isi piringku adalah panduan makan sehat yang dapat dijadikan sebagai acuan untuk sekali makan. Pedoman ini terdiri atas lauk hewani, lauk nabati, buah-buahan, sayuran, dan makanan pokok yang dapat dikonsumsi oleh orang yang ingin menjaga berat badan yang sehat. Panduan isi piringku ini merupakan lanjutan dari panduan sebelumnya yaitu 4 sehat 5 sempurna. Isi Piringku merupakan panduan makan untuk sehari yang terdiri dari $\frac{2}{3}$ dari $\frac{1}{2}$ piring makanan pokok, $\frac{1}{3}$ dari

1/2 piring lauk pauk sumber protein hewani dan nabati,
1/3 dari 1/2 piring (Darni, 2020).



Gambar 1. Isi Piringku

Pedoman Gizi Seimbang Pedoman Gizi Seimbang di Indonesia berlaku sejak tahun 1955 merupakan pelaksanaan rekomendasi Konferensi Pangan Dunia di Roma 1992. Pedoman gizi seimbang dengan gambar 3 tumpeng gizi seimbang menggantikan slogan 4 sehat 5 sempurna. Pedoman ini dapat mengatasi masalah gizi yang ada di Indonesia.

Prinsip gizi seimbang mencakup 4 (empat) pilar yang merupakan serangkaian upaya keseimbangan asupan gizi yang masuk dan keluar yang digunakan untuk aktivitas. Empat pilar tersebut adalah:

- Mengonsumsi aneka ragam makanan
- Membiasakan hidup bersih dan sehat
- Melakukan aktifitas fisik
- Memantau berat badan secara teratur



Gambar 2. Tumpeng Gizi Seimbang

3. Pola Konsumsi Makan Pada Ibu Hamil dan Balita

Zat gizi yang optimal dalam kehamilan sangat penting untuk membatasi risiko komplikasi kehamilan untuk ibu dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Untuk mengatasi masalah, banyak negara telah mengembangkan tentang jumlah porsi harian kelompok makanan, dengan tujuan keseluruhan mempromosikan konsumsi jumlah nutrisi dan kalori yang memadai diperlukan untuk mendukung kehamilan yang sehat. Secara khusus, CFG merekomendasikan hamil itu wanita pada trimester kedua dan seterusnya mengonsumsi 2-3 porsi ekstra tambahan per hari salah satu kelompok makanan berikut: buah dan sayuran, biji-bijian, daging dan alternatif, atau susu dan-ibu menyusui. Di Indonesia, pedoman gizi untuk ibu hamil tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang. Gizi seimbang bagi ibu hamil diperlukan karena ibu hamil membutuhkan zat gizi yang lebih banyak dibandingkan dengan keadaan tidak hamil. Hal ini disebabkan karena selain untuk ibu, zat gizi dibutuhkan bagi janin. Janin tumbuh dengan mengambil zat-zat gizi dari makanan yang dikonsumsi oleh ibu dan dari simpanan zat gizi yang berada di dalam tubuh ibu.

Pedoman gizi untuk ibu hamil dari berbagai negara pada umumnya merekomendasikan:

- a. Biasakan mengonsumsi aneka ragam pangan yang lebih banyak. Ibu hamil perlu mengonsumsi aneka ragam pangan yang lebih banyak untuk memenuhi kebutuhan energi, protein dan zat gizi mikro (vitamin dan mineral untuk pemeliharaan, pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan serta cadangan selama masa menyusui. Zat gizi mikro penting yang diperlukan selama hamil adalah zat besi, asam folat, kalsium, yodium dan zink;
- b. Batasi mengonsumsi makanan yang mengandung garam tinggi;

- c. Minumlah air putih yang lebih banyak. Air merupakan cairan yang paling baik untuk hidrasi tubuh secara optimal. Air berfungsi membantu pencernaan, membuang racun, sebagai penyusun sel dan darah, mengatur keseimbangan asam basa tubuh, dan mengatur suhu tubuh. Kebutuhan air selama kehamilan meningkat agar dapat mendukung sirkulasi janin, produksi cairan amnion dan meningkatnya volume darah. Ibu hamil memerlukan asupan air minum sekitar 2-3 liter perhari (8-12 gelas sehari);
- d. Batasi minum kopi. Menurut British Medical Journal (2008) konsumsi kafein bagi ibu hamil tidak melebihi 100 mg/hari atau 1-2 cangkir kopi/hari, oleh karenanya dianjurkan kepada ibu hamil, selama kehamilan ibu harus bijak dalam mengonsumsi kopi sebagai sumber utama kafein, batasi dalam batas aman, yaitu paling banyak 2 cangkir kopi/hari atau hindari sama sekali.

Tabel 1. Takaran Makanan Konsumsi Sehari Pada Anak

| Kelompok umur | Jenis dan Jumlah Makanan | Jadwal / Frekuensi Makan |
|---------------|--|--------------------------|
| 0-6 bulan | ASI eksklusif | Sesering mungkin |
| 6-12 bulan | Makanan lembek | 2x sehari |
| | | 2x selingan |
| 1-3 tahun | Makanan keluarga: | 3x sehari |
| | 1-1 ½ piring nasi pengganti 2-3 potong lauk hewani | |
| | 1-2 potong lauk nabati | |
| | ½ mangkuk sayur 1 gelas susu | |

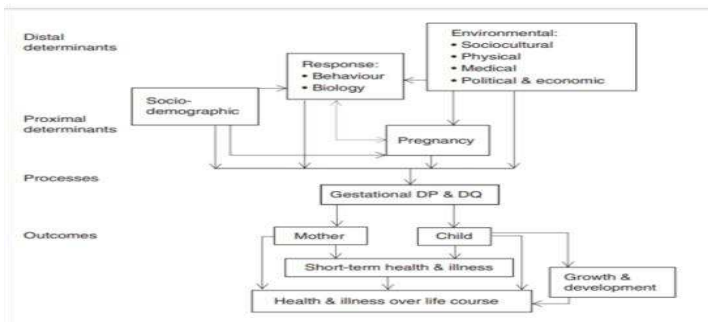
| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4-6 tahun | 1-3 piring nasi pengganti 2-3 potong lauk hewani 1-2 potong lauk nabati | 3x sehari |
| | 1-1½ mangkuk sayur, 1-2 gelas susu | |
| | 2-3 potong buah- buahan | |

4. Perubahan Pola Konsumsi Makan

Asupan energi dan zat gizi harus dapat mendukung pertumbuhan jaringan ibu dan janin dan menyimpan cadangan untuk masa laktasi. Zat gizi yang tidak memadai (defisit dan kelebihan) selama hamil menurut hipotesis Barker, konsekuensinya ditanggung oleh anak secara permanen, oleh sebab itu kehidupan selama kehamilan disebut sebagai periode kritis. Beberapa kajian epidemiologi menunjukkan bahwa kehamilan telah terbukti sebagai periode dengan potensi besar untuk berbagai perubahan kebiasaan makan. Tingginya kesadaran ibu hamil pada potensi ancaman terhadap kesehatan anak dapat memotivasi wanita untuk beradaptasi dengan perilaku makan sekaligus pemilihan zat gizinya.

Kualitas makanan dapat mencakup beberapa hal, yaitu tentang jumlahnya, proporsi, dan variasi, atau kombinasi yang berbeda dari makanan/minuman, zat gizi yang terdapat dalam diet, serta mencakup pula frekuensinya. Penilaian kualitas variasi dari seluruh diet dapat dilakukan untuk melihat asosiasi antara asupan makan dan status kesehatan. Tinjauan tentang efek pola makan selama kehamilan terhadap kesehatan dapat diidentifikasi melalui serangkaian hasil yang mengaitkan kesehatan ibu (misalnya infertilitas, diabetes mellitus gestasional dan gejala depresi) dan luarannya, yaitu anak-anak yang dilahirkan (misalnya. pertumbuhan janin, kelahiran prematur, dan risiko asma). Penilaian kualitas

makanan juga dikaitkan dengan kejadian pre-eklampsia dan pembatasan pertumbuhan janin. IUGR). Beberapa intervensi kesehatan masyarakat yang efektif diperlukan dengan mempertimbangkan pentingnya diet selama kehamilan serta meningkatkan kajian tentang faktor multi-determinan asupan makan selama kehamilan, menjelaskan bahwa pola makan (dietary pattern) dan kualitas makan (dietary quality) selama masa gestasi ditentukan oleh banyak faktor, baik yang faktor langsung (proximal determinants), maupun faktor tidak langsung (distal determinants). Hal tersebut dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 3. Konsep Multi Determinan Asupan Makanan pada Masa Kehamilan (Doyle et al, 2017)

5. Faktor Yang Memengaruhi Perubahan Pola Konsumsi Makan

Faktor yang mempengaruhi Perubahan Pola Konsumsi Makan pada anak balita :

a. Status Sosial Ekonomi

Ekonomi keluarga secara tidak langsung dapat mempengaruhi ketersediaan pangan. Pola konsumsi keluarga dapat berpengaruh terhadap intake gizi yang dapat menyebabkan tingkat konsumsi energi yang baik. Kemampuan ekonomi atau daya beli dari pendapatan keluarga merupakan faktor terpenting yang

mempengaruhi akses terhadap makana yang sehat dan bergizi (Idris, 2022).

b. Pendidikan

Pendidikan ibu dalam pemenuhan nutrisi akan menentukan kualitas gizi dari anak. Hal tersebut dapat berpengaruh pada pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan gizi. Tingkat pendidikan pada seseorang akan cenderung memilih dan menyeimbangkan kebutuhan gizi untuk anaknya. Tingkat pendidikan yang rendah pada seseorang akan beranggapan bahwa asal kenyang merupakan hal terpenting dalam kebutuhan nutrisi. Pendidikan yang didapat akan memberikan pengetahuan tentang nutrisi dan faktor yang dapat mempengaruhi masalah gizi pada anak (Alkalah, 2016).

c. Lingkungan

Lingkungan terbagi atas lingkungan keluarga, lingkungan sekolah, dan promosi yang dilakukan oleh perusahaan makanan baik pada media cetak maupun media elektronik. Lingkungan keluarga dan sekolah akan membentuk pola makannya. Promosi iklan makanan juga akan membawa daya tarik kepada seseorang yang nantinya akan berdampak pada konsumsi makanan, sehingga dapat mempengaruhi pola makan seseorang (Alkalah, 2016).

d. Sosial Budaya

Dilihat dari perspektif budaya, umumnya masyarakat Indonesia memiliki tradisi dan mitos tentang pantangan makan selama kehamilan ataupun nifas. Di daerah Jawa misalnya, kelebihan konsumsi gula pasir diyakini dapat menyebabkan aliran darah setelah pasca persalinan menjadi sangat lambat yang menyebabkan nyeri pasca persalinan (Fitriani, 2005) padahal setelah melahirkan ibu harus memenuhi asupan gizinya agar proses penyembuhan berjalan cepat. Hal serupa terjadi di Kalimantan Selatan, terdapat kebiasaan ibu pasca

melahirkan berpantang ikan, pantang makan sayur dan buah-buahan dan masakan yang dimasak dengan santan, berlemak dan digoreng (Iinayah, 2007). Sebanyak 65 % ibu pasca persalinan mempunyai pantangan makanan, dimana 80% jenis pantangan yang dihindari adalah ikan (Afrilia dkk, 2015). Konsumsi makanan seseorang akan dipengaruhi oleh budaya. Pantangan dan ajaran dalam mengkonsumsi makanan akan menjadi sebuah batasan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya. Kebudayaan akan memberikan aturan untuk menentukan tata cara makan, penyajian, persiapan dan makanan tersebut dapat dikonsumsi. Hal tersebut akan menjadikan gaya hidup dalam pemenuhan nutrisi. Kebiasaan yang terbentuk berdasarkan kebudayaan tersebut dapat mempengaruhi status gizi dan menyebabkan terjadinya malnutrisi (Prakhasita, 2019).

e. Agama/ Kepercayaan.

Segala bentuk kehidupan di dunia telah diatur dalam agama. Salah satunya yaitu tentang mengkonsumsi makanan. Sebagai contoh, agama Islam terdapat peraturan halal dan haram yang terdapat disetiap bahan makanan. Hal tersebut juga dapat mempengaruhi konsumsi dan memilih bahan makanan (Prakhasita, 2019).

6. Transisi Epidemiologi Gizi

Transisi Gizi” merupakan model yang digunakan untuk menggambarkan perubahan pola makan, aktivitas fisik, dan penyebab penyakit yang menyertai perubahan pembangunan ekonomi, gaya hidup, urbanisasi, serta demografi. Istilah ini paling umum digunakan untuk merujuk pada perubahan dari pola makan tradisional ke pola makan “Barat” yang kaya akan lemak, gula, daging, dan makanan olahan yang rendah serat, dan disertai dengan peningkatan gaya hidup sedentary lifestyle (Breewood, 2018). Makanan olahan yang mengandung tinggi gula, garam, dan lemak

memiliki risiko terhadap Penyakit Tidak Menular (PTM). Contoh penyakit tidak menular antara lain penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis, dan diabetes. (WHO, 2018). Pola makan yang tidak sehat dan kurangnya aktivitas fisik merupakan dua faktor risiko utama penyakit tidak menular (WHO, 2016).

Model transisi gizi dikembangkan oleh peneliti Barry Popkin pada tahun 1993 yang bertujuan untuk mendeskripsikan lima pola makan dan gaya hidup, yaitu sebagai berikut :

Tahap 1: *Hunter Gatherer*

Individu menjalani gaya hidup yang sangat aktif, berburu dan mencari makan. Makanan biasanya kaya akan tumbuhan berserat dan tinggi protein dari hewan liar tanpa lemak.

Tahap 2: *Early Agriculture*

kelaparan sering terjadi yang akan memperlambat pertumbuhan individu dan mengurangi lemak tubuh.

Tahap 3: *End of Famine*

Mereda seiring dengan meningkatnya pendapatan dan perbaikan gizi. Tahap ini kelaparan berkurang karena pertanian menjadi lebih terindustrialisasi dan pendapatan meningkat.

Tahap 4 : *Overeating, Obesity-Related Diseases*

Ketika pendapatan terus meningkat, individu memiliki akses terhadap makanan berkalori tinggi dalam jumlah besar, dan mereka menjadi kurang aktif. Hal ini yang menyebabkan peningkatan obesitas dan penyakit kronis terkait obesitas, seperti diabetes dan penyakit kardiovaskular. Tahap ini ditandai dengan pola makan ala “Barat” yang tinggi kalori, gula, lemak hewani dan makanan olahan, serta gaya hidup yang tidak banyak bergerak.

Tahap 5 : *Pattern 5 Behavior Change*

Perubahan Perilaku sebagai respons terhadap meningkatnya angka obesitas dan penyakit kronis terkait

obesitas. Individu mengubah perilakunya dan komunitas mendorong perubahan perilaku untuk mencegah kondisi ini. Pada tahap 5 ini terjadi pola makan yang lebih sehat dan gaya hidup yang lebih aktif

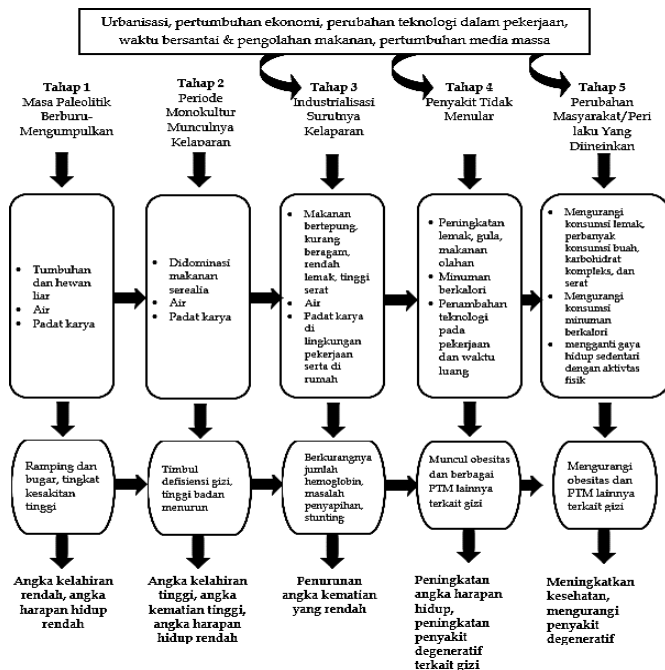
Kelima pola ini tidak mengacu pada periode sejarah tertentu, melainkan setiap tahapan dapat terjadi pada waktu dan tempat yang berbeda. Selain itu, perbedaan sub-populasi dalam satu negara, seperti masyarakat kaya atau miskin, mungkin mengalami tahapan transisi gizi yang berbeda-beda. Istilah Transisi Gizi (Nutrition Transition) umumnya digunakan oleh para peneliti untuk merujuk pada peralihan dari Tahap 3 ke Tahap 4, yaitu perubahan dari pola makan tradisional menuju makanan yang tinggi lemak, daging, dan gula, serta meningkatnya gaya hidup sedentary seiring dengan majunya negara-negara berkembang.

Menurut Popkins (2007), transisi digambarkan dalam 5 (lima) pola gizi yaitu:

- a. Tahap mengumpulkan makanan: individu menjalani gaya hidup yang sangat aktif, berburu dan mencari makan. Makanan biasanya kaya akan serat dan tinggi protein yang berasal dari hewan liar tanpa lemak.
- b. Tahap kelaparan: kelaparan yang terjadi memperlambat pertumbuhan individu.
- c. Tahap kelaparan yang cenderung mereda: kelaparan mereda seiring dengan meningkatnya pendapatan dan perbaikan gizi
- d. Tahap penyakit generatif: ketika pendapatan terus meningkat, individu mengalami akses terhadap makanan berkalori tinggi dalam jumlah besar, dan mereka menjadi kurang aktif sehingga menyebabkan peningkatan penyakit tidak menular terkait gizi seperti obesitas dan penyakit kronis terkait obesitas, yaitu diabetes dan penyakit jantung.
- e. Tahap perubahan perilaku menuju pola makan sehat dan seimbang sebagai respons terhadap peningkatan

angka obesitas dan penyakit kronis terkait obesitas, individu mengubah perilakunya dan komunitas mendorong perubahan perilaku.

- f. Tahap mengumpulkan makanan: individu menjalani gaya hidup yang sangat aktif, berburu dan mencari makan. Makanan biasanya kaya akan serat dan tinggi protein yang berasal dari hewan liar tanpa lemak.
- g. Tahap kelaparan: kelaparan yang terjadi memperlambat pertumbuhan individu.
- h. Tahap kelaparan yang cenderung mereda: kelaparan mereda seiring dengan meningkatnya pendapatan dan perbaikan gizi
- i. Tahap penyakit generatif: ketika pendapatan terus meningkat, individu mengalami akses terhadap makanan berkalori tinggi dalam jumlah besar, dan mereka menjadi kurang aktif sehingga menyebabkan peningkatan penyakit tidak menular terkait gizi seperti obesitas dan penyakit kronis terkait obesitas, yaitu diabetes dan penyakit jantung.
- j. Tahap perubahan perilaku menuju pola makan sehat dan seimbang sebagai respons terhadap peningkatan angka terkait obesitas, individu mengubah perilakunya dan komunitas mendorong perubahan perilaku.



Gambar 4. Tahapan Transisi Epidemiologi

Gupta *et al.* (2020) menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor yang berkontribusi terhadap kejadian obesitas, diantaranya adalah asupan berlebih dan rendahnya aktivitas fisik. Umumnya, masyarakat saat ini menyukai yang praktis dan cepat saji yang tak jarang pula dikategorikan sebagai Ultra Process Food (UPF). Ultra Process Food adalah pangan olahan yang diproduksi dengan menggunakan bahan tambahan pangan atau diproses menggunakan tambahan gula, garam, dan bahan lain seperti minyak atau cuka yang pengolahannya bertujuan untuk memperpanjang masa simpan makanan dan meningkatkan palatabilitasnya (Sulistiyani, 2018). Mengonsumsi UPF setiap hari berdampak pada terjadinya penyakit degeneratif seperti obesitas, hipertensi, penyakit jantung koroner, diabetes,

stroke, ginjal, kanker, hati, kandung empedu karena mengandung tinggi kalori, lemak, penyedap, dan zat kimia pemberi rasa nikmat (Ningsih, 2014).

Makanan yang mengandung karbohidrat sederhana seringkali memiliki rasa manis dan dapat meningkatkan kadar gula dalam darah dengan cepat. Tidak hanya proses penyerapannya yang cepat, melainkan penggunaan energi dari karbohidrat sederhana juga lebih cepat habis dibandingkan kelompok karbohidrat kompleks (Dali, dkk, 2020).

Makanan cepat saji merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi. Contoh beberapa makanan cepat saji yaitu gorengan yang mengandung lemak jenuh, natrium, dan Monosodium Glutamat (MSG) yang tinggi yang dapat mengganggu keseimbangan sodium dan potasium dalam tubuh sehingga menyebabkan hipertensi (Dali, dkk., 2023

Makanan yang mengandung lemak jenuh yang tinggi berisiko memicu penyakit tidak menular karena cenderung menyebabkan asupan energi total yang berlebih. Proses penggorengan dapat menyebabkan perubahan kandungan gizi dalam makanan, seperti protein, vitamin dan antioksidan. Beberapa senyawa yang dihasilkan selama proses penggorengan seperti asam lemak trans dan akrilamida merupakan masalah bagi kesehatan. Konsumsi gorengan mengakibatkan tingginya asupan makanan dengan lemak tinggi, kepadatan energi tinggi, dan rasa kenyang yang rendah (Khoiriyah, dkk., 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier S., 2010. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Chikmah Adevia Maulidya, dkk (2020). Pengaruh Life style (Pola Konsumsi Makanan Mengandung MSG) terhadap Gangguan Pemusatan Perhatian dan hiperaktif Pada Anak Sekolah. Artikel. jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan BHAMADA vol.11 No.2 Oktober 2022.
- Dhaningtia Rizqa dkk (2023). Hubungan Aktifitas Fisik, asupan Energi, Asupan Protein, Makanan Berisiko Terhadap Prevalensi Obesitas Pada Usia Dewasa Tingkat Kabupaten/Kota. Artikel. Jurnal Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia: *The Indonesian Journal of Health Promotion*.
- Elfeshawy, R., Ahmed El Sobky, F., Abdallah Mohamed Amer, S., & Hussin Ali Alzahrani., S. (2022). The effect of Mothers' Nutritional education based on health belief model to prevent stunting among young children. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(2), 886–895.
<https://doi.org/10.21608/ejhc.2022.236596>
- Fajrin Dessy Hidayati, dkk (2023). Gizi Kesehatan Masyarakat, Cetakan Pertama, Purbalingga.
- Hidayati Farida (2011). Hubungan Antara Pola Konsumsi, Penyakit Infeksi dan Pantang Makanan Terhadap Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Puskesmas Ciputat Kota tangerang Selatan. Skripsi.
- Kemenkes (2011). Strategi Nasional Penerapan Pola Konsumsi Makanan dan Aktifitas Fisik untuk Mencegah Penyakit Menular.
- Kemenkes (2019). Transisi Demografi dan Epidemiologi: Permintaan Pelayanan Kesehatan di Indonesia.
- Khoirunnisa Rahma (2025). Hubungan modifikasi Makanan dan Pola Makan dengan Status Gizi pada Balita, artikel, Jurnal Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendikia Medika.
- Fajrin Dessy Hidayati, dkk (2023). Gizi Kesehatan Masyarakat,

- Cetakan Pertama, Purbalingga.
- Maigoda C. tonny, dkk (2020) Pengantar Antropologi Gizi Cetakan Pertama. Pena Persada. Jawa Tengah.
- Rokhmah Laela Nur, dkk (2022). Pangan dan Gizi, Penerbit Yayasan Kita Menulis.
- Hidayati Farida (2011). Hubungan Antara Pola Konsumsi, Penyakit Infeksi dan Pantang Makanan Terhadap Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Puskesmas Ciputat Kota tangerang Selatan. Skripsi.
- Maigoda C. tonny, dkk (2020) Pengantar Antropologi Gizi Cetakan Pertama. Pena Persada. Jawa Tengah.
- Maryati, I., Annisa, N., & Amira, I. (2023). Faktor Dominan terhadap Kejadian Stunting Balita. *Jurnal Obsesi : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 7(3), 2695–2707. <https://doi.org/10.31004/obsesi.v7i3.4419>SSGI. (2023). Hasil Survei Status Gizi Indonesia. *Kementerian Kesehatan Republik*
- Popkin, B. and Ng, S. W. 2007. The Nutrition Transition in High- and Low-Income Countries: What are the Policy Lessons? *Agricultural Economics*, 37, 199-211. doi: 10.1111/j.1574- 0862.2007.00245.x
- Rokhmah Laela Nur, dkk (2022). Pangan dan Gizi, Penerbit Yayasan Kita Menulis.
- UNICEF. (2023). Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2023 edition. *World Health Organization*, 24(2), 3

BIODATA PENULIS



Nurmal Hayati Sihombing, SKM, M. Kes lahir di Medan, 16 Agustus 1975. Menyelesaikan S1 dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat FKM USU Medan Jurusan Epidemiologi. Pengalaman bekerja di Dinas Kesehatan Labuhan Batu Selatan, Labuhan Batu, Labuhan batu Selatan dan Kotawaringin Timur (Kalteng) selama tahun 2000-2019. Menjadi Dosen tetap di Jurusan Keperawatan dari tahun 2019 sampai dengan sekarang. Penulis aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi, dengan melaksanakan Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat di Poltekkes Kemenkes Medan.

BAB 14

Keperawatan pada Anak dengan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

Indah Wati., S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Infeksi saluran pernafasan akut diartikan dengan infeksi saluran pernafasan atas dan infeksi saluran pernafasan bawah. Infeksi kemungkinan dapat meluas karena toksin mikroba, proses peradangan dan fungsi paru – paru yang menurun. Hal itu karena infeksi bersifat sistemik dan tidak membatasi saluran pernafasan mana yang akan diinfeksi (Simoes et al., 2019). Penularan ISPA melalui air liur, darah, bersin seseorang yang terinfeksi dan tentunya akan menyebabkan seseorang sulit mengeluarkan dahak dan pada akhirnya jalan nafas akan tersumbat. Gejalanya yaitu infeksi flu biasa, batuk, demam, bersin, nyeri tenggorokan, sakit kepala, mual muntah dan tidak nafsu makan (Agustin et al., 2024).

Anak yang berusia lebih dari satu tahun dan belum berusia lima tahun disebut dengan balita. Masa-masa yang sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Tubuh anak lebih sensitif terhadap gangguan kesehatan karena imunitas tubuh masih tumbuh dan berkembang (Anggraini & Asmarany, 2025). Anak yang berusia di bawah 5 tahun, lebih sering terinfeksi saluran pernapasan atas dibandingkan remaja atau orang dewasa, karena mereka masih dalam tahap belajar dalam menjalankan kebersihan diri (Leung et al., 2023). ISPA menjadi penyebab kematian pada anak dibawah 5 tahun yang diperkirakan mencapai 20% diseluruh dunia. Sementara, di Afrika sub-Sahara total kematian akibat ISPA pada balita

sekitar 16%. Infeksi saluran pernafasan atas dapat meliputi rinofaringitis akut (flu biasa), sinusitis, infeksi telinga, faringitis akut atau tonsilofaringitis, epiglottitis, dan radang tenggorokan, yang mana infeksi telinga dan faringitis menyebabkan komplikasi yang lebih berat yaitu tuli dan demam rematik akut. Namun, pada infeksi saluran pernafasan bawah yang sering pada anak-anak adalah pneumonia dan bronkiolitis (Turyasiima et al., 2024).

Pengetahuan masyarakat dalam menangani dan mencegah penyakit ISPA cenderung rendah. Hal tersebut karena masyarakat masih menunda mencari pengobatan dan perawatan yang akhirnya akan menjadi masalah kesehatan yang serius. Selain itu, kemungkinan menularkan ke oranglain semakin tinggi. Pemberian informasi berupa edukasi pada masyarakat dapat diberikan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat (Sugiarto, 2024). Keluarga yang merawat anak dengan ISPA selama dirumah yang kurang optimal mengakibatkan terjadinya hospitalisasi pada anak (Dinda et al., 2022).

B. Konsep Keluarga

1. Pengertian Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

Infeksi Saluran Pernafasan Akut merupakan keadaan inflamasi yang disebabkan virus, bakteri atau mikroplasma yang mana dapat terjadi pada sebagian atau seluruh saluran pernafasan. ISPA termasuk pada infeksi saluran pernafasan atas maupun bawah. Saluran pernafasan bawah meliputi dari hidung hingga faring, sedangkan saluran nafas bawah termasuk dari bronkhus sampai alveoli (Wong, 2004).

a. Infeksi Saluran Pernafasan Atas

Infeksi saluran pernapasan atas merupakan kondisi terganggunya hidung, sinus paranasal, faring, laring, trakea, atau bronkus. Situasi ini banyak relatif ringan, dan dampaknya hanya pada ketidaknyamanan ringan dan sementara. Namun, ada juga bersifat akut, parah, dan mengancam jiwa serta kemungkinan

diperlukan pertolongan permanen bernafas dan bicara. Oleh karena itu, perawat harus mengkaji berbagai tanda – tanda terganggunya pernafasan, kesadaran pasien. Edukasi mengenai merawat pasien yang dirawat di rumah perlu diinformasikan karena masyarakat banyak yang merawatnya sendiri di rumah, tetapi jika ISPA sudah memasuki tahap seirus yang mengancam jiwa, maka diperlukan untuk mempertimbangkan kebutuhan rehabilitasi.

b. Infeksi Saluran Pernafasan Bawah

Infeksi Saluran Pernafasan Bawah diartikan dengan kondisi yang mempengaruhi saluran pernapasan bawah dimana dari gangguan akut hingga gangguan kronis. Infeksi saluran nafas bawah sering kali mengancam jiwa. Pasien memerlukan perawatan khusus seperti pengkajian dan manajemen klinis yang tepat untuk menyelamatkan kualitas hidup pasien dan aktivitas sehari-harinya. Edukasi pasien dan keluarga merupakan intervensi keperawatan yang penting dalam pengelolaan semua gangguan saluran pernapasan bawah (Smeltzer et al., 2010).

2. Penyebab Infeksi Saluran Pernafasan Akut

Penyebab infeksi saluran pernafasan atas sebagian besar adalah virus *Respiratory syncytial virus* (RSV), virus Parainfluenza dan influenza, *Human metapneumovirus*, *adenovirus* dan bakteri *Corynebacterium diphtheriaedi*. Sementara penyebab infeksi saluran pernafasan bawah yaitu penyebab paling umum adalah *respiratory syncytial virus* RSV, *streptokokus pneumonia* (pneumokokus) atau *Haemophilus influenza*, *Stafilokokus aureus*, *ycoplasma pneumoniae* dan *Klamidia pneumonia* (Simoes et al., 2019).

3. Tanda dan Gejala Infeksi Saluran Pernafasan Akut

Demam menunjukkan infeksi pertama, kejang febris, sakit kepala, nyeri dan kekakuan punggung dan leher, adanya tanda kernig dan brudzinzki, anoreksia dan muntah yang sering terjadi pada anak – anak, diare juga sering

terjadi pada infeksi pernafasan, terutama karena virus. Keluhan umum lainnya adalah nyeri abdomen, pembengkakan mukosa dan nasal sehingga terjadi sumbatan nasal, sekret encer atau kental purulent, batuk biasa menetap atau beberapa bulan setelah infeksi, bunyi nafas (mengorok, stridor, mengi, krekels atau tidak ada bunyi nafas). Sakit tenggorokan ditandai dengan anak akan menolak makan dan minum melalui mulut. Hal itu karena anak – anak mungkin tidak dapat menjelaskan keluhan yang dirasakan meskipun sudah sangat terjadi inflamasi (Wong, 2004).

4. Faktor – faktor Infeksi Saluran Pernafasan Akut
 - a. Agen infeksi : saluran pernafasan anak rentan terhadap infeksi virus dan bakteri. Anak bayi. Penyebab virus lebih sering menginfeksi pada bayi dan anak – anak.
 - b. Usia : usia berperan aktif dalam menentukan kerentanan dan gejala infeksi pada anak. Bayi lebih rentan terhadap infeksi virus dan bakteri karena kematangan imunitas tubuh bayi belum sempurna dibandingkan anak yang sudah sekolah.
 - c. Struktur anatomi tubuh : struktur tubuh anak – anak berperan penting terhadap tingkat keparahan infeksi. Hal tersebut karena, anak memiliki saluran napas yang lebih sempit dan rentan terhadap penyumbatan akibat edema, penumpukan cairan lendir dan peradangan. Panjang saluran pernafasan yang lebih pendek memudahkan penyebaran patogen dengan cepat dari bagian atas ke bagian bawah saluran pernafasan.
 - d. Kekebalan tubuh : Ketahanan tubuh terhadap infeksi pernafasan bergantung pada kemampuan sistem imunitas tubuh.
 - e. Lingkungan : Anak – anak sangat mudah terinfeksi saluran pernafasan dengan mengikuti kondisi udara musiman pada saat itu. Infeksi virus, seperti yang

disebabkan oleh RSV dan influenza, terjadi pada musim dingin dan awal musim semi. Kondisi dingin meningkatnya kepadatan di dalam ruangan mengakibatkan infeksi virus menjadi lebih berkembang (Albishi et al., 2024).

5. Pencegahan Infeksi Saluran Pernafasan Akut

Kebersihan mencuci tangan adekuat sangat diperlukan saat merawat anak dengan gangguan saluran pernafasan. Keluarga dan anak disarankan menggunakan penutup mulut memakai tisu atau lengan tangannya saat bersin. Selanjutnya segera buang tisu dan mencuci tangan. Hindari berbagi gelas saat minum, peralatan makan, waslap, atau handuk. Untuk menghindari kontaminasi, mencuci tangan secara teratur sangat penting dilakukan dan anak - anak harus diajarkan untuk menghindari menyentuh wajah, terutama mata dan hidung. Anak-anak yang terinfeksi harus dijauhkan dari orang lain jika memungkinkan, dan anak-anak yang sehat harus dididik tentang pentingnya menghindari kontak dekat dengan anak-anak yang sakit, menjaga kebersihan tangan dengan benar, dan tidak berbagi peralatan makan atau minum (Albishi et al., 2024).

6. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu tindakan mandiri keperawatan yang prosesnya melalui beberapa tahapan, yakni proses pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan untuk klien. Tujuan dari proses keperawatan adalah untuk mengatasi masalah – masalah keluhan klien yang muncul secara individual sesuai kebutuhan kesehatan klien. Selanjutnya perawat akan memantau perkembangan asuhan keperawatan yang dilakukannya untuk mencapai kebutuhan klien (Agustin et al., 2024).

a. Pengkajian

- 1) Observasi tanda dan gejala secara klinis dari infeksi saluran pernafasan akut.

- 2) Mengidentifikasi faktor – faktor yang berpengaruh pada respon penyakit terhadap infeksi pernafasan akut seperti usia dan ukuran anak, kemampuan mengatasi infeksi, kontak dengan anak yang terinfeksi dan masalah – masalah penyerta saluran pernafasan.
 - 3) Kaji status pernafasan.
 - 4) Pantau pernafasan seperti frekuensi, kedalaman, pola, tanda retraksi otot nafas, cuping hidung.
 - 5) Auskultasi paru yaitu mengevaluasi tipe dan lokasi bunyi nafas, mengidentifikasi tanda – tanda krekels maupun mengi, deteksi area konsolidasi, keefektifan fisioterapi dada.
 - 6) Memantau warna kulit dan membran mukosa untuk masalah pucat dan sianosis.
 - 7) Pantau adanya suara serak, stridor dan batuk.
 - 8) Pantau denyut jantung dan irama jantung.
 - 9) Observasi perilaku gelisah, tidak respon terhadap rangsangan, ketakutan.
 - 10) Observasi tanda – tanda nyeri dada, nyeri abdomen dan dyspnoe (Wong, 2004).
- b. Diagnosa Keperawatan
- Menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) diagnosa keperawatan adalah proses penilaian klinis tentang respon klien terkait keluhan kesehatan yang dirasakannya pada saat itu secara aktual ataupun potensial (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan pada anak dengan infeksi saluran pernafasan akut yakni:
- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi mekanis, inflamasi, peningkatan sekresi dan nyeri
 - 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan proses inflamasi.

c. Intervensi Keperawatan

Menurut Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi keperawatan adalah tindakan perawat yang dilakukan mengacu pada dasar pengetahuan dan penilaian secara klinis untuk mendapatkan hasil sesuai yang diharapkan.

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi mekanis, inflamasi, peningkatan sekresi dan nyeri

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu

- a) Posisikan anak sejajar dengan tubuh, hisap sekresi jalan nafas sesuai kebutuhan.
 - b) Beri posisi telentang dengan kepala pada posisi "mengendus" dan leher agak ekstensi dan hidung mengarah ke atas.
 - c) Bantu anak mengeluarkan sputum.
 - d) Lakukan fisioterapi dada.
 - e) Pastikan masukan cairan yang adekuat untuk mengencerkan sekresi.
 - f) Bantu anak batuk efektif
 - g) Jelaskan pentingnya ekspektoran pada anak dan keluarga.
- 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan proses inflamasi Intervensi :
- a) Posisikan jalan nafas yang maksimal seperti membuka jalan nafas.
 - b) Berikan posisi yang nyaman seperti posisi dengan meninggikan kepala 30 derajat.
 - c) Sesering mungkin melihat posisi anak untuk memastikan anak tidak turun kebawah agar terhindar dari penekanan diafragma.
 - d) Hindari pakaian atau bedong yang ketat.
 - e) Gunakan bantal dan bantal untuk jalan nafas anak tetap terbuka.
 - f) Tingkatkan istirahat tidur anak
 - g) Tingkatkan teknik relaksasi

- h) Ajarkan keluarga dan anak untuk pemberian posisi yang tepat.
- i) Beri oksigen sesuai ketentuan dan atau kebutuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, L., Retno Wardani, H., Oktaviani, D., & Riskika, S. (2024). Nursing Care in the Case of Infants with Acute Respiratory Infections with Ineffective Airway Nursing Problems: A Case Study. *Health and Technology Journal (HTechJ)*, 2(4), 363–368. <https://doi.org/10.53713/htechj.v2i4.215>
- Albishi, N. S., Alenazi, A. O., Alshammari, W. O., Alkahmous, M. A., Aldhafiri, N. T., Abd, A., & Aziza, A. (2024). *Respiratory Infections in Children : An Updated Review of Pathophysiology , Diagnosis , Treatment , Biochemical Aspects , and Nursing Interventions*. 7, 1847–1860. <https://doi.org/10.26655/JMCHEMSCI.2024.12.7>
- Anggraini, N. V., & Asmarany, N. (2025). *Indonesian Journal Of Community Analysis Of Family Nursing Care Through The Intervention Of Eucalyptus Oil Inhalation And Honey Ginger Drinks For Toddlers Experiencing Acute Respiratory Tract Infection In*. <https://doi.org/10.20473/ijchn.v10i1.63138>
- Dinda, N., Sulityorini, L., & Ira Rahmawati. (2022). The Overview of the Nurse's Discharge Planning Implementation in Children with ARI in Indonesia : Literature Review. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(2), 34–40. <https://doi.org/10.53713/nhs.v2i2.91>
- Leung, M. W., O'Donoghue, M., & Suen, L. K. P. (2023). Personal and Household Hygiene Measures for Preventing Upper Respiratory Tract Infections among Children: A Cross-Sectional Survey of Parental Knowledge, Attitudes, and Practices. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010229>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)* (1st ed.). DPP PPNI.
- Simoes, E. A. F., Cherian, T., Chow, J., Shahid-, S. A., Salles, Laxminarayan, R., & John, and T. J. (2019). Acute Respiratory Viral Infections in Children. *Russian Family Doctor*, 23(3), 19–22.

- <https://doi.org/10.17816/RFD2019319-22>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (Twelfth). Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Sugiarto, S. (2024). Peningkatan pengetahuan pencegahan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) pada Masyarakat di Desa Air Hangat. *Jurnal Pengabdian Harapan Ibu (JPHI)*, 6(1), 8. <https://doi.org/10.30644/jphi.v6i1.857>
- Turyasiima, M., Kiconco, G., Egesa, W., Twesigemukama, S., & Nduwimana, M. (2024). Prevalence and Outpatient Clinical Diagnostic Approaches for Common Acute Respiratory Tract Infections in Children Under Five Years of Age: A Cross-Sectional Study. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics, Volume 15*(January), 49–57. <https://doi.org/10.2147/phmt.s445908>
- Wong, D. L. (2004). *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik* (4th ed.). EGC.

BIODATA PENULIS



Indah Wati, S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Aek Loba, pada 20 Desember 1986. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIKes Rumah Sakit Haji Medan dan menyelesaikan Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Sampai saat ini aktif sebagai dosen dalam melaksanakan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Haji Sumatera Utara.

BAB 15 | Manajemen Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Kronis

*Dirayati Sharfina, Ns., M.Kep *

A. Pendahuluan

Anak dengan kondisi sakit kronis merupakan tantangan besar dalam praktik keperawatan pediatrik. Penyakit kronis pada anak tidak hanya berdampak pada aspek fisik, namun juga pada perkembangan psikososial, pendidikan, dan kualitas hidup anak serta keluarganya.

Perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada anak dengan penyakit kronis. Pendekatan asuhan keperawatan yang diberikan perawat pada anak dengan penyakit kronis berbeda dengan anak dengan penyakit akut, dikarenakan masalah kesehatan yang berkaitan dengan kualitas hidup anak.

B. Konsep Dasar Penyakit Kronis

1. Pengertian penyakit kronis

Penyakit kronis didefinisikan sebagai kondisi kesehatan yang berlangsung lebih dari tiga bulan, membutuhkan pengobatan jangka panjang, dan dapat memengaruhi fungsi kehidupan sehari-hari (Hockenberry & Wilson, 2018). Menurut *Central for Disease Control Prevention* menyebutkan bahwa penyakit kronis adalah sebuah kondisi yang berlangsung selama 1 tahun atau lebih yang memerlukan pengobatan yang berkesinambungan atau membatasi aktivitas sehari-hari. Negara Belanda menyebutkan bahwa penyakit kronis adalah penyakit yang sembuh dalam waktu 3 bulan atau lebih yang mengganggu aktivitas anak dan memerlukan

pengobatan berulang di rumah sakit dan perawatan yang intensif di rumah, sedangkan van Cleve dan kawan-kawan menyatakan penyakit kronis pada anak adalah kondisi fisik, emosi, mental yang menjadikan anak tidak dapat hadir ke sekolah atau melakukan aktivitas harian dan membutuhkan bantuan kesehatan. Jadi dapat disederhanakan definisi penyakit kronis adalah kondisi kesehatan seseorang yang terjadi secara berulang dan mengganggu aktivitas harian selama 3 bulan atau lebih bahkan bertahun yang memerlukan pengobatan dan perawatan baik di rumah sakit maupun di rumah secara komprehensif.

2. Dampak Sakit Kronis Pada Anak

Anak yang didiagnosis dengan penyakit kronis akan memiliki dampak pada anak itu sendiri maupun orang tua.

a. Dampak Penyakit Kronis Pada Anak

Penyakit kronik yang dialami oleh anak adalah hal yang sulit untuk dihadapi. Hal ini dikarenakan ketakutan akan penyakitnya, gangguan emosional seperti marah dan pemeriksaan yang menyakitkan serta yang berulang dan mengalami hospitalisasi yang berkepanjangan. Hospitalisasi yang berkepanjangan memiliki dampak terhadap pencapaian pertumbuhan dan perkembangan anak (Choo et al., 2019.) anak lebih lambat bertumbuh berat badan dan tinggi badan yang tidak sesuai dengan usia, capaian perkembangannya yang juga terlambat tidak sesuai dengan usianya (Rizky Tampubolon et al., n.d.). Anak dengan penyakit kronik juga mengalami penurunan rasa percaya diri, kecemasan akan pendidikan, serta rasa khawatir terhadap lingkungan yang tidak menerimanya.

Keadaan ini menyesuaikan dengan usia perkembangan anak, kepribadian anak, lingkungan sosial, hubungan dengan orangtua, pengalaman

pengobatan dan perawatan yang diterima anak (Pulungan et al., 2014). Oleh karena itu, orangtua, lingkungan, dan tenaga kesehatan khususnya perawat memiliki peran penting dalam memberikan perawatan dan pengobatan penyakit kronik pada anak.

b. Dampak Penyakit Kronis Pada Orangtua

Dampak penyakit kronis pada orangtua beragam baik secara sosial, psikologis dan ekonomi. Pada umumnya orangtua dengan anak yang menderita sakit kronis mengalami kecemasan, kesedihan yang berkepanjangan bahkan depresi. Kondisi ini secara natural terjadi pada orangtua yang memiliki anak dengan sakit kronis. Orang tua juga terkadang pasrah dengan keadaan yang terjadi pada anaknya seperti tidak adanya perkembangan yang signifikan dari pengobatan penyakitnya atau tingkat kemandirian anak dalam melakukan aktivitas harian serta anaknya tidak berkembang seperti anak-anak lainnya. Selain itu, ada juga orangtua yang memiliki kemampuan untuk beradaptasi atau menerima kondisi anak dengan penyakit kronis, orangtua memenuhi kebutuhan perkembangan anak yang sakit dan anak yang lainnya, melakukan koping terhadap stress, mengedukasi anggota keluarga yang lain tentang kondisi anak yang sakit, serta membangun *support system* (Mooney-Doyle et al., 2017).

3. Jenis Sakit Kronis Pada Anak

Adapun sakit kronis pada anak dapat terjadi pada seluruh sistem tubuh yakni sistem kardiovaskular, sistem pernapasan, system endokrinologi, sistem genitourinaria, sistem imunologi, kanker dan hematologi dan kulit serta anak dengan berkebutuhan khusus.

Pada saluran pernafasan seperti asma bronkial, fibrosis kistik, sinusitis kronis, otitis media supuratif kronis. Pada kardiovaskuler seperti penyakit jantung

bawaan, kardiomiopati, penyakit jantung rematik, sedangkan pada system hematologic seperti talasemia, anemia sel sabit, leukemia, limfoma. Pada ginjal (system genitourinaria) yakni sindrom nefrotik, gagal ginjal kronis. Pada system endokrinologi seperti diabetes melitus type 1, hipotiroidisme. Obesitas juga termasuk penyakit kronik karena penanganannya memerlukan waktu yang lama.

C. Peran Keluarga pada Manajemen Keperawatan Anak dengan Penyakit Kronis.

Keluarga memiliki peran yang penting dalam mendampingi anak dengan sakit kronis sehingga anak dapat beradaptasi dan menerima penyakit yang dialaminya. Orangtua pada anak dengan usia kronis memiliki tanggung jawab sebagai fasilitator dan caregiver untuk perawatan dan pengobatan anaknya, meminimalkan reaksi sibling, mencari pelayanan kesehatan,

D. Peran Perawat dalam Manajemen Keperawatan Anak dengan Penyakit Kronis

Perawat sebagai tenaga professional memiliki peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan sakit kronis. Adapun peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada anak dengan sakit kronis adalah

1. Perawat sebagai caregiver

Perawat memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan sakit kronis secara holistik. Beberapa peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan meliputi:

- a. Perawat memberikan perawatan fisik pada anak dengan pemberian obat-obatan dan perawatan medis lainnya sesuai dengan kebutuhan anak
- b. Perawat memfasilitasi dalam tumbuh kembang anak dengan memberikan stimulus pada anak dengan terapi bermain (Rizky Tampubolon et al., n.d.)
- c. Perawat memberikan perawatan langsung kepada pasien dengan komunikasi yang baik. Perawat yang berkomunikasi dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan jelas mampu meminimalkan rasa

takut dan cemas anak (Cheng et al. (2016) dalam (Barratt et al., 2023).

- d. Perawat membantu anak dan keluarga dalam mengelola gejala-gejala penyakit kronik seperti nyeri, kelelahan dan gangguan tidur.
2. Perawat sebagai educator
Perawat berperan sebagai pemberi edukasi pada anak dan orangtua yang berkaitan dengan penyakit, perawatan anak selama di rumah sakit maupun di rumah. Perawat juga memberikan informasi terkait tentang penyusunan rencana aktivitas yang dapat dilakukan oleh orangtua dalam memberikan stimulasi perkembangan anak untuk mengejar ketertinggalan masalah tumbuh kembang anak (Rizky Tampubolon et al., n.d.).
3. Perawat sebagai advocator
Perawat memiliki peran dalam mengkaji kekuatan dan kelemahan keluarga dan menyakinkan keluarga untuk menyadari pelayanan, pengobatan dan prosedur yang tersedia melibatkan partisipasi keluarga. Perawat juga melindungi hak-hak pasien, membantu keluarga dalam mengambil keputusan terhadap proses pengobatan anak, memotivasi anak dan keluarga untuk melakukan kegiatan harian yang mampu dilakukan serta mendorong kontak sosial yang normal.
4. Perawat sebagai konselor
Perawat sebagai konselor adalah perawat yang memberikan konseling pada anak dan keluarga dengan mendengarkan secara aktif, dan membantu untuk mencari solusi. Perawat juga memberikan dukungan emosional, memberikan informasi dalam mengatasi tantangan yang berkaitan dengan kondisi kesehatan anak.
5. Perawat sebagai kolaborator
Perawat berperan sebagai kolaborator yakni perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim lain untuk melakukan asuhan keperawatan yang holistik. Sistem organisasi atau budaya kerja dengan memiliki

komunikasi dan interaksi interprofessional merupakan praktik kolaboratif yang esensial (Mororó et al., 2020). Oleh karena itu, praktik kolaboratif dalam manajemen keperawatan anak dengan sakit kronis penting.

E. Konsep Normalisasi pada Anak dengan Sakit Kronis

Normalisasi merupakan sebuah proses yang dilakukan oleh keluarga dalam mencoba untuk menormalkan kehidupan sehari-hari anak dengan penyakit kronis. Normalisasi menurut Knafl et al (2010) dalam (Hendrawati et al., 2025) memiliki beberapa elemen yakni

1. Mengakui bahwa adanya keterbatasan akibat penyakit
2. Mendefinisikan bahwa kehidupan itu adalah normal
3. Meminimalkan dampak sosial dari penyakit
4. Menunjukkan perilaku yang normal kepada orang lain
5. Menjalani pengobatan dan perawatan terhadap penyakit anaknya.

Normalisasi juga merupakan kemampuan orangtua dalam menyeimbangkan manajemen perawatan penyakit kronis pada anak dengan aspek-aspek lain sebagai bentuk keberhasilan orangtua dalam beradaptasi dan menerima penyakit anak. Kemampuan orangtua dalam membagi waktu untuk pekerjaan dan pemenuhan kebutuhan anggota keluarga yang lain. Mooney-Doyle et al., (2017) menyebutkan bahwa tugas adaptasi orangtua dengan anak sakit kronis adalah menerima keadaan anak, mengatur aktivitas harian anak sehari-hari, memenuhi kebutuhan perkembangan anak, memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang lain, melakukan koping terhadap stress pada kondisi krisis, membantu keluarga dalam mengatur perasaan semua anggota keluarga, mengedukasi keluarga dan sekitar mengenai kondisi anak, serta membangun support sistem.

Normalisasi juga digunakan perawat dalam mengevaluasi individu atau efektivitas keluarga dalam mengelola penyakit kronis. Oleh karena itu, perawat memiliki peran dalam mendampingi keluarga dalam melakukan pola normalisasi dalam kehidupan sehari-hari anak, membantu orangtua dalam memahami bagaimana penyakit anak berpengaruh terhadap

fisik dan emosional anak, menemukan cara dalam memenuhi kebutuhan emosional, sosial, dan intelektual anak, serta mengidentifikasi sumber-sumber yang sesuai dalam perencanaan kesehatan anaknya (Hendrawati et al., 2025).

F. Inovasi dan Perkembangan dalam Manajemen Keperawatan pada Anak dengan Sakit Kronis

Inovasi dan perkembangan dalam manajemen keperawatan untuk anak dengan sakit kronis terus berkembang seiring dengan kemajuan teknologi, pemahaman baru dalam bidang kesehatan, dan pendekatan yang lebih holistik dalam perawatan. Berikut adalah beberapa bentuk inovasi dan perkembangan dalam manajemen keperawatan anak dengan sakit kronis:

1. **Telemedicine dan Konsultasi Jarak Jauh:** Penggunaan teknologi untuk memberikan konsultasi medis secara jarak jauh, termasuk telemedicine, memungkinkan perawat dan tim medis untuk memantau kondisi anak dengan sakit kronis di rumah. Dengan teknologi ini, anak yang tinggal di daerah terpencil atau yang kesulitan untuk sering datang ke rumah sakit bisa tetap mendapatkan perawatan medis yang rutin.
2. **Aplikasi Pemantauan Kesehatan:** Berbagai aplikasi *smartphone* atau perangkat aplikasi *carewatch* menjadi aplikasi dalam pengumpulan dan penyimpanan data anak. Misalnya memasukkan skala nyeri, hal ini dapat dilakukan oleh orangtua maupun anak. (Risdiyanti et al., 2023) Data yang dikumpulkan kemudian dapat dianalisis oleh perawat atau dokter untuk menyesuaikan rencana perawatan secara cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Barratt, M., Bail, K., & Paterson, C. (2023). Children living with long-term conditions and their experiences of partnership in nursing care: An integrative systematic review. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 32, Issues 13-14, pp. 3185-3204). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jocn.16429>
- Choo, Y. Y., Agarwal, P., How, C. H., & Yeleswarapu, S. P. (2019). Developmental delay: Identification and management at primary care level. *Singapore Medical Journal*, 60(3), 119-123. <https://doi.org/10.11622/smedj.2019025>
- Hendrawati, S., Nurhidayah, I., Sutini, T., Anak, D. K., Keperawatan, F., Padjadjaran, U., Keperawatan Jiwa, D., & Artikel, I. (2025). *Tinjauan Literatur: Pola Normalization Behaviour Pada Orangtua Yang Hidup Dengan Anak Sakit Kronis*. 2(1), 417-426. <https://doi.org/10.62335>
- Mooney-Doyle, K., dos Santos, M. R., Szyliet, R., & Deatricks, J. A. (2017). Parental expectations of support from healthcare providers during pediatric life-threatening illness: A secondary, qualitative analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 163-172. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.05.008>
- Mororó, D. D. de S., de Menezes, R. M. P., de Queiroz, A. A. R., de Assis Silva, C. J., & Pereira, W. C. (2020). Nurse as an integrator in healthcare management of children with chronic condition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0453>
- Pulungan, Aman. B., Hegar, B., Sjarif, D. R., Setyanto, D. B., Satari, H. I., Mangunatmadja, I., Yuniar, I., Kaswandani, N., Yanuarso, P. B., Gayatri, P., Rohsiswanto, R., Sekartini, R., Dewi, R., Pardede, S. O., Sari, T. T., & Wulandari, H. (2014). *Pendekatan Holistik Penyakit Kronik Pada Anak untuk Meningkatkan Kualitas Hidup* (P. P. Trihono, Prayitno Ari, D. Muktiarti, & A. Soebadi, Eds.). Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM.
- Risdiyanti, L. N., Geraldo, J. S. D., Octaviani, L., Fernanti, U., & Kusuma, W. T. (2023). Aplikasi Mobile Health Sebagai

Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan Keperawatan Anak Dengan Penyakit Kronis Pada Seting Home Hospital: Kajian Literatur. *Jurnal Teknologi Kesehatan (Journal of Health Technology)*, 19(1).

Rizky Tampubolon, N., Rahmadhani Kaban, A., Ardilla Siregar Program Studi, M. D., Farmasi dan Kesehatan, F., & Kesehatan Helvetia Jl Kapten Sumarsono, I. (n.d.). *Peran Perawat Anak Dalam Mencegah Masalah Tumbuh Kembang Pada Anak Dengan Penyakit Kronis* (Issue 107). <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>

BIODATA PENULIS



Dirayati Sharfina, Ns., M.Kep lahir di Medan, 10 Agustus 1989. Menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan Anak di FKMK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners Universitas Haji Sumatera Utara.

BAB 16

Dampak Penyakit Tidak Menular (PTM) pada Anak

*Dr. Evalatifah Nurhayati, SKM, S.Kep,
Ners, M.Kes*

A. Pendahuluan

Salah satu masalah kesehatan yang dihadapi Indonesia saat ini adalah peningkatan kasus Penyakit tidak menular (PTM). Meningkatnya PTM tidak saja berdampak pada meningkatnya morbiditas, mortalitas, dan disabilitas di masyarakat, melainkan juga berdampak pada meningkatnya beban ekonomi baik di tingkat individu maupun di tingkat negara pada skala nasional. Sebab, PTM berakibat pada 63% atau 57 juta kematian di seluruh dunia setiap tahun. Total biaya yang dikeluarkan untuk menanggulangi penyakit diabetes di Amerika pada tahun 2007 mencapai 218 milyar dolar. Sementara itu, *World Economic Forum* menyatakan bahwa total pengeluaran dunia untuk mengatasi PTM adalah lebih dari US \$ 30 triliun untuk 20 tahun ke depan (Kemenkes, 2013).

Secara global, penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit dengan kejadian tertinggi dan menjadi penyebab kematian tertinggi di dunia (71%) setiap tahun menurut WHO, dan tujuh dari setiap sepuluh kematian di negara berkembang disebabkan oleh PTM, Diperkirakan rata-rata kematian karena PTM secara global dari jumlah total kematian akan menjadi 75,26% pada tahun 2030, PTM menimbulkan konsekuensi kesehatan yang menghancurkan bagi individu, keluarga dan komunitas, dan mengancam sistem kesehatan (Wang Y, W. J. 2020).

Diperkirakan bahwa jumlah kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) akan terus meningkat di seluruh dunia, terutama di negara-negara berpenghasilan menengah dan rendah. PTM merupakan jenis penyakit yang tidak dapat menular dari satu orang ke orang lain, namun disebabkan oleh perubahan gaya hidup modern seperti pola makan yang tidak sehat, merokok, konsumsi alkohol, dan penggunaan obat-obatan. Hal ini menyebabkan peningkatan jumlah penderita penyakit degeneratif (penyakit yang disebabkan oleh penurunan fungsi organ tubuh) yang mengancam kehidupan (B, H., Akbar, K., & dkk., 2021).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan menunjukkan bahwa saat ini perkembangan PTM di Indonesia kian mengkhawatirkan. Pasalnya peningkatan tren PTM diikuti oleh pergeseran pola penyakit, jika dulu, penyakit jenis ini biasanya dialami oleh kelompok lanjut usia, maka kini mulai mengancam kelompok usia produktif. PTM berdampak besar bagi SDM dan perekonomian Indonesia ke depan. Karena, di tahun 2030-2040 mendatang, Indonesia akan menghadapi bonus demografi yang mana usia produktif jauh lebih banyak dibandingkan kelompok usia non produktif (Cut. PA. 2020).

B. Konsep Penyakit Tidak Menular

1. Pengertian Penyakit Tidak Menular

Penyakit Tidak Menular (PTM) itu sendiri merupakan penyakit yang tidak dapat ditularkan atau dari suatu individu ke individu lainnya. Dengan kata lain, penyakit tersebut tidak membahayakan orang lain. Penyakit tidak menular dijabarkan sebagai penyakit yang disebabkan oleh menurunnya organ manusia ataupun penyakit yang termasuk dalam kategori penyakit degeneratif (faktor usia). Beberapa contoh penyakit tidak menular adalah penyakit jantung, stroke, diabetes dan penyakit lainnya. Penyakit tidak menular umumnya diderita oleh seseorang yang tidak menjaga kesehatan dan tidak mampu menjaga pola kesehatan tersebut. Dengan

demikian dapat disimpulkan bahwa orang yang mengalami sakit tidak menular tidak disebabkan oleh bakteri, virus, maupun juga kuman. Oleh karena itu, pengidap penyakit tidak menular tidak perlu cemas dalam menangani penyakitnya (Irwan, 2018).

2. Deteksi Dini Faktor Resiko Penyakit Tidak Menular

Masalah Kesehatan masyarakat yang banyak dihadapi saat ini adalah meningkatnya kasus Penyakit Tidak Menular (PTM). PTM merupakan penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi kuman melainkan penyakit kronis degeneratif, antara lain penyakit jantung, diabetes melitus (DM), kanker, penyakit paru obstruktif Kronis (PPOK), dan gangguan akibat kecelakaan dan tindak kekerasan. Salah satu strategi dalam meningkatkan pembangunan kesehatan adalah dengan melakukan pemberdayaan dan peningkatan peran masyarakat seperti melakukan kegiatan posbindu PTM untuk melakukan kegiatan deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM.

Berikut merupakan bentuk kegiatan Posbindu PTM:

- a. Menggali informasi faktor risiko dengan wawancara sederhana tentang Riwayat PTM keluarga dan diri peserta, aktifitas fisik, merokok, kurang makan sayur dan buah, potensi terjadinya cedera dan kekerasan dalam rumah tangga, serta informasi lainnya yang dibutuhkan untuk identifikasi masalah Kesehatan berkaitan dengan terjadinya PTM.
- b. Melakukan pengukuran berat badan, tinggi badan, Indeks Massa Tubuh (IMT), lingkar perut, analisis lemak tubuh, dan tekanan darah sebaiknya diselenggarakan 1 bulan sekali. Analisa lemak tubuh hanya dapat dilakukan pada usia 10 tahun ke atas. Untuk anak, pengukuran tekanan darah disesuaikan ukuran mansetnya dengan ukuran lengan atas.
- c. Melakukan pemeriksaan fungsi paru sederhana diselenggarakan 1 tahun sekali bagi yang sehat, sementara yang berisiko 3 bulan sekali dan penderita

gangguan paru-paru dianjurkan 1 bulan sekali. Pemeriksaan Arus Puncak Ekspirasi dengan peakflowmeter pada anak dimulai usia 13 tahun. Pemeriksaan fungsi paru sederhana sebaiknya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah terlatih.

- d. Melakukan pemeriksaan gula darah bagi individu sehat paling sedikit diselenggarakan 3 tahun sekali dan bagi yang telah mempunyai faktor risiko PTM atau penyandang diabetes melitus paling sedikit 1 tahun sekali. Untuk pemeriksaan glukosa darah dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat/bidan/analisis laboratorium dan lainnya).
- e. Melakukan pemeriksaan kolesterol total dan trigliserida, bagi individu sehat disarankan 5 tahun sekali dan bagi yang telah mempunyai faktor risiko PTM 6 bulan sekali dan penderita dislipidemia/gangguan lemak dalam darah minimal 3 bulan sekali. Untuk pemeriksaan Gula darah dan Kolesterol darah dilakukan oleh tenaga kesehatan yang ada di lingkungan kelompok masyarakat tersebut.
- f. Melakukan pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat) dilakukan sebaiknya minimal 5 tahun sekali bagi individu sehat, setelah hasil IVA positif, dilakukan tindakan pengobatan krioterapi, diulangi setelah 6 bulan, jika hasil IVA negatif dilakukan pemeriksaan ulang 5 tahun, namun bila hasil IVA positif dilakukan tindakan pengobatan krioterapi kembali. Pemeriksaan IVA dilakukan oleh bidan/dokter yang telah terlatih dan tatalaksana lanjutan dilakukan oleh dokter terlatih di Puskesmas.
- g. Melakukan pemeriksaan kadar alkohol pernafasan dan tes amfemin urin bagi kelompok pengemudi umum yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat/bidan/analisis laboratorium dan lainnya).

- h. Melakukan konseling dan penyuluhan, harus dilakukan setiap pelaksanaan Posbindu PTM. Hal ini penting dilakukan karena pemantauan faktor risiko kurang bermanfaat bila masyarakat tidak tahu cara mengendalikannya
 - i. Melakukan aktifitas fisik dan atau olah raga bersama, sebaiknya tidak hanya dilakukan jika ada penyelenggaraan Posbindu PTM namun perlu dilakukan rutin setiap minggu
 - j. Melakukan rujukan ke fasilitas layanan kesehatan dasar di wilayahnya dengan pemanfaatan sumber daya tersedia termasuk upaya respon cepat sederhana dalam penanganan pra-rujukan
3. Trend dan Isue Penyakit Tidak Menular

Menurut hasil survei Global School- based Student Health Survey (GSHS) atau survei kesehatan global berbasis sekolah pada tahun 2015, diketahui bahwa pola hidup remaja saat ini berisiko terhadap penyakit tidak menular. Data GSHS menunjukkan pola makan yang tidak sehat seperti dalam satu hari remaja mengkonsumsi makanan siap saji (53%), kurang konsumsi sayur dan buah (78,4%), minuman bersoda (28%), kurang aktivitas fisik (67,9%), pernah merokok (22,5%), dan mengonsumsi alkohol (4,4%). Hal ini senada dengan Hasil Riskesdas tahun 2013, menunjukkan sebanyak 26,1% remaja kurang melakukan aktivitas fisik. Penduduk usia 10 tahun ke atas kurang mengkonsumsi sayur dan buah sebanyak 93,5% serta penduduk usia 15 tahun ke atas yang merokok sekitar 36,3%. Data riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 mencatat sebesar 2,5% pasien stroke sudah menderita stroke sejak usia 18-24 tahun. Selain itu, PTM yang dijumpai pada anak usia sekolah dan remaja adalah kanker sebesar 0,6%, asma sebesar 5%, dan obesitas atau kegemukan sebanyak 10% (Yuningrum, H., 2021).

Tren PTM (Penyakit Tidak Menular) pada usia muda semakin meningkat. Pada tahun 2019 diketahui

DALYs (Disability-Adjusted Life Year) untuk penyakit tidak menular mengalami peningkatan sebesar 13,1% pada usia remaja umur 10- 24 tahun (Global 2019 Disease and Injuries Collaborators, 2020). Peningkatan tren PTM pada usia muda turut terjadi di Indonesia. Berdasarkan persentase DALYs Loss, tiga kelompok penyakit menurut kelompok umur di Indonesia tahun 2017 menunjukkan adanya peningkatan 11 penyakit tidak menular pada kelompok umur 10-14 tahun. Hipertensi merupakan salah satu PTM (Penyakit Tidak Menular) yang dapat diderita oleh kelompok usia muda. Berdasarkan laporan Riskesdas tahun 2013 dan Riskesdas tahun 2018 menunjukkan adanya peningkatan prevalensi penyakit hipertensi pada usia ≥ 18 tahun dari 25,8% meningkat menjadi 34,1% (Badan Litbangkes, 2019).

4. Obesitas

Epidemi obesitas sangat cepat telah menjadi tantangan besar pada kesehatan masyarakat global dan juga menjadi peringkat tiga terbesar sebagai penyebab gangguan penyakit kronis. Peningkatan angka obesitas ini dikaitkan dengan kebiasaan orang-orang yang mengkonsumsi makanan tidak sehat dengan jumlah energi yang tinggi dimana jumlah tersebut lebih dari yang dibutuhkan tubuh manusia.

Pada banyak daerah saat ini dengan perkembangan ekonomi, makanan menjadi mudah untuk ditemukan dan tersedia banyak pilihan dengan harga murah dan menarik. Pada saat pembangunan ekonomi telah mengurangi juga kebutuhan tingkat aktifitas fisik yang menyebabkan kebutuhan energi tubuh yang berlebih tidak diimbangi dengan kegiatan fisik yang seimbang sehingga tubuh manusia menimbun lebih banyak energi yang dapat menjadi penyebab obesitas tersebut.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan target pada tahun 2025 agar memperhatikan kembali angka obesitas agar mengalami

penurunan seperti pada tahun 2010 (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

a. Pengertian Obesitas

Obesitas adalah penumpukan lemak yang berlebihan akibat asupan energi yang masuk kedalam tubuh dan energi yang digunakan oleh tubuh tidak seimbang dalam waktu yang lama

b. Penyebab Obesitas

- 1) Faktor genetik menjadi salah satu penyebab obesitas. Bila salah satu orang tuanya obesitas, maka akan menjadi peluang anak-anak menjadi obesitas sebesar 40-50%. Dan apabila kedua orang tuanya mengalami obesitas maka angka kemungkinan keturunannya akan mengalami obesitas yaitu 70-80%.
- 2) Faktor Lingkungan menjadi salah satu faktor penyebab Obesitas di masyarakat dimana penyebabnya adalah pola makan yang tidak seimbang dengan jumlah asupan yang berlebihan yang dapat menyebabkan berat badan berlebihan sebagai pemicu obesitas. Jenis makanan dengan kepadatan energi yang tinggi (seperti tinggi lemak, gula, serta kurang serat) yang menyebabkan ketidakseimbangan energi didalam tubuh manusia.
- 3) Faktor Obat-obatan dan Hormonal. Faktor konsumsi obat-obatan yang sering digunakan dalam jangka waktu yang panjang dan lama seperti untuk terapi asma, peradangan sendi dan alergi dapat menjadi penyebab obesitas karena obat-obatan jenis tersebut mampu meningkatkan nafsu makan seseorang. Faktor hormonal juga berperan menjadi penyebab obesitas dimana hormone leptin, ghrelin, tiroid, insulin dan estrogen mampu memicu obesitas Mengatur pola makan yang mencakup jumlah, jenis, jadwal

makan, dan pengelolaan bahan makanan dengan menggunakan piring makan model T dimana jumlah sayurang dianjurkan 2 kali lipat dibanding jumlah makanan sumber karbohidrat (roti, nasi, mie, pasta, singkong, dll), dan jumlah makanan sumbe protein setara dengan jumlah bahan makanan sumber karbohidrat.

c. Dampak Obesitas

Dampak yang ditimbulkan dari obesitas ini diantaranya yaitu peningkatan trigliserida, penurunan kolesterol HDL, serta meningkatkan tekanan darah. Dampak penyakit lain yang muncul diakibatkan oleh obesitas yaitu diantaranya, asma, peradangan sendi lutut dan pinggul, pembentukan batu empedu, henti nafas saat tidur, nyeri pinggang, stroke, kanker, gangguan haid, penyakit jantung koroner, diabetes, hipertensi dll.

d. Pencegahan Obesitas

- 1) Prinsip pengelolaan obesitas adalah dengan mengatur keseimbangan energi yang masuk dan yang digunakan tubuh, dimana energi yang masuk kedalam tubuh harus lebih rendah dibanding yang dibutuhkan.
- 2) Mengatur pola makan yang mencakup jumlah, jenis, jadwal makan, dan pengelolaan bahan makanan dengan menggunakan piring makan model T dimana jumlah sayurang dianjurkan 2 kali lipat dibanding jumlah makanan sumber karbohidrat (roti, nasi, mie, pasta, singkong, dll), dan jumlah makanan sumbe protein setara dengan jumlah bahan makanan sumber karbohidrat.
- 3) Pola aktifitas fisik
Pengelolaan obesitas dilakukan dengan melakukan aktifitas fisik yangkontinyu dengan gerakan insensitas rendah sampai sedang sehingga terjadi peningkatan pengeluaran energi dan peningkatan

masa otot. Pola hidup aktif menjadi penyeimbang dari asupan energi didalam tubuh, dengan demikian energi yang diasup tidak akan pernah berlebihan di dalam tubuh.

4) Pola Emosi Makan

Pola emosi makan merupakan suatu kebiasaan makan dengan jumlah berlebihan dan cenderung memilih jenis makanan yang tidak sehat yaitu tinggi gula, garam dan lemak yang disebabkan oleh emosi atau selera sesaat bukan karena benar-benar lapar. Pada orang yang menderita obesitas perlu ada seseorang yang membantu untuk mengnali jenis jenis emosinya dan orang yang mampu mengendalikan emosi tersebut sehingga penderita obesitas ini dapat mengontrol makanannya.

5) Pola tidur/istirahat

Kurang tidur dapat menyebabkan gangguan hormone leptin di dalam tubuh manusia yang menyebabkan rasa lapar tidak terkontrol. Gangguan tidur dapat menyebabkan peningkatan asupan energi melalui peningkatan rasa lapar dimana orang tersebut akan makan banyak. Waktu untuk makan menjadi lebih banyak dibanding istirahat dan tidur sehingga asupan lebih banyak, dan biasanya peneidita gangguan tidur akan memilih makananan yang tidak sehat atau cepat saji.

5. Hasil Penelitian yang Relevan dengan Penyakit Tidak Menular

Tabel 1. Hasil Penelitian Penyakit Tidak Menular

| No. | Nama Peneliti | Judul Penelitian | Metode Penelitian | Hasil Penelitian |
|-----|-----------------------------|--|---|---|
| 1. | (Mugi Wahidin et al., 2022) | <i>Burden of Diseases and Program for the Prevention and Control Of Non-Communicable</i> | <i>This study is mixed methods research (quantitative and qualitative) conducted in DKI Jakarta, Jambi, and DI Yogyakarta from July</i> | <i>The results of the study showed that the burden of NCDs is very high at 70% of the total burden of disease, the main</i> |

| | | | | |
|----|-------------------------------|--|---|---|
| | | Diseases in Indonesia | to December 2019. The study design used in quantitative research is descriptive cross-sectional. The variables studied were NCD burden, NCD prevention and control programs, and the gap between NCD programs and NCD burden. NCD burden used secondary data from the 2017 BoD study. NCD programs and gaps used primary data extracted from informants from the Ministry of Health, professional organizations, non-governmental organizations, and provincial health offices. Interview guidelines and round table discussion (RTD) guides were used to collect primary data. Secondary data were analyzed descriptively quantitatively, and primary data were analyzed qualitatively with content analysis. Data triangulation used method triangulation, namely in-depth interviews and round table discussions.. | risk factors for NCDs are high blood pressure, diet, high blood sugar, obesity, and smoking. NCD promotion, prevention and early detection programs are less than optimal. BoD data can be utilized at the national and provincial levels. There is a gap between the program and the burden of NCDs. |
| 2. | (Rofana Aghniya et al., 2024) | Deteksi Dini dan Pencegahan Penyakit Tidak Menular Melalui Aktivitas Fisik, Edukasi dan Promosi Kesehatan Di UPTD Yosomulyo Kota Metro | Kegiatan ini meliputi deteksi dini dengan skrining kesehatan dengan melakukan tes tekanan darah, cek glukosa dan sebagainya, melakukan aktivitas fisik selama 30 menit, edukasi & penyuluhan dengan metode ceramah, diskusi dan menyebarkan leaflet. | Hasil edukasi dinilai melalui pengisian kuesioner pre-post penyuluhan dan didapatkan kenaikan nilai yang signifikan yang berarti bahwa edukasi yang dilakukan telah meningkatkan pengetahuan wanita usia subur dan lansia mengenai penyakit tidak menular dan pencegahannya.. |

| | | | | |
|----|------------------------------|--|--|--|
| 3. | (Lan Chen et al., 2024) | <i>Effect of physical activity on anxiety, depression and obesity index in children and adolescents with obesity: A meta-analysis</i> | <i>This study systematically identified the effects of physical activity (PA) on depression, anxiety and weight-related outcomes among children and adolescents with overweight/obesity. EMBASE, The Cochrane Library, Web of Science, and PubMed were searched from January 1, 2000 to August 1, 2022 for peer-reviewed papers. Meta-analyses were conducted to ascertain the effect of physical activity on symptoms of anxiety, depression and weight-related outcomes in overweight/obese children and adolescents..</i> | <i>PA combined with other interventions have a significant effect both on anxiety symptoms and BMI compared to pure PA intervention. In terms of intervention duration, we observed that durations falling within the range of 8 to 24 weeks exhibited the most positive effects on reducing depressive symptoms</i> |
| 4. | (Yohhei Hamada et al., 2024) | <i>Prevalence of non communicable diseases among household contacts of people with tuberculosis: A systematic review and individual participant data meta-analysis</i> | <i>a systematic review and individual participant data meta-analysis</i> | <i>We identified 39 eligible studies, of which 14 provided individual participant data (29,194 contacts). Of the remaining 25 studies, 18 studies reported aggregated data suitable for aggregated data meta-analysis. In individual participant data analysis, the pooled prevalence of diabetes in studies that undertook biochemical testing was 8.8% (95% confidence interval [CI], 5.1%-14.9%, four studies). Age- and sex-standardised prevalence was higher in two studies (10.4% vs. 6.9% and 11.5% vs. 8.4%) than the corresponding national estimates and similar in two studies. Prevalence of diabetes mellitus based on self-report or medical records was 3.4% (95% CI</i> |

| | | | | |
|----|--------------------------------|---|--|---|
| | | | | 2.6%-4.6%, 14 studies). Prevalence did not significantly differ compared to estimates from aggregated data meta-analysis. There were limited data for other non-communicable diseases.. |
| 5. | (Nader Salari et al., 2024) | <i>Global Prevalence of Social Anxiety Disorder in Children, Adolescents and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis</i> | <i>A Systematic Review and Meta-analysis</i> | The global prevalence of social anxiety disorder was estimated to be 4.7% in children, 8.3% in adolescents, and 17% in youth. These findings suggest a progressive increase in the prevalence of SAD across these developmental stages |
| 6. | (Annalie Wentzel et al., 2025) | <i>Prevalence of metabolic syndrome in children and adolescents with obesity :a systematic review and meta-analysis</i> | <i>We searched three major databases, i.e., PubMed-Medline, Scopus, and Web of Science, from inception to August 31, 2023, yielding 2432 articles. We included original research papers reporting MetS prevalence among children and adolescents with obesity, irrespective of their regions and MetS diagnostic criteria used. We aggregated prevalence estimates using random-effects models to obtain the overall prevalence and conducted subgroup analyses for MetS criteria and study regions.</i> | <i>We included 57 studies, amounting to 27,923 participants. The overall prevalence of MetS in participants with obesity varied greatly across studies, ranging from 2.1% to 74.4%, with an average prevalence of 29.4%. This high prevalence of MetS was further supported by a meta-analysis comprising 57 studies that further strengthened the observation of a high prevalence of MetS, revealing an overall prevalence of 26% (95% CI: 0.22-0.30; I² = 98%).</i> |
| 7. | (Jitendra Meena _et al 2021) | <i>Prevalence of Hypertension among Children and Adolescents in India: A Systematic Review and Meta-Analysis</i> | <i>Three electronic databases (PubMed, EMBASE, and Web of Science) were searched from inception to August 2020 by using terms related to hypertension, children, prevalence, and India. Studies reporting the prevalence of hypertension, defined based on at least three</i> | <i>A total of 64 studies were included in this systematic review. The pooled prevalence was 7% (95% CI: 6%-8%) for hypertension, 4% (95% CI: 3%-4.1%) for sustained hypertension and 10% (95% CI: 8%-13%) for prehypertension.</i> |

| | | | | |
|----|-----------------------------|--|---|--|
| | | | <p>measurements, were included. Two investigators independently performed the literature search, study selection, and data extraction for this review. Random effect meta-analysis was used to provide pooled estimates of hypertension..</p> | <p>While there was no significant difference in hypertension across five different regions of the country, an upward rising trend was observed after the year 2005. Urban children had a higher prevalence of hypertension as compared to their rural counterparts. Childith with obesity had a significantly high prevalence of hypertension (29%) than normal-weight children (7%).</p> |
| 8. | (Ye Li et al , 2021) | <p>A meta-analysis of the haemodynamics of primary hypertension in children and adults</p> | <p>We performed a systematic review and meta-analysis to determine the relative contributions of elevated cardiac output and systemic vascular resistance to hypertension in children and adults..</p> | <p>This included 27 studies on 11 765 hypertensive and normotensive children and adults in whom cardiac output was measured. Cardiac output but not systemic vascular resistance was elevated in hypertensive compared to normotensive children and young adults (difference in means 1.15 [0.78-1.52] l/min, P < 0.001). In older hypertensive adults, both were elevated compared to normotensive individuals (0.40 [0.26-0.55] l/min, P < 0.001 and 3.21 [1.91-4.51] mmHg min/l, P < 0.001 for cardiac output and systemic vascular resistance, respectively).</p> |
| 9. | (Xinyue Zhang et al., 2024) | <p>Global Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Systematic</p> | <p>The current study was performed in accordance with the Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology guidelines. DerSimonian-Laird</p> | <p>A total of 2033 studies from 154 different countries or regions involving 45 890 555 individuals were included. The overall prevalence of</p> |

| | | | | |
|-----|--------------------------|---|--|---|
| | | Review and Meta-Analysis | random-effects model with Free-Tukey double arcsine transformation was used for data analysis. Sensitivity analysis, meta-regression, and subgroup analysis of obesity among children and adolescents were conducted. | obesity in children and adolescents was 8.5% (95% CI 8.2-8.8). We found that the prevalence varied across countries, ranging from 0.4% (Vanuatu) to 28.4% (Puerto Rico). Higher prevalence of obesity among children and adolescents was reported in countries with Human Development Index scores of 0.8 or greater and high-income countries or regions. Compared to 2000 to 2011, a 1.5-fold increase in the prevalence of obesity was observed in 2012 to 2023. Substantial differences in rates of obesity were noted when stratified by 11 risk factors. Children and adolescents with obesity had a high risk of depression and hypertension. The pooled estimates of overweight and excess weight in children and adolescents were 14.8% (95% CI 14.5-15.1) and 22.2% (95% CI 21.6-22.8), respectively. |
| 10. | (Zheng Liu et al., 2021) | Effectiveness of a Multifaceted Intervention for Prevention of Obesity in Primary School Children in China: A Cluster Randomized Clinical Trial | A cluster randomized clinical trial was conducted during a single school year (from September 11, 2018, to June 30, 2019) across 3 socioeconomically distinct regions in China according to a prespecified trial protocol. Twenty-four schools were randomly allocated (1:1) to the intervention or the control group, with 1392 eligible children aged 8 to 10 years participating. | Among the 1392 participants (mean [SD] age, 9.6 [0.4] years; 717 boys [51.5%]; mean [SD] BMI, 18.6 [3.7]), 1362 (97.8%) with follow-up data were included in the analyses. From baseline to the end of the trial, the mean BMI decreased in the intervention group, whereas it increased in the control group; the |

| | | | | |
|-----|------------------------|--|---|---|
| | | | Data from the intent-to-treat population were analyzed from October 1 to December 31, 2019. | mean between-group difference in BMI change was -0.46 (95% CI, -0.67 to -0.25; $P < .001$), which showed no evidence of difference across different regions, sexes, maternal education levels, and primary caregivers (parents vs nonparents). The prevalence of obesity decreased by 27.0% of the baseline figure (a relative decrease) in the intervention group, compared with 5.6% in the control group. The intervention also improved other adiposity outcomes, dietary, sedentary, and physical activity behaviors, and obesity-related knowledge, but it did not change moderate- to vigorous-intensity physical activity, physical fitness, or blood pressure. No adverse events were observed during the intervention. |
| 11. | (Navisyah et al, 2023) | Risiko Obesitas pada Anak Akibat Konsumsi Fast Food dan Junk Food: Literature Review | Penelitian ini menerapkan metode tinjauan literatur (<i>literature review</i>) dengan mengikuti pedoman PRISMA <i>flowchart</i> yang disesuaikan dengan tujuan penelitian serta menggunakan format PICO.. | Berdasarkan 11 artikel yang dianalisis, 10 artikel menunjukkan bahwa pola makan yang buruk, seperti konsumsi <i>fast food</i> dan <i>junk food</i> dengan frekuensi berlebih memiliki hubungan yang signifikan dalam menyebabkan obesitas pada anak usia sekolah dasar. Besar risiko mengalami obesitas pada anak yang sering mengkonsumsi |

| | | | | |
|-----|------------------------------|---|--|--|
| | | | | <i>fast food</i> dan <i>junk food</i> paling tinggi sebesar 30,7 kali daripada anak-anak yang jarang mengonsumsi dua jenis makanan tersebut. |
| 12. | (Ghina et al., 2022) | Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian obesitas pada remaja umur 13-15 tahun di Indonesia (analisis lanjut data Riskesdas 2018) | Penelitian ini dilakukan pada Mei-November 2021 menggunakan data sekunder Riskesdas 2018 yang melibatkan 54.914 responden. Desain penelitian adalah cross sectional. | Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (50,1%), bertempat tinggal di perkotaan (52,5%), tidak obesitas (95,6%), dan mempunyai aktivitas fisik ringan (53,9%). Sebagian besar responden juga jarang mengonsumsi gula sederhana (57%), jarang mengonsumsi lemak (62,3%), sering mengonsumsi protein (53,6%), dan kurang dalam mengonsumsi sayur dan buah (98,7%). Ada hubungan antara umur, jenis kelamin, aktivitas fisik, dan konsumsi lemak dengan kejadian obesitas ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,041$; $p=0,028$).. |
| 13. | (Laela Mulyana et al., 2022) | Pola Pemberian Makan yang Tepat dalam Mengurangi Resiko Obesitas pada Balita | Jenis penelitian ini adalah analitikal observasional dengan rancangan kasus kontrol Subjek terdiri dari 4 kelompok kasus (obesitas) dan 4 kelompok kontrol (tidak obesitas) yang dipilih secara matching terhadap usia dan jenis kelamin dengan menggunakan teknik cluster sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan lembar | Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pola pemberian makan terhadap kejadian obesitas pada balita ($p<0,05$). Pola pemberian makan dapat meningkatkan resiko obesitas pada balita sebesar 1,04 kali, artinya semakin banyak jumlah atau porsi, |

| | | | | |
|-----|--------------------|---|---|---|
| | | | observasi. Analisis data menggunakan analisis regresi logistik | jenis dan frekuensi makan yang diberikan semakin berpengaruh pada peningkatan resiko obesitas pada balita. |
| 14. | (Dewi et al, 2020) | Laporan Studi Kasus Pada Anak Dengan Diabetes Melitus Tipe-1 Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro | Studi kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam asuhan keperawatan pada anak dengan diabetes melitus tipe-1. | Hasil studi kasus diperoleh lima diagnosa keperawatan, yaitu resiko ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan defisiensi insulin, defisiensi volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan hebat melalui rute normal, ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan diet kurang, resiko keterlambatan perkembangan berhubungan dengan gangguan endokrin: diabetes melitus tipe-1, dan defisien pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. |
| 15. | (I Putu, 2020) | Efektivitas Metode Latihan Aerobik dan Anaerobik untuk Menurunkan Tingkat Overweight dan Obesitas | Metode yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan metode studi literatur. Data dikumpulkan dengan metode studi pustaka, kemudian data yang diperoleh akan dikompulasi, dianalisis, dan disimpulkan sehingga mendapatkan sebuah kesimpulan. | Metode latihan aerobik lebih cocok diterapkan untuk individu yang ingin menurunkan berat badan, dikarenakan pelaksanaan dari metode latihan ini dilaksanakan dengan intensitas rendah namun durasi yang relatif lama. Sedangkan metode latihan anaerob lebih |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>cocok diterapkan pada atlet atau individu yang ingin meningkatkan VO2max dikarenakan metode latihan ini dilaksanakan dengan intensitas tinggi namun durasi yang relatif lebih pendek.</p> |
|--|--|--|--|--|

DAFTAR PUSTAKA

- Annalie Wentzel, Sihle E Mabhida, Musawenkosi Ndlovu, Haskly Mokoena, Bevan Esterhuizen, Machoene D Sekgala, Phiwayinkosi V Dlodla, André P Kengne, Zandile J Mchiza (2025) *Prevalence of metabolic syndrome in children and adolescents with obesity :a systematic review and meta-analysis. Obesity a reseach journal* Volume 33, Issue 1 January 2025 Pages 12-32 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39622709/>
- Chen L, Liu Q, Xu F, Wang F, Luo S, An X, Chen J, Tang N, Jiang X, Liang X. (2024). Effect of physical activity on anxiety, depression and obesity index in children and adolescents with obesity: A meta analysis. *Journal of Affective Disorders* Volume 354, 1 June 2024, Pages 275-285 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38490590/>
- Cut. PA. 2020. Penyakit penyakit-tidak-menular-kini-ancam-usia-muda Diakses Sabtu, 15 Maret 2025, Pukul: 15:04
- DEONISIA ARLINTA. (2024). Penyakit Tidak Menular pada Anak Kian Meningkat, Dokter Diminta Lebih Responsif. Penyakit Tidak Menular pada Anak Kian Meningkat, Dokter Diminta Lebih Responsif - Kompas.id. diakses Senin, 17 Maret 2025 Pukul: 08:37 WIB.
- Dewi, Apriliani Yuva (2020). Laporan Studi Kasus Pada Anak Dengan Diabetes Melitus Tipe-1 Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro. Repository Universitas Muhammadiyah Klaten. <http://repository.umkla.ac.id/861/>
- Ghina Raniya Suha (2022), Amrina Rosyada. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian obesitas pada remaja umur 13-15 tahun di Indonesia (analisis lanjut data Riskesdas 2018). Ilmu Gizi Indonesia. Agustus Vol. 06, No. 01, 43-56. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/93184889/pdf_1-libre.pdf?1666939479=&response-content disposition=inline%3B+filename%3DFaktor faktor yang berhubungan dengan ke.pdf&Expires=1742984280&Signature=L99qHwCC7AfEY0TuEM9dpnFH1YbP4FSpt6pc

BLOsuyZZ7avtIYVUtDzLiJNf7IHLW0fbZvcPCcDm0hBB
k-xRCLq85WwPD7jJOstYfhrbED-
VvAJM5jAPvUmqi2KeDR5IHLLogEGuXvu3e8Sszui3uY
b25Eyvdb3Jk0fjKc93RQOUbUwNDEVwEbcysV9sfcyoG4
km6W7vX0faDE481bTjzbBiyLSmMIGXrwUBez~oV5kA
YllfJ4Uz2KBua-
~HXXVQgM1oPv2GVyBzuhlXMrHRjEHil98IHmxIXkXt
CfWFJEZI5CmZq7c-
7SBdP713iEniUW5snDm652aLRS9xvmVNJQ_&Key-
Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- Irwan. (2018). Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Yogyakarta: Deepublish
- I Putu Agus Dharma Hita (2020) Efektivitas Metode Latihan Aerobik dan Anaerobik untuk Menurunkan Tingkat Overweight dan Obesitas. Journal Penjakora Vol. 7 No. 2
<https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/PENJAKORA/article/view/2737>
- Jitendra Meena, Meenu Singh, Amit Agarwal, Anil Chauhan, Nishant Jaiswal (2021) Prevalence of Hypertension among Children and Adolescents in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nov;88(11):1107-1114.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33796994/>
- Laela Mulyana, Eko Farida (2022) Pola Pemberian Makan yang Tepat dalam Mengurangi Resiko Obesitas pada Balita. Indonesian Journal of Public Health and Nutrition Vol 2 No 1
<https://journal.unnes.ac.id/sju/IJPHN/article/view/51661>
- Navisyah Dwi Qurrotul 'Aini, Andi Annisa Maharani, Talitha Dwi Maharani, Nabilah Shafa Nurannisa, Chahya Kharin Herbawani (2023). Risiko Obesitas pada Anak Akibat Konsumsi Fast Food dan Junk Food: Literature Review. Muhammadiyah Journal of nutrition and food science. Vol 4 No 2. 2-10.

- <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/MJNF/article/view/17110>
- Nader Salari, Pegah Heidarian, Masoud Hassanabadi, Fateme Babajani, Nasrin Abdoli, Maliheh Aminian, Masoud Mohammadi (2024) *Global Prevalence of Social Anxiety Disorder in Children, Adolescents and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis* Oct;45(5):795-813. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38852119/>
- Wang Y, W. J. (2020). Modelling and prediction of global noncommunicable diseases. *BMC Public Health*, 20, 8
- Ye Li, Emily Haseler, Ryan McNally, Manish D Sinha, Phil J Chowienczyk (2023). *A meta-analysis of the haemodynamics of primary hypertension in children and adults. Journal of Hipertensi.* Feb 1;41(2):212-219. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36583348/>
- Yohhei Hamada, t l., (2024) Prevalence of non communicable diseases among household contacts of people with tuberculosis: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Tropical Medicine & International Health. Volume29, Issue9* September 2024 Pages 768-780. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39073229/>
- Xinyue Zhang, Jiaye Liu, Yinyun Ni, Cheng Yi, Yiqiao Fang, Qingyang Ning, Bingbing Shen, Kaixiang Zhang, Yang Liu, Lin Yang, Kewei Li, Yong Liu, Rui Huang, Zhihui Li (2024) *Global Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Aug 1;178(8):800-813. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38856986/>
- Yuningrum, H., Trisnowati, H., & Rosdewi, N. N. (2021, May). Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) pada Remaja: Studi Kasus pada SMA Negeri dan Swasta di Kota Yogyakarta. In *Jurnal Formil (Forum Ilmiah) Kesmas Respati* (Vol. 6, No. 1, pp. 41-50).

Zheng Liu, Pei Gao, Ai-Yu Gao, Yi Lin, Xiang-Xian Feng, Fang Zhang, Li-Qun Xu, Wen-Yi Niu, Hai Fang, Shuang Zhou, Wen-Hao Li, Jian-Hui Yuan, Chun-Xia Xu, Na Wu, Hui-Juan Li, Li-Ming Wen, George C Patton, Hai-Jun Wang, Yang-Feng Wu (2022). *Effectiveness of a Multifaceted Intervention for Prevention of Obesity in Primary School Children in China: A Cluster Randomized Clinical Trial*. Jan 1;176(1):e214375. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34747972/>

BIODATA PENULIS



Dr. Evalatifah Nurhayati. SKM, S.Kep, Ners, M.Kes lahir di Medan Sumatera Utara, 23 Maret 1978. Telah menyelesaikan studi Diploma Tiga Keperawatan di Akper DEPKES RI Medan (2018-2001). S1 Kesehatan Masyarakat di FKM Universitas Sumatera Utara (2002-2005). S2 Kes Mas di FKM USU (2012-2014). S1 Keperawatan dan Profesi Ners di FKK UNPRI (2020-2022). S3 Ilmu Kedokteran di FKKGKIK Universitas Prima Indonesia (2020-2023). S2 Keperawatan FKK UNPRI (2024-sekarang). Bekerja di Universitas Prima Indonesia sebagai Sekretaris Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan, dosen Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut dan aktif dalam Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian masyarakat.

BAB 17

Edukasi Kesehatan Reproduksi bagi Remaja

* Hj. Zuidah., S.Kep.,Ns.,SKM.,M.Kes*

A. Pendahuluan

Masa remaja merupakan salah satu tahap kehidupan yang paling menarik dan kompleks, serta disertai dengan kebutuhan khusus kesehatan reproduksi Remaja adalah sosok yang tangguh, banyak akal, dan energik. Mereka dapat saling mendukung melalui konseling, pendidikan, dan penjangkauan antarteman sebaya, serta berkontribusi bagi masyarakat melalui berbagai kegiatan seperti membantu penyedia layanan kesehatan sebagai relawan, memberikan perawatan kepada orang yang hidup dengan HIV/AIDS, dan memperluas akses ke layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas bagi teman sebaya mereka di tingkat masyarakat (WHO, 2014).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), remaja masuk pada golongan individu yang berusia antara 10 dan 19 tahun. Secara global, kelompok usia ini termasuk remaja yaitu sekitar 1,2 miliar. Perkiraan tahun 2050 terjadi peningkatan angka klasifikasi remaja, terkhusus pada negara-negara yang memiliki penghasilan rendah dan menengah. Di Indonesia jumlah remaja 69,82 juta dari total 270,20 juta penduduk yang dilaporkan oleh Badan Pusat Statistik. Klasifikasi tersebut terdiri dari 23,75 juta berusia 10 hingga 14 tahun. Selanjutnya 23,1 juta berusia 15 hingga 19 tahun, dan 22,95 juta berusia 20 hingga 24 tahun. Besarnya populasi remaja saat ini dan di masa yang akan datang mempunyai dampak besar terhadap pembangunan sosial, ekonomi, dan demografi di masa

mendatang akan mempunyai dampak yang besar pada populasi remaja (Sumaryani & Purwaningsih, 2024).

Masalah kesehatan seksual dan reproduksi pada remaja putri yaitu tingginya angka kesakitan dan kematian seperti aborsi yang tidak aman, komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dan kekerasan berbasis gender, termasuk mutilasi alat kelamin perempuan. Resiko tinggi perilaku seksual di kalangan remaja laki-laki menyebabkan mereka menjadi ayah di masa remaja yang dapat berdampak buruk pada kesehatan mental dan kesejahteraan, peluang pekerjaan dan pendidikan (Usonwu et al., 2021). Selain itu, kesehatan reproduksi remaja seperti menjaga kebersihan reproduksi dan bertanggung jawab untuk tidak melakukan perilaku yang tidak berkenan (Amalia et al., 2022).

B. Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja

1. Defenisi

Remaja adalah usia seseorang mulai berkembang cepat sehingga mampu berinteraksi dengan usia dewasa diatasnya dan usia ini merasa sudah mulai sejajar dengan usia dewasa tanpa merasa usianya lebih rendah dibawahnya (Dungga & Ihsan, 2023). Kesehatan reproduksi yaitu keadaan seseorang yang terbebas dari penyakit maupun kecacatan serta kondisi fisik, mental dan sosial yang sejahtera secara keseluruhan. Edukasi reproduksi remaja diartikan sebagai pemberian informasi untuk memahami dasar – dasar kesehatan reproduksi agar remaja mampu bertindak dan bertanggung jawab di masyarakat dalam menghindari penyakit menular seksual (Muharrina et al., 2023).

2. Tujuan

Memberi secara menyeluruh layanan kesehatan reproduksi yang lengkap, termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi, guna memberdayakan mereka untuk lebih mengontrol proses dan fungsi reproduksinya. Kesehatan reproduksi juga berupaya untuk meningkatkan otonominya dalam memilih peran dan tanggung jawab

reproduksi mereka, hak dan tanggung jawab sosial (Haryati, 2023).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi
Kesehatan reproduksi mempunyai dampak buruk yang tertuang dalam faktor berikut:
 - a. Faktor sosial - ekonomi dan demografi : penghasilan dan tingkat pendidikan rendah kurang informasi mengenai perkembangan seksual dan reproduksi dan pemukiman terpencil.
 - b. Faktor budaya dan lingkungan : dampak praktik tradisional yang buruk pada kesehatan reproduksi, keyakinan mempunyai keyakinan banyak anak rejek bertambah, informasi yang tidak akurat sehingga remaja menjadi bingung.
 - c. Faktor psikologis : perceraian orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, harga diri wanita pada pria dibeli oleh materi.
 - d. Faktor biologis : disabilitas dari lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual (Haryati, 2023).
4. Pengaruh Teman Sebaya terhadap Kesehatan reproduksi Remaja
Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja sering kali berkaitan dengan hubungan dengan teman sebaya. Pengaruh tersebut bisa didapatkan dari teman laki-laki atau pacar untuk melakukan hubungan seksual. Menurut remaja kebahagiaan mereka bisa didapat dari teman atau pacar yang mereka jumpai sehingga remaja akan melupakan masalahnya dan akan berdampak negatif atas perilaku yang dilakukannya (Rahmawati et al., 2023).
5. Dampak Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja
Dampak edukasi kesehatan reproduksi yang diberikan berupa pengetahuan informasi tentang kesehatan seksual dan reproduksi di kalangan remaja dapat ditingkatkan secara signifikan melalui kurikulum sekolah. Hal tersebut karena mayoritas pengetahuan

remaja diperoleh dari guru sebagai sumber informasi mereka daripada teman. Hal ini dapat dikaitkan dengan fakta bahwa masih dianggap tabu untuk membicarakan kesehatan seksual dalam keluarga serta kurangnya pengetahuan mengenai hal tersebut di antara orangtua dan anak sehingga pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dilingkungan keluarga tidak optimal (Yadav & Kumar, 2023).

6. Keterlibatan Masyarakat dalam Kesehatan Reproduksi Remaja

Memahami konteks budaya dan menciptakan lingkungan yang mendukung sangat penting untuk memajukan layanan kesehatan reproduksi bagi remaja karena hal ini dapat dipengaruhi oleh nilai-nilai masyarakat mengenai kesehatan reproduksi dan seksual remaja. Orang dewasa sering kali menjadi sangat protektif terhadap norma-norma budaya dan proses sosialisasi remaja ketika keadaan darurat terjadi. Pada awal respons kemanusiaan, penting untuk menyediakan informasi dan layanan kesehatan reproduksi prioritas, termasuk untuk remaja. Sesegera mungkin, fokuslah pada pelibatan masyarakat dalam isu-isu yang memengaruhi kesehatan remaja, karena hal ini dapat menghasilkan dampak kesehatan yang lebih berkelanjutan dan positif. Anggota masyarakat, termasuk orang tua, wali, dan pemimpin agama, harus diajak berkonsultasi dan dilibatkan dalam pengembangan program dengan dan untuk remaja (WHO, 2014).

7. Prinsip Fasilitas Pelayanan bagi Kesehatan Reproduksi Remaja

- a) Privasi, kerahasiaan, dan kejujuran: Remaja yang datang ke fasilitas layanan kesehatan sering kali merasa malu, canggung, atau bingung. Penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk menciptakan ruang yang paling privat untuk berbicara. Informasi disebarluaskan dengan cepat di kalangan remaja dan jika

kerahasiaan mereka dilanggar, remaja tidak akan dapat mengakses layanan yang tersedia.

- b) Pencegahan, pengobatan dan perawatan HIV, dan kesehatan reproduksi. Ketika remaja mengakses layanan kesehatan untuk mencari informasi, pengujian, dan perawatan HIV, ada peluang untuk mempromosikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif seperti: seks yang lebih aman, termasuk penggunaan perlindungan ganda. Metode keluarga berencana. Konseling dan perawatan IMS Sebaliknya, tawarkan semua remaja yang mengakses layanan keluarga berencana atau layanan kesehatan reproduksi lainnya kesempatan untuk mempelajari status HIV mereka.
 - c) Jenis kelamin di Fasilitas layanan, jika memungkinkan, remaja harus dirujuk ke penyedia layanan, maka pendamping yang dari fasilitas pelayanan harus sesuai dengan jenis kelamin pasien (WHO, 2014).
8. Fasilitas Kesehatan Reproduksi Remaja di Masyarakat
- a. Edukasi teman sebaya: Pendidikan sebaya menawarkan banyak manfaat karena teman sebaya biasanya dianggap sebagai sumber informasi yang aman dan dapat dipercaya. Program pendidikan sebaya yang dirancang dengan baik, berbasis kurikulum, dan pendidik sebaya yang diawasi dapat berhasil dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan remaja tentang kesehatan reproduksi dan pencegahan HIV.
 - b. Komunikasi pada remaja di masyarakat untuk mendapatkan informasi, keterampilan, dan dorongan dalam mendukung program tetapi juga untuk merasa lebih nyaman dalam memberikan informasi kepada remaja.

9. Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Sekolah

Menyediakan layanan dan informasi kesehatan reproduksi di sekolah formal dan nonformal serta di pusat pelatihan. Bekerjasama dengan para pendidik untuk mengadvokasi terciptanya lingkungan yang mendukung untuk memastikan penyediaan layanan kesehatan reproduksi bagi remaja.

- a. Fasilitas kebersihan khusus jenis kelamin: remaja cenderung merasa tidak nyaman dan malu untuk berbagi fasilitas kebersihan dengan lawan jenis, dan bahkan dengan anak-anak yang lebih muda. Pastikan fasilitas kebersihan khusus jenis kelamin yang aman di sekolah. Sediakan kain atau bahan sanitasi lain yang sesuai dengan budaya untuk digunakan selama menstruasi.
- b. Edukasi kesehatan reproduksi berbasis kurikulum: Program pendidikan seksualitas dan HIV yang berbasis pada kurikulum tertulis dan diterapkan di antara kelompok remaja merupakan intervensi yang menjanjikan untuk mengurangi perilaku berisiko seksual remaja. Guru disekolah memastikan bahwa remaja merasa tidak malu untuk mempelajarinya (WHO, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, A., Sari, A., Sari, N. R. D., Fadillah, R., & Pratiwi, S. T. (2022). Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Remaja Dalam Menyikapi Bonus Demografi. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(3), 81–84.
- Dungga, E. F., & Ihsan, M. (2023). Jurnal Pengabdian Masyarakat Farmasi: Pharmacare Society Pendidikan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Farmasi: Pharmacare Society*, 2, 134–139.
- Haryati, A. (2023). *Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Lansia*.
- Muharrina, C. R., Yustendi, D., Sarah, S., Herika, L., & Ramadhan, F. (2023). Kesehatan Reproduksi Reproductive Health. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kebidanan*, 5(1), 26–29. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JPMK/article/view/11507>
- Rahmawati, S., Setyowati, S., Budiati, T., & Rachmawati, I. N. (2023). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi Remaja. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(2), 2632–2640. <https://doi.org/10.31539/joting.v5i2.7713>
- Sumaryani, S., & Purwaningsih, H. (2024). *Adolescents and reproductive health : Promoting healthy habits for reproductive well-being*. 5(1), 199–204.
- Usonwu, I., Ahmad, R., & Curtis-Tyler, K. (2021). Parent-adolescent communication on adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: a qualitative review and thematic synthesis. *Reproductive Health*, 18(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01246-0>
- WHO. (2014). Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, 1–222.
- Yadav, N., & Kumar, D. (2023). The impact of reproductive and sexual health education among school going adolescents in Andaman and Nicobar Islands. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 24(September), 101416. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101416>.

BIODATA PENULIS



Hj. Zuidah., S.Kep., Ns., SKM., M.Kes menyelesaikan Pendidikan Diploma Keperawatan tahun 1988, Pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat tahun 1997, Sarjana Terapan Keperawatan tahun 1999, dan menyelesaikan Magister Kesehatan Masyarakat tahun 2006. Bekerja di pelayanan dari tahun 1988 sampai dengan 1998. Saat ini Bekerja di Yayasan Pendidikan Rs Haji Medan dari tahun 1998 sampai dengan tahun 2024 sebagai Dosen tetap. Diberikan kepercayaan menjabat sebagai wakil ketua bidang akademik 2000 s/d 2010, Bidang Administrasi dan keuangan tahun 2011 s/d 2012, Wakil ketua bidang kemahasiswaan tahun 2013 s/d 2018. Pernah di bagian penjaminan mutu 2019 s/d 2021. Dan Saat ini sebagai penanggung jawab laboratorium central tahun 2022 sampai dengan tahun 2024.

BAB 18

Pencegahan Kehamilan Remaja

* Sesca Diana Solang,S.SiT,M.Kes *

A. Pendahuluan

Saat ini marak sekali fenomena kehamilan usia dini yang menambah angka kematian bayi dan ibu dibawah 18 tahun. Pasalnya, seorang remaja yang berusia muda sangat beresiko meninggal dunia ketika proses kehamilan dan persalinan disbanding wanita yang berusia 20 tahun keatas. Mencegah kehamilan usia dini dengan memberikan informasi kepada remaja untuk memberdayakan mereka dalam membangun nilai dan keterampilan yang memungkinkan mereka membuat keputusan yang bertanggung jawab untuk menjadi orang dewasa yang sehat secara seksual (Siregar dkk, 2020).

Anak yang dipaksa menikah atau karena kondisi tertentu harus menikah dibawah usia 18 tahun akan memiliki kerentanan yang lebih besar baik secara akses pendidikan, kualitas kesehatan, potensi mengalami tindak kekerasan, serta hidup dalam kemiskinan. Proses fisiologi dan psikologi yang terjadi pada remaja dari setiap tahap perkembangan remaja membutuhkan suatu keterampilan untuk mengatasinya. Keterampilan hidup (*life skills*) dan terampil diri (*self efficacy*) remaja Indonesia masih rendah. Life skill yang rendah menyebabkan remaja mudah terpengaruh oleh tekanan teman sebaya seperti seks pra-nikah (BKKBN, 2017).

B. Pencegahan Kehamilan Remaja

1. Remaja

Remaja berasal dari kata latin *adolensence* yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Istilah *adolensence*

mempunyai arti yang lebih luas lagi yang mencakup kematangan mental, emosional sosial dan fisik. Masa remaja adalah peralihan dari masa anak dengan masa dewasa yang mengalami perkembangan semua aspek/fungsi untuk memasuki masa dewasa. (Elsa Cindrya, 2019)

Masa remaja merupakan masa krusial dalam masalah kesehatan reproduksi, seperti kehamilan remaja. Masa remaja juga merupakan masa peralihan dari kanak-kanak menuju masa dewasa. Menurut World Health Organization (WHO), remaja merupakan kelompok individu yang berusia 10-19 tahun. Pada periode ini, berbagai perubahan terjadi baik perubahan hormonal, fisik, psikologis maupun sosial. Pada masa ini juga terjadi proses pembentukan perilaku remaja (Ningrum D, 2021). Remaja merupakan masa yang sangat berharga bila mereka berada pada kondisi kesehatan fisik dan psikis, serta pendidikan yang baik. Pada masa remaja terjadi apa yang dinamakan *growth spurt* perkembangan cepat, juga pubertas. Fase ini ditandai dengan terjadinya pertumbuhan fisik disertai perkembangan mental kognitif, psikis, juga terjadi proses tumbuh kembang reproduksi yang mengatur fungsi seksualitas. Menurut UU perlindungan anak, remaja adalah seseorang yang berusia 10-18 thn (Kemkes RI, 2023).

Menurut King (2012) remaja merupakan perkembangan yang merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Masa ini dimulai sekitar pada usia 12 tahun dan berakhir pada usia 18 sampai 21 tahun. Menurut Monks (2008) remaja merupakan masa transisi dari anak-anak hingga dewasa. Fase remaja tersebut mencerminkan cara berpikir remaja masih dalam koridor berpikir konkret, kondisi ini disebabkan pada masa ini terjadi suatu proses pendewasaan pada diri remaja. Beberapa tahap pembagian usia remaja antara lain:

a. Remaja awal (*Early adolescence*)

Yaitu remaja usia 10-12 tahun, pada masa ini remaja masih merasa heran terhadap perubahan yang terjadi

pada tubuhnya dan dorongan yang mengikuti perubahan tersebut.

b. Remaja tengah (*Middle adolescence*)

Yaitu remaja usia 13-15 tahun. Masa ini remaja cenderung bingung dalam menentukan keputusan, sehingga pada masa ini remaja membutuhkan kehadiran teman.

c. Remaja Akhir (*Late adolescence*)

Yaitu remaja usia 16-19 tahun, pada masa ini remaja memiliki minat yang lebih mantap, munculnya ego untuk bersama dengan orang lain mencari pengalaman baru dan identitas seksual mulai terbentuk dan menetap serta terjadi banyak perubahan besar pada diri remaja (Sarwo, 2011 dalam Nabila, 2022).

2. Kehamilan Remaja

Kehamilan usia dini (usia muda/remaja) adalah kehamilan yang terjadi pada remaja putri berusia >20 tahun. Kehamilan tersebut dapat disebabkan oleh karena hubungan seksual (hubungan intim) dengan pacar, dengan suami, pemerikosaan maupun faktor-faktor lain yang menyebabkan sperma membuahi telur dalam rahim perempuan tersebut (Masland 2004)

Masa kehamilan di mulai dari pembuahan sampai lahirnya janin, lamanya 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari, diitung dari hari pertama haid terakhir (Manuaba, 2010). Dalam masa reproduksi, usia dibawah 20 tahun adalah usia yang dianjurkan untuk menunda perkawinan dan kehamilan.

Reproduksi sehat untuk hamil dan melahirkan adalah usia 20-30 tahun, jika terjadi kehamilan dibawah atau diatas usia tersebut maka akan dikatakan beresiko akan menyebabkan terjadinya kematian 2-4x lebih tinggi dari reproduksi sehat (Manuaba, 2010). Perubahan yang sering terjadi sehubungan dengan masa awal reproduksi adalah remaja ingin mengetahui masalah sehubungan dengan reproduksi, khususnya masalah seksual, bahkan tidak

cukup mengetahui saja, melainkan ingin mencoba. Remaja tidak dapat sendiri dan belum siap menghadapi berbagai tantangan dan tanggung jawab yang berkaitan dengan proses reproduksi.

3. Faktor-faktor penyebab kehamilan remaja

Beberapa factor yang berkontribusi terjadinya kehamilan usia dini :

- a. Kurangnya pendidikan moral dan agama
- b. Tradisi atau kebiasaan suatu daerah yang sangat mendukung terjadinya pernikahan dini.
- c. Kurangnya perhatian orang tua
- d. Kurangnya informasi mengenai kesehatan organ reproduksi dan kesehatan.
- e. Pendidikan formal dan informal yang rendah
- f. Pergaulan bebas dan seks bebas
- g. Pengaruh alcohol dan obat-obatan terlarang
- h. Kekerasan dalam rumah tangga

Terdapat juga beberapa factor menurut WHO yang menyebabkan terjadi kehamilan usia dini, sebagai berikut: Faktor kemiskinan, factor kemiskinan di negara berkembang sangat memungkinkan untuk mendukung kehamilan usia dini. Pada keluarga miskin tentunya memiliki kesempatan untuk menikah pada usia muda karena kurangnya pendapatan dan biaya hidup sehari-hari. Kondisi ini mengharuskan seorang anak remaja untuk menikah pada usia muda agar beban orang tua menjadi lebih ringan. Pergaulan dan seks bebas selain factor kemiskinan, factor ini sangat memicu terjadinya kehamilan usia dini diluar pernikahan. Kebiasaan beraul yang tidak ada batasan sama sekali sangat memungkinkan remaja melakukan hubungan seks bebas. Terlebih jika dibawah pengaruh alcohol dan obat-obatan.

Faktor utama yang menyebabkan kehamilan pada remaja yaitu ketidaksamaan gender, norma budaya, teman sebaya, dan alcohol. Lebih umum diantaranya kemiskinan, kurang pendidikan dan banyaknya jumlah penduduk. Adapun

factor lain yang menyebabkan kehamilan remaja diantaranya factor dari dalam individu: usia pernikahan, usia pertama melakukan hubungan seksual, status pendidikan, pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, tingkah laku seksual beresiko.

4. Resiko Kehamilan Remaja

(Latifah & Anggraeni, 2013) menyatakan resiko kehamilan diusia remaja yaitu :

a. Keguguran

Keguguran pada usia muda dapat terjadi secara tidak disengaja, misalnya karena terkejut, cemas, stress. Tetapi ada juga keguguran yang sengaja dilakuka oleh tenaga nonprofessional sehingga dapat menimbulkan akibat efek sampingan yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi.

b. Persalinan Prematur, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan Kelainan Bawaan

Prematuritas terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR) juga dipengaruhi gizi saat hamil kurang dan juga umur ibu yang belum menginjak 20 tahun. cacat bawaan dipengaruhi kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, pengetahuan akan asupan gizi rendah, pemeriksaan kehamilan (ANC) kurang, keadaan psikologi ibu kurang stabil. selain itu cacat bawaan juga di sebabkan karena keturunan (genetik) proses pengguguran sendiri yang gagal, seperti dengan minum obat-obatan (gynecosit sytotec) atau dengan loncat-loncat dan memijat perutnya sendiri.

c. Mudah terjadi infeksi

Keadaan gizi buruk, tingkat sosial ekonomi rendah, dan stress memudahkan terjadi infeksi saat hamil terlebih pada kala nifas.

d. **Anemia Kehamilan atau Kekurangan Zat Besi**

Penyebab anemia pada saat hamil di usia muda disebabkan kurang pengetahuan akan pentingnya gizi pada saat hamil di usia muda. karena pada saat hamil mayoritas seorang ibu mengalami anemia. tambahan zat besi dalam tubuh fungsinya untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah janin dan plasenta lama kelamaan seorang yang kehilangan sel darah merah akan menjadi anemia.

e. **Kematian ibu yang tinggi**

Kematian ibu pada saat melahirkan banyak disebabkan karena perdarahan dan infeksi. Selain itu angka kematian ibu karena gugur kandung juga cukup tinggi. yang kebanyakan dilakukan oleh tenaga non profesional (dukun). Angka kematian karena gugur kandung yang dilakukan dukun cukup tinggi, tetapi angka pasti tidak diketahui. Kematian ibu terutama karena perdarahan dan infeksi.

5. Dampak Kehamilan Remaja

Kehamilan remaja dapat menimbulkan berbagai dampak, baik dampak kepada ibu maupun dampak kepada bayi. Secara fisik, banyak remaja perempuan yang berusia 15-19 tahun diseluruh dunia belum siap terhadap kehamilan dan persalinan, sehingga mereka lebih rentan mengalami komplikasi penyebab kematian (Ningrum D, 2021). Kematian ibu disebabkan karena tindakan aborsi (menggugurkan janin secara sengaja) akibat kehamilan yang tidak diinginkan dan masalah-masalah akibat kehamilan remaja yang berdampak pada ibu, seperti anemia, hipertensi, Kurang Energi Kronik (KEK), dan preeklamsia hingga eklampsia (Gyimah LA dkk, 2021).

Selain itu, kehamilan pada usia remaja juga berdampak terhadap psikologi dan social. Salh satu dampak kehamilan terhadap psikologis remaja, yaitu depresi postpartum. Depresi postpasrtum merupakan luapan emosi negative setelah persalinan akibat depresi selama kehamilan. Depresi

selama masa kehamilan tersebut umumnya disebabkan karena remaja mengalami tekanan psikologi akibat psikososialnya belum siap mengemban peran dan tanggung jawab sebagai calon orang tua (Ningrum D, 2021).

Selain berdampak pada psikologi remaja, kehamilan juga berdampak social bagi remaja. Salah satu dampam social bagi remaja yang hamil, terutama sebelum menikah, adalah mendapatkan penolakan atau kekerasan dari pasangan, orang tua, tetangga, maupun teman sebaya (Illustri, 2022). Kehamilan remaja juga berdampak kepada bayi yang dilahirkan, yaitu :

- a. Bayi dapat beresiko BBLR
- b. Persalinan Prematur (usia janin <37 minggu)
- c. Komplikasi intra (asfiksia atau urang bernafas saat lahir)
- d. Infeksi dan cacat lahir

6. Upaya Pencegahan Kehamilan Remaja

Upaya pencegahan kehamilan remaja dapat dilakukan dengan beberapa strategi yang berfokus dalam peningkatan pengetahuan, sikap dan keyakinan remaja, serta peningkatan pelayanan kesehatan. Upaya pencegahan yang sudah dilakukan di negara maju, seperti di United State, diantaranya, yaitu program pembinaan penggunaan alat kontrasepsi atau *Health Coaching for Contraceptive Continuation* (HC3) untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan akibat berhubungan seksual tanpa menggunakan alat kontrasepsi.

Sementara upaya pencegahan yang umum dilakukan di negara berkembang, seperti Indonesia, yaitu penyuluhan kesehatan reproduksi (Kim CS et al, 2022). pembentukan posyandu remaja (Halu dan Narut, 2021). dan pembentukan Kader Kesehatan Remaja dari pihak Puskesmas (Ertiana dkk, 2021). Adapun upaya pencegahan kehamilan remaja lainnya yaitu :

- a. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang kesehatan reproduksi

- b. Mencegah pernikahan dini
- c. Meningkatkan penggunaan kontrasepsi
- d. Mencegah seks yang dipaksakan
- e. Melakukan pendidikan seks dikalangan remaja
- f. Memberikan informasi tentang dampak negative kehamilan remaja
- g. Mendorong remaja untuk membuat pilihan yang bertanggung jawab saat

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. (2017). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017 Buku Remaja. Badan Pusat Statistik Kementerian Kesehatan, Jakarta
- Cindrya, E. (2019). Pengetahuan tentang Kehamilan Remaja Pada Orangtua Anak Usia Dini Di Desa Muara Burnai Ii Kabupaten Oki Sumatera Selatan. *Raudhatul Athfal: Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini*, 3(1), 66-82
- Ertiana D, Septyvia AI, Utami AUN, Ernawati E, Yualiarti Y. 2021. Program Peningkatan Kesehatan Remaja melalui Posyandu Remaja. *J Community Engagem Employ.*;3(1):30-9.
- Gyimah LA, Annan RA, Apprey C, Asamoah- Boakye O, Aduku LNE, Azanu W, et al, (2021). Nutritional Status and Birth Outcomes among Pregnant Adolescents in Ashanti Region, Ghana. *Hum Nutr Metab.*26(200130):1- 12.
- Halu SAN, Narut YF. (2021). Peningkatan Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi dalam Rangka Menurunkan Kejadian Kehamilan pada Remaja. *GEMASSIKA J Pengabdian Kpd Masyarakat*.;5(2):125-34
- Illustri, (2022). Kehamilan Remaja Dengan Depresi Postpartum Pada Ibu Postpartum. *Jidan (Jurnal Ilm Kebidanan)*.;2(2):14-20
- Kemenkes RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia ; 2023
- Kim CS, Akers A, Muraleetharan D, Skolnik A, Garney W, Wilson K, et al. (2022). Modeling the Impact of a Health Coaching Intervention to Prevent Teen Pregnancy. *Prev Med Reports*.;26(101716):1-6.
- Latifah, L. & Anggraeni, M. D. (2013). Hubungan Kehamilan Pada Usia Remaja Dengan Kejadian Prematuritas, Berat Bayi Lahir Rendah Dan Asfiksia. *J. Kesmasindo* 6, 26-34
- Ningrum D, (2021). Literatur Review : Faktor Kehamilan Remaja. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*.;16(2):362-8.
- Siregar M., Simbolon.L.J., Sitompul. E.S., (2020). Pemberdayaan anak remaja dalam pencegahan kehamilan usia dini di

SMA Swasta Santa Maria Tarutung. Universitas
Ubudiyah Indonesia, Jurnal Pengabdian Masyarakat
(Kesehatan) Vol. 2 No. 2

BIODATA PENULIS



Sesca Diana Solang, S.SiT,M.Kes lahir di Manado, pada tanggal 15 September 1970. Lulusan Universitas Gadjra Mada, Diploma IV Bidan Pendidik dan S2 Kesehatan Masyarakat. Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2005 s/d sekarang. Pernah bekerja di Puskesmas Ongkaw Kecamatan Tenga Kabupaten Minahasa Sulawesi Utara tahun 1992 s/d 1997. Aktif di kegiatan Ikatan Bidan Indonesia sebagai Pengurus Daerah IBI Provinsi Sulawesi utara.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

