

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA AN.Y
DENGAN GIZI KURANG DI DESA
TERANTANG WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TAMBANG
TAHUN 2021



NAMA : WINDI SAVITRI ASRIYANI
NIM : 1814401014

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
RIAU
2021

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI RIAU**

Karya Tulis Ilmiah, Juli 2021

**WINDI SAVITRI ASRIYANI
NIM 1814401014**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA AN.Y DENGAN GIZI KURANG
DI DESA TERANTANG WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAMBANG
TAHUN 2021.**

ABSTRAK

Gizi Kurang adalah gangguan kesehatan serius yang terjadi ketika tubuh tidak mendapat asupan nutrisi yang cukup. Tujuan penulisan adalah penulis mampu menerapkan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Gizi Kurang pada Balita 2021. Metode penulisan dengan pengumpulan data meliputi wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Hasil pengkajian Hasil pengkajian didapatkan An. Y susah kalau disuruh makan dan setiap disuapi makan sering dimuntahkan kembali. Diagnosa utama yang muncul berdasarkan prioritas yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Intervensi yang dilakukan dirumuskan berdasarkan diagnosa yang telah didapatkan dan berdasarkan 5 tugas khusus keluarga yaitu mengenal masalah, memutuskan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Implementasi dilakukan dengan metode konseling, diskusi, demonstrasi, dan penyuluhan. masalah dan menyatakan keputusan terhadap masalah yang dihadapi. Pada tahap akhir mengevaluasi kepada pasien dan keluarga, mengenai tindakan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan catatan perkembangan dengan metode SOAP. Pada keluarga Bpk. A dari 7 implementasi yang dilakukan 4 diantaranya masalah sudah teratasi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Keluarga, Gizi Kurang, Balita

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Alhamdulillah, puji syukur penulis sampaikan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Kasus ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Gizi Kurang Pada Balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang”.

Proposal Laporan Kasus ini diajukan guna memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program Studi DIII Keperawatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai. Dalam menyelesaikan Laporan Kasus ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. DR. Amir Luthfi selaku Rektor Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
2. Ibu Dewi Anggriani Harahap, M.Keb selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
3. Bapak Ns. Ridha Hidayat M. Kep selaku Prodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
4. Ibu Ns.Indrawati, S.Kep, M.KL selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, bimbingan serta arahan petunjuk dan bersusah payah membantu dalam menyelesaikan penyusunan Laporan Kasus ini tepat pada waktunya

5. Bapak dan ibu dosen Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai yang telah memberikan kesempatan dan kemudahan bagi penulis dalam menyelesaikan penyusunan Laporan Kasus ini.
6. Staf perpustakaan yang telah mengizinkan meminjam buku kepada penulis sehingga penulis tidak mengalami kesukaran dalam memperoleh referensi.
7. Sembah sujud ananda buat ayahanda dan ibunda tercinta yang tidak terhingga penulis ucapkan atas bimbingan dan dorongan serta kasih sayang yang telah mereka berikan selama ini.
8. Kepada semua pihak dan rekan-rekan seperjuangan DIII Keperawatan dalam menyelesaikan Laporan Kasus ini penulis ucapkan banyak terimakasih, semoga Allah mencatat amal ibadah dan bantuan yang diberikan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa dalam Laporan Kasus ini masih belum sempurna, sehingga penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun, Khususnya bagi penulis dan pembaca pada umumnya.

Bangkinang, Juli 2021
penulis

WINDI SAVITRI ASRIYANI
1814401014

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
1 Tujuan Umum	8
2 Tujuan Khusus	8
D. Manfaat Penelitian	9
1. Aspek Teoritis	9
2. Aspek Praktis.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
1. Konsep Dasar Keluarga	10
a. Defenisi.....	10
b. Bentuk-bentuk keluarga	11
c. Keperawatan Keluarga	13
d. Fungsi Keluarga	14
e. Tahapan Perkembangan Kehidupan Keluarga.....	16
f. Tingkat Kemandirian Keluarga.....	19
g. Peran Perawat Keluarga.....	21
h. Tujuan Keperawatan Keluarga.....	24
2. Konsep Gizi Kurang Pada Balita	26
a. Defenisi Gizi Kurang.....	26
b. Etiologi Gizi Kurang	26
c. Penilaian Pertumbuhan Fisik Pada Balita	27
d. Kategori Status Gizi	30

e. Patofisiologi.....	31
f. WOC Gizi Kurang	33
g. Faktor pendukung terjadinya Gizi Kurang.....	34
h. Akibat Gizi Buruk	36
i. Kebutuhan Gizi Balita.....	37
j. Komplikasi.....	41
k. Penatalaksanaan Gizi Kurang.....	41
3. Konsep Asuhan Keperawatan	43
a. Pengkajian	43
b. Diagnosa Keperawatan	50
c. Intervensi Keperawatan	52
d. Implementasi Keperawatan.....	60
e. Evaluasi Keperawatan.....	61

BAB 3 METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	64
B. Batasan Istilah	64
C. Partisipan.....	65
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	65
E. Pengumpulan Data	65
D. Uji Keabsahan Data.....	67
G. Analisa Data.....	68
H. Etika Penelitian	70

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pengkajian identitas	44
a. Identitas	76
b. Biodata penanggung jawab	76
c. Riwayat kesehatan sekarang.....	78

d. Riwayat kesehatan dahulu	78
e. Riwayat Kesehatan Keluarga	78
f. Kebiasaan Sehari-hari	79
g. Data Psikologis	79
h. Pemeriksaan fisik.....	79
B. Pembahasan	101
1. Pengkajian.....	101
2. Diagnosa Keperawatan	103
3. Intervensi Keperawatan	107
4. Implementasi Keperawatan.....	110
5. Evaluasi Keperawatan.....	113

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	117
1. Pengkajian.....	117
2. Diagnosa Keperawatan	117
3. Intervensi Keperawatan	117
4. Implementasi Keperawatan.....	117
5. Evaluasi Keperawatan.....	118
B. Saran	118

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak di bawah lima tahun atau balita memiliki masa perkembangan fisik dan mental yang pesat, balita akan menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat sehingga membutuhkan zat gizi yang lebih tinggi. Kurang gizi pada masa ini akan mempengaruhi kualitas pada usia dewasa sampai lanjut sehingga pada masa ini balita membutuhkan perhatian lebih dalam tumbuh kembangnya (Marmi, 2013)

Masalah gizi secara garis besar merupakan dampak dari ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran zat gizi (*nutritional imbalance*), yaitu asupan yang melebihi keluaran atau sebaliknya, di samping kesalahan dalam memilih bahan makanan untuk disantap. Adanya penyakit kronis, berat badan lebih dan kurang, karies dentis, serta alergi juga dapat menyebabkan terjadinya masalah gizi. Salah satu masalah gizi yang masih terjadi yaitu kurang gizi (Arisman, 2019).

Data *World Health Organization* (WHO) menyebutkan prevelensi kejadian gizi kurang dan buruk pada anak balita didunia pada tahun 2017 masing-masing meningkat menjadi 8,3% dan 27,5% serta pada tahun 2018 naik lagi menjadi masing-masing 8,8% dan 28%. Kondisi tersebut cukup mengkhawatirkan karena selain berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak, kekurangan gizi juga termasuk salah satu penyebab

utama kematian anak usia dini. Data WHO tahun 2019 menunjukkan 60% kematian bayi dan balita terkait kasus gizi kurang (Dina, 2019).

Berdasarkan data Riskesdas 2018, pada penimbangan balita di posyandu, ditemukan sebanyak 26.518 balita gizi kurang atau buruk secara nasional. Kasus gizi buruk yang dimaksud ditentukan berdasarkan perhitungan berat badan menurut tinggi badan balita $Zscore < -3$ standar deviasi (balita sangat kurus). Sedangkan menurut hasil Riskesdas 2013 prevalensi gizi sangat kurus pada balita sebesar 5,3%. Jika diestimasi terhadap jumlah sasaran balita (S) yang terdaftar di posyandu yang melapor (21.436.940) maka perkiraan jumlah balita gizi buruk (sangat kurus) sebanyak sekitar 1,1 juta jiwa.

Angka penderita gizi kurang di Propinsi Riau, dari hasil pemantauan status gizi Propinsi Riau pada tahun 2014 sudah memperoleh hasil bahwa anak menderita gizi buruk berjumlah 1,3%, sedangkan untuk anak balita gizi kurang berjumlah 6.6% (Dinkes Riau, 2014). Penimbangan yang dilakukan di kabupaten atau kota di Provinsi Riau pada balita tahun 2015 mencatat bahwa 14.779 anak sekitar 2,9% dari 510.167 anak mengalami gizi buruk. Tahun 2016 dari 436.189 anak, 1,8% mengalami gizi buruk, tahun 2017 2,1% dari 37.973 anak dengan status gizi buruk, dan tahun 2018, 308 anak dengan gizi buruk dari 41.847 penimbangan yang dilakukan pada 12 kabupaten atau kota di Provinsi Riau tahun 2019 tercatat 927 anak atau 1,7% dari 55.540 anak yang ditimbang di Kota Pekanbaru adalah anak dengan status gizi buruk (Dinas Kesehatan Provinsi Riau, 2020)

Pemantauan Status Gizi Balita di laksanakan setiap tahun 2 kali yaitu pada bulan Februari dan Agustus dengan tujuan untuk mengetahui gambaran prevalensi status gizi balita dengan beberapa indikator . indikator yang biasa digunakan yaitu indikator berat badan menurut umur (BB/U) dan indikator tinggi badan menurut umur (TB/U). Hasil Pemantauan Status Gizi Balita (PSG) di Kabupaten Kampar Tahun 2017-2020 dengan Indikator Berat Badan Menurut Umur menunjukkan bahwa balita dengan Gizi kurang pada tahun 2017 sebanyak 8,14% dari total balita di Kabupaten Kampar. Pada Tahun 2018, presentase Gizi Kurang sebanyak 6,68%. Pada Tahun 2019 prosentase mengalami kenaikan menjadi 6,75%. Pada Tahun 2020 mengalami kenaikan secara signifikan menjadi 7,26%.

Berdasarkan Pemantauan Status Gizi yang dilakukan dengan indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U), status gizi buruk balita di wilayah Kerja Puskesmas Tambang, mengalami kenaikan dari tahun 2016 (1,48%) menjadi 1,92% pada tahun 2017, dan status gizi Kurang dari 9,50% pada tahun 2018 turun menjadi 8,11% pada tahun 2019, Status Gizi Lebih mengalami penurunan dari tahun 2019 (4,66%) menjadi 4,22% pada tahun 2020.

Sebagai upaya penatalaksanaan gizi kurang, Puskesmas Tambang menerapkan asuhan keperawatan pada pasien gizi kurang. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat

keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Asuhan keperawatan dilaksanakan melalui proses-proses keperawatan. Menurut Ali (2017) proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien/klien, di mulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian tindakan keperawatan

Penyebab gizi kurang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling terkait, antara lain makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Timbulnya gizi kurang tidak hanya dikarenakan asupan makan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi tidak sesuai dengan kebutuhan anak, sehingga sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Penyebab tidak langsung yang menyebabkan gizi kurang yaitu ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. pola pengasuhan anak kurang memadai, pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai (Supariasa, 2010).

Balita kurang gizi pada awalnya ditandai oleh adanya sulit makan. Gejala ini sering tidak diperhatikan oleh pengasuh, padahal bila hal ini berjalan lama akan menyebabkan berat badan anak tidak meningkat atau bila ditimbang hanya meningkat sekitar 200 gram setiap bulan. Padahal idealnya balita sehat peningkatannya di atas 500 gram per bulan. Selera makan yang

rendah bukan hanya karena gangguan penyakit saja tetapi bisa juga diakibatkan jenis dan bentuk makanan balita yang kurang diperhatikan. Dari gejala tersebut, sehingga berdampak pada balita baik dampak jangka pendek maupun jangka panjang (Adiningsih, 2016).

Dampak jangka pendek dari kasus gizi kurang menurut Nancy dan Arifin (2016) adalah anak menjadi apatis, mengalami gangguan bicara serta gangguan perkembangan yang lain, sedangkan dampak jangka panjang dari kasus gizi kurang adalah penurunan skor IQ, penurunan perkembangan kognitif, gangguan pemusatan perhatian, serta penurunan rasa percaya diri.

Antisipasi dari dampak gizi kurang agar tidak berkelanjutan, pemerintah membuat program gizi. Berdasarkan program dinas kesehatan Kabupaten Kampar yaitu program perbaikan gizi masyarakat (pemberian makanan tambahan (PMT) pada anak) dimana tujuannya untuk menanggulangi masalah gizi di Kabupaten Kampar, seperti Kurang Energi Protein (KEP), Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), kurang Vitamin A dan Kekurangan Zat Gizi mikro lainnya (Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar, 2020).

Program perbaikan gizi masyarakat ini juga dilaksanakan oleh Puskesmas. Puskesmas mempunyai peran yang sangat penting dalam peningkatan mutu dan daya saing sumber daya manusia di Indonesia maupun internasional. Puskesmas bertanggung jawab mengupayakan kesehatan pada jenjang tingkat pertama dan berkewajiban menanamkan budaya hidup sehat kepada setiap keluarga (Sudiharto, 2017).

Friedman (2010), mendefinisikan keluarga adalah sebagai suatu sistem sosial kecil yang terbuka yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang sangat saling bergantung dan dipengaruhi baik oleh struktur internal maupun lingkungan eksternal. Berbeda halnya menurut Susanto (2012), mendefinisikan keluarga adalah bagian sub sistem didalam masyarakat memiliki karakteristik yang unik dalam kehidupan keluarga tersebut. Keluarga berperan penting dalam menciptakan hidup sehat yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan pada keluarga. Asuhan keperawatan keluarga diatur dalam Permenkes 279 tahun 2006.

Asuhan keperawatan keluarga merupakan asuhan keperawatan yang ditujukan pada keluarga rawan kesehatan/keluarga miskin yang mempunyai masalah kesehatan yang di temukan di masyarakat dan dilakukan di rumah keluarga. Kegiatannya antara lain: identifikasi keluarga rawan kesehatan/keluarga miskin dengan masalah kesehatan di masyarakat, penemuan dini suspek kasus kontak serumah, pendidikan kesehatan terhadap keluarga, kunjungan rumah (*home visit/home health nursing*) sesuai rencana, pelayanan keperawatan dasar langsung (*direct care*) maupun tidak langsung (*indirect care*), pelayanan kesehatan sesuai rencana, misalnya memantau keteraturan berobat pasien dengan pengobatan jangka panjang, pemberian nasehat (konseling) kesehatan keperawatan dirumah dan dokumentasi keperawatan.

Peran kita sebagai perawat keluarga adalah memberikan asuhan keperawatan melalui pendidikan kesehatan kepada keluarga khususnya pada

orang tua tentang pentingnya asupan gizi bagi anak balita dan mendemonstrasikan cara membuat makanan yang unik dan disenangi oleh anak sehingga nafsu makan anak meningkat.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar tahun 2019 status gizi balita berdasarkan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB menurut kecamatan dan Puskesmas, terdapat dari 31 Puskesmas yang ada di Kabupaten Kampar, Puskesmas Tambang menempati urutan kedua dari kasus balita gizi buruk tertinggi yaitu sebanyak 229 balita. Berdasarkan catatan dan laporan dari Sistem Informasi Kesehatan Puskesmas Tambang yang pelayanannya mencakup beberapa Desa menunjukkan bahwa kasus Gizi buruk tertinggi di Desa Terantang yaitu sebanyak 52 kasus dari 317 dari total keseluruhan kasus Gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Tambang tahun 2020

Berdasarkan masalah – masalah yang telah diuraikan diatas, maka peneliti tertarik ingin melakukan penelitian mengenai” Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Gizi Kurang pada Balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Tahun 2021.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti menetapkan rumusan masalah dalam penelitian ini adalah“ Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Gizi Kurang pada Balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Tahun 2021.?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Gizi Kurang pada Balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian pada keluarga dengan gizi kurang pada balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Tahun 2021.
- b. Mampu mendeskripsikan diagnosa pada keluarga dengan gizi kurang pada balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Tahun 2021.
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi pada keluarga dengan gizi kurang pada balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Tahun 2021.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada keluarga dengan gizi kurang pada balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Tahun 2021.
- e. Mampu mendeskripsikan hasil evaluasi pada keluarga dengan gizi kurang pada balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Tahun 2021 .

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan awal teori dalam memberikan Asuhan Keperawatan. Secara kompleks pada pasien dengan status gizi buruk.

2. Manfaat Praktis

a. Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi atau kepustakaan dalam rangka untuk meningkatkan kualitas pengalaman belajar.

b. Puskesmas

Disarankan petugas kehatan di Puskesmas Tambang dapat meningkatkan asuhan keperawatan yang diberikan pada balita dengan gizi kurang seperti pendataan dan pelaksanaan program gizi kurang pada balita yang mengalami gizi kurang.

c. Pasien/keluarga

Sebagai sumber informasi kesehatan dalam rangka untuk tindakan pencegahan, serta menambah pengetahuan tentang status gizi.

d. Mahasiswa

Dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan gizi kurang pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tambang

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Keluarga

a. Defenisi

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling berbagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2016). Berbeda halnya dengan Padila (2016), keluarga adalah suatu arena berlangsungnya interaksi kepribadian atausebagai sosial terkecil yang terdiri dari seperangkat komponen yang sangat tergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal dan sistem-sistem lain.

Sudiharto (2017), mendefinisikan keluarga adalah unit pelayanan kesehatan yang terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan komunitas. Masalah kesehatan yang dialami oleh salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi anggota keluarga lain. Dari beberapa pengertian keluarga disimpulkan keluarga adalah dua orang atau lebih yang hidup bersama dan diikat oleh suatu ikatan pernikahan yang sah untuk berbagi pengalaman satu sama lain dan mampu memenuhi kebutuhan jasmani dan rohani pasangan

b. Bentuk-bentuk keluarga

Berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai keluarga tradisional dan non tradisional adalah sebagai berikut :

a. Keluarga tradisional

1) Keluarga inti

Keluarga inti terdiri dari seorang ayah yang mencari nafkah, ibu yang mengurus rumah tangga dan anak (Friedman, 2016). Sedangkan menurut Padila (2017), keluarga inti adalah keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orang tua campuran atau orang tua tiri.

2) Keluarga adopsi

Adopsi merupakan sebuah cara lain untuk membentuk keluarga. Dengan menyerahkan secara sah tanggung jawab sebagai orang tua adopsi, biasanya menimbulkan keadaan saling menguntungkan baik bagi orang tua maupun anak. Di satu pihak orang tua adopsi mampu memberi asuhan dan kasih sayang pada anak adopsinya, sementara anak adopsi diberi sebuah keluarga yang sangat menginginkan mereka (Friedman, 2016).

3) Keluarga besar (*Extended Family*)

Keluarga dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak/adik, dan keluarga dekat lainnya. Anak-anak kemudian dibesarkan oleh generasi dan

memiliki pilihan model pola perilaku yang akan membentuk pola perilaku mereka (Friedman, 2016). Sedangkan menurut Padila (2017), keluarga besar terdiri dari keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan

4) Keluarga orang tua tunggal

Keluarga orang tua tunggal adalah keluarga dengan ibu atau ayah sebagai kepala keluarga. Keluarga orang tua tunggal tradisional adalah keluarga dengan kepala rumah tangga duda/janda yang bercerai, ditelantarkan, atau berpisah. Keluarga orang tua tunggal nontradisional adalah keluarga yang kepala keluarganya tidak menikah (Friedman, 2016).

5) Dewasa lajang yang tinggal sendiri

Kebanyakan individu yang tinggal sendiri adalah bagian dari beberapa bentuk jaringan keluarga yang longgar. Jika jaringan ini tidak terdiri atas kerabat, jaringan ini dapat terdiri atas teman-teman. Hewan peliharaan juga dapat menjadi anggota keluarga yang penting (Friedman, 2016).

6) Keluarga orang tua tiri

Keluarga yang pada awalnya mengalami proses penyatuan yang kompleks dan penuh dengan stress. Banyak penyesuaian yang perlu dilakukan dan sering kali individu yang berbeda atau subkelompok keluarga yang baru terbentuk ini beradaptasi dengan kecepatan yang tidak sama (Friedman, 2016).

7) Keluarga Binuklir

Keluarga yang terbentuk setelah perceraian yaitu anak merupakan anggota dari sebuah sistem keluarga yang terdiri atas dua rumah tangga inti, maternal dan paternal dengan keragaman dalam hal tingkat kerjasama dan waktu yang dihabiskan dalam setiap rumah tangga (Friedman, 2016)

c. Model Friedman Dalam Keperawatan Keluarga

Teori keperawatan keluarga terus berkembang sejalan dengan penelitian dan praktik keperawatan, dan para peneliti keperawatan terus berdebat tentang perkembangan teori keperawatan di semua area keperawatan. Banyak debat yang berfokus pada konseptualisasi baru konsep metaparadigma keperawatan dan merefleksikan pengaruh perspektif pascamoderenisasi dan neomoderenisasi (Friedman, 2016).

Model pengkajian keluarga Friedman merupakan pendekatan terpadu dengan menggunakan teori sistem umum, teori perkembangan keluarga, teori struktural-fungsional, dan teori lintas budaya sebagai landasan teoritis primer model dan alat pengkajian keluarga. Teori pertengahan lainnya juga dipadukan kedalam berbagai dimensi struktural dan fungsional yang dikaji, seperti teori komunikasi, teori peran, dan teori stress keluarga. Diagnosis keperawatan keluarga dan strategi intervensinya juga dibahas terkait dengan setiap data yang diidentifikasi, sosiokultural, perkembangan, struktural, fungsional, dan bidang kajian stress serta kopingnya (Friedman, 2016)

d. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2016), lima fungsi keluarga menjadi saling berhubungan erat pada saat mengkaji dan melakukan intervensi dengan keluarga. Lima fungsi itu adalah :

1. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun berkelanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Saat ini, ketika tugas sosial dilaksanakan di luar unit keluarga, sebagian besar upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Manfaat fungsi afektif di dalam anggota keluarga dijumpai paling kuat di antara keluarga kelas menengah dan kelas atas, karena pada keluarga tersebut mempunyai lebih banyak pilihan. Sedangkan pada keluarga kelas bawah, fungsi afektif sering terhiraukan. Balita yang seharusnya mendapatkan perhatian dan kasih sayang yang cukup, pada keluarga kelas bawah hal tersebut tidak didapatkan balita terutama pada pola makan balita. Sehingga dapat menyebabkan gizi kurang pada balita tersebut(Friedman, 2016).

2. Fungsi Sosialisasi dan Status Sosial

Sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat menurut Lislie dan Korman (Friedman, 2016). Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk

mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul suami-ayah dan istri-ibu.

Karena fungsi ini semakin banyak diberikan di sekolah, fasilitas rekreasi dan perawatan anak, serta lembaga lain di luar keluarga, peran sosialisasi yang dimainkan keluarga menjadi berkurang, tetapi tetap penting. Orang tua tetap menyediakan pondasi dan menurunkan warisan budayanya ke anak-anak mereka. Dengan kemauan untuk bersosialisasi dengan orang lain, keluarga bisa mendapatkan informasi tentang pentingnya asupan gizi, penyakit yang ditimbulkan dan pencegahan terjadinya gizi kurang untuk anak khususnya balita (Friedman, 2016)

3. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga. Kurangnya kemampuan keluarga untuk memfasilitasi kebutuhan balita terutama pada asupan makanan dapat menyebabkan balita mengalami gizi kurang (Friedman, 2016).

4. Fungsi Reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga masyarakat yaitu : menyediakan anggota baru untuk masyarakat menurut Lislle dan Korman (Friedman, 2016).

Banyaknya jumlah anak dalam suatu keluarga menyebabkan kebutuhan keluarga juga meningkat terutama pada kebutuhan makan anak. Karena tidak terpenuhinya kebutuhan makanan anak mengakibatkan anak mengalami gizi kurang (Friedman, 2016).

5. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Pendapatan keluarga yang terlalu rendah menyebabkan keluarga tidak mampu membeli kebutuhan gizi anak, sehingga anak mengalami gizi kurang (Friedman, 2016).

e. Tahap Perkembangan Kehidupan Keluarga

1. Tahap I : Keluarga Pasangan Baru (*beginning family*)

Pembentukan pasangan menandakan permulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai ke hubungan intim yang baru. Tahap ini juga disebut tahap pernikahan. Tugas perkembangan keluarga tahap I adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan dan merencanakan sebuah keluarga (Friedman, 2016)

2. Tahap II : Keluarga Kelahiran Anak Pertama (*childbearing family*)

Mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai bayi berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci dalam siklus kehidupan keluarga. Tugas perkembangan keluarga disini adalah setelah

hadirnya anak pertama, keluarga memiliki beberapa tugas perkembangan penting. Suami, istri, dan anak harus mempelajari peran barunya, sementara unit keluarga inti mengalami pengembangan fungsi dan tanggung jawab (Friedman, 2016).

3. Tahap III : Keluarga dengan Anak Prasekolah (*families with preschool*)

Tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saat ini dapat terdiri dari tiga sampai lima orang, dengan posisi pasangan suami-ayah, istri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putri-saudara perempuan. Tugas perkembangan keluarga saat ini berkembang baik secara jumlah maupun kompleksitas. Kebutuhan anak prasekolah dan anak kecil lainnya untuk mengeksplorasi dunia di sekitar mereka, dan kebutuhan orang tua akan privasi diri, membuat rumah dan jarak yang adekuat menjadi masalah utama. Peralatan dan fasilitas juga harus aman untuk anak-anak (Friedman, 2016).

4. Tahap IV : Keluarga dengan Anak Sekolah (*families with schoolchildren*)

Tahap ini dimulai pada saat tertua memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun, dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas, sekitar usia 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga yang maksimal dan hubungan akhir tahap ini juga maksimal menurut Duvall dan Miller (1985 dalam Friedman, 2010). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah keluarga dapat mensosialisasikan anak-anak, dapat meningkatkan prestasi sekolah dan mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan (Friedman, 2016).

5. Tahap V : Keluarga dengan Anak Remaja (*families with teenagers*)

Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak tetap tinggal di rumah pada usia lebih dari 19 atau 20 tahun. Anak lainnya yang tinggal di rumah biasanya anak usia sekolah. Tujuan keluarga pada tahap ini adalah melonggarkan ikatan keluarga untuk memberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yang lebih besar dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa muda menurut Duvall dan Miller (Friedman, 2016). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab seiring dengan kematangan remaja dan semakin meningkatnya otonomi (Friedman, 2016).

6. Tahap VI : Keluarga Melepaskan Anak Dewasa Muda (*launching center families*)

Tahap ini dimulai pada saat perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan “kosongnya rumah”, ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah. Tahap ini dapat cukup singkat atau cukup lama, bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum menikah tetap tinggal di rumah setelah mereka menyelesaikan SMU atau kuliahnya. Tahap perkembangan keluarga disini adalah keluarga membantu anak tertua untuk terjun ke dunia luar, orang tua juga terlibat dengan anak terkecilnya, yaitu membantu mereka menjadi mandiri (Friedman, 2016).

7. Tahap VII : Orang Tua Paruh Baya (*middle age families*)

Tahapan ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiunan atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini dimulai ketika orang tua berusia sekitar 45 tahun sampai 55 tahun dan berakhir dengan persiunannya pasangan, biasanya 16 sampai 18 tahun kemudian. Tahap perkembangan keluarga pada tahap ini adalah wanita memprogramkan kembali energi mereka dan bersiap-siap untuk hidup dalam kesepian dan sebagai pendorong anak mereka yang sedang berkembang untuk lebih mandiri (Friedman, 2016)

8. Tahap VIII : Keluarga Lanjut Usia dan Pensiunan

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat pensiunan salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan, dan berakhir dengan kematian pasangan yang lain menurut Duvall dan Miller dalam Friedman, 2016). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan. Kembali ke rumah setelah individu pensiun/berhenti bekerja dapat menjadiproblematik (Friedman, 2016).

f. Tingkat Kemandirian Keluarga

Keberhasilan asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan perawat keluarga dapat dinilai seberapa tingkat kemandirian keluarga dengan mengetahui kriteria atau ciri-ciri yang menjadi ketentuan tingkatan mulai dari tingkat kemandirian I sampai tingkat kemandirian IV menurut Depkes (2066 dalam Achjar, 2018), adalah sebagai berikut :

- a) Tingkat kemandirian I (keluarga mandiri tingkat I / KM-I)
 - 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan

- b) Tingkat kemandirian II (keluarga mandiri tingkat II / KM-II)
 - 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
 - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan
 - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif

- c) Tingkat Kemandirian III (keluarga mandiri tingkat III / KM-III)
 - 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
 - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan
 - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif
 - 6) Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran

- d) Tingkat kemandirian IV (keluarga mandiri tingkat IV / KM-IV)
 - 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat

- 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
- 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar
- 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif
- 6) Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran
- 7) Melakukan tindakan promotif secara aktif

g. Peran Perawat Keluarga

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga, perawat keluarga perlu memperhatikan prinsip-prinsip berikut :

- (a) melakukan kerja bersama keluarga secara kolektif,
- (b) memulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga,
- (c) menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga,
- (d) menerima dan mengakui struktur keluarga,
- (e) menekankan pada kemampuan keluarga (Sudiharto, 2017).

Peran perawat keluarga menurut Sudiharto (2017), adalah sebagai berikut:

- a. Sebagai Pendidik

Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga. Terutama pada keluarga dengan gizi kurang, perawat memberikan pendidikan tentang pengertian gizi kurang, penyebab, tanda dan gejala, akibat yang ditimbulkan dan cara mendeteksi dini balita agar tidak terjadi gizi kurang.

b. Sebagai Koordinator Pelaksana Pelayanan Keperawatan

Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang berkesinambungan di berikan untuk menghindari kesenjangan. Kemampuan mengkoordinir pelaksana pelayanan kesehatan dengan baik mengakibatkan keluarga dapat terintervensi dengan baik sehingga angka gizi kurang berkurang.

c. Sebagai Pelaksana Pelayanan Perawatan

Pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada keluarga melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit yang memiliki masalah kesehatan. Dengan demikian, anggota keluarga yang sakit dapat menjadi "*entry point*" bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif. Memberikan pelayanan yang maksimal untuk keluarga dengan gizi kurang sehingga dapat mengurangi angka kejadian gizi kurang.

d. Sebagai Supervisor Pelayanan Keperawatan

Perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara literatur, baik terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur, baik terhadap keluarga berisiko tinggi

maupun yang tidak. Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak. Terutama pada keluarga yang mempunyai balita dengan gizi kurang karena banyak orang tua yang tidak mau membawa anaknya ke posyandu untuk penimbangan BB tiap bulan.

e. Sebagai Pembela (Advokat)

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga sebagai klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi sistem pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga. Pemahaman yang baik oleh keluarga terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah perawat untuk memandirikan keluarga. Hak bagi keluarga dengan gizi kurang adalah mendapatkan pelayanan yang baik dari tenaga kesehatan sedangkan kewajiban dari keluarga dengan gizi kurang adalah mendeteksi dini tumbuh kembang anak ke tenaga kesehatan.

f. Sebagai Fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga, dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu memberikan jalan keluar dalam mengatasi masalah. Keluarga dengan gizi kurang dapat bertanya pada perawat tentang perkembangan balitanya.

g. Sebagai Peneliti

Perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Masalah kesehatan

yang muncul di dalam keluarga biasanya terjadi menurut siklus atau budaya yang dipraktikkan keluarga. Begitu juga dengan keluarga dengan gizi kurang, karena kebiasaan atau budaya keluarga tidak pernah memperhatikan pola makan anak sehingga anak tidak terpantau asupan gizi yang dikonsumsinya setiap hari dan anak jatuh pada gizi kurang.

h. Tujuan Keperawatan Keluarga

Kerangka tingkat pencegahan ini digunakan untuk menjelaskan tujuan keperawatan keluarga. Tingkat pencegahan mencakup keseluruhan spektrum isu sehat dan sakit, serta tujuan yang sesuai untuk setiap tingkatan. Menurut Friedman (2016), ketiga tingkatan itu adalah :

- a. Pencegahan primer, yang melibatkan promosi kesehatan dan tindakan pencegahan spesifik atau tindakan perlindungan kesehatan yang dirancang untuk menjaga individu bebas dari penyakit atau cedera. Tindakan pencegahan spesifik atau perilaku yang melindungi kesehatan juga disebut pemeliharaan kesehatan. Pencegahan primer pada keluarga dengan gizi kurang adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penting gizi bagi balita.
- b. Pencegahan sekunder, yang terdiri atas deteksi dini, diagnosis dan terapi. Pada keluarga dengan gizi kurang pencegahan sekunder yang dilakukan adalah mendeteksi dini tumbuh kembang balita.
- c. Pencegahan tersier, yang mencakup tahap pemulihan dan rehabilitasi,

dirancang untuk meminimalkan disabilitas klien dan memaksimalkan tingkat fungsi dirinya. Pencegahan tersier pada keluarga dengan gizi kurang adalah memberi kesempatan pada balita untuk pemulihan terhadap kondisi fisik yang lalu.

Tiga tingkat pencegahan ini merupakan tujuan keperawatan keluarga. Tujuan keperawatan keluarga terdiri atas promosi dan pemeliharaan kesehatan (pencegahan primer), deteksi dan terapi, dan pemulihan kesehatan. Promosi kesehatan merupakan sebuah tujuan utama dalam keperawatan keluarga. Akan tetapi, tentu saja deteksi dini, diagnosis, dan terapi (pencegahan sekunder) juga merupakan tujuan yang penting. Selain itu, dengan mempertimbangkan perkembangan pelayanan kesehatan di rumah dan prevalensi penyakit kronik serta disabilitas yang terjadi dikalangan populasi lansia yang jumlahnya meningkat dengan cepat, pecegahan tersier atau rehabilitasi dan pemulihan kesehatan juga merupakan tujuan penting dari keperawatan keluarga saat ini (Friedman, 2016).

2. Konsep Gizi Kurang Pada Balita

a. Defenisi Gizi Kurang

Gizi (*nutrition*) adalah proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi (penyerapan)

transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan, untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal organ-organ, serta menghasilkan energi (Pudiastuti, 2017).

Gizi kurang atau kurang gizi (sering kali tersebut malnutrisi) muncul akibat asupan energi dan makronutrien yang tidak memadai. Pada beberapa orang kurang gizi juga terkait dengan defisiensi mikronutrien nyata ataupun subklinis (Webster-Gandy, 2015)

b. Etiologi Gizi Kurang

Penyebab gizi kurang pada anak menurut Pudiastuti (2017), antara lain adalah :

a. Pola makan yang salah

Asupan gizi dari makanan sangat berpengaruh besar pada pertumbuhan balita. Jumlah makanan yang dikonsumsi oleh balita harus diperhatikan, pola makan yang salah dapat menyebabkan balita mengalami gizi kurang.

b. Anak sering sakit dan perhatian yang kurang

Perhatian dan kasih sayang orang tua pada anak sangat dibutuhkan pada masa perkembangan anak. Rendahnya perhatian dan kasih sayang orang tua pada anak menyebabkan makan anak tidak terkontrol.

c. Infeksi penyakit

Adanya penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan/ kondisi balita terutama pada balita yang asupan gizinya tidak terkontrol dengan baik.

d. Kurangnya asupan gizi

Rendahnya asupan gizi pada anak menyebabkan anak mengalami gizi kurang sehingga pertumbuhan tubuh dan otak anak terganggu.

e. Berbagai hal buruk yang terkait dengan kemiskinan

Status ekonomi yang terlalu rendah menyebabkan keluarga tidak mampu memberikan asupan makanan yang cukup pada anak sehingga penyakit mudah berkembang di tubuh anak.

c. Penilaian Pertumbuhan Fisik Pada Balita

Penilaian pertumbuhan fisik pada anak menurut Hidayat (2008), dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri (tabel dan kurva terlampir pada lampiran 7 dan 8), pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan radiologi, diantaranya :

a. Pengukuran antropometri

Pengukuran antropometri ini meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan (panjang badan), lingkar kepala, dan lingkar lengan atas. Dalam pengukuran antropometri terdapat dua cara dalam pengukuran yaitu pengukuran berdasarkan usia dan pengukuran tidak berdasarkan usia, diantaranya :

1) Pengukuran berat badan

Pengukuran berat badan digunakan untuk menilai hasil peningkatan semua jaringan yang ada pada tubuh, misalnya tulang, otot, lemak, organ tubuh, dan cairan tubuh sehingga dapat diketahui status keadaan gizi atau tumbuh kembang anak. Adapun cara menentukan berat badan sebagai berikut :

- a) Penilaian berat badan berdasarkan usia menurut WHO dengan standar NCHS (*National Center for Health Statistics*) yaitu menggunakan persentil sebagai berikut : persentil ke 50-3 dikatakan normal, sedangkan persentil ≤ 3 termasuk kategori malnutrisi.
- b) Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan menurut WHO yaitu menggunakan persentase dari median sebagai berikut : antara 80 – 100 % dikatakan malnutrisi sedang dan < dari 80% dikatakan malnutrisi akut.
- c) Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan menurut standar baku NCHS yaitu menggunakan persentil sebagai berikut : persentil 75 – 25 dikatakan normal, persentil 10 – 5 dikatakan malnutrisi sedang dan < persentil 5 dikatakan malnutrisi berat

2) Pengukuran tinggi badan

Pengukuran ini digunakan untuk menilai gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. Penilaian tinggi badan berdasarkan usia menurut WHO dengan standar baku NCHS yaitu menggunakan persentase dari median sebagai berikut : ≥ 90 % dikatakan normal, sedangkan < 90 % dikatakan malnutrisi kronis (abnormal).

3) Pengukuran lingkar kepala

Pengukuran lingkar kepala ini digunakan sebagai salah satu parameter untuk menilai pertumbuhan otak. Penilaian ini dapat mendeteksi secara dini apabila terjadi pertumbuhan otak mengecil yang abnormal yang

dapat mengakibatkan adanya retardasi mental atau pertumbuhan otak membesar yang abnormal yang dapat disebabkan oleh penyumbatan pada aliran cairan secebros spinalis.

4) Pengukuran lingkaran lengan atas

Klasifikasi pengukuran status gizi bayi/anak menurut Irianto (2014), berdasarkan lingkaran lengan atas, yang sering dipergunakan adalah mengacu kepada standard Wolanski, klasifikasinya adalah sebagai berikut:

- a) Gizi baik, apabila LILA bayi/anak menurut umurnya lebih dari 85% standard Wolanski.
- b) Gizi kurang, apabila LILA bayi/anak menurut umurnya berada diantara 70,1% - 85% standard Wolanski.
- c) Gizi buruk, apabila LILA bayi/anak menurut umurnya 70% atau kurang dari standard Wolanski.

Pengukuran status gizi bayi/anak berdasarkan lingkaran lengan atas secara terperinci adalah menggunakan tabel seperti berikut :

Tabel 2.1 Standard baku lingkaran lengan atas (LILA) menurut Umur

Usia		Standar	85% (dalam	70% (dalam
Tahun	Bulan	(dalam cm)	cm)	cm)
0	6 – 8	14,75	12,50	10,50
0	9 - 11	15,1	13,25	11,00
1 -		16,0	13,50	11,25
2 -		16,25	13,75	11,50

Sumber : Irianto, 2014

b. Pemeriksaan fisik

Penilaian terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak dapat juga ditentukan dengan melakukan pemeriksaan fisik, melihat bentuk tubuh, membandingkan bagian tubuh dan anggota gerak lainnya, serta memeriksa lengan atas dan melihat warna rambut (Hidayat, 2018).

Tabel 2.2 Berat Badan, Tinggi Badan dan Lingkar Kepala menurut Umur

Umur	Berat Badan (Kg)	Panjang Badan (Cm)	Lingkar Kepala (Cm)
1 Bulan	3.0 – 4.3	49.8 – 54.6	33 – 39
2 Bulan	3.6 – 5.2	52.8 – 58.1	35 – 41
3 Bulan	4.2 – 6.0	55.5 – 61.1	37 – 43
4 Bulan	4.7 – 6.7	57.8 – 63.7	38 – 44
5 Bulan	5.3 – 7.3	59.8 – 65.9	39 – 45
6 Bulan	5.8 – 7.8	61.6 – 67.8	40 – 46
7 Bulan	6.2 – 8.3	63.2 – 69.5	40.5 – 46.5
8 Bulan	6.6 – 8.8	64.6 – 71.0	41.5 – 47.5
9 Bulan	7.0 – 9.2	66.0 – 72.3	42 – 48
10 Bulan	7.3 – 9.5	67.2 – 73.6	42.5 – 48.5
11 Bulan	7.6 – 9.9	68.5 – 74.9	43 – 49
12 Bulan	7.8 – 10.2	69.6 – 76.1	43.5 – 49.5
15 Bulan	8.4 – 10.9	72.9 – 79.4	44 – 50
1½ Tahun	8.9 – 11.5	75.9 – 82.4	44.5 – 50.5
2 Tahun	9.9 – 12.3	79.2 – 85.6	45 – 51
2½ Tahun	10.8 – 13.5	83.7 – 90.4	45.5 – 52.5
3 Tahun	11.7 – 14.6	87.8 – 94.9	46 – 53
3½ Tahun	12.5 – 15.7	91.5 – 99.1	46.5 – 53.3
4 Tahun	13.2 – 16.7	96.4 – 102.9	47 – 53.8
4½ Tahun	13.8 – 17.7	99.7 – 106.6	47.5 – 53.8

5 Tahun	14.5 – 18.7	102.7 – 109.9	47.8 – 54
---------	-------------	---------------	-----------

d. Kategori Status Gizi

Kategori status gizi menurut DEPKES (2014), berdasarkan Z-score (Simpanan Baku) dibagi menjadi 3 diantaranya :

a) Kategori BB/U

- 1) Kategori Gizi Buruk ; jika Z-score $< - 3,0$
- 2) Kategori Gizi Kurang ; jika Z-score $\geq - 3,0$ s/d Z-score $< - 2,0$
- 3) Kategori Gizi Baik ; jika Z-score $\geq - 2,0$ s/d Z-score $\leq 2,0$
- 4) Kategori Gizi Lebih ; jika Z-score $> 2,0$

b) Kategori TB/U

- 1) Kategori Sangat Pendek; jika Z-score $< - 3,0$
- 2) Kategori Pendek ; jika Z-score $\geq - 3,0$ s/d Z-score $< -2,0$
- 3) Kategori Normal ; jika Z-score $\geq - 2,0$

c) Kategori BB/TB-PB

Tabel 2.2 Kategori status gizi secara klinis dan antropometri(BB/TB-PB)

Status Gizi	Klinis	Antropometri (BB/TB-PB)
Gizi Buruk	Tampak sangat kurus dan atau edema pada kedua punggung kaki sampai seluruh tubuh	$< - 3,0$ SD **)
Gizi Kurang	Tampak kurus	$-3,0$ SD - $< - 2,0$ SD
Gizi Baik	Tampak sehat	-2 SD – 2 SD
Gizi Lebih	Tampak gemuk	>2 SD

Sumber : DEPKES, 2011.

Catatan :

***) Mungkin BB/TB-PB $> - 3$ SD bila terdapat edema berat (seluruh

tubuh)

Tabel 2.3 Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak Berat Badan Menurut Umur (BB/U) Anak Laki-Laki Menurut WHO

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	2.1	2.5	2.9	3.3	3.9	4.4	5.0
1	2.9	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6
2	3.8	4.3	4.9	5.6	6.3	7.1	8.0
3	4.4	5.0	5.7	6.4	7.2	8.0	9.0
4	4.9	5.6	6.2	7.0	7.8	8.7	9.7
5	5.3	6.0	6.7	7.5	8.4	9.3	10.4
6	5.7	6.4	7.1	7.9	8.8	9.8	10.9
7	5.9	6.7	7.4	8.3	9.2	10.3	11.4
8	6.2	6.9	7.7	8.6	9.6	10.7	11.9
9	6.4	7.1	8.0	8.9	9.9	11.0	12.3
10	6.6	7.4	8.2	9.2	10.2	11.4	12.7
11	6.8	7.6	8.4	9.4	10.5	11.7	13.0
12	6.9	7.7	8.6	9.6	10.8	12.0	13.3
13	7.1	7.9	8.8	9.9	11.0	12.3	13.7
14	7.2	8.1	9.0	10.1	11.3	12.6	14.0
15	7.4	8.3	9.2	10.3	11.5	12.8	14.3
16	7.5	8.4	9.4	10.5	11.7	13.1	14.6
17	7.7	8.6	9.6	10.7	12.0	13.4	14.9
18	7.8	8.8	9.8	10.9	12.2	13.7	15.3
19	8.0	8.9	10.0	11.1	12.5	13.9	15.6
20	8.1	9.1	10.1	11.3	12.7	14.2	15.9
21	8.2	9.2	10.3	11.5	12.9	14.5	16.2
22	8.4	9.4	10.5	11.8	13.2	14.7	16.5
23	8.5	9.5	10.7	12.0	13.4	15.0	16.8
24	8.6	9.7	10.8	12.2	13.6	15.3	17.1

25	8.8	9.8	11.0	12.4	13.9	15.5	17.5
26	8.9	10.0	11.2	12.5	14.1	15.8	17.8
27	9.0	10.1	11.3	12.7	14.3	16.1	18.1
28	9.1	10.2	11.5	12.9	14.5	16.3	18.4
29	9.2	10.4	11.7	13.1	14.8	16.6	18.7
30	9.4	10.5	11.8	13.3	15.0	16.9	19.0
31	9.5	10.7	12.0	13.5	15.2	17.1	19.3
32	9.6	10.8	12.1	13.7	15.4	17.4	19.6
33	9.7	10.9	12.3	13.8	15.6	17.6	19.9
34	9.8	11.0	12.4	14.0	15.8	17.8	20.2
35	9.9	11.2	12.6	14.2	16.0	18.1	20.4
36	10.0	11.3	12.7	14.3	16.2	18.3	20.7
37	10.1	11.4	12.9	14.5	16.4	18.6	21.0
38	10.2	11.5	13.0	14.7	16.6	18.8	21.3
39	10.3	11.6	13.1	14.8	16.8	19.0	21.6
40	10.4	11.8	13.3	15.0	17.0	19.3	21.9
41	10.5	11.9	13.4	15.2	17.2	19.5	22.1
42	10.6	12.0	13.6	15.3	17.4	19.7	22.4
43	10.7	12.1	13.7	15.5	17.6	20.0	22.7
44	10.8	12.2	13.8	15.7	17.8	20.2	23.0
45	10.9	12.4	14.0	15.8	18.0	20.5	23.3
46	11.0	12.5	14.1	16.0	18.2	20.7	23.6
47	11.1	12.6	14.3	16.2	18.4	20.9	23.9
48	11.2	12.7	14.4	16.3	18.6	21.2	24.2
49	11.3	12.8	14.5	16.5	18.8	21.4	24.5
50	11.4	12.9	14.7	16.7	19.0	21.7	24.8
51	11.5	13.1	14.8	16.8	19.2	21.9	25.1
52	11.6	13.2	15.0	17.0	19.4	22.2	25.4
53	11.7	13.3	15.1	17.2	19.6	22.4	25.7
54	11.8	13.4	15.2	17.3	19.8	22.7	26.0
55	11.9	13.5	15.4	17.5	20.0	22.9	26.3
56	12.0	13.6	15.5	17.7	20.2	23.2	26.6
57	12.1	13.7	15.6	17.8	20.4	23.4	26.9
58	12.2	13.8	15.8	18.0	20.6	23.7	27.2
59	12.3	14.0	15.9	18.2	20.8	23.9	27.6
60	12.4	14.1	16.0	18.3	21.0	24.2	27.9

Sumber : Kemenkes RI, 2010

Tabel 2.4 Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak Berat Badan Menurut Umur (BB/U) Anak Perempuan Menurut WHO

Umur (bulan)	Berat badan (Kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	2.0	2.4	2.8	3.2	3.7	4.2	4.8
1	2.7	3.2	3.6	4.2	4.8	5.5	6.2
2	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6	7.5
3	4.0	4.5	5.2	5.8	6.6	7.5	8.5
4	4.4	5.0	5.7	6.4	7.3	8.2	9.3

5	4.8	5.4	6.1	6.9	7.8	8.8	10.0
6	5.1	5.7	6.5	7.3	8.2	9.3	10.6
7	5.3	6.0	6.8	7.6	8.6	9.8	11.1
8	5.6	6.3	7.0	7.9	9.0	10.2	11.6
9	5.8	6.5	7.3	8.2	9.3	10.5	12.0
10	5.9	6.7	7.5	8.5	9.6	10.9	12.4
11	6.1	6.9	7.7	8.7	9.9	11.2	12.8
12	6.3	7.0	7.9	8.9	10.1	11.5	13.1
13	6.4	7.2	8.1	9.2	10.4	11.8	13.5
14	6.6	7.4	8.3	9.4	10.6	12.1	13.8
15	6.7	7.6	8.5	9.6	10.9	12.4	14.1
16	6.9	7.7	8.7	9.8	11.1	12.6	14.5
17	7.0	7.9	8.9	10.0	11.4	12.9	14.8
18	7.2	8.1	9.1	10.2	11.6	13.2	15.1
19	7.3	8.2	9.2	10.4	11.8	13.5	15.4
20	7.5	8.4	9.4	10.6	12.1	13.7	15.7
21	7.6	8.6	9.6	10.9	12.3	14.0	16.0
22	7.8	8.7	9.8	11.1	12.5	14.3	16.4
23	7.9	8.9	10.0	11.3	12.8	14.6	16.7
24	8.1	9.0	10.2	11.5	13.0	14.8	17.0
25	8.2	9.2	10.3	11.7	13.3	15.1	17.3
26	8.4	9.4	10.5	11.9	13.5	15.4	17.7
27	8.5	9.5	10.7	12.1	13.7	15.7	18.0
28	8.6	9.7	10.9	12.3	14.0	16.0	18.3
29	8.8	9.8	11.1	12.5	14.2	16.2	18.7
30	8.9	10.0	11.2	12.7	14.4	16.5	19.0
31	9.0	10.1	11.4	12.9	14.7	16.8	19.3
32	9.1	10.3	11.6	13.1	14.9	17.1	19.6
33	9.3	10.4	11.7	13.3	15.1	17.3	20.0
34	9.4	10.5	11.9	13.5	15.4	17.6	20.3
35	9.5	10.7	12.0	13.7	15.6	17.9	20.6
36	9.6	10.8	12.2	13.9	15.8	18.1	20.9
37	9.7	10.9	12.4	14.0	16.0	18.4	21.3
38	9.8	11.1	12.5	14.2	16.3	18.7	21.6
39	9.9	11.2	12.7	14.4	16.5	19.0	22.0
40	10.1	11.3	12.8	14.6	16.7	19.2	22.3
41	10.2	11.5	13.0	14.8	16.9	19.5	22.7
42	10.3	11.6	13.1	15.0	17.2	19.8	23.0
43	10.4	11.7	13.3	15.2	17.4	20.1	23.4
44	10.5	11.8	13.4	15.3	17.6	20.4	23.7
45	10.6	12.0	13.6	15.5	17.8	20.7	24.1
46	10.7	12.1	13.7	15.7	18.1	20.9	24.5
47	10.8	12.2	13.9	15.9	18.3	21.2	24.8
48	10.9	12.3	14.0	16.1	18.5	21.5	25.2
49	11.0	12.4	14.2	16.3	18.8	21.8	25.5
50	11.1	12.6	14.3	16.4	19.0	22.1	25.9
51	11.2	12.7	14.5	16.6	19.2	22.4	26.3
52	11.3	12.8	14.6	16.8	19.4	22.6	26.6
53	11.4	12.9	14.8	17.0	19.7	22.9	27.0
54	11.5	13.0	14.9	17.2	19.9	23.2	27.4

55	11.6	13.2	15.1	17.3	20.1	23.5	27.7
56	11.7	13.3	15.2	17.5	20.3	23.8	28.1
57	11.8	13.4	15.3	17.7	20.6	24.1	28.5
58	11.9	13.5	15.5	17.9	20.8	24.4	28.8
59	12.0	13.6	15.6	18.0	21.0	24.6	29.2
60	12.1	13.7	15.8	18.2	21.2	24.9	29.5

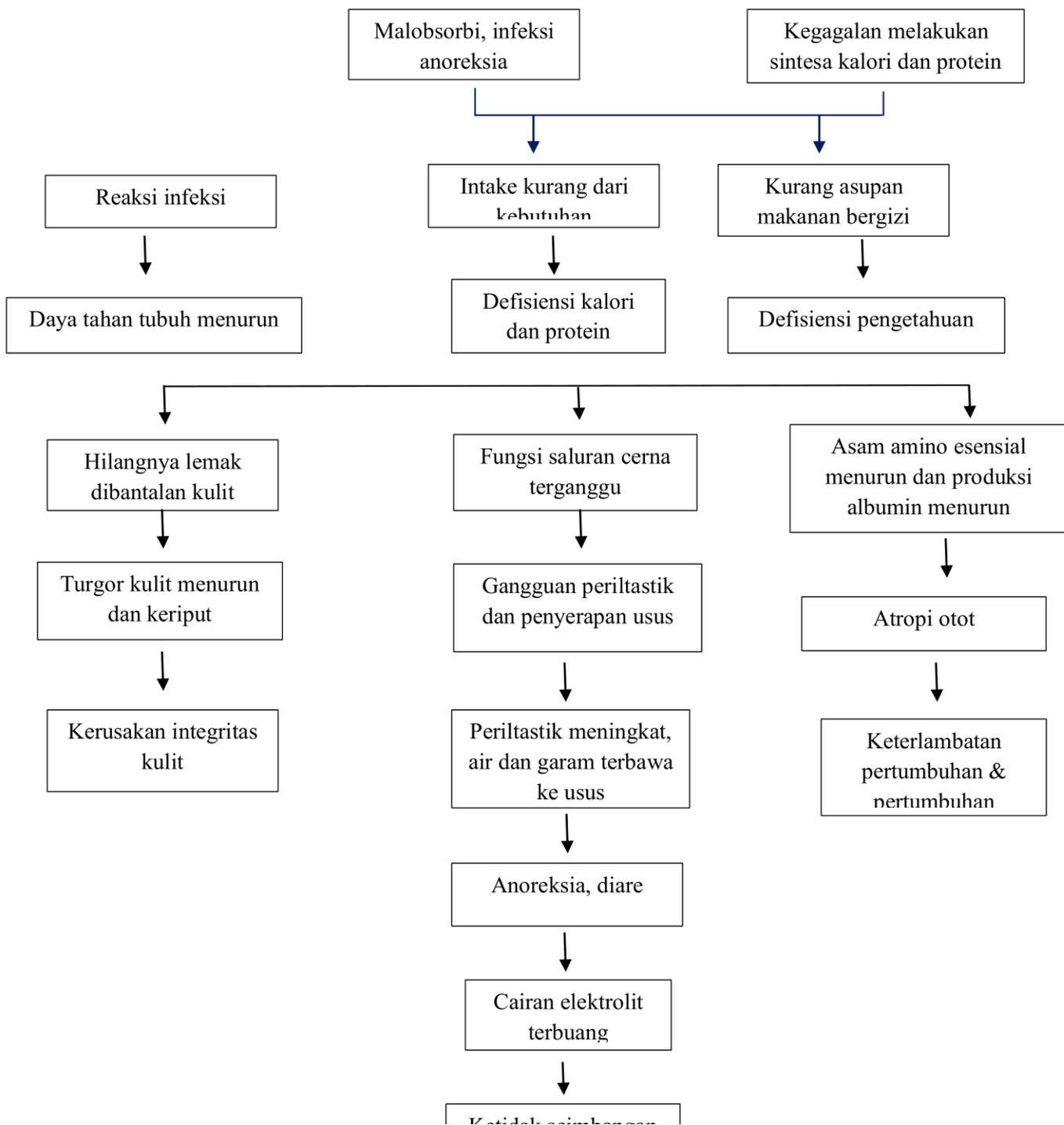
Sumber : Kemenkes RI, 2010

f. Patofisiologi

Gizi kurang biasanya terjadi pada anak balita dibawah usia 5 tahun. Tidak tercukupinya makanan dengan gizi seimbang serta kondisi kesehatan yang kurang baik dengan kebersihan yang buruk mengakibatkan balita atau anak-anak menderita gizi kurang yang dapat bertambah menjadi gizi buruk jika tidak terintervensi dengan cepat dan tepat. Karena rendahnya penghasilan keluarga sehingga keluarga tidak mampu mencukupi kebutuhan balita dan keluarga tidak memberikan asuhan pada balita secara tepat dapat menyebabkan terjadinya gizi kurang (Waryana, 2016).

Pada anak gizi kurang dapat mengakibatkan lapisan lemak di bawah kulit berkurang, daya tahan tubuh balita menurun, dan produksi albumin juga menurun sehingga balita mudah terkena infeksi dan mengalami terlambatan perkembangan. Balita dengan gizi kurang juga mengalami peningkatan kadar asam basa pada saluran pencernaan menyebabkan balita mengalami diare sehingga masalah keperawatan yang muncul ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Waryana, 2016)

g. WOC Gizi Kurang



h. Faktor Pendukung terjadinya Gizi Kurang

Menurut Webster-Gandy (2016), dalam kebanyakan kasus, ada berbagai faktor penyebab kurang gizi. Kesadaran akan beberapa faktor pendukung tertentu merupakan langkah pertama dalam pencegahan yang sangat berharga. Berikut penjelasan singkatnya.

a. Asupan gizi menurun

1) Ketersediaan makanan yang tidak memadai (kuantitatif ataupun kualitatif) :

a) Pasien diasuh di ruang isolasi sehingga baki makanan mungkin saja ditinggalkan di luar kamar atau di tempat yang tidak terjangkau pasien.

b) Kelaparan berulang yang disengaja , mis., harus berpuasa peroral karena menjalani berbagai macam pemeriksaan atau terapi

c) Koordinasi motorik lambat sehingga perlu bantuan saat makan

d) Hidangan yang tidak sesuai dengan budaya pasien, mis menyediakan makanan yang tidak halal bagi orang islam atau bukan kosher bagi orang Yahudi.

e) Makanan tidak menggugah selera atau berkualitas buruk

2) Anoreksia (kehilangan nafsu makan) :

a) Dampak penyakit, mis. akibat kanker, infeksi, inflamasi.

- b) Mual dan muntah.
- c) Masalah psikologi, mis. akibat depresi, kecemasan, kesepian.
- d) Dampak pengobatan, mis. akibat kemoterapi.

3) Gangguan makan :

- a) Gangguan gigi-geligi
- b) Perubahan pengecap dan pembau
- c) Mulut kering atau nyeri
- d) Sesak napas
- e) Gangguan menelan

4) Absorpsi nutrien menurun

- a) Sekresi saluran cerna tidak mencukupi, termasuk empedu dan semua enzim saluran cerna, mis. akibat kekurangan enzim pankreas.
- b) Kerusakan permukaan absorptif di saluran cerna, mis. Akibat penyakit Crohn.
- c) Reseksi \pm fistula saluran cerna.
- d) Komplikasi terapi obat.

5) Kebutuhan meningkat

- a) Hipermetabolisme terkait penyakit, misalnya akibat sirosis hati, beberapa kanker.
- b) Infeksi
- c) Akibat terapi, misalnya setelah pembedahan.
- d) Peningkatan kehilangan, misalnya melalui saluran cerna, urine, kulit,

napas, atau drainase bedah.

- e) Peningkatan aktivitas, baik sadar maupun tidak sadar, mis. akibat penyakit Parkinson.

i. Akibat Gizi Buruk

Menurut Webster-Gandy (2016), dampak kurang gizi bervariasi mulai dari subklinis, yakni tidak ada gangguan klinis sama sekali, sampai kematian, dan bergantung pada jenis, lama, dan derajat keparahan ketidakcukupan gizi, usia, serta status gizi dan kesehatan pasien.

Menurut Webster-Gandy (2016), selain tingginya risiko mortalitas, kurang gizi juga terkait dengan morbiditas yang lebih besar :

- a. Berat badan turun (utamanya lemak dan otot)
- b. Fungsi otot terganggu :
 - 1) Otot rangka – mobilitas buruk, tingginya risiko jatuh
 - 2) Pernapasan – tingginya resiko infeksi paru-paru, penurunan kapasitas olahraga penyapihan ventilasi tertunda
 - 3) jantung – bradikardia, hipotensi, penurunan curah jantung
 - 4) Saluran cerna – penurunan integritas dinding usus berpotensi menambah akses masuk mikroorganisme
- c. Fungsi imun melemah :
 - 1) Penurunan fagositosis, penurunan kemotaksis, penurunan penghancuran bakteri intrasel, penurunan limfosit T
 - 2) Peningkatan angka infeksi
 - 3) Respons yang buruk terhadap vaksinasi

d. Sintesis protein baru terganggu :

- 1) Penyembuhan luka kurang baik, tingginya risiko ukserasi
- 2) Perlambatan masa pulih dari pembedahan
- 3) Perlambatan atau penghentian pertumbuhan anak
- 4) Penurunan fertilitas pada wanita dan pria

e. Gangguan psikologis :

- 1) Depresi, anoreksia, penurunan motivasi
- 2) Penurunan kualitas hidup
- 3) Gangguan intelektual jika kurang gizi terjadi pada masa bayi

f. Beban ekonomi bertambah :

- 1) Peningkatan komplikasi
- 2) Peningkatan lama rawat inap di rumah sakit dan unit perawatan intensif (ICU)
- 3) Tingginya angka rawat inap kembali setelah sebelumnya dipulangkan dari rumah sakit
- 4) Rehabilitasi lebih lama
- 5) Tingginya ongkos obat
- 6) Meningkatnya kunjungan ke dokter umum

j. Kebutuhan Gizi Balita

Menurut Proverawati dan Wati (2011), menjelaskan kebutuhan gizi seseorang adalah jumlah yang diperkirakan cukup untuk memelihara kesehatan pada umumnya. Secara garis besar, kebutuhan gizi ditentukan oleh usia, jenis

kelamin, aktivitas, berat badan, dan tinggi badan. Antara asupan zat gizi dan pengeluarannya harus ada keseimbangan sehingga diperoleh status gizi yang baik. Status gizi balita dapat dipantau dengan menimbang anak setiap bulan dan dicocokkan dengan Kartu Menuju Sehat(KMS).

a) Kebutuhan energi

Kebutuhan energi bayi dan balita relatif besar dibandingkan dengan orang dewasa, sebab pada usia tersebut pertumbuhannya masih sangat pesat. Kecukupannya akan semakin menurun seiring dengan bertambahnya usia. Menurut Almatsier (2013), kebutuhan energi pada anak umur 0 – 6 bulan 350 kkal, umur 7 – 11 bulan 650 kkal, 1 – 3 tahun 1000 kkal dan 4 – 6 tahun 1550 kkal.

b) Kebutuhan zat pembangun (protein)

Secara fisiologis, balita sedang dalam masa pertumbuhan sehingga kebutuhannya relatif lebih besar dari pada orang dewasa. Namun, jika dibandingkan dengan bayi yang usianya kurang dari satu tahun, kebutuhannya relatif lebih kecil. Menurut Almatsier (2013), kebutuhan protein pada anak umur 0 – 6 bulan 10 gr, umur 7 – 11 bulan 16 gr, 1 – 3 tahun 25 gr dan 4 – 6 tahun 39 gr.

c) Kebutuhan zat pengatur

Kebutuhan air bayi dan balita dalam sehari berfluktuasi seiring dengan bertambahnya usia. Menurut Almatsier (2013), kebutuhan zat pengatur anak yaitu

Tabel 2.3 Kebutuhan zat pengatur anak

Keb Zat Pengatur	0 – 6 Bulan	7 – 11 Bulan	1 – 3 Tahun	4 – 6 Tahun
Vit. A (RE)	375	400	400	450
Vit. D (mcg)	5	5	5	5
Vit. E (mg)	4	5	6	7
Vit. K (mcg)	5	10	15	20
As. Folat (mcg)	65	80	150	200
Vit. B12 (mcg)	0,4	0,5	0,9	1,2
Vit. C (mg)	40	40	40	45
Kalsium (mg)	200	400	500	500
Fosfor (mg)	100	225	400	400
Magnesium (mg)	25	55	50	90
Fe (mg)	0,5	7	8	9
Iodium (mcg)	90	120	120	120
Seng (mg)	1,3	7,9	8,3	10,3

Sumber : Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII, 2016

Untuk pertumbuhan dan perkembangan, balita memerlukan enam zat gizi utama, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan air. Zat gizi tersebut dapat diperoleh dari makanan yang dikonsumsi sehari-hari. Agar balita dapat tumbuh dan berkembang dengan baik, makan makanan yang dimakannya tidak boleh hanya sekedar mengenyangkan perut saja. Makanan yang dikonsumsi balita seharusnya :

- 1) Beragam jenisnya
- 2) Jumlah atau porsi cukup (tidak kurang atau berlebihan)
- 3) Higienis dan aman (bersih dari kotoran dan bibit penyakit serta tidak mengandung bahan-bahan yang berbahaya bagi kesehatan)
- 4) Makan dilakukan secara teratur

5) Makan dilakukan dengan cara yang baik

Menurut Proverawati dan Wati (2011), keenam zat gizi utama digunakan oleh tubuh anak untuk :

- 1) Menghasilkan tenaga yang digunakan oleh anak untuk melakukan berbagai kegiatan seperti belajar, berolah raga, bermain, dan aktivitas lain (disebut zat tenaga). Zat makanan yang merupakan sumber tenaga utama adalah karbohidrat dan lemak. Makanan yang banyak mengandung karbohidrat adalah beras, jagung, singkong, ubi jalar, kentang, talas, gandum dan sagu. Makanan yang banyak mengandung lemak adalah lemak hewani (gajih), mentega, minyak goreng, kelapa dan keju.
- 2) Membangun jaringan tubuh dan mengganti jaringan tubuh yang aus/rusak. (disebut zat pembangun). Zat makanan yang merupakan zat pembangun adalah protein. Makanan yang banyak mengandung protein adalah tahu, tempe oncom, kacang-kacangan, telur, daging, ikan, udang dan kerang.
- 3) Mengatur kegiatan-kegiatan yang terjadi di dalam tubuh (disebut zat pengatur). Zat makanan yang merupakan zat pengatur adalah vitamin, mineral dan air. Makanan yang banyak mengandung vitamin, mineral dan air adalah sayur-sayuran dan buah-buahan.

Kebutuhan tubuh balita akan keenam macam gizi untuk melakukan tiga fungsi tersebut tidak bisa dipenuhi hanya dari satu macam makanan saja karena tidak ada satu pun makanan dari alam yang mempunyai kandungan gizi lengkap. Jika makanan anak beragam, maka zat gizi yang tidak terkandung atau kurang dalam satu jenis makanan akan dilengkapi oleh zat gizi yang berasal dari makanan jenis lain. Agar makanan yang dimakan anak beraneka ragam, maka kita harus selalu ingat bahwa

makanan yang dimakan anak harus mengandung zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur. Ketiga zat ini dapat berasal dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air.

j. Komplikasi

Menurut Suariadi dan Rita (2017), komplikasi gizi kurang diantaranya :

- a. Kwashiorkor (kekurangan karbohidrat) :diare, infeksi, anemia, gangguan tumbuh kembang, hipokalemia, dan hipernatremia.
- b. Marasmus (kekurangan protein) : infeksi, tuberculosis, parasitosis, disentri, malnutrisi kronik, gangguan tumbuh kembang.
- c. Marasmus-kwashiorkor (kekurangan karbohidrat dan protein) : terjadi edema, kelainan rambut dan kelainan kulit

k. Penatalaksanaan Gizi Kurang

Gizi kurang terjadi akibat kurangnya asupan gizi pada anak, yang bila tidak ditangani secara cepat, tepat dan komprehensif dapat mengakibatkan terjadinya gizi buruk.

Perawatan gizi kurang dapat dilakukan dengan cara :

a) Terapi Kurang Gizi

Menurut Webster-Gandy (2016), ada bukti kuat yang menunjukkan bahwa bantuan gizi mampu menambah asupan protein dan energi, memperbaiki berat badan dan mengurangi penurunan berat badan diantaranya adalah :

1) Penilaian

Disaat kurang gizi didiagnosis, penilaian gizi secara menyeluruh harus dilakukan guna mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan menjadi dasar terapi

2) Akses makanan

Setelah penilaian, jelas terlihat bahwa diperlukan beberapa tindakan nonteknis

yang relatif mudah untuk membantu mereka yang kurang gizi mendapat makanan yang sesuai

- 3) Pemberian suplemen menggunakan makanan Modifikasi dan/atau penyediaan makanan dan minuman menggunakan bahan makanan yang sudah umum dapat meningkatkan asupan energi dan zat gizi yang besar bagi banyak pasien. Langkah ini relatif jelas dan lugas serta harus dicoba terlebih dulu sebelum intervensi yang rumit dimulai. Status pasien harus rutin dipantau.

Kelebihan langkah ini antara lain : fleksibel, makanan memiliki cita rasa, perilaku makan diperbaiki tanpa ada intervensi obat-obatan, dan terjangkau. Kelemahannya antara lain : memerlukan motivasi dan upaya yang tinggi dan \pm keterampilan kuliner dari sang pasien, pengasuh dan profesional kesehatan, terbatasnya persediaan bahan- bahan makanan yang sesuai di institusi dan berpotensi memerlukan suplemen mikronutrien tambahan.

- 4) Pemberian suplemen menggunakan suplemen gizi khusus per oral

Suplemen gizi per oral siap-guna sering disebut *sip feeds* dapat digunakan bersama fortifikasi makanan untuk menutupi kekurangan jika seseorang tidak dapat mengasup cukup makanan. Kelebihannya antara lain : komposisinya sudah diketahui, sebagian besar menyajikan energi, makro- dan mikronutrien yang seimbang, tersedia dalam bentuk siap-guna. Kelemahannya antara lain : penggunaan produk-produk siap pakai yang cepat dan praktis tanpa menilai kebutuhan pasien seutuhnya, rasa bosan terhadap cita rasa produk setelah dipergunakan sekian lama.

3. Konsep Asuhan keperawatan Keluarga Pada Kasus Gizi Kurang

A. Pengkajian anggota keluarga dengan Gizi Kurang

Format pengkajian keluarga model Friedman yang diaplikasikan ke kasus dengan masalah utama Gizi Kurang menurut Friedman (2010), meliputi :

a) Data umum

Menurut Friedman (2010), data umum yang perlu dikaji adalah :

1) Nama kepala keluarga dan anggota keluarga, alamat, jenis kelamin, umur, pekerjaan dan pendidikan. Pada pengkajian pendidikan diketahui bahwa pendidikan berpengaruh pada kemampuan dalam mengatur pola makan dan pentingnya asupan gizi bagi balita. Sedangkan pekerjaan yang terlalu sibuk bagi orang tua mengakibatkan perhatian orang tua terhadap tumbuh kembang anak tidak ada.

2) Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis/tipe keluarga yang mengalami gizi kurang (Padila, 2017). Biasanya keluarga yang mempunyai balita dengan gizi kurang mempunyai jumlah anggota keluarga yang banyak sehingga kebutuhan nutrisi anak tidak terpenuhi

3) Suku Bangsa

Identifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan (Sutanto, 2012). Biasanya keluarga dengan gizi kurang mempunyai

budaya tidak terlalu memperhatikan menu makan balita, yang terpenting balita sudah mendapatkan makanan

4) Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun dari anggota keluarga lainnya. Pada pengkajian status sosial ekonomi diketahui bahwa tingkat status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang. Dampak dari ketidakmampuan keluarga membuat seseorang tidak bisa mencukupi kebutuhan nutrisi keluarga (Padila, 2012). Biasanya keluarga dengan gizi kurang mempunyai perekonomian yang rendah karena keluarga tidak mampu mencukupi semua kebutuhan balita.

b) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti (Gusti, 2013). Biasanya keluarga dengan gizi kurang berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak pra sekolah.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala yang dialami (Padila

2012). Biasanya keluarga belum mampu memenuhi semua kebutuhan anak karena keterbatasan penghasilan yang diperoleh.

3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga inti, upaya pencegahan dan pengobatan pada anggota keluarga yang sakit, serta pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada (Gusti, 2013). Biasanya keluarga dengan gizi kurang tidak memantau tumbuh kembang anak ke tenaga kesehatan

c) Pengkajian Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat tipe rumah, jumlah ruangan, jenis ruang, jumlah jendela, jarak *septic tank* dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan, tanda cat yang sudah mengelupas, serta dilengkapi dengan denah rumah (Friedman, 2010). Biasanya keluarga dengan gizi kurang mempunyai keuangan yang tidak mencukupi kebutuhan anak sehingga luas rumah tidak sesuai dengan jumlah anggota keluarga.

d) Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji seberapa jauh keluarga saling asuh dan saling mendukung, hubungan baik dengan orang lain, menunjukkan rasa empati, perhatian terhadap perasaan (Friedman, 2010). Biasanya keluarga dengan gizi kurang jarang memperhatikan kebutuhan akan

kasih sayang dan perhatian pada anak, serta tidak mau bersosialisasi dengan lingkungan luar karena merasa malu akan kondisi anak.

2) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, penghargaan, hukuman, serta memberi dan menerima cinta (Friedman, 2016). Biasanya keluarga dengan gizi kurang tidak disiplin terhadap pola makan balita.

3) Fungsi perawatan kesehatan

- a) Keyakinan, nilai, dan perilaku kesehatan : menjelaskan nilai yang dianut keluarga, pencegahan, promosi kesehatan yang dilakukan dan tujuan kesehatan keluarga (Friedman, 2016). Biasanya keluarga tidak mengetahui pencegahan yang harus dilakukan agar balita tidak mengalami gizi kurang.
- b) Status kesehatan keluarga dan keretanan terhadap sakit yang dirasa : keluarga mengkaji status kesehatan, masalah kesehatan yang membuat keluarga rentan terkena sakit dan jumlah kontrol kesehatan (Friedman, 2016). Biasanya keluarga tidak mampu mengkaji status kesehatan keluarga.
- c) Praktik diet keluarga : keluarga mengetahui sumber makanan yang dikonsumsi, cara menyiapkan makanan, banyak makanan yang dikonsumsi perhari dan kebiasaan mengkonsumsi makanan kudapan (Friedman, 2016). Biasanya keluarga tidak terlalu memperhatikan menu makanan, sumber makanan dan banyak

makanan yang tersedia

- d) Peran keluarga dalam praktik keperawatan diri : tindakan yang dilakukan dalam memperbaiki status kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan keluarga dirumah dan keyakinan keluarga dalam perawatan dirumah (Friedman, 2016). Biasanya keluarga dengan gizi kurang tidak tau cara pencegahan penyakit dan mengenal penyakit.
- e) Tindakan pencegahan secara medis : status imunisasi anak, kebersihan gigi setelah makan, dan pola keluarga dalam mengkonsumsi makanan (Friedman, 2016). Biasanya keluarga tidak membawa anaknya imunisasi ke posyandu.

4) Fungsi sosialisasi

Pada kasus penderita gizi kurang, dapat mengalami gangguan fungsi sosial baik didalam keluarga maupun didalam komunitas sekitar keluarga (Padila, 2012). Biasanya keluarga sangat kesulitan untuk bersosialisasi anggota keluarga maupun lingkungan sekitar rumah.

5) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah : berapa jumlah anak, apa rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga (Padila, 2017). Jumlah anak sangat berpengaruh dengan kecukupan gizi yang dikonsumsi anak

balita. Biasanya keluarga mempunyai anak lebih dari 2 orang.

6) Fungsi ekonomi

Menjelaskan bagaimana upaya keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sandang, pangan dan papan serta pemanfaatan lingkungan rumah untuk meningkatkan penghasilan keluarga (Gusti, 2013). Biasanya keluarga belum bisa memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papa balita.

e) Tugas Keluarga bidang kesehatan menurut Achjar (2010)

Keluarga mempunyai 5 tugas memelihara kesehatan keluarga khususnya keluarga yang anggotanya menderita penyakit gizi kurang, yaitu:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarga tentang gejala gizi kurang
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit gizi kurang.
- 3) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang menderita gizi kurang
- 4) Menciptakan lingkungan suasana di rumah yang menguntungkan

kesehatan dan perkembangan kepada anggota keluarganya

- 5) Mempergunakan fasilitas kesehatan yang dapat mengatasi penyakit gizi kurang

e) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang di gunakan pada pemeriksaan fisik *head to toe* untuk pemeriksaan fisik untuk gizi kurang adalah sebagai berikut:

- 1) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda - tanda vital. Biasanya balita mempunyai BB rendah.

- 2) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah. Biasanya balita yang mengalami gizi kurang mempunyai warna rambut yang kecoklatan, pucat dan anemia

- 3) Sistem Integumen

Biasnya balita mempunyai turgor kulit menurun, kulit tampak kering dan kasar, kelembaban dan suhu kulit meningkat, tekstur rambut dan kuku juga kasar.

- 4) Sistem Pernafasan

Pernafasan balita masih dalam rentang normal karena balita belum jatuh pada gizi buruk.

5) Sistem Kardiovaskuler

Perfusi jaringan balita menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, dan disritmia, pemeriksaan CRT

6) Sistem Gastrointestinal

Bising usus pada balita yang mengalami gizi kurang terdengar jelas, frekuensi > 20 kali/menit, mual, muntah, diare, konstipasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen.

7) Sistem Urinary

Sistem perkemihan pada klien gizi kurang tidak mengalami gangguan.

8) Sistem Muskuloskeletal

Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri.

9) Sistem Neurologis

Pada balita gizi kurang terjadi penurunan sensoris, penurunan kesadaran, reflek lambat, kacau mental dan disorientasi.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, yang terdiri dari masalah keperawatan yang akan berhubungan dengan etiologi yang berasal dari pengkajian fungsi perawatan keluarga. Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem,

etiologi dan simpton) dimana untuk problem menggunakan rumusan masalah dari NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah (Padila, 2016).

Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga actual (terjadi defisit/gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan) dan keadaan sejahtera (*wellness*) (Padila, 2012).

Diagnosa keperawatan keluarga dapat dibagi menjadi 3, yaitu :

- 1) Diagnosa keperawatan keluarga : aktual
- 2) Diagnosa keperawatan keluarga : resiko
- 3) Diagnosa keperawatan keluarga : sejahtera (potensial)

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada keluarga dengan gizi kurang menurut problem (NANDA, 2015-2020) dan etiologi (Friedman, 2010) adalah :

- a) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan kekurangan nutrisi.
- b) Resiko keterlambatan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam melakukan stimulasi pada balita.
- c) Resiko Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi masalah gizi kurang.

Tabel 2.4 Skala prioritas masalah keluarga

No.	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah : (1) Aktual (tidak/kurang sehat) (2) Ancaman kesehatan (3) Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk diubah: tinggi	3 2	1

	cukup rendah	1	
--	-----------------	---	--

Sumber : Baylon & Maglaya dalam Padila (2018)

Skoring:

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot

$\frac{\text{Skor Angka}}{\text{Tertinggi}} \times \text{Bobot}$

- c. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria (Susanto, 2012).

C. Rencana Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan pada Keluarga dengan Gizi Kurang

Dx Kep	Tujuan		Kriteria Evaluasi		Rencana Keperawatan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	

<p>n nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan kekurangan nutrisi</p>	<p>Setelah dilakukan kunjungan sebanyak lima kali selama 45-60 menit, keluarga mampu mengenal, memutuskan, dan merawat anggota keluarga dengan ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 45 – 60 menit keluarga mampu :</p> <p>a. Mengenal masalah (menjelaskan kembali pengertian, penyebab, dampak yang ditimbulkan dari ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>b. Mengambil keputusan untuk mengatasi kondisi ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Keluarga mampu :</p> <p>a. a. Menjelaskan pengertian gizi kurang dengan bahasa sendiri b. Menyebutkan 2 dari 3 penyebab gizi kurang c. Menyebutkan 2 dari 3 tanda dan gejala gizi kurang</p> <p>Keluarga mampu memutuskan masalah</p>	<p>a) Gizi kurang atau kurang gizi (sering kali tersebut malnutrisi) muncul akibat asupan energi dan makronutrien yang tidak memadai.</p> <p>a) Penyebab gizi kurang yaitu kurangnya asupan nutrisi, pola makan asuhan anak kurang memadai, yankes kurang memadai b) Penyebab gizi kurang yaitu kurangnya asupan nutrisi, pola makan asuhan anak kurang memadai, yankes kurang memadai c) Tanda dan gejala gizi kurang yaitu badan kurus, rambut kecoklatan, BB pada KMS berada BGK/BGM d) Dampak yang ditimbulkan, balita mengalami</p> <p>Keluarga menyatakan keputusan dalam mengatasi gizi kurang pada balita</p>	<p>1) Gali pengetahuan keluarga tentang gizi kurang 2) Diskusikan Bersama keluarga tentang pengertian gizi kurang 3) Jelaskan kepada keluarga penyebab gizi kurang 4) Jelaskan tanda dan gejala gizi kurang pada balita 5) Jelaskan dampak yang ditimbulkan pada balita dengan gizi kurang 6) Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya 7) Bantu keluarga untuk mengulangi apa yang telah dijelaskan 8) Beri pujian atas perilaku yang benar</p> <p>1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pada keluarga mengenai tindakan yang harus dilakukan saat anak menderita kekurangan gizi 3) Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan 4) Beri pujian atas keputusan yang diambil untuk mengatasi masalah gizi kurang pada balita</p>
---	--	--	--	---	--

		<p>c. Merawat anggota keluarga yang sakit dengan mendemonstrasikan cara membuat makanan menarik</p>	<p>Keluarga mampu memberikan diit sesuai anjuran</p>	<p>a) Keluarga dapat menjelaskan tentang cara merawat balita dengan gizi kurang yaitu dengan pemberian diit tinggi energi tinggi protein (TETP)</p> <p>b) Keluarga dapat mendemonstrasikan kembali dengan benar : cara menyusun menu makanan dan menyajikan makanan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pada keluarga cara meningkatkan nafsu makan anak : menyajikan makanan dalam bentuk yang menarik, memberikan 3) Demontasikan bersamkeluarga cara membuat makanan yang menarik 4) Beri kesempatan pada keluarga untuk mendemonstrasikan kembali 5) Beri pujian atas keberhasilan keluarga
		<p>d. Menciptakan lingkungan yang lebih kondusif untuk meningkatkan nafsu makan anak</p>	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan khususnya ruangmakan</p>	<p>Keluarga memperlihatkan suasana ruang makandan lingkungan yangbersih dan rapi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pentingnya lingkungan 3) Mendiskusikan dengankeluarga memodifikasi makan menyenangkan bagi balita 4) Motivasi keluarga untukmenata ruang makan 5) Beri pujian atas penataanyang telah dilakukan
		<p>e. Membawa balita ke pelayanan kesehatan</p>	<p>Keluarga maumembawa anak kefasilitas kesehatan</p>	<p>Keluarga membawaanak ke pelayanankesehatan untukmelakukan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pada keluargatentang kondisi balita

<p>Resiko keterlambatan perkembangan pada balita keluarga bapak berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam melakukan stimulasi pada balita</p>	<p>Setelah dilakukan kunjungan sebanyak lima kali selama 45-60 menit, keluarga mampu mengenal, memutuskan, dan merawat anggota keluarga dengan Resiko keterlambatan perkembangan pada balita</p>	<p>terdekat</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keawatan selama 45–60 menit, keluarga mampu :</p> <p>a. Mengenal masalah (menjelaskan kembali pengertian, penyebab, tandadan gejala dari Resiko keterlambatan perkembangan pada balita</p> <p>b. Mengambil keputusan untuk mengatasi kondisi keerlambatan perkembangan pada balita</p>	<p>Kelurga mampu :</p> <p>a. Menyebutkan pengertian perkembangan dengan bahasa sendiri,</p> <p>b. Menyebutkan 2 dari 4 penyebab keterlambatan perkembangan</p> <p>c. Menyebutkan tanda dan gejala anak yang mengalami keterlambatan tumbuh kembang</p> <p>Kelurga mampu mengambil keputusan</p>	<p>penimbangan BB dan pengukuran TB</p> <p>a) Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks</p> <p>b) Penyebab terlambatnya perkembangan balita yaitu kurangnya asupan nutrisi, menu makanan yang tidak bergizi, pola makanyang tidak teratur dan rendahnya pola asuh orang tua</p> <p>c) Tanda dan gejala balita yang mengalami keterlambatan tumbuh kembang biasanya mempunyai tinggi badan dan berat</p> <p>Keluarga menyatakan keputusan dalam mengatasi gizi kurang pada balita</p>	<p>3) Motivasi keluarga untuk membawa balita ke pelayanan kesehatan</p> <p>4) Beri pujian atas tindakan yang dilakukan keluarga</p> <p>1) Gali pengetahuan keluarga</p> <p>2) Diskusikan bersama keluarga tentang pengertian keluarga</p> <p>3) Jelaskan kepada keluarga penyebab gizi kurang</p> <p>4) Jelaskan tanda dan gejala gizi kurang pada balita</p> <p>5) Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</p> <p>6) Bantu keluarga untuk mengulangi apa yang telah dijelaskan</p> <p>7) Beri pujian atas perilaku yang benar</p> <p>1) Gali pengetahuan keluarga</p> <p>2) Jelaskan pada keluarga mengenai tindakan yang harus dilakukan saat anak menderita keterlambatan tumbuh kembang</p> <p>3) Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan Menangani masalah keterlambatan</p>
--	--	--	---	---	--

					tumbuhkembang 4) Beri pujian atas keputusan yang diambil untuk mengatasi masalah keterlambatan tumbuhkembang
		c. Merawat anggota keluarga yang sakit dengan mendemonstrasikan cara membuat makanan menarik	Keluarga mampu : a) Menjelaskan cara merawat balita, b) Mengetahui cara menstimulasi tumbuh kembang balita	a) Keluarga dapat menjelaskan tentang cara merawat balita dengan keterlambatan perkembangan b) Keluarga dapat mendemonstrasikan kembali dengan benar: cara menstimulasi tumbuh kembang balita	1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pada keluarga cara meningkatkan nafsu makan anak : menyajikan makanan dalam bentuk yang 3) Demontasikan bersama keluarga cara membuat makanan yang menarik 4) Beri kesempatan 5) Beri pujian atas keberhasilan keluarga
		d. Menciptakan lingkungan yang lebih kondusif untuk meningkatkan nafsu makan anak	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk menstimulasi tumbuh kembang balita	Keluarga memperlihatkan cara menstimulasi tumbuh kembang balita	1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pentingnya lingkungan dalam deteksi dini tumbang balita 3) Mendiskusikan dengan keluarga memodifikasi lingkungan yang menyenangkan bagi balita 4) Motivasi keluarga untuk menata lingkungan 5) Beri pujian atas penataan yang telah dilakukan
		e. Membawa balita	Keluarga mau membawa		1) Gali pengetahuan

<p>Kerusakan integritas kulit pada keluarga bapak dengan gizi kurang pada balita berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit</p>	<p>Setelah dilakukan kunjungan sebanyak lima kali selama 45-60 menit, keluarga mampu mengenal, memutuskan, dan merawat anggota keluarga dengan Kerusakan integritas kulit</p>	<p>kepelayanan kesehatan terdekat</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 45– 60menit, keluarga mampu :</p> <p>a. Menegal masalah (menjelaskan kembali pengertian, penyebab, tandadan gejaladan kerusakan integritas kulit</p> <p>b. Mengambil keputusan untukmengatasi kondisi kerusakan integritas kulit</p>	<p>anak ke pelayanan kesehatan</p> <p>Keluarga mampu :</p> <p>a.Menjelaskan pengertian kerusakan integritas kulit dengan bahasa sendiri, b.Menyebutkan 1 penyebab kerusakan integritas kulit. c. Menyebutkan 3dari 4 tanda dan gejala kerusakan integritas kulit</p> <p>Keluarga mampu mengambil keputusan</p>	<p>Keluarga membawa anak ke pelayanan kesehatan untuk melakukan deteksidini tumbuh kembang balita</p> <p>a) Kerusakan integritas kulit adalah keadaan dimana seorangindividu mengalamiatau beresikoterhadap kerusakanjaringan epidermisdan dermis b)Penyebab terjadinya kerusakan integritas kulit biasanya karena ada luka ditubuh c) Tanda dan gejala biasanya klien mengalami demam, nyeri, gatal-gatal, leukosit tinggi dan lain sebagainya</p> <p>Keluarga menyatakan keputusan dalam mengatasi kerusakan integritas kulit</p>	<p>keluarga</p> <p>2) Jelaskan pada keluargatentang kondisi balita</p> <p>3) Motivasi keluarga untuk membawa balita kepelayanan kesehatan</p> <p>4) Beri pujian atas tindakanyang dilakukan keluarga</p> <p>1) Gali pengetahuan keluarga</p> <p>2) Diskusikan bersamakeluarga tentang pengertian kerusakan integritas kulit</p> <p>3) Jelaskan kepada keluargapenyebab ke</p> <p>4) Jelaskan tanda dan gejala kerusakan integritas kulit</p> <p>5) Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</p> <p>6) Bantu keluarga untukmengulangi apa yang telah dijelaskan</p> <p>7) Beri pujian atas prilaku yang benar</p> <p>1) Gali pengetahuan keluarga</p> <p>2) Jelaskan pada keluargamengenai tindakan yangharus dilakukan saat anak menderita kerusakanintegritas kulit</p> <p>3) Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan menangan masalahkerusakan integritas kulit</p> <p>4) Beri pujian atas</p>
---	---	---	--	---	--

		<p>c. Merawat anggota keluarga yang sakit dengan mendemonstrasikan cara membuat makanan menarik</p>	<p>Keluarga mampu mendemonstrasikan kembali perawatan luka di rumah</p>	<p>a) Keluarga dapat menjelaskan cara perawatan luka b) Keluarga mampu mendemonstrasikan cara perawatan luka dengan benar</p>	<p>keputusan yang diambil untuk mengatasi masalah kerusakan integritas kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pada keluarga cara perawatan luka : mencuci luka dengan NaCl mempertahankan prinsip steril pada luka 3) Demontasikan bersama keluarga cara perawatan luka dengan benar 4) Beri kesempatan 5) Beri pujian atas keberhasilan keluarga
		<p>d. Menciptakan lingkungan yang kondusif dan nyaman sehingga tidak menambah kerusakan integritas kulit</p>	<p>Keluarga mampu memodifikasi rumah untuk mengurangi infeksi</p>	<p>Keluarga memperlihatkan cara menata ruangan dengan nyaman</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pentingnya lingkungan 3) Mendiskusikan dengan keluarga memodifikasi ruangan agar lebih nyaman 4) Motivasi keluarga untuk menata ruangan 5) Beri pujian atas penataan yang telah dilakukan
		<p>e. Membawa balita ke pelayanan</p>	<p>Keluarga mampu membawa balita ke pelayanan kesehatan</p>	<p>Keluarga membawa anak ke pelayanan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pada keluarga tentang kondisi balita 3) Motivasi keluarga

<p>Defisit pengetahuan keluarga bapak dengan gizi kurang berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi masalah gizi kurang</p>	<p>Setelah dilakukan kunjungan sebanyak lima kali selama 45-60 menit, keluarga mampu mengenal, memutuskan, dan merawat anggota keluarga dengan gizi kurang pada balita</p>	<p>kesehatan terdekat</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keawatan selama 45 – 60 menit, keluarga mampu :</p> <p>a. Mengetahui masalah (menjelaskan kembali pengertian, penyebab, dampak yang ditimbulkan dari gizi kurang</p> <p>b. Mengambil keputusan untuk mengatasi kondisi gizi kurang pada balita</p>	<p>Keluarga mampu :</p> <p>a. Menjelaskan pengertian gizi kurang dengan bahasa sendiri,</p> <p>b. Menyebutkan 2 dari 3 penyebab gizi kurang</p> <p>c. Menyebutkan 2 dari 3 tanda dan gejala gizi kurang</p> <p>d. Menyebutkan dampak dari defisit pengetahuan</p> <p>Keluarga mampu mengambil keputusan</p>	<p>kesehatan untuk melakukan perawatan pada kerusakan integritas kulit</p> <p>a) Gizi kurang atau kurang gizi (sering kali tersebut malnutrisi) muncul akibat asupan energi dan makronutrien yang tidak memadai.</p> <p>b) Penyebab gizi kurang yaitu kurangnya asupan nutrisi, pola makan anak kurang memadai, yang kurang memadai</p> <p>c) Tanda dan gejala gizi kurang yaitu badan kurus, rambut keoklatan, BB pada KMS berada BGK/BGM</p> <p>d) Dampak yang ditimbulkan, keluarga tidak tahu balita mengalami</p> <p>Keluarga menyatakan keputusan dalam mengatasi gizi kurang pada balita</p>	<p>untuk membawa balita ke pelayanan kesehatan</p> <p>4) Beri pujian atas tindakan yang dilakukan keluarga</p> <p>1) Gali pengetahuan keluarga</p> <p>2) Diskusikan bersama keluarga tentang pengertian keluarga</p> <p>3) Jelaskan kepada keluarga penyebab gizi kurang</p> <p>4) Jelaskan tanda dan gejala gizi kurang pada balita</p> <p>5) Jelaskan dampak yang ditimbulkan pada balita dengan gizi kurang</p> <p>6) Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya</p> <p>7) Bantu keluarga untuk mengulangi apa yang telah dijelaskan</p> <p>8) Beri pujian atas perilaku yang benar</p> <p>1) Gali pengetahuan keluarga</p> <p>2) Jelaskan pada keluarga mengenai tindakan yang harus dilakukan saat anak menderita kekurangan gizi</p> <p>3) Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan</p> <p>4) Beri pujian atas keputusan yang diambil untuk mengatasi masalah gizi kurang pada balita</p>
---	--	--	---	---	--

		<p>c. Merawat anggota keluarga yang sakit dengan mendemonstrasikan cara membuat makanan menarik</p>	<p>Keluarga mampu mendemonstrasikan cara menata makanyang menarik bagi balita</p>	<p>a) Keluarga dapat menjelaskan tentang cara merawat balita dengan gizi kurang yaitu dengan pemberian diit tinggi energi tinggi protein (TETP)</p> <p>b) Keluarga dapat mendemonstrasikan kembali dengan benar : cara Menyusun menu Makanan dan menyajikan makanan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pada keluarga cara meningkatkan nafsu makan anak : menyajikan makanan dalam bentuk yang menarik, memberikan 3) Demontasikan bersama keluarga cara membuat makanan yang menarik 4) Beri kesempatan pada keluarga untuk mendemonstrasikan kembali 5) Beri pujian atas keberhasilan keluarga
		<p>d. Menciptakan lingkungan yang lebih kondusif untuk meningkatkan nafsu makan anak</p>	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan nyaman untuk tempat balita makan</p>	<p>Keluarga memperlihatkan suasana ruang makan yang bersih dan rapi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pentingnya lingkungan 3) Mendiskusikan dengan keluarga memodifikasi makan menyenangkan bagi balita 4) Motivasi keluarga untuk menata ruang makan 5) Beri pujian atas penata yang telah dilakukan
		<p>e. Membawa balita ke pelayanan</p>		<p>Keluarga membawa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gali pengetahuan keluarga 2) Jelaskan pada keluarga tentang

		kesehatan terdekat	Keluarga mau membawa balita ke tenaga kesehatan	anak ke pelayanan kesehatan untuk melakukan penimbangan BB dan pengukuran TB	kondisi balita 3) Motivasi keluarga untuk membawa balita ke pelayanan kesehatan 4) Beri pujian atas tindakanyang dilakukan keluarga
--	--	--------------------	---	--	---

Sumber : Padila, 2017

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk : mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto,

2017).

Pada saat melakukan implementasi, tenaga kesehatan menjelaskan tentang kebutuhan nutrisi dan akibat yang ditimbulkan pada balita, mendiskusikan dengan keluarga dalam pengambilan keputusan, mendemonstrasikan cara membuat makanan yang menarik bagi balita, memodifikasi lingkungan yang nyaman bagi balita dan mendiskusikan bersama keluarga untuk membawa balita ke pelayanan kesehatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil, implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan bila hasil dan evaluasi tidak berhasil sebagian perlu disusun rencana keperawatan yang baru (Gusti, 2016).

Pada masalah gizi kurang pada balita, evaluasi yang dilakukan setelah memberikan asuhan keperawatan ada 3, yaitu :

a. Evaluasi Struktur

- 1) Ruang kondusif untuk melakukan kegiatan
- 2) Pelaratan memadai dan berfungsi
- 3) Media dan materi tersedia dan memadai
- 4) SDM memadai dan bersedia untuk diberi asuhan keperawatan

b. Evaluasi Proses

- 1) Ketepatan waktu pelaksanaan

- 2) Peran serta aktif dari anggota keluarga
 - 3) Kesesuaian peran dan fungsi dari kegiatan
 - 4) Faktor pendukung dan penghambat kegiatan
- c. Evaluasi Hasil
- 1) Keluarga paham tentang gizi kurang yang dialami balita
 - 2) Keluarga mampu mengambil keputusan
 - 3) Keluarga mampu membuat makanan menarik untuk balita
 - 4) Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang kondusif dengan cara mendekorasi ruang makan
 - 5) Keluarga membawa balita ke pelayanan kesehatan
 - 6) Tidak ada tanda-tanda gizi kurang.

Evaluasi keperawatan juga bisa dilakukan dengan metode SOAP yaitu S (*Subjective*) yaitu mendeskripsikan keluhan berdasarkan yang dikatakan klien, O (*Objective*) yaitu mendeskripsikan keluhan berdasarkan pengamatan peneliti, A (*Assessment*) yaitu membuat permasalahan yang dialami klien dan P (*Planing*) yaitu mendeskripsikan perencanaan untuk tindakan selanjutnya berdasarkan masalah yang dialami klien. Setelah melakukan evaluasi dengan keluarga baik evaluasi subjektif dan objektif, perawat melakukan kontak waktu dengan keluarga untuk pertemuan selanjutnya. Pertemuan selanjutnya tergantung pada kesempatan yang diberikan oleh keluarga pada perawat.

BAB III

METODE PENELITIAN

1. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan prosedur penelitian (Hidayat 2008). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup suatu pengkajian niat peneliti secara intensif misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas atau insitusi (Nurmala 2008).

Studi kasus ini adalah studi untuk menangani masalah asuhan keperawatan Keluarga dengan Gizi Kurang pada Balita di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Tahun 2021.

2. Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam mematuhi judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

- a. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok dan perseorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.

- b. Klien adalah individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 1 klien dengan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang sama.
- c. Gizi Kurang adalah gangguan kesehatan serius yang terjadi ketika tubuh tidak mendapat asupan nutrisi yang cukup.

3. Partisipan

Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 1 klien yang mengalami Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Tambang. Klien yang dipilih adalah :

1. 1 klien yang mengalami gizi kurang.
2. 1 klien dan keluarga yang bersedia untuk dilakukan penelitian studi kasus.

4. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada satu keluarga yaitu keluarga Bpk. A dengan Gizi Kurang pada Balita di wilayah kerja Puskesmas Tambang Kecamatan Kampar pada bulan Januari sampai April 2021.

5. Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data. Sebelum mengumpulkan data, perlu adanya alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian (Hidayat 2008). Dalam penelitian alat ukur yang digunakan untuk mengumpulkan data sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung, pada kasus studi ini sumber data diperoleh dari hasil wawancara terhadap keluarga pasien (Hidayat 2009).

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat 2008). Pada studi kasus ini observasi dan pemeriksaan fisik menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan keluarga, daftar tilik, standar antropometri penilaian status gizi anak dan koefisien gizi kurang, stetoskop, tensimeter, termometer, alat ukur BB, alat ukur TB (meteran) dan pita LiLA.

3. Studi dokumentasi dan angket

Pada studi dokumentasi dan angket, pengumpulan data diperoleh dengan melihat atau menganalisis dokumen-dokumen hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan. Pada penelitian ini prosedur pengumpulan data dimulai dari sebelum penelitian dengan melakukan studi pendahuluan.

Adapun untuk langkah-langkah pengumpulan datanya adalah sebagai berikut :

- 1) Peneliti meminta surat rekomendasi surat izin penelitian dari program studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
- 2) Peneliti mendatangi Puskesmas Tambang dan menyerahkan surat izin penelitian dari institusi untuk mendapatkan surat rekomendasi ke Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang Kecamatan Kampar .
- 3) Peneliti meminta izin kepada kepala Puskesmas Tambang untuk meminta data pasien kunjungan Gizi Kurang dari tanggal 1 Januari s/d April 2021
- 4) Kriteria Peneliti memilih responden
 - a) Peneliti mendatangi semua rumah responden untuk pemilihan sample sebanyak 10 orang
 - b) Peneliti mengelompokkan keluarga yang memenuhi kriteria dalam pemilihan sample dan melihat jumlah KK dalam satu rumah
 - c) Peneliti mengelompokkan responden yang mengalami gizi kurang/buruk dalam kurun waktu 1 bulan terakhir

6. Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data

dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

- a. Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan dalam studi kasus ini waktu yang di tentukan adalah 3 hari, akan tetapi jika belum mencapai validitas yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari. Sehingga yang diperlukan adalah 4 hari dalam studi kasus ini.
- b. Metode triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan memanfaatkan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh dari responden, adapun pihak lain dalam studi kasus ini adalah keluarga klien, perawat dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

7. Analisis data

Analisis data dilakukan sejak penelitian di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara 1 observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan

dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut urutan dalam analisa data pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur). Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

2. Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik, kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

- a. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari pasien dijamin dengan cara menginisialkan nama pasien dan mengaburkan identitas pasien.

- b. Kesimpulan data

Data yang disajikan kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

8. Etika Penelitian

Pada penelitian ini dicantumkan etika yang menjadi dasar penyusunan studi kasus yang terdiri dari :

1. Hak untuk *self determination*

Pasien memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini dan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini.

2. Hak terhadap *privacy dan dignity*

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian (Hidayat 2008).

3. *Anonimity dan confidentiality*

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencatumkan nama responden pada lembar atau ukuran dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil yang akan disajikan (Hidayat 2008).

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin

kerahasiaannya oleh penelitian hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian (Hidayat 2008).

4. Hak untuk mendapatkan penanganan yang adil

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembaran persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembaran persetujuan untuk menjadi responden tujuannya agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat 2008).

5. Hak terhadap perlindungan dari ketidaknyamanan atau kerugian pasien dilindungi dari eksploitasi dan penelitian harus menjamin.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pada bab ini akan diuraikan tentang Asuhan Keperawatan pada An. Y dengan Gizi Kurang, penelitian ini dilakukan di Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang, yang dilakukan pada tanggal 09 -17 Juli 2021 Asuhan keperawatan ini dilakukan dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi

2. Pengkajian

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama Pasien : An. Y
- 2) Umur : 16 bulan
- 3) Jenis Kelamin : Laki-laki
- 4) Agama : Islam
- 5) Pendidikan : Belum sekolah
- 6) Pekerjaan : Tidak bekerja
- 7) Status Perkawinan : Belum kawin
- 8) Suku/Bangsa : Domo/Indonesia
- 9) Alamat : Desa Terantang RT 02 RW 04
- 10) Jumlah Keluarga : 3 (Tiga)
- 11) Diagnosis Medis : Gizi Kurang

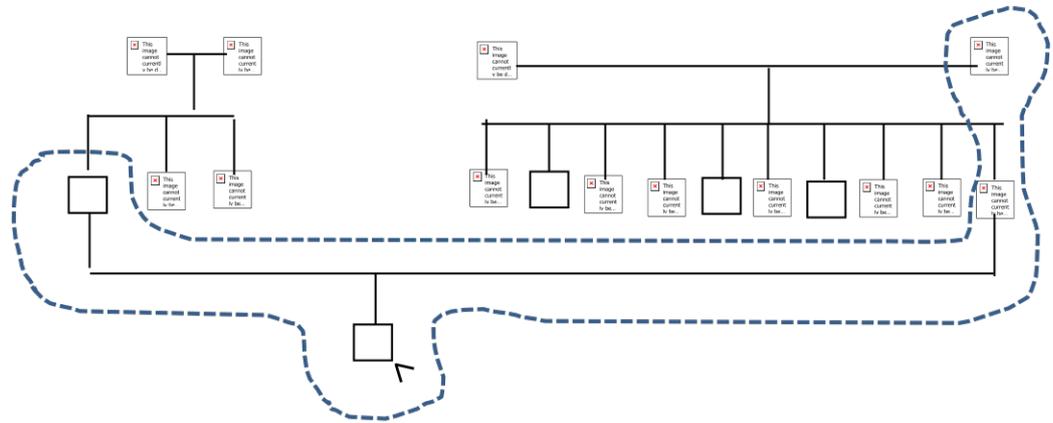
b. Penanggung Jawab/Keluarga

1. Nama : Tn. AA
2. Umur : 26 tahun
3. Pendidikan : SLTA
4. Pekerjaan : Pegawai Swasta
5. Alamat : Desa Terantang RT 02 RW 04
6. Hubungan dengan pasien : Istri
7. Status Perkawinan : Kawin

2. Daftar Anggota Keluarga

No.	Nama	Umur	Agama	L/P	Hub. Dg KK	Pnddkn	Pkrjn	Ket
1	Tn. AA	26th	Islam	L	KK	SLTA	Pegawai Swasta	
2	Ny. D	21th	Islam	P	Istri	SLTA	IRT	
3	An. Y	16 bln	Islam	L	Anak	-	-	
4.	Ny. J	55th	Islam	P	Mertua	SD	IRT	

3. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki hidup

○ : perempuan hidup

⊗ : laki-laki meninggal

⊗ : perempuan meninggal

— : garis pernikahan



4. Fungsi keluarga

Tn. AA menyatakan bekerja sebagai pegawai swasta (*cleaning service*) di sebuah hotel di Kota Pekanbaru. Tapi semenjak pandemi covid terjadi pemutusan kerja dan Tn. A menetap dikampung. Semua kebutuhan dicukupi oleh Tn. AA. Hubungan semua anggota keluarga terjalin baik, saling pengertian, mensupport, dan melindungi keluarga.

5. Tumbuh Kembang Keluarga

Keluarga Tn. AA merupakan keluarga dengan tipe extended, tinggal bersama istri, anak, dan mertuanya. Tn. AA memiliki satu anak yang masih bayi.

6. Tugas Perkembangan Keluarga

Keluarga Tn. AA termasuk keluarga extended. Tn. AA bertugas mencari nafkah dan Ny. D bertugas mendidik anak. Namun padapraktiknya, pengasuhan bayi dan permasalahan bayi ditangani oleh ibunya. Ny. D menyatakan tidak paham dengan apa yang harus dilakukan terhadap bayinya. Ny. D ketika terdapat masalah tentang anaknya, Ny. D langsung menyerahkan kepada orang tuanya

7. Struktur keluarga

Tn. AA tinggal bersama istri dan anak kandungnya. Pengambil keputusan oleh Tn. AA dengan dimusyawarahkan kepada istri dan mertuanya terlebih dahulu.

8. Kebiasaan Anggota Keluarga sehari-hari

1) Nutrisi

Keluarga Tn. AA makan sehari 3 kali dengan nasi, kadang dengan sayur, lauk, buah. Rata-rata makanan didapat dari warung. Keluarga Tn. AA rata-rata minum air putih 6 gelas sehari.

An. Y berusia 16 bulan. Sejak usia 2,5 bulan, An. Y tidak minum ASI karna puting susu ibu lecet dan produksi ASI tidak banyak . An. Y minum susu formula, setelah 6 bulan ini susu formula diberikan sebanyak 50 mL. minum 5 kali perhari. An. Y tidak makan makanan pendamping ASI.

2) Pola Istirahat

Keluarga Tn. AA rata-rata tidur mulai pukul 22.00 sampai 05.00 WIB. Tn. AA bangun lebih pagi pukul 04.00 WIB untuk mempersiapkan pekerjaannya. An. Y tidak memiliki siklus tidur. An. Y tidur rata-rata 8 jam perhar

3) Pola Eliminasi

Tn. AA BAB lancar 1 kali sehari, begitu pula dengan Anggota keluarga lain. Khusus An. Y, BAB 2 kali sehari dengan konsistensi lunak warna kuning cerah.

Keluarga Tn. AA rata-rata BAK 3-5 kali sehari. Tidak ada masalah BAK/BAB. An. Y BAK 6 kali sehari, warna urin kuning cerah tidak ada darah.

4) Pola Kebersihan

Keluarga Tn. AA mandi 2 kali sehari dengan sabun. Selalu menyikat gigi 2 kali sehari. Keramas 1-2 hari sekali. Memotong kuku 1 minggu sekali. Pakaian tampak bersih. Kulit tampak terawat. An. Y dimandikan oleh Ny. J pagi dan sore menggunakan sabun bayi.

5) Pola Aktivitas

Tn. AA sehari-hari beraktivitas membersihkan hotel, bekerja sesuai jadwal *shift*. Ny. D dan Ny. J beraktivitas membersihkan dan memelihara lingkungan rumah serta menyiapkan kebutuhan keluarga, seperti memasak, mencuci, dan mengasuh bayi

B. Faktor Sosial, Ekonomi, dan Budaya

Faktor Sosial: Tn. AA dan keluarga memiliki hubungan baik dengan tetangga dan masyarakat kampung. Tn. AA dan keluarga aktif dalam kegiatan yang diselenggarakan oleh masjid dan RT/RW. Tn. AA dan keluarga termasuk individu dengan strata sosial menengah.

Faktor Ekonomi: Anggota keluarga yg memiliki penghasilan hanya Tn. AA. penghasilan Tn. AA sebulan ± Rp 1.500.000,-.

C. Faktor Rumah dan Lingkungan

1. Rumah

Rumah Tn. AA berukuran Lebar 7 m x Panjang 9 m. Ventilasi rumah >10% dari luas rumah. Pencahayaan cukup. Kebersihan cukup. Tidak lembab dan tertata rapi.

2. Sarana Memasak

Terdapat ruangan dapur di belakang berdekatan dengan kamar mandi. Sarana memasak berupa kompor gas dengan kepatenan tempat adekuat.

3. Pengelolaan sampah

Sampah dikelola oleh petugas sampah yang datang 2 hari sekali. Keluarga Tn. AA membuang sampah sementara di tempat sampah kedap air dan tertutup.

4. Sumber air

Sumber air diambil dari sumur gali di samping rumah. Jarak sumur ± 10 m dari jamban

5. Jamban Keluarga

Terdapat jamban keluarga jenis leher angsa (kloset jongkok) di dalam rumah.

6. Pembuangan air limbah

Pembuangan air limbah disalurkan melalui saluran buatan sendiri, dialirkan ke saluran pembuangan RW (riol kota).

7. Kandang ternak

Tn. AA tidak memiliki kandang ternak karena tidak memiliki hewan peliharaan.

8. Halaman

Tn. AA memiliki halaman rumah luas 1 m x 5 m. Halaman bersih dan tertata rapi.

9. Lingkungan rumah

Lingkungan rumah tampak bersih. Barang ditata rapi. Tidak ada tikus, kecoa, lalat, dan serangga yang berkeliaran di dalam rumah.

10. Fasilitas Pendidikan

Fasilitas pendidikan terdekat adalah SMP 04 . Jarak rumah Tn. AA dengan SMP ± 150 m.

11. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan terdekat dengan rumah Tn. AA adalah

Puskesmas Tambang. Jarak rumah Tn. AA dengan puskesmas \pm 300 m

12. Fasilitas Perdagangan

Fasilitas perdagangan lengkap terdekat adalah toko swalayan yang berjarak \pm 200 m dari rumah. Jarak rumah dengan pasar terdekat adalah 500 m.

13. Fasilitas peribadatan

Keluarga Tn. AA beragama Islam. Masjid terdekat berjarak 150 m dari rumah.

14. Sarana Hiburan

Keluarga Tn. AA memiliki TV, *Smartphone* dan Radio sebagai hiburan.

15. Sarana Transportasi

Keluarga Tn. M memiliki satu sepeda motor. Apabila motor sedang dipakai, keluarga menggunakan fasilitas ojek/becak. Fasilitas tersebut oleh Tn. AA dirasa cukup untuk membantu memenuhi kebutuhan keluarga.

D. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Kesehatan Keluarga

An. Y lahir dengan berat badan 2500 gram. Saat ini AN. Y berada pada garis kuning dilihat melalui KMS Balita. An. Y berhenti minum ASI sejak usia 2,5 bulan karena ASI Ny. D sukar keluar.

An. Y kemudian meminum susu formula. Sampai saat ini An. Y masih diberikan susu formula tanpa ada makanan tambahan, padahal giginya sudah tumbuh dua. Tubuh An. Y terlihat kurus untuk anak usia 16 bulan.

Anggota keluarga lain tidak memiliki riwayat penyakit

2. Kebiasaan minum obat

Tidak ada kebiasaan minum obat pada Keluarga Tn. AA karena tidak ada anggota keluarga yang sedang sakit.

3. Kebiasaan memeriksakan diri.

Keluarga Tn. AA setiap sakit berobat ke Puskesmas Mantrijeron dengan biaya ditanggung BPJS.

4. Kesehatan Ibu dan Anak

a) Riwayat kehamilan yang lalu

Tn. AA memiliki satu orang anak. Persalinan anaknya (An. Y) dilakukan di Bidan Praktik Swasta. Persalinan dilakukan secara normal tanpa ada tindakan lanjutan.

b) Ibu Hamil

Tidak ada anggota keluarga yang sedang hamil pada keluarga Tn. AA.

c) Persalinan

Persalinan An. Y dilakukan di Bidan Praktik Swasta.

d) Masa Nifas

Tidak ada anggota keluarga dalam masa nifas.

e) Keluarga Berencana

Tn. AA dan istri tidak menggunakan kontrasepsi. Tn. AA masih menginginkan anak untuk adik An. Y

E. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik anggota keluarga yang sakit

Nadi: 96 x/menit.

Respirasi: 20 x/menit.

Suhu badan: 36.8 °C.

Berat badan: 7.6 kg.

Tinggi Badan: 74,5 cm.

Lingkar Lengan Atas: 7,5 cm.

2. Keadaan Umum

Kesadaran An. Y *compos mentis*. Keadaan umum baik.

3. Riwayat penyakit dahulu

An. Y tidak pernah sakit. An. Y lahir dengan berat badan 2500 gram.

4. Riwayat penyakit sekarang

Tn. AA menyatakan berat badan An. Y tidak naik selama 2 bulan.

Makanan AN. Y masih susu formula.

F. Pemeriksaan Persistem.

1. Sistem Kardiovaskuler

Wajah

Inspeski : sianosis (-)

Leher

Inspeksi : bendungan vena jugularis (-)

Palpasi : Arteri carotis comunis
(kekuatanadekuat, irama
reguler)

Dada

Inspeksi : Kesimetrisan dada (dada simetris)

Palpasi : Letak ictus cordis (intra costa 6 midclavicula

Perkusi :`Batas jantung (atas instracosta 4, kiri midclavicula
sinstra, kanan midpapila dextra, bawah,
intracosta 6).

Auskultasi : BJ 1 dan 2 normal, tidak ada kelainan pada
bunyijantung.

2. Sistem pernafasan

Hidung

Inspeksi : pernapasan cuping hidung (-), secret (-),
pemberian O2 (-).

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji)

Mulut

Inspeksi : sianosis (-)Dada

Inspeksi : Penggunaan otot bantu pernapasan
(-). Benjolan padapayudara kiri (-)

Perkusi : Sonor. Pekak pada IC 4-6.

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji), oedema (-)

Auskultasi : suara napas vesikuler

3. Sistem Pencernaan

Abdomen

Inspeksi : pembesaran abnormal (-)

Auskultasi : bising usus (10x/menit), borbogymi (-),
hiperperistaltik(-), hipoaktif (-)

Perkusi : batas hati (tidak ada pembengkakan pada
Kuadran

Palpasi:

Kuadran I : hepar hepatomegali (-), nyeri tekan (tidak
terkaji), shifting dullnes (-).

Kuadran II : nyeri tekan (-), distensi abdomen (-),
Liencsplenomegali (-).

Kuadran III : masa (skibala, tumor) (-), nyeri tekan
(tidak terkaji).

Kuadran IV : Nyeri tekan pada titik Mc Burney (tidak
terkaji)

4. Sistem Perkemihan

BAK : > 1500 ml/24 jam, penggunaan kateter (-),

Ginjal

Inspeksi : pembesaran daerah pinggang (-)

Perkusi : nyeri ketok (tidak terkaji)

5. Sistem Muskuluskeletal

Inspeksi : Pembengkakan (+)

Palpasi : kekakuan sendi (-) & nyeri (tidak terkaji)

Warna kulit : perubahan warna kulit (-)

Kekuatan otot 5: | 5
5 | 5

6. Sistem Endokrin dan Eksokrin

Kepala

Inspeksi : distribusi rambut merata, ketebalan cukup, kerontokan tidak ada.

Leher

Inspeksi : pembesaran kelenjar thyroid (-), perubahan warna (-)

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji)

7. Sistem Neurologi

Anamnesa : (tidak terkaji)

Tingkat kesadaran (kualitas) : Compos Mentis

Tingkat kesadaran (kuantitas) : E (4), M (6), V (tidak terkaji)

8. Sistem Reproduksi

Anamnesa : (-) Genetalia

Inspeksi : kebersihan (bersih), odema (-), benjolan (-)

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji)

9. Sistem Persepsi Sensori

Mata

Inspeksi : kesimetrisan mata (-)

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji), pembengkakan kantong mata
(-)

G. Lima Tugas Keluarga

1. Mengenal masalah

Tn. AA menyatakan tidak tahu bahwa anaknya mengalami gizi kurang. Ny. D dan Ny. J ketika ditanya mengatakan tidak mengetahui tentang interpretasi garis kuning pada KMS.

2. Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga

Tn. AA menyatakan bahwa AN. Y perlu dilakukan perawatan agar status gizinya baik.

3. Merawat anggota keluarga yang sakit

Ny. D mengatakan ketika usia AN. Y 2,5 bulan, ASInya tidak lancar. Ny. D kemudian memberikan susu formula sampai sekarang, tanpa memberikan makanan tambahan. NY. D dan Ny. J ketika ditanya tidak mengetahui jenis makanan yang tepat untuk anak usia 16 bulan. Ny. D ketika ada masalah dengan bayinya langsung diserahkan kepada Ny. J, tanpa pernah mencoba belajar menanganinya.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga yang sehat

Lingkungan rumah Tn. AA tampak bersih. Lingkungan tidak ada barang tajam atau membahayakan bayi.

5. Mampu menggunakan pelayanan kesehatan

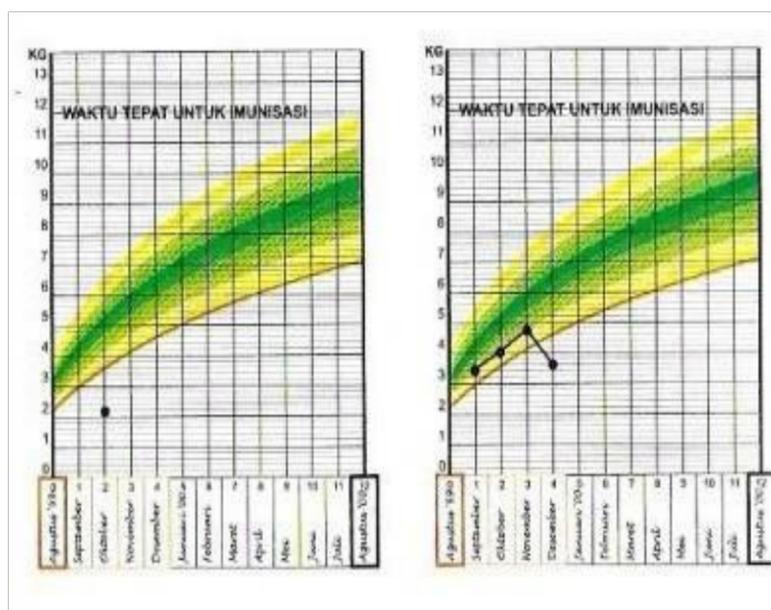
An. Y selalu dibawa ke posyandu untuk dilakukan pengukuran dan ke puskesmas untuk dilakukan imunisasi

H. Data Tambahan

Status Gizi Keluarga Tn. A

Nama Anggota Keluarga	Hubungan keluarga	Umur	Pengukuran status gizi		Kategori status gizi
			BB	TB	
Tn. A	KK	26 th	48 kg	158 cm	Normal
Ny. D	Istri	21 th	43 kg	153 cm	Kurus
An.Y	Anak	16 bln	7,9 kg	70 cm	Kurus
Ny.J	Mertua	55 th	53 kg	153 cm	Normal

I. Kurva Pola Pertumbuhan



h. Analisa Data

No	Data	Masalah	Penyebab
1.	<p>DS:</p> <p>Ibu menyatakan berat badan bayinya sulit naik.</p> <p>Ibu menyatakan memberikan ASI mulai lahir sampai usia 2,5 bulan.</p> <p>ASI berhenti karena ASI yang keluar hanya sedikit-sedikit. Ibu menyatakan setelah itu mengganti ASI dengan susu formula sampai sekarang.</p> <p>DO:</p> <p>Usia Bayi: 16 bulan</p> <p>Berat Badan: 7,6 kg</p> <p>Lingkar Lengan Atas: 7,5 cm</p> <p>Status Gizi An. Y pada KMS Balita pada garis kuning.</p> <p>Bayi tampak kurus.</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi An. Y pada keluarga Tn. AA kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Kekurangan gizi</p>

2.	<p>DS:</p> <p>Ibu menyatakan berat badan bayinya sulit naik.</p> <p>Ibu mengatakan tidak mengetahui makna dari garis kuning pada KMS balita.</p> <p>DO:</p> <p>Ketika ditanya perawat, ibu tidak dapat menjawab tentang masalah gizi kurang dan interpretasi garis kuning pada KMS.</p>	<p>Resiko keterlambatan perkembangan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga dalam mengetahui kenaikan berat badan pada balita</p>	<p>Ketidakmampuan keluarga megenal masalah (gizi)</p>
----	---	--	---

3	<p>DS:</p> <p>Ibu menyatakan memberikan ASI mulai lahir sampai usia 2,5bulan. ASI berhenti karena ASI yang keluar hanya sedikit-sedikit. Ibu menyatakan setelahitu mengganti ASI dengan susuformula sampai sekarang.</p> <p>Ny. D selalu menyerahkan permasalahan bayinya kepada Ny. J.</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit</p>	<p>Kurangnya asupan nutrisi, pola makan asuhan anak kurang memadai, yankes kurang memadai</p>
	<p>DO:</p> <p>Usia Bayi: 16 bulan Berat Badan: 7,6 kg Lingkar Lengan Atas: 7,5 cm Status Gizi An. Y pada KMS Balita pada garis kuning. Bayi tampak kurus.</p>		

B. Skoring Diagnosa Keluarga

1. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga Tn.AA dalam merawat anggota keluarga yang sakit

KRITERIA	HITUNGAN	SKOR	PEMBENARAN
1) Sifat masalah: (1) Aktual (tidak/kurang sehat) (2) Ancaman kesehatan (3) Keadaan sejahtera	3/3 x 1	1	An. Y sudah berada pada garis kuning, dan 2 bulan tidak naik. BB anak Y 7,6 kg.
2) Kemungkinan masalah dapat diubah : a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	1/2 x 2	1	Ny. D bertugas mengurus anak sepenuhnya. Dengan focus pada mngurus anak diharapkan dapat mengubah kondisi An. Y.
3) Potensi untuk dicegah: Cukup	2/3 x 1	2	An. Y merupakan anak yang sehat dengan berat lahir baik. Dengan pola asuh yang baik, keadaan An. Y dapat membaik dan tidak terjadigizi kurang lagi.
4) Menonjolnya masalah: Masalah berat,harus segera Ditangani	2/2 x 1	1	Tn.AA menyatakan bahwa anaknya harus dirawat agar gizinya kembali baik.
TOTAL SKOR		3 2/3	

C. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakseimbangan nutrisi An. Y pada keluarga Tn. AA kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah ditandai dengan:

DS:

Ibu menyatakan berat badan bayinya sulit naik. Ibu mengatakan tidak mengetahui makna dari garis kuning pada KMS balita.

DO:

Ketika ditanya perawat, ibu tidak dapat menjawab tentang masalah gizi kurang dan interpretasi garis kuning pada KMS.

- b. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat

DS:

Ibu menyatakan memberikan ASI mulai lahir sampai usia 2,5 bulan. ASI berhenti karena ASI yang keluar hanya sedikit-sedikit.

Ibu menyatakan setelah itu mengganti ASI dengan susu formula sampaisekarang.

Ny. D selalu menyerahkan permasalahan bayinya kepada Ny. J.

DO:

Usia Bayi: 16 bulan
Berat Badan: 7,6 kg

Lingkar Lengan Atas: 7,5cm

Status Gizi An. Y pada KMS Balita pada garis kuning.

Bayi tampak kurus.

D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi
1	a. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga Tn. AA dalam merawat anggota keluarga yang sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 menit selama 13 kali kunjungan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada An. Y dapat teratasi 2. Sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah dengan cara penyuluhan tentang gizi kurang yang dialami An. Y dan penimbangan BB, TB, LiLA, lingkar perut, dll 3. Mengambil keputusan untuk mengatasi gizi kurang dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah dalam keluarga 4. Merawat anggota keluarga dengan mendemonstrasikan cara membuat makanan yang menarik untuk An. Y, yaitu membuat nasi yang dicampur dengan wortel lalu dihias dengan potongan telur dibagian kepala sebagai rambut dan tomat sebagai mata. 5. Melakukan konseling dan memotivasi keluarga Ibu D untuk dapat memodifikasi ruang makan yang aman dan nyaman untuk menumbuhkan minat makan An. Y 6. Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2.	Resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan pada balita keluarga bapak AA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 menit selama 13 kali kunjungan resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan pada

	<p>berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memberikan stimulasi pada balita</p>	<p>An. Y tidak terjadi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah, dengan cara melakukan penyuluhan kesehatan bersama anggota keluarga agar keluarga mengenal masalah kesehatan yang dialami An. Y terutama pada tumbuh kembang anak 3. Mengambil keputusan untuk mengatasi gizi kurang yaitu keluarga menyatakan keputusannya untuk mencegah terjadinya resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan pada An. Y 4. Merawat anggota keluarga dengan mendemonstrasikan cara menilai tumbuh kembang An. Y 5. Melakukan konseling dan memotivasi keluarga Ibu D untuk dapat memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman untuk memberikan stimulasi An. Y 6. Memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan melakukan diskusi agar keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat untuk mengatasi resiko tersebut
3.	<p>Defisit pengetahuan keluarga bapak AA dengan gizi kurang berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi masalah gizi kurang</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 menit selama 13 kali kunjungan defisit pengetahuan keluarga Bpk. AA teratasi 2. Sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah, dengan cara melakukan penyuluhan kesehatan bersama anggota keluarga untuk menambah pengetahuan keluarga serta mengenal akibat yang ditimbulkan dari masalah kesehatan yang dialami An. Y terutama tentang gizi kurang

	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="815 338 1315 488">3. Mengambil keputusan untuk mengatasi gizi kurang yaitu dengan sering konsultasi gizi ke puskesmas atau mengukitiposyandu tiap bulan<li data-bbox="815 524 1350 703">4. Merawat anggota keluarga dengan konseling dan memotivasi keluarga untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang masalah yang dialami An. Y<li data-bbox="815 739 1353 889">5. Melakukandiskusi untuk memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman untuk memperoleh informasi tentang sakit An. Y<li data-bbox="815 925 1334 1037">6. Memanfaatkan pelayanankesehatan untuk konsultasi gizi agar gizi kurang yang dialami An. Y bisa teratasi
--	---

E. Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Pelaksanaan
1	a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	Senin, 12 Juli 2021	1. Melakukan penkes tentang cara menyajikan makanan yang menarik sehingga nafsu makan balita meningkat, yaitu dengan membuat nasi yang dicampur dengan wortel lalu dihiasi ayam dan potongan telur dibagian kepala sebagai rambut dan tomat sebagai mata. Implementasi selanjutnya dilakukan memodifikasi lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan nafsu makan An. Y
2	Resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memberikan stimulasi pada balita	Selasa, 13 Juli 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan masalah kepada keluarga dengan cara penyuluhan tentang pertumbuhan dan perkembangan anak. 2. Demontrasi atau menilai pertumbuhan dan perkembangan anak menggunakan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) anak. Implementasi yang ketiga yaitu mendiskusikan bersama keluarga untuk dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.
3.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit	Rabu, 14 Juli 2021	Mengenal masalah dengan cara penyuluhan tentang gizi kurang pada balita dan mendiskusikan bersama keluarga dalam mengambil keputusan untuk mengatasi gizi kurang pada balita.

I. Evaluasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Evaluasi
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	Kamis, 15 Juli 2021	<p>1. Mendemonstrasikan cara menata makanan yang menarik untuk meningkatkan nafsu makan anak didapatkan hasil objektif An. F mau memakan makanan yang telah disusun meskipun tidak habis dan banyak yang berserakan, hasil analisa bahwa masalah teratasi sebagian dan tindak lanjutnya telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi yaitu Ibu D mau membuatkan makanan menarik untuk AN. Y.</p> <p>2. Evaluasi untuk implementasi selanjutnya Ibu D mengatakan termotivasi untuk menatalingkungan menjadi lebih nyaman, data objektif yang didapatkan lingkungan menjadi lebih rapi dan bersih, hasil analisa masalah teratasi dan untuk tindak lanjutnya Ibu M akan mempertahankan rumah tetap bersih dan rapi</p>
2.	Resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memberikan stimulasi pada balita	Jumat, 16 Juli 2021	<p>1. Ibu D mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala serta akibat yang ditimbulkan, hasil analisis masalah teratasi dan untuk tindak lanjutnya Ibu D akan mempertahankan pertumbuhan dan perkembangan An. Y dalam batas normal.</p> <p>2. Evaluasi selanjutnya Ibu M mengatakan ada beberapa kategori tumbuh kembang tersebut An. Y belum pernah mencobakan, hasil objektif yang diperoleh yaitu Ibu M mampu menyebutkan kebiasaan An. Y dan kesimpulan dari pertumbuhan dan perkembangan An. Y, hasil analisisnya masalah teratasi sebagian, sedangkan untuk tindak lanjutnya Ibu M akan mau membawa An. Y ke puskesmas untuk</p>

3.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit	Sabtu, 17 Juli 2021	<p>mengontrol tumbuh kembang An. Y</p> <p>3. Evaluasi selanjutnya Ibu Merasa termotivasi dengan arahan yang diberikan, data objektif yang diperoleh Ibu D mau membawa An. F ke puskesmas. Pemantauan perkembangan An. Y yaitu BB : 7,6 kg, TB : 74,5 cm, LiLA : 7,5cm, dan lingkar perut : 41,5 cm. Hasil analisisnya masalah teratasi sebagian dan tindak lanjutnya masalah dilanjutkan dengan membawa An. Y ke fasilitas kesehatan dan pengontrolan BB dan TB anak</p> <p>Mengenal masalah dengan melakukan penyuluhan mengenai gizi kurang didapatkan hasil subjektif Ibu D mengatakan gizi kurang terjadi karena ketidakseimbangan nutrisi, tandanya anak tampak kurus, sedangkan data objektif Ibu D sudah mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala anak gizi kurang walaupun belum lancar namun Ibu D sudah bisa mengulanginya lagi, hasil analisa bahwa masalah teratasi sebagian dan untuk tindak lanjut masalah tersebut telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi.</p>
----	--	---------------------	---

B. Pembahasan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dengan gizi kurang pada balita di Desa Terantang wilayah kerja Puskesmas Tambang yang telah dilakukan sejak tanggal 09 Juli sampai tanggal 17 Juli 2021 selama 1 - 2 kali kunjungan perhari, maka pada bab pembahasan penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada pasien antara teori dengan kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa, merumuskan rencana tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

Peneliti melakukan pengkajian pada keluarga Bpk. A dengan menggunakan format pengkajian keluarga, pengkajian gizi kurang pada balita, dengan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik untuk menambah data yang diperlukan.

Saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik Ibu D mengatakan An. Y susah kalau disuruh makan dan setiap disuapi makan sering dimuntahkan lagi, An. Y tidak suka makan sayur, kebiasaan makan An. Y dalam sehari tidak menentu. Hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan pada An. Y yaitu BB 7,6 kg, TB 74,5 cm, LiLA 7,5 cm, lingkar perut 41,5 cm, An. F tampak kurus, konjungtiva anemis, warna rambut kecoklatan, kulit tampak pucat, balita tampak tidak bersih dan menu makan balita tidak seimbang

Keluhan yang disampaikan oleh Ibu D pada An. F mengalami penurunan nafsu makan menu makan yang tidak seimbang, menurut asumsi peneliti pola makan dan asupan nutrisi sangat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan pada anak balita. Menurut Pudiastuti (2011), penyebab terjadinya gizi kurang yaitu pola makan yang salah, anak sering sakit dan perhatian yang kurang, infeksi penyakit, kurangnya asupan gizi dan berbagai hal buruk yang terkait dengan kemiskinan.

Menurut penelitian Nuzula (2016), gizi kurang dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung gizi kurang adalah kurang adekuatnya intake makanan yang mengandung protein dan kalori yang dibutuhkan oleh tubuh, perbedaan sosial dan budaya tentang kebiasaan makan yang mempengaruhi nutrisi, kurang pengetahuan tentang nutrisi, kelebihan makanan baik dalam jumlah maupun kualitas yang tidak dibutuhkan oleh tubuh, adanya penyakit yang menyertai seperti pencernaan, absorpsi makanan, gagal menyusun menu berdasarkan tingkat istirahat dan aktifitas menurut Purwaningrum dan Wardani (2011 dalam Nuzula, 2016) Sedangkan faktor penyebab tidak langsung antara lain pengetahuan ibu, pendidikan ibu, penghasilan keluarga, pola pengasuhan anak dan riwayat pemberian ASI eksklusif.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga mengacu pada P-E-S dimana untuk problem (P) dapat digunakan tipologi dari (NANDA, 2015-2017) dan etiologi (E) berkenaan dengan 5 tugas keluarga dalam hal kesehatan/keperawatan menurut (Friedman, 2010). Pada perumusan diagnosa yang didapatkan dari analisa data berdasarkan data subjektif dan objektif.

Diagnosa yang muncul dan ditemukan pada tinjauan teori dengan kasus mengenai masalah gizi kurang terdapat sedikit perbedaan. Dalam teori terdapat 4 diagnosa keperawatan, tetapi di kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan, diantaranya :

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- b. Resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memberikan stimulasi pada balita
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit

Dari beberapa masalah yang didapatkan dalam kasus ditentukan 3 diagnosa yang dipilih berdasarkan prioritas masalah.

Masalah yang didapatkan adalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam

merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga Bpk. A data ini didukung oleh data subjektif : Ibu D mengatakan An. Y sangat susah kalau disuruh makan dan setiap disuapi selalu dimuntahkan lagi, An. Y tidak suka makan sayur, kebiasaan makan An. Y dalam sehari tidak menentu. Sedangkan data objektif yang mendukung yaitu : An. Y mempunyai BB 7,6 kg, TB 74,5 cm, LiLA 7,5 cm, lingkar perut 41,5 cm, An. Y tampak kurus, konjungtiva anemis, warna rambut kecoklatan, kulit tampak pucat, balita tampak tidak bersih dan menu makan balita tidak seimbang.

Menurut analisa peneliti kurangnya asupan nutrisi pada anak balita dapat menyebabkan gizi kurang ditandai juga dengan BB yang tidak sesuai dengan usia balita. Lain halnya dengan penelitian Nuzula (2016), menjelaskan bahwa status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) yang disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu berat badan per umur (BB/U) atau *underweight*, tinggi badan per umur (TB/U) atau *stunting*, dan berat badan per tinggi badan (BB/TB) atau *wasting*.

Diagnosa ini sesuai dengan teori Friedman (2010) menjelaskan bahwa salah satu fungsi keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga. Kurangnya kemampuan keluarga untuk

memfasilitasi kebutuhan balita terutama pada asupan makanan dapat menyebabkan balita mengalami gizi kurang.

Diagnosa kedua yaitu Resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memberikan stimulasi pada balita data subjektif yang mendukung yaitu : Ibu D mengatakan An. Y sering menangis dan mengalami demam, An. Y sampai sekarang masih suka digendong dan jarang sekali untuk jalan padahal 2 bulan yang lalu An. Y sudah bisa jalan. Sedangkan data objektif yang didapat yaitu : An. Y tampak sering digendong dan jarang berjalan. An. Y juga tampak kurus.

Pada diagnosa kedua, Ibu D mengatakan An. Y lebih suka digendong dan jarang sekali untuk berjalan, Gizi kurang dapat membawa dampak negatif terhadap pertumbuhan fisik maupun mental. Hasil pengkajian ini sesuai dengan teori DEPKES (2012) yang menjelaskan bahwa indikator dalam menentukan anak mengalami keterlambatan pertumbuhan perkembangan sesuai usia dapat diketahui menggunakan instrumen SDIDTK. Salah satu indikator tersebut anak harus mampu berjalan minimal selama 5 detik tanpa bantuan dan anak juga harus mampu menyusun kubus secara bertingkat dengan sendiri.

Diagnosa ke tiga yaitu Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit didapatkan data subjektif yaitu : Ibu D mengatakan baru mengetahui An. Y mengalami gizi kurang setelah mengikuti posyandu bulan lalu. Ibu D juga mengatakan masih

kurang mengerti mengenai gizi kurang pada balita dan penatalaksanaannya. Ibu D juga sangat jarang membawa An. Y untuk konsultasi gizi ke puskesmas dan ke posyandu. Sedangkan data objektif yang mendukung yaitu : Ibu D tidak mampu menjawab saat ditanya tentang penyakit An. Y.

Pada diagnosa ketiga, Ibu D mengatakan masih kurang mengerti tentang penyakit dan penatalaksanaannya. Ibu D tidak mampu menjawab pertanyaan yang diajukan tentang penyakit. Pengkajian ini sesuai dengan teori Pudiastuti (2011), yang menjelaskan bahwa rendahnya pengetahuan orang tua terhadap penyakit dapat mengakibatkan perhatian dan kasih sayang orang tua pada anak menurun sehingga pola makan dan asupan nutrisi anak tidak optimal. Dengan mengenalkan penyakit yang diderita oleh anak serta akibat yang ditimbulkan dapat menambah pengetahuan keluarga serta menumbuhkan kesadaran orang tua untuk dapat merawat anak yang mengalami gizi kurang.

Menurut penelitian Nuzula (2016), faktor penyebab tidak langsung dari gizi kurang yaitu pengetahuan ibu, pendidikan ibu, penghasilan keluarga, pola asuh anak dan riwayat pemberian ASI eksklusif. Penelitian lain menyebutkan bahwa pola asuh keluarga mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kejadian masalah gizi pada balita (Mustapa dkk, 2013).

3. Intervensi Keperawatan

Perawat keluarga berperan dalam melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Masalah kesehatan yang muncul di dalam keluarga biasanya terjadi menurut siklus atau budaya yang dipraktikkan keluarga (Friedman, 2010).

Intervensi dari diagnosa pertama ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit yaitu sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah, dengan cara melakukan penyuluhan kesehatan bersama anggota keluarga agar keluarga paham mengenai masalah kesehatan yang dialami oleh An. Y. Selanjutnya mengambil keputusan untuk mengatasi gizi kurang dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah dalam keluarga. Selanjutnya merawat anggota keluarga dengan melakukan konseling kepada keluarga Bpk. A agar ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada An. Y bisa teratasi dan memotivasi keluarga agar mampu merawat An. Y. Lalu memodifikasi lingkungan rumah yang aman dan nyaman untuk mengatasi masalah akibat dari gizi kurang. Selanjutnya memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada An. Y

Intervensi pada diagnosa kedua resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam

memberikan stimulasi pada balita yaitu sesuai dengan tugas keluarga pertama yaitu mengenal masalah kesehatan pada keluarga yaitu keluarga mampu mengenal masalah yang menyebabkan komplikasi pada An. Y d yaitu mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan. Selanjutnya mengambil keputusan untuk mengatasi masalah gizi kurang yaitu keluarga menyatakan keputusannya untuk mencegah terjadinya komplikasi pada An. Y. Lalu merawat anggota keluarga yang sakit gizi kurang dengan melakukan demonstrasi penata makanan menjadi lebih menarik sehingga menumbuhkan minat anak untuk makan. Tugas keluarga selanjutnya yaitu keluarga mampu melakukan modifikasi lingkungan dengan menciptakan lingkungan yang nyaman sehingga nafsu makan anak meningkat. Selanjutnya melakukan diskusi agar keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan terdekat untuk mengatasi masalah komplikasi tersebut

Intervensi pada diagnosa ketiga yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit sesuai dengan tugas perawatan keluarga pertama yaitu keluarga mengenal masalah, intervensinya yaitu dengan melakukan penyuluhan mengenai gizi kurang pada balita dengan media *booklet* dan *leaflet*. Dengan dilaksanakannya penyuluhan tersebut diharapkan dapat menambah pengetahuan keluarga tentang penyebab terjadinya gizi kurang serta tanda dan gejalanya karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit dapat memperburuk kondisi An. Y. Selanjutnya mengambil keputusan

untuk mengatasi gizi kurang dengan meningkatkan asupan nutrisi dan kebiasaan makan, keluarga menyatakan keputusannya untuk merawat anak tersebut. Selanjutnya merawat anggota keluarga dengan gizi kurang dengan berkonsultasi gizi pada fasilitas kesehatan yang ada.

Menurut asumsi peneliti, rencana keperawatan dibuat untuk pedoman dalam melakukan implementasi kepada keluarga. Mengenalkan masalah kepada keluarga, sehingga keluarga mampu mengambil keputusan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengatasi masalah yang ada di dalam keluarga.

Friedman (2010), menyampaikan bahwa lima tugas kesehatan keluarga meliputi: pertama, keluarga diharapkan mampu mengenal berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga. Kedua, keluarga mampu memutuskan tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga. Ketiga, keluarga mampu melakukan perawatan yang tepat sehari-hari di rumah. Keempat, keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan rumah yang dapat mendukung dan meningkatkan kesehatan seluruh anggota keluarga. Kelima adalah keluarga diharapkan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengontrol kesehatan dan mengobati masalah kesehatan yang tidak dapat diselesaikan sendiri oleh keluarga

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk : mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2012).

Implementasi dari diagnosa yang pertama yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dilakukan pada keluarga Bpk. A diantaranya demonstrasi pada keluarga tentang cara menyajikan makanan yang menarik sehingga nafsu makan balita meningkat. Pada An. Y implementasi yang dilakukan yaitu membuat nasi yang dicampur dengan wortel lalu dihiasi ayam dan potongan telur dibagian kepala sebagai rambut dan tomat sebagai mata. Implementasi selanjutnya memotivasi keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan nafsu makan anak.

Menurut asumsi peneliti, dengan membuat makanan yang menarik untuk balita sehingga minat balita untuk makan juga meningkat

ditambah lagi jika lingkungan balita juga bersih dan rapi. Webster-Gandy (2012), menjelaskan bahwa terapi gizi kurang yaitu dengan meningkatkan asupan energi dan protein, memperbaiki berat badan dan mengurangi penurunan berat badan. Penatalaksanaan tersebut dapat dilakukan dengan melakukan penilaian status gizi, melakukan tindakan nonteknis yang relatif mudah untuk membantu dalam mendapatkan makanan yang sesuai dan memberikan suplemen yang mengandung asupan energi dan zat gizi yang banyak.

Implementasi dari diagnosa yang kedua yaitu resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memberikan stimulasi pada balita pada keluarga Bpk. A yang dilakukan adalah memperkenalkan masalah kepada keluarga dengan cara penyuluhan tentang pertumbuhan dan perkembangan balita. Implementasi yang kedua yaitu demonstrasi atau menilai pertumbuhan dan perkembangan anak menggunakan stimulasi, deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) anak. Implementasi ketiga mendiskusikan bersama keluarga untuk dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Menurut asumsi peneliti, setiap balita yang mengalami gizi kurang beresiko mengalami keterlambatan tumbuh kembang, karena kurangnya asupan nutrisi sehingga nutrisi ke otak juga berkurang dan membuat kerja otak menjadi lambat. Implementasi dari diagnosa kedua ini sesuai dengan DEPKES (2012), yaitu dalam indikator untuk menentukan anak

mengalami keterlambatan pertumbuhan perkembangan sesuai usia dapat diketahui menggunakan instrumen SDIDTK. Salah satu indikator tersebut anak harus mampu berjalan minimal selama 5 detik tanpa bantuan dan anak juga harus mampu menyusun kubus secara bertingkat dengan sendiri.

Implementasi dari diagnosa ketiga Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit pada keluarga Bpk. A yaitu mengenal masalah dengan cara penyuluhan tentang gizi kurang pada balita dan mendiskusikan bersama keluarga dalam mengambil keputusan untuk mengatasi gizi kurang pada balita.

Implementasi dari diagnosa ketiga ini juga sesuai dan didukung oleh teori Pudiastuti (2011) yang menjelaskan bahwa perhatian dan kasih sayang orang tua pada anak sangat dibutuhkan pada masa perkembangan anak. Rendahnya pengetahuan orang tua terhadap penyakit dapat mengakibatkan perhatian dan kasih sayang orang tua pada anak menurun sehingga pola makan dan asupan nutrisi anak tidak optimal. Dengan mengenalkan penyakit yang diderita oleh anak serta akibat yang ditimbulkan dapat menambah pengetahuan keluarga serta menumbuhkan kesadaran orang tua untuk dapat merawat anak yang mengalami gizi kurang.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga (Sudiharto, 2012).

Evaluasi diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit yaitu mendemonstrasikan cara menata makanan yang menarik untuk meningkatkan nafsu makan anak pada keluarga Bpk. A didapatkan hasil objektif An. Y mau memakan makanan yang telah disusun meskipun tidak habis dan banyak yang berserakan, hasil analisa bahwa masalah teratasi sebagian dan tindak lanjutnya telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi yaitu Ibu D mau membuatkan makanan menarik untuk An. Y.

Evaluasi untuk implementasi selanjutnya Ibu D mengatakan termotivasi untuk menata lingkungan menjadi lebih nyaman, data objektif yang didapatkan lingkungan menjadi lebih rapi dan bersih, hasil analisa masalah teratasi. Pada keluarga Bpk. A untuk TUK 4 masalah sudah teratasi sebagian dengan intervensi berikutnya melanjutkan modifikasi lingkungan untuk kenyamanan An. Y

Evaluasi diagnosa kedua Resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memberikan stimulasi pada balita yaitu didapatkan hasil pada keluarga

Bpk. A, Ibu D mengatakan An. Y beresiko mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan, hasil objektif yang didapatkan Ibu D mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala serta akibat yang ditimbulkan, hasil analisis masalah teratasi dan untuk tindak lanjutnya Ibu D akan tetap mengetahui tentang penyakit dan mampu menjawab jika ditanya tentang penyakit An. Y.

Evaluasi selanjutnya Ibu D mengatakan ada beberapa kategori tumbuh kembang tersebut An. Y belum pernah mencobakan, hasil objektif yang diperoleh yaitu Ibu D mampu menyebutkan kebiasaan An. Y dan kesimpulan dari pertumbuhan dan perkembangan An. Y, hasil analisisnya masalah teratasi sebagian, sedangkan untuk tindak lanjutnya Ibu D akan mau membawa An. Y ke puskesmas untuk mengontrol tumbuh kembang An. Y.

Evaluasi selanjutnya Ibu D merasa termotivasi dengan arahan yang diberikan, data objektif yang diperoleh Ibu D mau membawa An. Y ke puskesmas. Pemantauan perkembangan An. Y yaitu BB : 7,8 kg, TB : 73,5 cm, LiLA : 7,5 cm, dan lingkar perut : 41,5 cm. Hasil analisisnya masalah teratasi sebagian dan tindak lanjutnya masalah dilanjutkan dengan membawa An. Y ke fasilitas kesehatan dan pengontrolan BB dan TB anak.

Pada keluarga Bpk. A untuk TUK 1 dalam mengenal masalah gizi kurang dengan masalah sudah teratasi sedangkan, untuk TUK 3 dan TUK 5 masalah belum teratasi sehingga tetap melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa ketiga Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yaitu pada keluarga Bpk. A kegiatan pertama mengenal masalah dengan melakukan penyuluhan mengenai gizi kurang didapatkan hasil subjektif Ibu D mengatakan gizi kurang terjadi karena ketidakseimbangan nutrisi, tandanya anak tampak kurus, hasil analisa bahwa masalah teratasi sebagian dan untuk tindak lanjut masalah tersebut telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi.

Menurut asumsi peneliti, dengan memberikan informasi yang berulang-ulang pada keluarga sehingga pengetahuan keluarga tentang penyakit anak dapat meningkat. Sama halnya dengan penelitian Nikmawati, dkk. (2010 dalam Azzahra tahun 2015), menyebutkan bahwa rata-rata pengetahuan dan sikap tentang gizi pada ibu mengalami peningkatan yang signifikan terjadi pada kelompok ibu yang mendapatkan konseling lebih besar daripada ibu pada kelompok kontrol. Intervensi berisi stimulus akan merubah prilaku seseorang.

Selanjutnya pengambilan keputusan sesuai dengan tugas keluarga didapatkan hasil objektif keluarga mengambil keputusan konsultasi gizi untuk mengatasi masalah gizi kurang pada An. Y. Hasil analisa bahwa masalah teratasi sebagian dan untuk menindaklanjuti hal tersebut telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi yaitu membawa An. Y ke puskesmas atau posyandu untuk konsultasi gizi untuk melihat tumbuh kembang anak.

Menurut Unicef Indonesia (2012), menyebutkan bahwa penyedia layanan kesehatan dan petugas masyarakat tidak memberikan konseling gizi yang memadai. Tanpa konseling yang efektif, pemantauan pertumbuhan tidak akan efektif, pemantauan pertumbuhan tidak akan efektif dalam menurunkan gizi kurang.

Dilakukan pengukuran untuk memantau perkembangan An. Y dengan hasil, BB : 7,9 kg, TB : 73,5 cm, LiLA : 7,5 cm, lingkar perut : 41,5 cm. Menurut DEPKES (2011), menjelaskan bahwa penilaian status gizi pada anak menggunakan Z-Score dengan mengetahui berat badan, tinggi badan dan umur dari anak te dapat dikatakan gizi buruk; jika Z-score $< - 3,0$ gizi kurang ; jika Z-score $\geq - 3,0$ s/d Z-score $< - 2,0$ gizi baik ; jika Z-score $\geq - 2,0$ s/d Z-score $\leq 2,0$ gizi lebih ; jika Z-score $> 2,0$.

Pada keluarga Bpk. A untuk TUK 1 dan TUK 2 masalah sudah teratasi sehingga keluarga Bpk. A tetap mempertahankan status kesehatan terutama status gizi balita.

BAB V

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Gizi Kurang di Desa Terantang Wilayah Kerja Puskesmas Tambang, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan keluarga balita dengan Gizi Kurang.

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan An. Y susah kalau disuruh makan dan setiap disuapi makan sering dimuntahkan kembali.
2. Diagnosa utama yang muncul berdasarkan prioritas yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
3. Intervensi yang dilakukan dirumuskan berdasarkan diagnosa yang telah didapatkan dan berdasarkan 5 tugas khusus keluarga yaitu mengenal masalah, memutuskan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.
4. Implementasi dilakukan pada tanggal 09 sampai 17 Juli 2021 berdasarkan Intervensi keperawatan yang telah dibuat. Implementasi dilakukan dengan metode konseling, diskusi, demonstrasi, dan penyuluhan. masalah dan menyatakan keputusan terhadap masalah yang dihadapi.

5. Pada tahap akhir peneliti mengevaluasi kepada pasien dan keluarga pada tanggal 15-12 Juli tahun 2021, mengenai tindakan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan catatan perkembangan dengan metode SOAP. Pada keluarga Bpk. A dari 7 implementasi yang dilakukan 4 diantaranya masalah sudah teratasi.

B. Saran

1. Aspek Teoritis

- a. Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
- b. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
- c. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal.

2. Aspek praktis

- a. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada balita dengan Gizi Kurang.
- b. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, Komang Ayu Henny. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga : Strategi Mahasiswa Keperawatan dan Praktisi Perawat Perkesmas*. Jakarta : CV Sagung Seto
- Adiningsih, Sri. 2010. *Waspada! Gizi Balita Anda*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo
- Almatsier, Sunita. 2013. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- Arisman. 2016. *Buku Ajar Ilmu Gizi : Gizi dalam Daur Kehidupan. Ed. 2*. Jakarta : EGC
- Depkes RI. 2017. *Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Buku I*. [http://gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/2017/05/BUKU-GIZI- BURUK-I-2011.pdf](http://gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/2017/05/BUKU-GIZI-BURUK-I-2011.pdf) (Diakses Tanggal 15Maret 2021 Jam 12.10 WIB).
- Dinas Kesehatan Propinsi Riau. 2018. *Profil Kesehatan Tahun 2018* <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2013.pdf> (Diakses Tanggal 15 April 2021 Jam : 12.05 WIB).
- Friedman, Marilyn M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori danPraktik*. Jakarta : EGC
- Gusti, Salvani. 2013. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : CVTrans Info Media
- Hidayat, Aziz Alimul. 2014. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk PendidikanKebidanan*. Jakarta : Salemba Medika
- Irianto, Djoko Pekik. 2016. *Panduan Gizi Lengkap Keluarga dan Olahragawan*.

Ed. I. Yogyakarta : ANDI

- Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis* Ed. 3. Jakarta : Salemba Medika
- Padila. 2012. *Buku Ajar : Keperawatan Keluarga Dilengkapi Aplikasi Kasus Askep Keluarga Terapi Herbal dan Terapi Modalitas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Proverawati, Atikah & Erna Kusuma Wati. 2011. *Ilmu Gizi untuk Keperawatan & Gizi Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Pudiasuti, Ratna Dewi. 2011. *Waspada Penyakit pada Anak*. Jakarta : PT Indeks Putri, dkk. 2015. *Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang*. <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/231> (Diakses Tanggal 14 April 2021 Jam : 10.05 WIB).
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2018. [http://www.depkes.go.id / resources / download / general/Hasil%20Risksedas 2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risksedas2018.pdf) (Diakses Tanggal 14 Maret 2021 Jam : 10.20 WIB).
- Sudiharto. 2017. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta : EGC
- Supariasa, I Dewa Nyoman. 2010. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC
- Suriadi & Rita Yuliani. 2010. *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta : CV SagungSeto
- Susanto, Tantut. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Aplikasi Teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Trans Info Media
- Suyanto. 2011. *Metodologi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta :Nuha Medika
- Unicef Indonesia. 2018. *Gizi Ibu & Anak*. https://www.unicef.org/.../id/A6_-_B_Ringkasan_Kajian_Gizi.pdf (Diakses Tanggal 16 April 2021 Jam 15.30 WIB).

Waryana. 2016. *Promosi Kesehatan, Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat*.

Yogyakarta : Nuha Medika

Webster-Gandy, Joan. 2014. *Gizi & Dietetika*.

Jakarta : EGC World Health Organization. 2017.

World Health Statistics.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf (Diakses Tanggal 15 Maret 2021 Jam: 23.35 WIB).

