

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Tujuan pembangunan kesehatan adalah kemampuan untuk hidup sebat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Semakin tinggi derajat kesehatan masyarakat, semakin besar pula potensi produktivitas angkatan kerja dan semakin tinggi potensi peningkatan laju pertumbuhan ekonomi yang akan dinikmati oleh masyarakat (Juanita, 1997).

Untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, maka diperlukan adanya perbaikan kualitas dari manusia. Dimana peningkatan kualitas dan kehidupan masyarakat tersebut, harus dimulai sejak dini yakni sejak masa awal kehidupan manusia. Kualitas pembinaan anak dapat menentukan kualitas manusia dan masyarakat dikemudian hari, yang merupakan salah satu pokok perhatian dalam pembangunan Nasional. Faktor yang menentukan anak antara lain adalah derajat kesehatannya (Leimena, 1990)

Angka kematian bayi (IMR) merupakan indikator status kesehatan masyarakat yang lebih peka dibandingkan dengan angka kematian kasar (CDR), dan sampai saat ini taraf kesejahteraan bayi dan anak masih belum memuaskan. Hal ini terlihat antara lain dari masih adanya angka kematian bayi yang tinggi. Diantara negara-negara ASEAN, Indonesia maasih menduduki angka yang tertinggi, yaitu th 1985 terjatat 70/ 1000 kelahiran hidup (Praptomo, 1988).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) disebutkan bahwa target pada tahun 2000 adalah penurunan angka kematian bayi sampai dibawah 45/1000 kelahiran hidup, penurunan angka kesakitan sebagian besar penyakit menular sebanyak 50 %, dan penurunan kasus-kasus kekurangan kalori dan protein sebanyak 69 % (SKN, 1983).

Status kesehatan suatu masyarakat pada garis besarnya dipengaruhi oleh 4 faktor, yaitu : faktor lingkungan, faktor perilaku, faktor sistem upaya kesehatan, faktor asal keturunan (Blum,1974). Diantara faktor-faktor tersebut faktor lingkungan, perilaku, sistem upaya pelayanan kesehatan memberi andil 75 - 80 % dalam menduduki status kesehatan (Ryadi, 1987).

Untuk meningkatkan status kesehatan, pemerintah telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dikenal dengan PUSKESMAS. PUSKESMAS merupakan pelayanan kesehatan primer, yang dikembangkan dengan adanya POSYANDU (Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, 1986).

Kekurangan Protein & kalori lebih banyak ditemukan pada kelompok balita sehingga kelompok ini dimasukkan dalam kelompok rawan gizi yang masih banyak dijumpai di negara yang sedang berkembang. Tahun pertama merupakan waktu yang penting dipandang dari sudut kesehatan, karena pada umur ini bayi mudah sekali terserang penyakit. Selain itu, dapat dimulainya imunisasi dasar. Pada kelompok umur ini sangat perlu pemantauan gizi, sehingga dapat diberikan cara yang tepat untuk mempertinggi kesehatan bayi dengan memberikan penerangan kepada para ibu mengenai makanan, kesehatan dan sebagainya. Balita merupakan salah satu faktor penunjang kelangsungan hidup anak (Hasan & Alatas, 1985).

Untuk mencapai ini maka diperlukan peran aktif dari ibu

makanan yang dikonsumsi baik secara kualitatif maupun kuantitatif yang dapat dilihat pada KMS.

Kartu menuju sehat, yang memantau berat badan anak Balita menurut umurnya, telah cukup lama dipakai dimasyarakat luas diseluruh pelosok tanah air (sejak tahun 1976) untuk penyuluhan dan pemantauan masih relevan (Narendra, tahun 1991).

Sudah amat banyak KMS yang dibagikan ke masyarakat, namun manfaat sesungguhnya masih belum maksimal dipetik. Lagi pula pada masyarakat belum tumbuh rasa memiliki KMS secara utuh, sebagaimana kalau mereka memiliki sertifikat tanah atau surat-surat kendaraan (Sukari, 1991).

Di masyarakat dapat diamati paramedis di PUSKESMAS sibuk mengusahakan KMS ke Dinas Kesehatan Tingkat II, membagikan, tidak jarang sibuk pula mencatat saat balita saat BALITA di timbang, yang lebih menarik lagi bahwa dengan KMS para manajer PUSKESMAS dapat mengamati bermacam-macam kesehatan BALITA, imunisasi, gizi, penyakit infeksi, dan sebagainya (Sukari, 1991).

Seperti halnya masalah gizi BALITA, profesi kesehatan sudah tidak mungkin lagi mengingkari kenyataan bahwa kecerdasan bangsa, banyak ditentukan kecukupan gizi BALITA, terutama sekali anak usia 0 – 2 tahun. Diharapkan di tengah-tengah kesibukan petugas kesehatan mudah diingatkan bahwa di wilayah kerjanya masih terdapat anak gizi buruk dengan melihat rekaman hasil catatan di KMS. Maka, dengan demikian akan cepat diadakan intervensi melalui pe

makanan tambahan (DMT) dan sebagainya (Sukari, 1991)

Dengan KMS kita amat mengharapkan untuk dapat menyelamatkan generasi yang akan datang. Maka perlu kiranya mengerti benar cara membaca garis kurva berat badan yang di KMS (Sukari, 1991).

Menurut para ahli, grafik pertumbuhan yang ada pada KMS merupakan alat bantu berharga pada pengajaran ibu tentang prinsip dasar pemeliharaan kesehatan anak dan supaya ibu lebih bekerjasama dengan pusat pelayanan kesehatan dalam pemeliharaan anak.

Pencatatan data kesehatan, dalam bentuk KMS sebaiknya diserahkan kepada para ibu, sehingga semua data tentang kesehatan dan penyakit yang pernah diderita oleh anak akan dapat pula digunakan oleh tenaga kesehatan lain(Morley, 1979). Peranan KMS dalam memantau pertumbuhan anak melalui berat badan menurut umur belum banyak di pahami dan di mengerti maksud serta kegunaannya oleh para ibu balita.

Berdasarkan dengan hal-hal diatas, maka penulis memandang perlu untuk mengadakan penelitian yang dapat memberikan gambaran seberapa jauh pengetahuan ibu yang mempunyai BALITA terhadap peranan dari KMS.

B. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan dari penelitian adalah untuk mengetahui seberapa jauh tingkat pengetahuan para ibu dalam memahami penggunaan data kesehatan anak pada KMS

C. TINJAUAN PUSTAKA.

C.1. KMS.

a. Pengertian KMS

KMS Adalah suatu alat monitor/ sumber data perorangan atau kelompok terhadap program prioritas kesehatan, kependudukan, kebersihan dengan jangka waktu yang tidak terbatas. KMS ialah salah satu alat yang menggunakan berat badan untuk memantau keadaan gizi BALITA yang ditunjukkan melalui grafik pertumbuhan.

KMS untuk anak berumur 0 – 5 tahun merupakan salah satu alat untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan seperti apakah gizi anak ini cukup? Apakah anak ini telah imunisasi?', penyakit-penyakit apa saja yang telah diderita anak ini? Namun KMS belum dapat menjawab pertanyaan, "Bagaimana status / tingkat perkembangan *psikomotor* anak ini?', " Bagaimana cara-cara memberi stimulasi untuk perkembangan psikomotor tersebut?. (Hasan & Alatas, 1985).

KMS balita adalah alat untuk mencatat dan mengamati perkembangan, pertumbuhan dan kesehatan BALITA yang mudah dimengerti oleh masyarakat (Sukari, 1991).

KMS adalah alat monitor/ sumber data perorangan atau kelompok terhadap program prioritas kesehatan, kependudukan, kebersihan dengan jangka waktu tidak terbatas (Sudjtmoko, 1996).

KMS ialah salah satu alat yang menggunakan

memantau keadaan gizi BALITA (Prayitno, 1996)

Tujuan daripada KMS yang disebut dalam bahasa inggris "*road to health Card*" yang dahulu disebut *I lesha weight chart* ialah agar anak mendapat perhatian menyeluruh dan terus menerus (Morley, 1978).

c. Keuntungan KMS Ditangan Ibu.

Menurut Wahyudi, 1991, KMS ini sebaiknya diberikan kepada ibu. Keuntungannya ialah bahwa petugas lain yang mengunjungi rumah pemegang kartu mendapat keterangan yang lebih jelas dari catatan didalam kartu ini. Pertolongan segera dapat dilakukan setibanya ibu dan anak di BKIA, tidak perlu mencari lagi didalam tempat kartu – kartu di simpan.

Dengan KMS ditangan ibu, maka ibu lebih merasa bertanggung jawab, sekali ia mengerti kegunaanya (Morley, 1978).

Ada dua keuntungan yang didapat dengan memberikan KMS kepada orang tua anak, yaitu :

1. Tiap tenaga kesehatan berkunjung kerumah penduduk akan menerangkan pada para ibu tentang kesehatan anak – anak mereka & dapat memberikan petunjuk-petunjuk tentang imunisasi yang perlu di berikan.
2. Badan-badan anak untuk kesehatan anak akan dapat memperoleh data tentang kesehatan semua anak-anak dilingkungannya dan tentang pemanfaatan sarana kesehatan oleh masyarakat (Morley, 1979).

d. Manfaat dari KMS.

KMS mempunyai banyak manfaat, diantaranya

Created with



nitroPDF professional

download the free trial online at nitropdf.com/professional

mengamati kurang energi dan protein (KEP) di suatu wilayah, disamping itu dapat untuk mengamati kesehatan BALITA, imunisasi, gizi, dan mengetahui sendiri kemungkinan adanya kelainan atau penyakit (Morley, 1979).

Manfaat KMS bagi anak adalah dapat memberikan gambaran tentang pertumbuhan, keadaan kesehatan melalui status gizi dan penyakit yang diderita anak, juga merupakan upaya pencegahan dengan intervensi tertentu, seperti imunisasi dan pemberian vitamin A, pelayanan kesehatan dan berbagai tindakan yang pernah diberikan kepada anak, serta memberikan informasi tentang latar belakang keluarga anak yang bersangkutan. Selain itu juga memberikan informasi apakah berat badan anak setelah ditimbang naik atau tidak.

Manfaat KMS bagi keluarga, khususnya ibu adalah sebagai alat penyuluhan tentang pembinaan dan perbaikan makanan anak dengan bahan yang murah, sederhana tetapi bergizi, sehingga kekurangan gizi dapat dicegah, juga cara penyediaan dan pemberian makanan bergizi dan cara perawatan anak yang benar untuk memperbaiki kesehatannya.

Manfaat KMS bagi petugas kesehatan adalah sebagai pedoman untuk menentukan normal tidaknya pertumbuhan anak yang memiliki resiko, anak yang membutuhkan perawatan rutin atau khusus, juga untuk mengetahui apakah berat badan anak BALITA naik atau tidak naik.

e. KMS Dan Komunikasi Antar Disiplin.

KMS bagi anak-anak didaerah pedesaan tid

petugas-petugas dari disiplin ilmu yang berbeda-beda, (gambar 1) menunjukkan hubungan antar disiplin yang terkait dalam usaha pencegahan malnutrisi atau lebih tepatnya dalam usaha untuk meningkatkan pertumbuhan anak-anak dengan lebih baik.

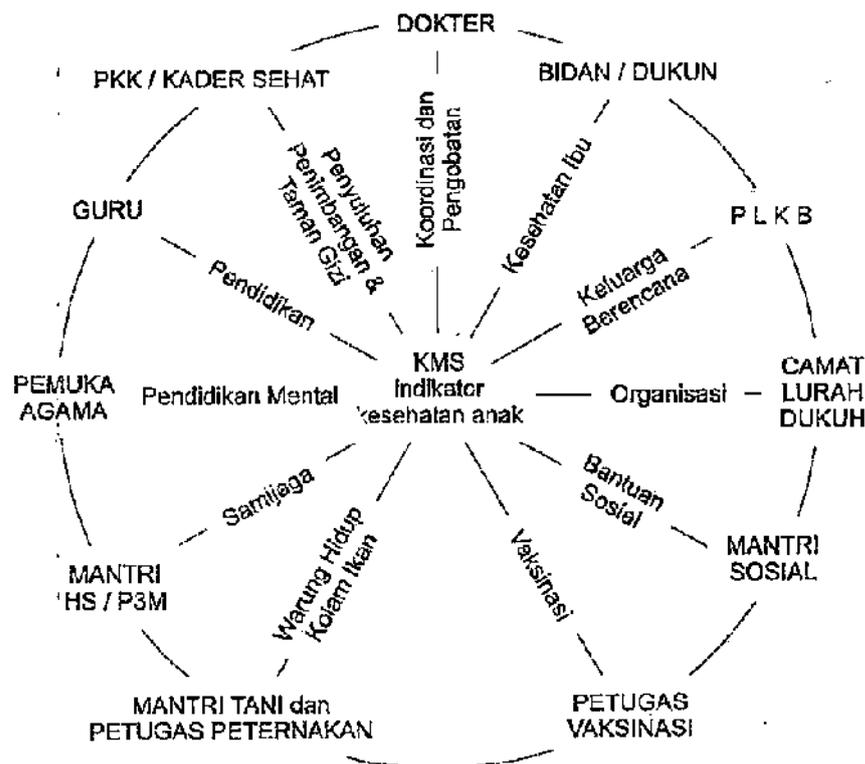
Dalam hal inilah KMS dapat digunakan untuk melaksanakan program perbaikan gizi. Dokter harus memahami konsep diatas agar dapat mengkoordinir kegiatan-kegiatan antar disiplin (Morley, 1979).

Penggunaan grafik berat badan sebagai indikator pertumbuhan anak. Variabel-variabel yang berhubungan dengan pertumbuhan kini semakin sering dipakai sebagai indek keadaan gizi anak-anak. Walaupun dikenal bermacam-macam variabel yang berhubungan dengan pertumbuhan, kini semakin sering dipakai sebagai indeks keadaan gizi anak-anak. Walaupun dikenal bermacam-macam variabel, berat badan merupakan satu-satunya ukuran tunggal yang paling ekonomis dan cukup baik untuk digunakan dalam praktek (Morley, 1979).

Manfaat grafik berat badan sudah lama diketahui dan sejak 20 th yang lalu komisi ahli tentang gizi dari FAO dan WHO telah menyarankan penggunaannya, sebab walaupun seorang anak selalu rutin ditimbang, tetapi berat badanya hanya dicatat tanpa pernah dibuat grafik, petugas kesehatan sering tidak menyadari bahwa anak tersebut sedang mengalami proses kekurangan kalori dan protein (KKP) atau protein kalori Malnutrition (PCM). Dengan demikian diperoleh penimbangan anak yang tidak diikuti dengan pembuat

badan perlu diperhatikan bahwa yang penting bukanlah letak berat badan anak tetapi arah dari grafik berat badannya (Morley, 1979).

Sebenarnya kegagalan pertumbuhan berat badan anak dapat segera diketahui jika berat badan telah dicatat dalam bentuk grafik dan tidak menunjukkan kenaikan. Kegagalan untuk menambah berat badan yang berlangsung terus menerus jelas merupakan tanda malnutrisi. Pengalaman telah menunjukkan bahwa kwarsiorakor maupun maramus biasanya didahului oleh kegagalan menambah berat badan dalam beberapa minggu atau kadang-kadang lebih 1 bulan, sebaiknya percepatan kenaikan berat badan merupakan tanda awal proses penyembuhan, sehingga dapat dijadikan sebagai alat untuk menilai keberhasilan pengobatan (Morley, 1979).



C.2. Isi Kartu Menuju Sehat.

C.2.1. Sistem Kalender

Sistem kalender ini digunakan untuk mengetahui pertumbuhan anak tiap bulan. Sistem ini merupakan salah satu cara penyederhanaan KMS untuk mencatat umur anak. Kalender dibuat sejak anak pertama kali berkunjung di klinik. Pencatatan dimulai dengan menuliskan bulan kelahiran anak pada kotak pertama sebelah kiri yang bergaris tepi tebal lebih dahulu baru kemudian ditulis semua bulan yang akan dilewati anak sampai dengan ulang tahun yang ke- 5 (gambar 2). Dengan cara ini, grafik berat badan dapat langsung dicatat dengan cepat dan cermat oleh petugas kesehatan sekaligus, dapat pula mencatat peristiwa-peristiwa penting, seperti saat anak disapih, kelahiran adik baru atau infeksi-infeksi yang diderita (Morley, 1979).

Juni
Juli
Agustus
September
Oktober
Nopember
Desember
Januari
Pebruari
Maret
April
Mei
Juni
Juli
Agustus
September
Oktober
Nopember
Desember
Januari
Pebruari
Maret
April
Mei
Juni
Juli
Agustus
September

Gambar 2. Sistem Kalender Dengan Kotak Khusus Bulan Kelahiran

C.2.2 Garis- Garis Batas Berat Badan Dalam KMS.

KMS dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 1995 mempunyai garis melengkung (70% median baku WHO-NCHS). Dibawah garis merah tersebut terdapat daerah gizi kurang dan gizi buruk. Daerah diatas garis merah muda, hijau tua, hijau muda, dan kuning. Setiap pita mempunyai nilai 5% perubahan baku. Diatas kurva 100% adalah status gizi lebih. Diatas 80% sampai dengan 100% adalah

Pada anak, satu titik berat badan tidak menggambarkan pertumbuhannya, kurva pertumbuhan dihasilkan dari hubungan antara titik-titik berat badan. Anak sehat, kurva berat badan selalu naik tiap bulan. Kurva pertumbuhan juga menggambarkan kecukupan pemberian makanan padat.

Ada dua garis kurva lengkung pada kartu. Garis atas menunjukkan berat badan anak sehat. Anak kurang gizi berat badan lebih rendah daripada anak sehat pada umur yang sama. Kita memerlukan garis untuk menjelaskan anak yang berat badannya lebih yang seharusnya sesuai dengan umurnya, sehingga kartu berat badan mempunyai garis kurva kedua, disebut garis bawah. Ruang antara dua garis disebut jalan menuju sehat. Anak dibawah ruang antara dua garis disebut jalan menuju sehat. Anak dimanapun tempatnya pada kartu adalah bahaya jika tidak tumbuh. Sehingga kurva pertumbuhan anak harus selalu meningkat.

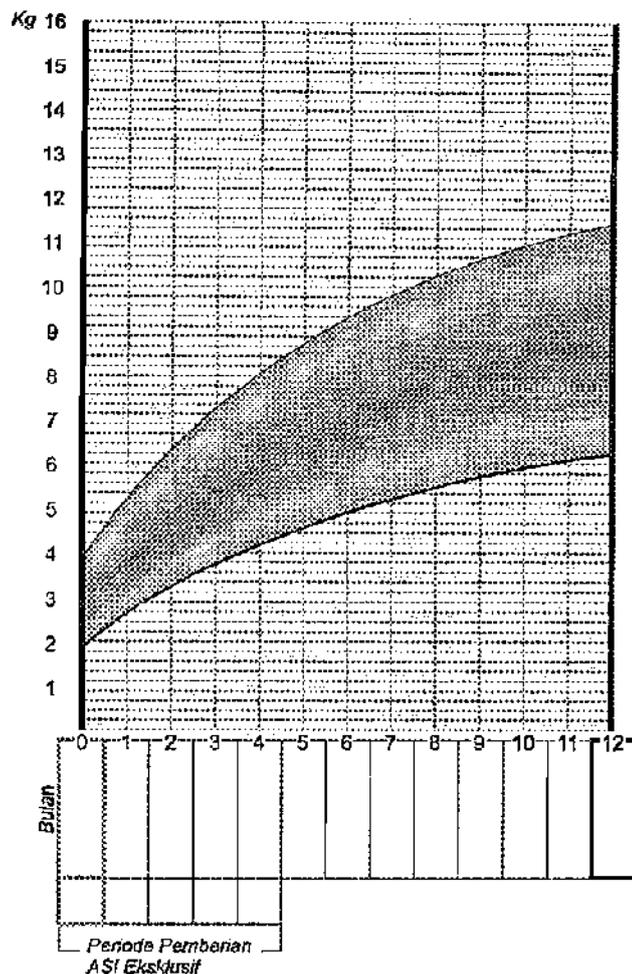
Anak pada atau diatas ruang ini sakit jika kurva pertumbuhan datar atau turun. Pertumbuhan anak lebih penting daripada posisi pada kartu. Pertumbuhan lebih penting daripada ruang menuju sehat. Jika pertumbuhan anak datar atau turun, berarti tidak sehat & dapat menjadi malnutrisi, ini berbahaya. Anak mungkin ada pada ruang menuju sehat atau diatasnya tetapi karena tidak tumbuh akan segera turun, sehingga pertumbuhan lebih penting daripada posisi pada kartu. Anak tidak tumbuh adalah tanda pertama malnutrisi (gizi kurang) sampai gizi buruk.

Yang penting grafik berat badan tiap anak harus tetap berada pada pita yang sama. Jika arah grafik berat badannya bergerak naik ke pita yang lebih hijau berarti anak itu sehat dan menunjukkan pertumbuhan yang lebih baik

menderita malnutrisi dan membutuhkan makanan tambahan meskipun berat badannya masih berada diatas batas normal (garis titik 1).

Menurut Morley, daerah diantara garis titik-titik dan garis merah menunjukkan anak-anak dengan gizi kurang. Angka 60% dari standart Harvard dipilih sebagai garis batas atas malnutrisi berat (garis merah) bagi anak-anak di Indonesia. Dan untuk golongan dengan nutrisi berat bila letaknya dibawah garis merah (BGM).

Jika semua anak memiliki latar belakang genetis sama, maka daerah berwarna dalam KMS menggambarkan perbedaan faktor lingkungan terutama keadaan gizi yang jelek dan infeksi berulang-ulang yang banyak diderita oleh anak-anak yang hidup di desa. Para petugas kesehatan dan pembantu dokter harus memahami tujuan penggunaan KMS adalah mendapatkan grafik berat badan yang arahnya sejajar dengan gari-garis batas itu. Berarti harus diusahakan dengan sekuat tenaga untuk meningkatkan berat-badan anak-anak didesa, terutama untuk mereka yang memiliki grafik berat badan dibawah garis merah dan atas dipakai sebagai petunjuk arah untuk grafik berat badan anak-anak yang berasal dari lingkungan



Gambar 3. Grafik Berat Badan Menurut Umur Pada KMS

C.2.3 Imunisasi .

Imunisasi merupakan salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan bayi, disamping upaya-upaya lain yang tidak kalah pentingnya seperti, perbaikan lingkungan, perbaikan gizi keluarga, penyuluhan kesehatan masyarakat, peningkatan pelayanan kesehatan, dan lain-lain (Gunawan, 1989). Selain itu imunisasi juga merupakan salah satu upaya yang besar peranannya dalam penurunan tingkat kematian bayi dengan hasil guna yang sangat tinggi (90%) (DEPKES RI 1988). Karena program imunisasi ini merupakan program jangka panjang yang memerlukan biaya yang besar, maka pelaksanaannya perlu diperhatikan benar-benar.

Imunisasi rutin merupakan tindakan pencegahan yang dilakukan terutama terhadap penyakit yang belum ada pengobatan yang memuaskan (Speirs, 1992).

Untuk menurunkan morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) yang disebabkan antara lain penyakit-penyakit infeksi, maka kepada bayi, anak pra sekolah, anak sekolah, dan orang dewasa diberikan imunisasi aktif (pencegahan penyakit yang dilakukan dengan memberikan vaksin) terhadap beberapa penyakit infeksi (Hasan dan Alatas, 1985).

Keterlibatan dan partisipasi masyarakat merupakan satu-satunya cara bahwa cakupan Universal Child Immunization yang tinggi dapat dicapai dan dipertahankan. Yang dimaksud dengan partisipasi masyarakat dalam Pengembangan Program Imunisasi (PPI) ialah adanya keterlibatan aktif dalam perencanaan program, pelaksanaan dan evaluasi oleh masyarakat yang mengambil manfaat PPI. Ukuran partisipasi masyarakat dalam PPI ialah ada tidaknya para orang tua membawa bayi atau anaknya untuk imunisasi saat pelayanan tersebut diadakan. Maka posyandu merupakan strategi yang khusus diciptakan untuk mobilisasi keterlibatan dan partisipasi masyarakat tersebut (Suyitna, 1989).

Perlunya peranan kader kesehatan sebagai sumber informasi juga di dukung oleh hasil penelitian Agusli (1985) yang mendapatkan bahwa jumlah ibu yang memilih cara penyuluhan imunisasi melalui kader kesehatan atau PKK menduduki urutan ketiga setelah cara penyuluhan melalui juru immunisasi oleh bidan.

Setelah immunisasi dapat dilayani di posyandu sebenarnya tidak ada alasan lagi bahwa cakupan tersebut belum tercapai . Tetapi kenyataan

banyak hambatan . Antara lain keinsyafan masyarakat send

immunisasi. Diteliti bahwa perilaku masyarakat terhadap kes

merupakan prioritas kebutuhan. Hal inilah yang perlu diperhatikan dan masyarakat perlu dipersiapkan dan diberi informasi yang memadai sehingga merasakan manfaat imunisasi (Suyitno, 1989).

Sewaktu dilakukan imunisasi hendaknya tubuh tidak boleh dalam keadaan sakit, karena dalam hal ini akan mengakibatkan daya untuk membuat zat anti rendah. Demikian pula keadaan gizi sangat penting, karena gizi yang buruk tidak akan dapat membuat zat anti dengan baik (Hasan dan Alatas, 1985).

IMUNISASI	1	2	3	4	5	6
BCG (intrakutan)	tiap umurnya usia 2 bulan 0,05 ml	sebaiknya 5-7 th, bila uji tuberkulin - 0,10 ml	12-15 th, bila uji tuberkulin - 0,10 ml			
POLIO (oral)	3 bulan 2 tetes	5 bulan 2 tetes	7 bulan 2 tetes	1,5 - 2 tahun	5 th - usia masuk SD 2 tetes	10 th - usia tamat SD
DPT (intramuskular /subcutan dlm)	3 bulan 0,50 ml	4 bulan 0,50 ml	5 bulan 0,50 ml	1,5 - 2 tahun 0,50 ml	5 th - usia masuk SD 0,50 ml	
CAMPAK (subcutan)	9 bulan atau lebih 0,50 ml					

TABEL I. Bagan Pemberian Imunisasi yang Dianjurkan

Jadwal pelaksanaan Imunisasi sangat disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat sebagai pegangan dasar bagi pelaksanaan imunisasi adalah bahwa perlindungan harus diberikan sedini mungkin sebelum anak mendapat resiko untuk mengalami penyakit yang bersangkutan.

Pemberian imunisasi bertujuan untuk mencegah penyakit seperti TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio dan Camp

Program Pemberian Imunisasi yng disusun Depkes adalah sebagai berikut (Depkes, 1993) :

JADWAL IMMUNISASI DEPKES RI (JANUARI, 1993)

VAKSINASI	FREKUENSI PEMBERIAN	INTERVAL MINIMAL	UMUR	KETERANGAN
BCG	1 X		0 - 11 BLN	INTERVAL TAK MENGENAL BATAS MAKSIMAL
DPT	3 X	4 MINGGU	2 - 11 BLN	
	(DPT 1,2,3)			
POLIO	4 X	4 MINGGU	0 - 11 BLN	
	(OPV 1,2,3,4)			OPV : Oral POLIO VACCINE
CAMPAK	1 X		9 - 11 BLN	
HEP. B	3 X	1 BLN, 5 BLN	0 - 11 BLN	

Program imunisasi di Indonesia tahun 1992/1993 polio diberikan 4X, Polio IV biasanya diberikan bersamaan dengan imunisasi campak di puskesmas. Selain itu pula vaksin Hepatitis B sebanyak 3X (pada umur 3 bulan, 4 bulan, 9 bulan) di puskesmas.

C.2.4 DIARE

Program penanggulangan diare di Posyandu lebih diarahkan pada bidang penyuluhan yakni cara pengulangan orang yang terserang diare dan bagaimana mencegah agar tidak terjadi diare (Sitohang, 1987). Diare merupakan masalah yang utama pada bayi dan anak.

Diare dapat disebabkan oleh berbagai sebab, baik kelainan usus maupun kelainan diluar usus, tetapi mungkin pula karena makanan yang kurang cocok komposisinya. Tinja bayi dimulai dengan konsistensi encer pada hari pertama sampai dengan hari ke-6, kemudian terjadi tinja yang khas untuk

botol, konsistensi tinjanya lebih padat. Diare lebih sering ditemukan pada bayi minum susu botol karena kontaminasi. Bila diare, perlu dicari penyebabnya dan diberikan terapi yang sesuai (Hassan dan Alatas, 1985).

Penyebab diare akut pada anak adalah bakteri, virus dan parasit. Di dalam KMS telah diberikan petunjuk mengenai cara menanggulangi diare yakni : (1) Berikan segera minuman yang ada, misalnya air masak, air teh, air tajin, kuah sayur, air kelapa, larutan gula garam, oralit ; (2) Teruskan ASI dan makanan bergizi, lunak, dan mudah di cerna; (3) Bawa ke petugas kesehatan bila diare terus menerus dan anak lemas, demam, atau berdarah sambil terus minum.

C.2.5. Pengaturan Makanan Untuk Bayi.

Makanan untuk bayi sehat terdiri dari : (1). Makanan utama yaitu air susu ibu (ASI), jika ASI sama sekali tidak ada dapat berikan makanan buatan sebagai penggantinya; (2). Makanan pelengkap terdiri dari buah-buahan, biskuit, makanan padat bayi yaitu bubur susu, nasi tim atau makanan lain yang sejenis.

Dengan mempertimbangkan makanan utama, maka terdapat pengaturan makanan dengan menyusukan (breast feeding) yang dalam prakteknya sekarang lazim disebut memberi ASI atau memberi makanan buatan (artificial feeding) atau menyusukan dikombinasikan dengan memberi makanan buatan (mixed feeding).

Menyusukan bayi harus selalu dianjurkan bila bayi dan ibunya ada dalam keadaan sehat dan tidak terdapat kelainan-kelainan yang tidak memungkinkan untuk menyusui. Jika memungkinkan ASI di berikan sampai anak be
bila ternyata produksi ASI sangat kurang atau tidak terdapat

Bila ASI cukup, bayi tidak perlu diberikan tambahan dengan makanan lain sampai berusia 4 bulan atau bahkan 6 bulan. Namun bila ternyata bayi masih menangis saja karena lapar, dapat mulai diberikan makanan tambahan sejak kira-kira umur 2 bulan.

Selama masa bayi pengaturan makan perlu mengalami beberapa tahap perubahan yang disebabkan oleh peningkatan rekuiremen dan perkembangan kemampuan bayi untuk menerima dan mencerna makanan.

Bayi baru lahir sampai umur 4 bulan. Bayi mulai disusukan sedini mungkin, langsung setelah lahir. Waktu dan lama menyusui disesuaikan dengan kebutuhan bayi (on demand). Selanjutnya bayi dapat diberikan buah-buahan (pisang) atau biskuit sejak usia 2 bulan sedangkan pemberian makanan lumat sampai lembik (bubur susu) pada usia 3-4 bulan, sesuai keperluan bayi masing-masing. Bayi akan lapar dan menangis terus bila ASI kurang dan hal ini juga akan terlihat dari pertumbuhan bayi yang tidak memuaskan. Untuk mengawasi pertumbuhan, bayi perlu ditimbang secara berkala; yaitu bila mungkin dilakukan setiap hari pada 2 minggu pertama, selanjutnya setiap minggu sampai akhir bulan pertama, kemudian setiap 2 minggu dalam bulan kedua dan ketiga dan seterusnya setiap bulan. Pada bulan keempat biasanya dimulai pemberian makanan padat bayi yang pertama, makanan lumat, misalnya bubur susu yang dapat dibuat dari tepung (beras, jagung atau havermonth), susu dan gula.

Bayi umur 5-6 bulan. Dapat diberikan 2 kali bubur susu sehari, buah-buahan dan telur.

Umur 6-7 bulan. Bayi mulai dapat diberi nasi tim yang lunak dan juga merupakan makanan campuran yang lengkap kar

beras, bahan makanan sumber protein hewan (hati, daging cincang, telur atau tepung ikan) dan bahan makanan sumber protein nabati yaitu tahu, tempe, sayuran hijau (bayam), buah tomat dan wortel. Selama masa bayi, nasi tim harus disaring terlebih dahulu untuk memudahkan menelannya dan tidak banyak mengandung serat-serat yang dapat mempersulit pencernaan.

Umur 8-12 bulan. Bubur susu sudah dapat diganti dengan nasi tim, yaitu pada pagi hari sebagai makan pagi. Pengaturan makan yang berhasil pada masa bayi akan mempermudah kelancaran pengaturan pada masa selanjutnya.

Umur 1-2 tahun. Pada bayi umur 1-2 tahun masih perlu diberikan nasi tim walaupun tak perlu disaring. Mereka sudah boleh diajari mencoba, mencicipi makanan yang lunak, tidak pedas dan tidak merangsang.

Pengaturan makan yang berhasil akan tercermin dalam pertumbuhan dan perkembangan bayi yang memuaskan (Hassan dan Alatas, 1985).

C.3. Pelayanan kesehatan untuk ibu dan anak

Pelayanan kesehatan di Indonesia merupakan suatu pelayanan kesehatan yang luas dan berjenjang dimulai dengan PUSKESMAS. Pelayanan kesehatan primer yang meliputi penyebaran pendidikan, komunikasi dan organisasi meminimalkan penurunan kematian bayi dan balita sampai setengahnya dengan

- (4) Immunisasi
- (5) KB
- (6) Pemberian makanan tambahan
- (7) Pendidikan ibu

PUSKESMAS ialah suatu kesatuan yang melayani kesehatan perorangan (individu) atau keluarga pada suatu daerah dengan luas tertentu.

Puskesmas sebaiknya dipimpin oleh dokter yang mempunyai orientasi masyarakat dengan di bantu bidan, tenaga paramedis lain, pekerja sosial yang cukup sehingga program PUSKESMAS dapat dijalankan dengan intensif dan maksimal (Hassan dan Alatas, 1985).

Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA). Berperan dalam menurunkan angka kematian atau penyakit bayi dan anak, serta mengusahakan kesehatan / kesejahteraan bayi dan anak seoptimal mungkin. Maka seyogyanya, setelah dilakukan perawatan sesudah bersalin, dilakukan kunjungan rumah oleh petugas BKIA terdekat untuk melakukan wawancara dan memberikan nasehat mengenai perawatan bayi serta menganjurkan ibu memeriksakan bayinya tersebut secara teratur di BKIA.

Untuk golongan umur 0-6 tahun jarang dibawa ke BKIA untuk pemeriksaan secara berkala yang teratur. Padahal justru pada golongan umur ini masih terdapat angka kematian yang tinggi, terdapat frekuensi tertinggi penderita malnutrisi energi protein, defisiensi vitamin A. Oleh karena itu BKIA harus lebih memperhatikan golongan ini dan menginstruksikan para ibu untuk pengawasan pe-

Penimbangan anak-anak. Alat yang sering dipakai adalah timbangan bayi (Detecto) yang memiliki tangkai berskala kilogram dan ons. Alat ini sudah banyak dipakai di Puskesmas meskipun agak sulit di pindah-pindahkan. Bentuk terbaik adalah penimbangan dacin yang bertangkai panjang, seperti sering ditemui di pasar-pasar di Indonesia. Timbangan ini pemakaiannya sangat sederhana yakni dengan menggantungkan anak-anak dengan celana timbang. Timbangan semacam ini banyak keuntungannya karena murah dan mudah dibawa-bawa dan merupakan alat yang memuaskan.

Pelaksanaan penimbangan anak dapat dikerjakan di ruangan maupun di lapangan terbuka dengan menggunakan besi penggantung atau pohon. Tempat untuk menimbang adalah celana timbang, kain batik atau kotak timbang dengan bentuk yang menarik untuk anak-anak. Penimbangan harus dilakukan setiap kali anak datang ke klinik, bahkan setiap kali anak berhubungan dengan semua sarana kesehatan yang tersedia.

C.4. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan ibu tentang KMS berpengaruh terhadap status gizi anak. Menurut Ranuh (1989) Hal ini karena dari segi orang tua khususnya ibu-ibu : (1) KMS merupakan instrumen pendidik ibu dan keluarga sehingga dapat memahami bahwa makanan bergizi dan tindakan preventif dapat menjamin kesehatan anaknya. Dengan demikian motivasi untuk upaya pemberian makanan be kebiasaan hidup sehari-hari bila perlu dapat ditimbulkan atau dit memberikan ketenangan batin pada orang tua bahwa anaknya

dengan baik. Jadi pengetahuan tentang KMS membantu ibu mengerti makna pesan-pesan yang tertera pada KMS, sehingga jika terjadi hal-hal yang tidak semestinya, ibu akan lebih cepat tanggap dan bertindak.

Pendidikan merupakan suatu faktor penting dalam meningkatkan kelangsungan hidup anak maupun tumbuh kembangnya. Orang tua yang terdidik mempunyai kemampuan menyerap informasi yang berkaitan dengan kesehatan pada umumnya, kesehatan anak pada khususnya. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat kematian bayi dalam suatu masyarakat berbanding lurus dengan tingkat pendidikan ibu (Adyatma, 1990).

Tingkat pendidikan ibu mempengaruhi kemampuan ibu dan menanggulangi masalah yang dihadapi sehari-hari misalnya merawat anak, tanggapannya terhadap masalah kesehatan , cara mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatan keluarganya dan lain sebagainya.

Selain tingkat pendidikan ibu, tingkat sosial ekonomi juga turut berperan pada keluarga. Dengan tingkat sosial ekonomi yang masih rendah, akan sulit terjangkau oleh pelayanan kesehatan maupun informasi kesehatan sehingga akan meningkatkan resiko keluarga terhadap ancaman gangguan kesehatan keluarga terutama balita (Leimena, 1990).

Menurut Lawrence Green (1980) ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkah laku atau perilaku kesehatan seseorang yakni : (1) Faktor predisposisi (predisposing factors), yang mencakup pengetahuan , sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai yang terdapat dalam diri individu atau masyarakat ; (

(enabling factors) ; adalah tersedianya fasilitas kesehatan dan

mencakup: (2) Faktor pendorong (reinforcing factors) adal

petugas kesehatan. Jadi perilaku seseorang tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya, selain itu ketersediaan fasilitas dan sikap petugas kesehatan juga akan mendukung terbentuknya perilaku. Seseorang yang tidak mau mengimmunisasikan anaknya di puskesmas dapat disebabkan karena orang tersebut tidak mau atau belum tahu manfaat immunisasi bagi anaknya (predisposing factors), atau faktor jarak jauh (enabling factors) dan sebab lain karena petugas atau tokoh masyarakat tidak pernah mengimmunisasikan anaknya (reinforcing factors).

Definisi yang dimaksud pengetahuan ibu tentang KMS adalah pengetahuan tentang pesan-pesan yang tertera pada KMS, meliputi :

- (1) ASI adalah makanan bayi terbaik yang bermanfaat karena : praktis, mudah dan murah; sedikit kemungkinan terjadi kontaminasi dan tidak akan terjadi kekeliruan dalam mempersiapkan makanan ; menjalin hubungan psikologis yang erat antara ibu dan anak, yang penting untuk perkembangan psikologi anak ; mungkin memberi keuntungan dalam pencegahan karsinoma payudara ; menyusukan berarti memberi makan menurut kodrat alam. (Hassan dan Alatas, 1985).
- (2) Penanggulangan Diare, yakni dengan cara memberikan segera minuman yang ada, misalnya air teh, air kelapa, air sayur, larutan gula garam, kemudian teruskan pemerian ASI dn makanan biasa.

