

UNIVERSITAS INDONESIA

POS BALITA SEHAT SEBAGAI UPAYA PEMBERDAYAAN DALAM MENINGKATKAN STATUS GIZI BALITA DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperolah Gelar Ners Spesialis Keperawatan Komunitas

> FRANSISKA BITTIKAKA NPM 0806483380

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN PROGRAM STUDI NERS SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS DEPOK JULI, 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

POS BALITA SEHAT SEBAGAI UPAYA PEMBERDAYAAN DALAM MENINGKATKAN STATUS GIZI BALITA DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperolah Gelar Ners Spesialis Keperawatan Komunitas

FRANSISKA BITTIKAKA NPM 0806483380

Pembimbing 1. Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN Pembimbing 2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN PROGRAM STUDI NERS SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS DEPOK JULI, 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISIONAL

Karya Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutif maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Fransiska Bittikaka

NPM : 080643380

Tanda Tangan : B

Tanggal: 3, Juli 2012

HALAMAN PERSETUJUAN

Pos Balita Sehat Sebagai Upaya Pemberdayaan Dalam Meningkatkan Status Gizi Balita Di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Karya Ilmiah Akhir ini telah diperbaiki sesuai dengan arahan dan masukan dari Tim Penguji Karya Ilmiah Akhir Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 3 Juli 2012

Pembimbing I

Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN

Pembimbing II

Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN

HALAMAN PENGESAHAN

KIA ini diajukan oleh:

Nama : Fransiska Bittikaka

NPM : 0806483380

Peminatan : Ilmu Keperawatan Kekhususan Komunitas

Judul : Pos Balita Sehat Sebagai Upaya Pemberdayaan Dalam

Meningkatkan Status Gizi Balita Di Kelurahan Tugu

Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan Diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners Spesialis pada Program Spesialis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing: Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN

Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN

Penguji 1 : Rahmawati, SKM., M.KM

Penguji 2 : Satria Gobel, M.Kep., Sp.Kep. Kom

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 3 Juli, 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas berkat dan karunia-Nya, akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) Pos Balita Sehat Sebagai Upaya Pemberdayaan Dalam Meningkatkan Status Gizi Balita Di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

- (1) Dewi Irawaty, MA., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- (2) Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN, selaku Ketua Pogram Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, juga sebagai dosen pembimbing residensi dan KIA yang banyak memberikan masukan atas penyusunan laporan ini.
- (3) Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., MApp.Sc., PhD, selaku supervisor utama yang telah meluangkan waktu dan memberikan banyak masukan serta arahan selama praktek residensi.
- (4) Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN selaku pembimbing KIA yang telah banyak memberikan arahan tentang perbaikan laporan ini
- (5) Sigit Mulyono MN selaku supervisor pelaksanaan residensi di Kelurahan Tugu
- (6) Pemerintah Daerah Kota Depok beserta jajarannya yang telah memberikan ijin pelaksanaan residensi di wilayah kerja Puskesmas Tugu
- (7) Rektor Universitas Cenderawasih yang telah memberikan rekomendasi melanjutkan pendidikan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Program Studi Ners Spesialis Universitas Indonesia
- (8) Direktur Poltekkes Kemenkes Jayapura yang telah memfasilitasi pelaksanaan pendidikan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Program Studi Ners Spesialis Universitas Indonesia
- (9) Semua dosen yang telah membimbing dan memberikan arahanselama pelaksanaan residensi

- (10) Para kader dan keluarga balita khususnya yang telah bersedia memberikan dukungan dan kerjasamanya atas pelaksanaan program Pos Balita Sehat (PBS) sebagai bentuk inovasi penatalakasanaan gizi balita di KelurahanTugu.
- (11) Staff non akdemik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah menyediakan fasilitas demi pelaksanaan residensi.
- (12) Keluarga tercinta, suami dan anak-anakku tercinta yang selalu memberikan semangat, doa dan kasih sayang.
- (13) Teman-teman seperjuangan yang banyak memberikan inspirasi serta dukungan dan kerjasamanya selama pelaksanaan residensi.
- (14) Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan ikut berperan dalam penulisan laporan ini

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan Keperawatan Komunitas.

Depok, 3 Juli 2012

Penulis

Fransiska Bittikaka

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama

: Fransiska Bittikaka

NPM

: 080648338

Program

: Studi Ners Spesialis Keperawatan Komunitas

Fakultas

: Ilmu Keperawatan

Jenis Karya

: KIA

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksekutif (Non-executive Royalty-free Right) atas karya ilmiah saya berjudul: Pos Balita Sehat Sebagai Upaya Pemberdayaan Dalam meningkatkan Status Gizi Balita Di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Dengan hak bebas royalti Noneksekutif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihkanmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 3 juli, 2012

Yang menyatakan



(Fransiska Bittikaka)

ABSTRAK

Nama : Fransiska Bittikaka

Program Studi: Program Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu

Keperawatan Universitas Indonesia

Judul : Pos Balita Sehat Sebagai Upaya Pemberdayaan Dalam

Meningkatkan Status Gizi Balita di Kelurahan Tugu

Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Pos Balita Sehat (PBS) merupakan model pengelolaan asuhan keperawatan pada aggregate balita kurang gizi berupa integrasikan model-model: manajemen keperawatan, community as partner, family center nursing, health promotion, integrated child development services, women, infant, children program, program Pos Gizi dan Posyandu. PBS bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam penatalaksanaan kesehatan balita dengan menerapkan strategi intervensi pemberdayaan dan promosi kesehatan melalui pengelolaan pelayanan kesehatan, asuhan keperawatan, komunitas dan keluarga. Hasil menunjukkan peningkatan kemampuan keluarga dan kader dalam penatalaksanaan gizi balita, ISPA, diare, dan status gizi balita dengan kenaikan BB rerata 3 kg. PBS disarankan sebagai upaya mengatasi gizi kurang pada balita.

Kata Kunci:

Keluarga, Komunitas, Manajemen, Balita, dan Pos Balita Sehat

ABSTRACT

Name : Fransiska Bittikaka

Study Program: Community Health Nursing Specialist Program Faculty of

Nursing Universitas Indonesia

Title : Children Under Five Post as empowerment effort in increasing

children under five nutritional status at Kelurahan Tugu

Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Children Under Five Health Post (CUFHP) is model of management nursing care of children under five with under-nutrition by integrated models of nursing management, community as partner, family center nursing, health promotion model, integrated child development services, women, infant, children, service station and Positive Deviance program. It aims to increase the community ability in managing children under five's health. Empowerment and health promotion applied as strategy with health management, community, and family nursing process approaches. The result showed elevation of family and health *kader* ability in managing health of children under five nutrition, Acute Respiratory Infection, diarrhea, and nutrition status.

Key words:

family, community, management, children under five, Children Under Five Post

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISIONAL	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK BAHASA INDONESIA DAN BAHASA INGRRIS	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPARAN	xiii
DAFTAR ISTILAH	xiv
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2.Tujuan	9
1.2. 1.Tujuan Umum	 9
1.2.2. Tujuan Khusus	
1.3. Manfaat	10
1.3.1.Pelayanan Keperawatan Komunitas	10
1.3.2. Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas	10
1.3.2.Pengembangan Pendidikan Keperawatan	10
2.TINJAUN PUSTAKA	13
2.1. Konsep At Risk	
2.1.1. Pengertian	13
2.1.3.Faktor Risiko yang Berkonstribusi Terhadap Terjadinya Ku	
Gizi Pada Balita	
2.2. Vulnearable (Rentan)	
2.3. Gizi dan Status Gizi Balita	
2.4. Kurang Gizi	
2.4.1. Pengertian	
2.4.2. Penyebab	
2.5. Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita	
2.5.1. Inherent Factor (Faktor yang Berhubungan Langsung)	
2.5.2. Distal Factor (Faktor Predisposisi)	
2.5.3. Intermediate Factor (Faktor Perantara	
2.6. Jenis dan Tahapan Kejadian Kekurangan Zat Gizi	
2.7. Dampak Kurang Gizi	
2.8. Upaya dan kebijakan Perbaikan Gizi Balita di Indonesia	
2.9. Pemberdayaan, Advokasi dan Pendampingan	
2.10. Peran Perawat Komunitas Dalam Intervensi Gizi Gizi	
2.11. Teori dan Model pada Praktek Pelayanan dan Asuhan Kepera	
pada Aggreagate Balita	
2.11.1 Model Manajemen Penatalaksanaan Gizi Balita	31

2.11.2. Community As Partner	36
2.11.3. Family Center Nursing (FCN) atau Family Nursing Care	
(FCN)	
2.11.4. Health Promotion Model (HPM)	40
2.11.5. Integrated Child Development Services/ICDS	43
2.11.6. Women, Infant, Children (WIC) Program	43
2.12. Konsep Sehat	44
2.13. Konsep Pos Gizi	45
2.14. Konsep Posyandu	45
3. KERANGKA KERJA DAN PROFIL WILAYAH	46
3.1. Kerangka Kerja	
3.1.1. Konsep Pos Balita Sehat	46
2.1.2. Tujuan Pencegahan Masalah Gizi	
2.1.3. Profil Wilayah Puskesmas Kelurahan Tugu	
4. PELAKSANAAN MANAJEMEN ASUHAN KOMUNITAS I	
AGGREGATE BALITA DENGAN GIZI KURANG DI KELURA	
TUGU	
4.1. Pengelolaan Manajemen Pelayanan Gizi Balita	
4.1.1 Analisis Manajemen Pelayanan Gizi Balita	
4.1.2.Masalah, Alternatif Penyelesaian Masalah, dan Rencana	
Tindak Lanjut (RTL)	58
4.2. Asuhan Keperawatan Komunitas	
4.2.1. Hasil Pengkajian, Analisis, dan Pohon Masalah	
4.2.2. Masalah, Alternatif Penyelesaian Masalah, dan Rencana	
Tindak Lanjut (RTL)	
4.3. Asuhan Keperawatan Keluarga	
4.2.1. Hasil Pengkajian, Analisis, dan Pohon Masalah	70
4.2.2. Masalah, Alternatif Penyelesaian Masalah, dan Rencana	
Tindak Lanjut (RTL)	72
	= 0
5. PEMBAHASAN	79
5.1. Manajemen Pelayanan Gizi Balita	
5.2. Asuhan Keperawatan Komunitas	
5.3. AsuhanKeperawatn Keluarga	84
5.4. Keterbatasan	
5.2. Implikasi Hasil Penelitian	86
6. KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1. Kesimpulan	
6.2. Saran	88
	ΩΩ
DAFTAR PUSTAKA	9U
I . 43 W I F I PR 43 W	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1.	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Balita (0-60 bulan)		
	Berdasarkan Indeks	20	
Tabel 3.1	Indikator Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan PBS di Komunitas	49	
Tabel 4.1.	Tingkat Kemandirian Keluarga Binaan	75	
Tabel 4.2	Indikator Dampak Asuhan Keperawatan Keluarga		
	Berdasarkan Kemandirian Keluarga di Kelurahan Tugu	76	
	Tahun 2011-2012		



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Diagram Faktor Risiko Dan Malnutrizi Pada Balita di	
	Bombay	15
Gambar 2.2	Diagram Penyebab Kurang Gizi	22
Gambar 2.3	Skema Commnutity As Partener Model	36
Gambar 2.4	Skema Family Center Nursing	40
Gambar 2.5	Skema Health promotion Model	41
Gambar 3.1	Skema PBS Sebagai Wadah Penatalaksanaan Gizi Balita di	
	Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok	51
Gambar 4.1	Bagan Analisis Masalah Manajemn Pelayanan Kesehatan	
- 1	Komunitas	60
Gambar 4.2	Web of Causation Asuhan Keperawatan Komunitas	66
Gamber 4.3	Web of Causation Asuhan Keperawatan Keluarga	73
Gambar 4.4	Grafik Perkembangan Berat Badan 10 Balita di Kelurahan	
	Tugu Kecamatan Cimanggis Februasi s/d Mei 2012	76
Gambar 4.5	Grafik Perkembangan Berat Badan 5 Balita di Kelurahann	
A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	Tugu Kecamatan Cimanggis Februari s/d Mei, 2012	77
Gambar 4.6.	Grafik Perkembangan Berat Badan 5 Balita di Kelurahan	
	Tugu Oktober 2011 s/d Februari 2012	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kontrak Pembelajaran Residensi Spesialis Keperawatan			
	Komunitas Pada Aggregate Balita Dengan Kurang Gizi			
	di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok			
Lampiran 2	Penapisan Masalah Manajemen Pengelolaan aggreagete			
	Balita Dengan Kurang Gizi di Kelurahan Tugu			
	kecamatan Cimanggis Kota Depok			
Lampiran 3	Rencana Kerja Manajemen Pelayanan Kesehatan			
	Komunitas Pada Balita Dengan Kurang gizi di			
	kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok			
Lampiran 4	Penapisan Masalah Asuhan Keperawatan Komunitas			
	Aggregate Balita Dengan Kurang Gizi di Kelurahan			
	Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok			
Lampiran 5	Rencana Kerja Asuhan Keperawatan Komunitas Pada			
	Aggregate Balita Dengan Kurang Gizi di Kelurahan			
	Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok			
Lampiran 6	Cover Buku Panduan Kegiatan PBS			
Lampiran 7	Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anak Kurang			
	Gizi di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota			
	Depok			
Lampiran 8	Bagan Struktur Organisasi Puskesmas Tugu			
Lampiran 9	Bagan Struktur Organisasi Pos Balita Sehat (PBS)			
	Keluarahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok			
Lampiran 10	Instrumen Pengkajian agregate Balita di Kelurahan Tugu			
	Kecamatan Cimanggis Kota Depok			

DAFTAR ISTILAH

Energy Yaitu kapasitas untuk bekerja. Energi dalam makanan

Low birth weight adalah energy kimia.

Malnutrisi Berat badan ketika kurang dari 2500 gr

> Artinya kurang gizi, yaitu kekurangan atau kelebihan

energy atau asupan nutrisi

Kelebihan energy atau zat gizi Over nutrition

Postive Deviance Perilaku khusus positif positif (PKP/pos gizi) merupakan

> program gizi yang berbasis rumah tangga dan masyarakat bagi anak yang beresiko kurang energi-protein di Negara

sedang berkembang

Kekurangan zat gizi akibat asupan yang tidak memadai

Kekurangan zat gizi yang disebabkan oleh penyakit, Primary interaksi obat, pemakaian alat kesehatan seperti selang deficiency

Secundary, (kateter) atau kerusakan zat gizi

deficiency Pendek, yaitu kegagalan mencapai pertumbuhan yang

optimal, diukur menurut panjang/tinggi badan dan umur

(PB/U/TB/U)

Sama dengan low birth weight, yaitu berat badan kurang

dari 2500 gr

Kekurang gizi secara lamoratorium postif, tetapi belum

napak gejala klinis.

Small birth size Teraupeutc feeding center, yaitu pusat pemulihan gizi

(PPG) bagi balita dengan gizi buruk

Kurus atau gizi kurang yang dinilai dengan berat badan Subclinis deficiency

menurut panjang badan atau tinggi badan (BB/PB atau

TFCSangat kurus (gizi buruk) dinilai dengan berat badan

menurut panjang badan atau tinggi badan (BB/PB atau

BB/PB) Under nutrition

Sangat pendek atau gizi buruk yang dinilai menurut tinggi,

berat, umur dan jenis kelamin.

Underweight

Shunting

Wasting

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini menjelaskan latar belakang yang mendukung dipilihnya bentuk intervensi Pos Balita Sehat (PBS) sebagai salah satu bentuk pemberdayaan untuk meningkatkan status gizi balita di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok, indikator dan strategi intervensi untuk menurunkan prevalensi kurang gizi pada balita, tujuan, dan manfaat penulisan.

1.1. Latar Belakang

Populasi balita tidak banyak mengalami perubahan jumlah dalam empat tahun terakhir. Menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2010 terjadi sedikit penurunan populasi balita dari tahun 2007, adalah dari sekitar 9,29% menjadi 9,27 % pada tahun 2008, 9,23% pada tahun 2009, dan 9,21 % pada tahun 2010. Rerata penurunan proporsi populasi balita dari tahun 2007 sampai dengan 2010 adalah 2,7%.

Balita merupakan kelompok yang berisiko mengalami suatu penyakit atau masalah kesehatan akibat berbagai masalah kurang gizi (malnutrisi). Menurut Child Survival Collaboration and Resouces (CORE), balita di negara yang sedang berkembang berisiko mengalami kekurangan energi protein (CORE, 2003). Kelompok berisiko (at risk) adalah sekelompok orang yang memiliki risiko mengalami masalah kesehatan atau penyakit terbesar tertentu karena berbagai faktor risiko seperti paparan, gaya hidup, riwayat keluarga dan faktor lainnya (Allender, 2005; Stanhope & Lancaster 2004; Clark, 1999). Association of State and Territorial Health Offices (ASTHO) mendefinisikan bahwa at risk berhubungan dengan faktor-faktor yang meningkatkan seseorang memperoleh suatu penyakit (ASTO, 2008). The American Public Health Association (APHA) menggunakan istilah populasi at risk pada kelompok aggregate, adalah orang yang tidak memiliki kemungkinan hubungan terhadap konstitusi sebagai suatu sistim (APHA, 1980, 1996 dalam Maurer & Smith, 2005), tetapi memiliki satu atau lebih karakteristik (Schutz, 1987 dalam Maurer & Smith, 2005). Apabila faktor-faktor risiko pada kelompok berisiko tidak terselesaikan maka kelompok risiko akan dapat menjadi kelompok rentan.

Balita sebagai kelompok risiko juga dapat menjadi rentan. Stanhope dan Lancaster (2004) berpendapat bahwa kelompok rentan adalah bagian dari suatu kelompok yang berisiko memiliki masalah kesehatan bila dibandingkan dengan populasi lainnya dalam populasi tersebut. Balita yang berasal dari keluarga miskin dan tidak memiliki tempat tinggal berisiko memperoleh asupan makanan yang tidak memadai, mudah terpapar infeksi karena tempat tinggal yang tidak memadai dapat menyebabkan perawatan diri terbatas, dan akses terhadap layanan kesehatan kurang, akan menyebabkan balita tersebut rentan terhadap kekurangan gizi.

Malnutrisi adalah setiap keadaan yang disebabkan oleh kelebihan atau kekurangan energi makanan atau asupan nutrisi atau oleh ketidakseimbangan nutrisi (Whitney & Rolfes, 2011). Kekurangan gizi adalah gangguan fungsi biologis yang terjadi akibat ketidakadekuatan masukan makanan, peningkatan kebutuhan zat gizi (nutrient), penurunan penyerapan zat gizi dan atau meningkatnya kehilangan zat gizi, metabolisme, penyimpanan dan pemanfaatan zat gizi. Kondisi kekurangan gizi meliputi kurang gizi makro dan kurang gizi mikro dapat terus terjadi akibat derajat ketidakseimbangan yang absolut dan bersifat immaterial dalam rentang waktu tertentu, adanya penyebab dari berbagai kelompok umur, serta penyakit infeksi (Muaz et al, 2010; Menpan, 2007; Shils et al 2006; Nelson, Williams, & Graham, 2005; Gibney, et al, 2005).

Penilaian status gizi diperlukan untuk menetapkan seseorang balita mengalami kurang gizi atau tidak. Menurut Gibson (1998, dalam Almatsier, Soetardjo, & Soekarti, 2011) penilaian status gizi adalah upaya menginterpretasikan semua informasi yang diperoleh melalui penilaian antropometri, konsumsi makanan, biokimia, dan klinik. Kemenkes (2011) mengelompokkan status gizi berdasarkan antropometri yaitu: 1) berat badan menurut umur (BB/U), adalah penilaian status gizi dengan membandingkan berat badan (gram) dengan umur (bulan); 2) panjang badan atau tinggi badan (cm) menurut umur (PB/U atau

TB/U) adalah tinggi badan (cm) berbanding umur (bulan); 3) berat badan(gram) menurut tinggi badan atau panjang badan (BB/TBatau BB/PB); 4) indeks massa tubuh (IMT/U), adalah indeks massa tubuh (gram) berbanding umur (bulan).

The National Bureau of Asian Research (2008) melaporkan bahwa terdapat 3,6 juta anak dan ibu yang meninggal setiap tahunnya akibat gizi kurang. Pertumbuhan janin yang buruk, dan perkembangan post natal terlambat, defisiensi mikronutrien, dan pemberian ASI yang tidak optimal mengakibatkan 1/3 anak meninggal dan 11% menderita sakit dari total penduduk dunia. Menurut United Nation International Children's Emergency Fund (UNICEF) dalam U.S. Agency for International Development (USAID), Indonesia berada pada peringkat ketujuh tertinggi anak dengan gizi kurang (lebih dari 7.6 juta anak) di dunia (UNICEF, 2009 dalam USAID, 2010). Tingginya angka gizi kurang di Indonesia mengindikasikan bahwa status gizi balita di Indonesia masih rendah, yang berpengaruh terhadap kualitas sumber daya manusia (SDM).

Prevalensi gizi kurang dan buruk di Kota Depok tahun 2011 masing-masing adalah 3,78 % dan 0,17%, sedangkan target pencapaian perbaikan gizi balita Kota Depok ditetapkan 0,13% pada tahun 2011 (Dinkes Depok, 2011). Data yang di peroleh dari Puskesmas Kelurahan Tugu (2011) di Kota Depok menunjukkan bahwa dari 8.694 balita di Kelurahan Tugu terdapat balita Bawah Garis Merah (BGM) pada kelompok umur 0-12 bulan dan 12 -59 bulan adalah masing-masing 17% dan 31%. Komunikasi personal yang dilakukan pada kader kesehatan, penanggungjawab program gizi Puskesmas dan Kasubdin Dinkes Kota Depok pada Oktober tahun 2011 menggambarkan bahwa faktor penyebab kejadian gizi kurang dan buruk di Kelurahan Tugu diantaranya adalah: kurang informasi kesehatan, keterbatasan sumber daya manusia (SDM), urbanisasi, dan tingginya prosentase penduduk ekonomi lemah, perilaku keluarga dalam pemilihan bahan makanan, pemberian makanan bergizi seimbang, cara pengolahan bahan makanan, pemanfaatan posyandu, penyakit infeksi seperti ISPA, diare dan penyakit lain yang diakibatkan lingkungan yang padat penduduk. Data ini sejalan dengan temuan residen saat melaksanakan praktik aplikasi keperawatan komunitas di Kelurahan Tugu pada tahun 2010. Penyebab kurang gizi pada balita di Kelurahan

Tugu antara lain adalah pola asuh yang salah; penyakit seperti ISPA, TBC, diare; jamkesmas terkait masalah kependudukan (urbanisasi); lingkungan padat, dan penghasilan keluarga kurang (Laporan Aplikasi FIK, tidak dipublikasikan, 2010).

Kurang gizi berdampak negatif terhadap pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan produktivitas balita. Mereka akan mudah sakit atau mengalami gangguan terhadap beberapa fungsi organ, seperti saluran pencernaan, pankreas, hati, ginjal, sistem hematologi, sistem kardiovaskular, sistem pernafasan, penyembuhan luka dan dapat mengakibatkan kematian (Adisasmito 2007; Gipney, et al, 2005; Arisman 2004; Bank Dunia, 2006 dalam Kemenkes 2010). Apabila kebutuhan nutrien tidak memadai maka balita akan rentan terhadap infeksi yang berisiko terhadap malnutrisi. Apabila malnutrisi dan infeksi terjadi secara bersamaan, maka akan terjadi kesakitan dan keterlambatan pertumbuhan anak (Anderson & McFarlane, 2004).

Peran keluarga dalam memenuhi kecukupan gizi balita, dilakukan dengan memberi makanan bergizi yang dibutuhkan oleh keluarga 3 kali sehari (Friedman, Browden & Jones, 2003). Seperti pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif sampai bayi berusia enam bulan, memberi makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) setelah anak berumur enam bulan, dan dilanjutkan dengan pemberian air susu ibu (ASI) sampai dengan anak berumur dua tahun atau lebih (World health Organisation, 2006), serta mempertahankan pemberian gizi seimbang (Whitney & Rolfes, 2011; Nakita, 2010). Namun, pada kenyataannya, sekitar 40-55% bayi berumur tiga bulan telah mendapatkan susu formula. Hal ini mengindikasikan bahwa penatalaksanaan gizi anak oleh ibu belum sesuai dengan anjuran, khususnya pelaksanaan ASI eksklusif.

Berhasil tidaknya keluarga meningkatkan status gizi balita tergantung pada penatalaksanaan gizi balita oleh keluarga. Oleh sebab itu, keluarga perlu memperhatikan asupan gizi anak, sebelum hamil, selama hamil dan setelah melahirkan. Menurut Nies dan McEwen (2007), peran keluarga dalam memenuhi gizi anak adalah: 1) sebelum kehamilan dimana ibu melakukan

pemantauan berat badan dengan mengkonsumsi asam folat; 2) selama hamil, ibu harus berperilaku hidup sehat dengan mengkonsumsi makanan yang kaya nutrisi, menghindari rokok, alkohol dan obat-obatan, dan melakukan perawatan selama kehamilan; 3) setelah melahirkan, ibu memberikan ASI, orang tua harus memberikan anak-anak makanan yang kaya nutrisi, melengkapi imunisasi anak, mengakses pelayanan perawatan kesehatan, dan berperilaku hidup sehat.

Upaya perbaikan gizi balita yang telah dilakukan oleh pemerintah, antara lain revitalisasi posyandu, revitalisasi puskesmas, revitalisasi sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPD), intervensi gizi dan kesehatan, promosi kesehatan keluarga sadar gizi (KADARZI), pemberdayaan, advokasi dan pendampingan, serta koordinasi dan peran lintas sektoral (Bappenas, 2010; Depkes, 2008; Adisasmito, 2007; Syaiful, 2008). Data dari Direktorat Gizi Masyarakat (www.scrib.com) menggambarkan bahwa upaya perbaikan gizi nasional telah dimulai sejak tahun 1980, yang diawali dengan berbagai survei dasar, kemudian penyusunan strategi intervensi dengan pelibatan berbagai sektor terkait.

Upaya perbaikan gizi dapat dicapai dengan menetapkan indikator. Indikator gizi balita dituangkan dalam rencana strategi (Renstra) pembangunan 2010-2015, adalah 100% balita gizi buruk mendapat perawatan, berat badan anak yang ditimbang naik 85%, balita yang mendapat ASI ekslusif sampai dengan enam bulam 80%, keluarga yang menggunakan garam beryodium 90%, ibu hamil mendapatkan Fe 85%, warga yang mengakses air bersih 67% dan kualitas air 100%, dan persediaan MP-ASI 100% untuk mencapai keberhasilan pelaksanaan program gizi. Hal ini sejalan dengan tujuan pertama *Millenium Developmental Goals* (MDGs) adalah mengurangi 50% dari proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990 – 2015 dengan indikator: (1) prevalensi anak balita gizi buruk (*underweight*) mencapai target 3,6% dari pencapaian 5,4%; (2) prevalensi kekurangan gizi pada balita mencapai target 18,5% dari pencapaian target 18,4%; (3) proporsi penduduk yang berada dibawah standar minimum dalam konsumsi energi mencapi target 5,0% dari pencapaian target 3,9% (Riskesdas, 2007 dalam Moeloek, 2011).

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bapennas) melaporkan bahwa Indonesia telah mendekati indikator pencapaian MDG's adalah penurunan prevalensi kekurangan gizi dari tahun 2007 sampai dengan 2010. Penurunan kekurangan gizi pada balita mencapai 18,4% pada tahun 2007 dan 17, 9% pada tahun 2010; balita gizi buruk dari 5,4% pada tahun 2007 dan 4,9% pada tahun 2010; balita gizi kurang masih sama adalah 13,0% pada tahun 2007 dan tahun 2010. Pencapaian perbaikan gizi balita mendekati target pencapaian MDGs masing-masing 15,5%; 13,6%; dan 11,9% pada tahun 2015 dan sasaran jangka menengah pembangunan nasional adalah penurunan gizi kurang dan buruk 15% (BPS, 1989; SUSENAS, 1989; Kemenkes & Riskesdas 2007, 2010, dalam Bappenas, 2010).

Hasil penelitian Bittikaka (tesis, 2011, belum dipublikasikan) di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura menunjukkan jumlah keluarga balita yang berkunjung ke posyandu setiap bulan adalah 67,6% dari 105 sampel. Posyandu sebagai tempat untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita. Sebanyak 78,3% balita melakukan kunjungan ke posyandu. Jumlah balita yang ditimbang secara rutin (4 kali atau lebih) berkisar antara 34,6 % sampai dengan 45,4%. Sebanyak 27,3% rumah tangga (RT) memanfaatkan posyandu, 10% membutuhkan tapi tidak memanfaatkan, dan 62,5% tidak membutuhkan dengan alasan pelayanan posyandu tidak lengkap 49,6%, jauh 26%, dan tidak ada posyandu 24% (Riskesdas 2007, dalam Depkes, 2008). Menurut Kresna, dkk (2008); pemanfaatan posyandu rendah, 72% dari 838 balita masih belum memanfaatkan posyandu masih rendah karena pelayanannya kurang menarik, monoton dan tidak lengkap. Koto dan Hasan Basri (2007) melaporkan bahwa penyebab kurangnya pemanfaatan posyandu adalah ibu lupa jadwal posyandu, media promosi kurang, dan sikap kader posyandu yang kurang ramah.

Hasil survey yang dilakukan pada bulan Oktober terhadap 101 sampel balita (meliputi RW 01 sampai dengan RW 11) menggunakan indicator BB/PB, BB/U, dan KMS menunjukkan bahwa status gizi sangat kurus mencapai 8,9%; kurus 27,7%; baik 61,4%; dan gemuk 2,0%. Selain itu didapatkan data bahwa dua anak

mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan (FIKUI, 2011, belum dipublikasikan). Residen juga melakukan komunikasi personal dengan penanggungjawab program gizi Dinkes Depok. Data yang diperoleh adalah bahwa program peningkatan gizi keluarga yang dijalankan Dinas Kesehatan Depok meliputi penyuluhan gizi; konseling gizi; KADARZI (keluarga sadar gizi, PMT-P (pemberian makanan tambahan pemulihan); penatalaksanaan gizi buruk di rumah tangga; rujukan gizi buruk; positive deviance, Teraupetic Feeding Center (TFC) atau pusat pemulihan gizi (PPG), penyegaran tatalaksanan gizi buruk dan pencegahan masalah gizi. Pencegahan masalah gizi yang telah dilakukan adalah dengan pembentukan motivasi laktasi dengan kader, pelatihan MP-ASI, reward project pada balita gizi buruk, lomba balita pasca gizi buruk, dan pemantauan status gizi setiap bulan Agustus tiap tahunnya. Kota Depok saat ini telah memiliki 3 PPG adalah di Pancoran Mas, Sukmajaya dan Cimanggis. Namun, untuk Kelurahan Tugu tidak dibentuk positive deviance dan PPG karena tidak sesuai dengan syarat untuk pembentukan (dalam satu wilayah kecamatan terdapat prevalensi gizi kurang akut > 15% (Kemenkes, 2011). Disamping itu Kelurahan Tugu masuk wilayah kerja Puskesmas Cimanggis. Apabila ditemukan kasus gizi buruk di Kelurahan Tugu langsung dirujuk ke PPG yang ada di Puskesmas Kecamatan Sukmajaya, Pancoran Mas, atau Puskesmas Cimanggis.

Pengkajian juga dilakukan dengan mewawancarai penanggung jawab kader Posyandu Kelurahan Tugu. Hasil wawancara menjelaskan bahwa posyandu umumnya hanya melakukan penimbangan dan pemberian makanan tambahan (sesuai dengan standar prosedur operasional (SOP) Kemenkes. Bila ada balita yang mengalami kurang gizi dan masalah kesehatan lainnya, akan disarankan ke puskesmas, untuk divalilidasi, konseling, rujukan jika gizi buruk.

Berdasarkan gambaran masalah gizi balita dan upaya penanggulangan yang telah dilakukan maka tampak jelas bahwa posyandu merupakan salah satu wadah intervensi perbaikan gizi balita. Namun, pelaksanaanya belum optimal. Residen menyusun rancangan inovasi tindakan keperawatan untuk memaksimalkan fungsi posyandu berdasarkan penelusuran pustaka dan temuan-temuan ilmiah.

Teori dan model yang digunakan meliputi teori manajemen keperawatan komunitas (Huber, 2010; Tomey, 2009; Marquis & Huston, 2006); *Community As Partner* (Anderson & McFarlane, 2004); *Family Center Nursing* (Friedman, 2003); *Health Promotion Model* (HPM) (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006); (Integrated Child Development Services/ICDS (Gragnolawati at al, 2005 dalam Baijpai & Dholokia, 2011); dan Women, Infant, Children (WIC) Program (Adelman & Mandle, 2011; Whitney & Rolfes, 2011).

Anderson dan Mc Farland (2004) mengembangkan model komunitas sebagai klien (community as-clien model) untuk menggambarkan definisi keperawatan kesehatan masyarakat sebagai bagian dari kesehatan publik dan keperawatan, kemudian berubah nama menjadi community as-partner untuk menekankan filosofi yang menggarisbawahi perawatan kesehatan utama/dasar. Family center nursing (FCN) atau family nursing care, dibentuk Interdisciplinary Association of Pediatric's Health (IACCH) menjelaskan bahwa keluarga sebagai pusat perawatan adalah suatu pilosofi dari perawatan kesehatan anak yang berkaitan dengan perawatan anak sebagai konteks dari keluarga dan memandang keluarga sebagai pelaksana utama perawatan dan perawatan berkelanjutan (Anderson, 2004).

Health Promotion Model (HPM) merupakan model yang dapat digunakan dalam promosi kesehatan (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002 dalam Mandle, 2006). HPM adalah suatu usaha untuk menggambarkan keadaan multidimensi interaksi individu dengan interpersonalnya dan lingkungan fisik sesuai dengan kesehatan mereka. Sedangkan ICDS dan WIC program merupakan intervensi gizi pada kelompok risiko seperti ibu hamil dan menyusui, balita yang bertujuan merubah perilaku dalam penatalaksanaan gizi melalui pendidikan kesehatan dan gizi. Kedua model intervensi pada menunjukkan perubahan peraku yang signifikan terhadap pola asuh, diantaranya asupan gizi seimbang, pemberian ASI ekslusif sampai dengan enam bulan serta pemberian MP-ASI setelah anak berumur enam bulan dengan biaya yang rendah (Baijpai & Dholokia, 2011; Adelman & Mandle, 2011; Whitney & Rolfes, 2011).

PBS didefinisikan sebagai suatu wadah yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan balita dengan melibatkan peran serta masyarakat melalui jalur kemitraan. Sasarannya meliputi ibu hamil dan menyusui atau keluarga yang memiliki anak berusia 0-59 bulan serta berdomisili di wilayah PBS dilaksanakan. Untuk mencapai tujuan dilakasanakan beberapa kegiatan meliputi: 1) pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita melalui penimbangan; 2) deteksi dan stimulasi tumbuh kembang anak balita melalui permainan; 3) pemberian pendidikan kesehatan tentang kebersihan diri, perawatan penyakit yang lazim pada balita, pencegahan penyakit; 4) pendidikan gizi tentang ASI eksklusif, gizi seimbang, MP-ASI; dan 5) pencatatan dan pelaporan.

Kegiatan PBS dilaksanakan pada tiga tingkatan klien yaitu keluarga, masyarakat dan pengelolaan pelayanan. Fokus pada perubahan perilaku dan peningkatan pengetahuan tentang gizi dan perawatan penyakit ISPA dan diare pada anak. Pendekatan yang digunakan adalah pemberdayaan dan promosi kesehatan melalui pendidikan kesehatan dengan metode ceramah, media dan demonstrasi dengan sasaran kader posyandu, keluarga balita, dan balita. sosialisasi pembentukan dan peresmian; perawatan ISPA dan diare; deteksi dini dan stimulasi perkembangan balita; advokasi ke Puskesmas Tugu; konseling ASI eksklusif; pendidikan MP-ASI dan gizi seimbang, deteksi dini dan stimulasi tumbuh kembang anak. Pelaksanaan kegiatan PBS dilakukan melalui koordinasi dan kerjasama dengan Puskesmas Kelurahan Tugu, Dinas Kesehatan Depok, Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB), dan kader Kelurahan Tugu dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat.

Pembentukan PBS telah sesuai dengan visi-misi dan tujuan Dinas Kesehatan kota Depok. Visi Dinas Kesehatan Kota Depok adalah terwujudnya Kota Depok sehat dengan layanan kesehatan merata dan berkualitas. Misi Dinas Kesehatan Depok adalah meningkatkan pemerataan layanan kesehatan dengan salah satu tujuan meningkatkan kewaspadaan pangan dan gizi. Sedangkan tujuan khusus pelayanan gizi masayarakat Kota Depok dan Puskesmas Tugu, yaitu meningkatkan status gizi masyarakat (Dinkes Kota Depok, 2011).

Pelaksanaan PBS di Kelurahan Tugu menggunakan pendekatan pemberdayaan dan kemitraan. Hal ini sejalan dengan peran perawat komunitas dalam mengatasi masalah kurang gizi pada balita, adalah: penasehat, pendidik, dan fasilitator (Lundy & Janes, 2009), yang diterapkan melalui asuhan keperawatan. Setelah pelaksanaan PBS selama 8 bulan terjadi peningkatan: 1) pengetahuan keluarga dalam penatalaksanaan gizi balita dari 75% menjadi 89%; 2) perubahan perilaku keluarga dalam penatalaksanan gizi balita dari 50,5% menjadi 80% meliputi: kunjungan ke posyandu dari 58% menjadi 70%; pemberian ASI eksklusif dari 42,6% menjadi 70%; 3) pengetahuan kader posyandu rata-rata pre dan post test dari 60% menjadi 90%; 4) keterampilan kader posyandu dalam penatalaksanaan gizi balita; 5) status gizi balita sangat kurus turun dari 8,9% menjadi 1,3%; kurus juga turun dari 27,7% menjadi 2,5%; baik meningkat dari 61,4% menjadi 95,0%. Pemantauan kegiatan PBS teridentifikasi variasi makanan tambahan terdiri dari pudding buah dan sayur, buah, tim saring, dan telah terlaksana stimulasi perkembangan anak dengan bermain. Balita dengan status gizi buruk telah dirujuk dan dirawat di RSCM menggunakan Jamkesda pengganti. Namun, penilaian status gizi balita belum semua dapat dilaksanakan di posyandu karena Keterampilan kader dalam pengukuran panjang badan anak masih perlu ditingkatkan dengan cara-cara yang lebih memberikan kenyamanan pada anak. Keberhasilan pelaksanaan kegiatan PBS berkat dukungan dan kerjasama dinkes, puskesmas, aparat kelurahn, masyarakat terutama kader dan keluarga.

1.2. **Tujuan**

1.2.1.Tujuan Umum

Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam penatalaksanaan gizi balita di Kelurahan Tugu, Kecamatan Cimanggis, Kota Depok.

1.2.2. Tujuan Khusus.

- a. Kemampuan keluarga dalam penatalaksanaan gizi balita di Kelurahan Tugu
- b. Kemampuan keluarga dalam merawat anak gizi kurang di Kelurahan Tugu.
- Kemampuan keluarga dalam merawat anak dengan diare di Kelurahan Tugu.

- d. Kemampuan keluarga dalam merawat anak dengan ISPA di Kelurahan Tugu.
- e. Keterampilan kader dalam penatalaksanaan gizi keluarga di Kelurahan Tugu.
- f. Keterampilan kader dalam penatalaksanaan gizi balita di Kelurahan Tugu.
- g. Keterampilan kader dalam penatalaksanaan balita sakit di Kelurahan Tugu.
- h. Status gizi balita di Kelurahan Tugu.

1.3.Manfaat

1.3.1. Pelayanan Keperawatan Komunitas:

a. Dinas Kesehatan dan Puskesmas

PBS dapat menjadi dasar untuk merumuskan kebijakan pengembangan program gizi balita. Jejaring kader, sumber daya yang ada di masyarakat, puskesmas dan dinas kesehatan dapat diperkuat dengan PBS sehingga deteksi dan penanggulangan masalah gizi pada balita dapat dilakukan dalam waktu yang tidak terlalu lama. PBS juga dapat menjadi daya ungkit peningkatan fungsi posyandu dalam pemantauan pertumbuhan balita.

b. Keluarga dengan balita kurang gizi

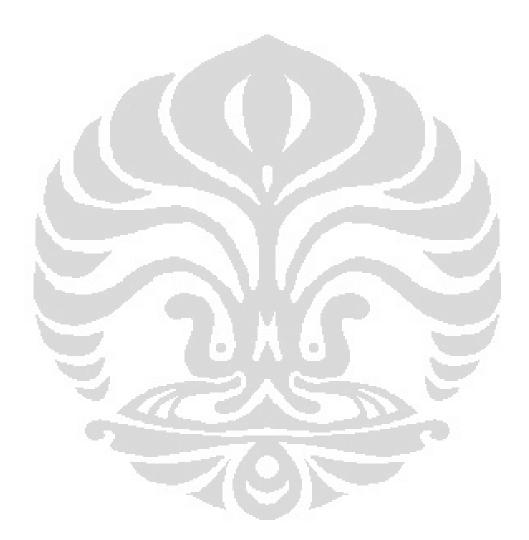
PBS dapat membantu keluarga dengan gizi kurang untuk lebih mengenali gejala kurang gizi pada balita, memperoleh pengetahuan dan keterampilan tentang perawatan gizi kurang, ISPA, dan diare pada balita. PBS dapat memfasilitasi fungsi perawatan kesehatan keluarga, khususnya dalam pemenuhan gizi keluarga dan stimulasi perkembangan balita.

1.3.2. Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

- a. PBS menjadi dasar pengembangan bentuk tindakan keperawatan komunitas yang berbasis promosi kesehatan yang efektif dalam pemenuhan gizi dan stimulasi perkembangan balita secara optimal.
- **b.** PBS dapat memotivasi perawat komunitas menerapkan berbagai strategi intervensi keperawatan komunitas sehingga berbagai bentuk tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah gizi pada balita.

1.3.3. Pengembangan Pendidikan Keperawatan

PBS dapat mendasari pengembangan penelitian keperawatan untuk menemukan tindakan keperawatan yang efektif dalam mengatasi masalah gizi balita. Selain itu PBS dapat menjadi salah satu *evidence based practice* yang dapat digunakan untuk memperkuat kurikulum pendidikan keperawatan yang terkait dengan keperawatan komunitas.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep *at risk*, konsep gizi dan permasalahannya, status gizi balita, dan penatalaksanaan gizi balita, serta konsep, teori, dan model yang digunakan pada pada praktek residensi asuhan keperawatan *aggregate* balita gizi kurang di Kelurahan Tugu yaitu Teori Manajemen Keperawatan (Huber, 2010;Tomey, 2009; Marquis & Huston, 2006); *Community As Partner (Anderson & McFrlane*,2011, 2004); *Family Center Nursing* (Friedman, 2003); *Health Promotion Model* (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006); *Integrated Child Development Services*/ICDS (Grgnolawati *at al*, 2005 dalam Baijpai & Dholokia, 2011); *Women, Infant, Children* (WIC) *Program* (Whitney & Rolfes, 2011; Mandle, 2010, 2006) yang diintegrasikan melalui inovasi PBS.

2.1.Konsep at Risk

2.1. 1. Pengertian

ASTHO (2008) mendefinisikan *at risk* atau risiko sebagai suatu kondisi yang berhubungan dengan faktor-faktor yang meningkatkan seseorang untuk memperoleh atau terkena suatu penyakit. Risiko merupakan faktor predisposisi terjadinya peningkatan penyakit (Stanhope & Lancaster, 2004). Maurer dan Smith (2005) menambahkan bahwa risiko merupakan konsep statistik yang didasarkan pada probalilitas (peluang) terjadinya suatu masalah kesehatan. Dengan demikian, yang dimaksud dengan *at risk* yaitu faktor-faktor yang memungkinkan seseorang mudah terkena suatu penyakit atau masalah kesehatan.

2.1.2. Faktor Risiko

Faktor risiko adalah suatu keadaan atau perilaku yang dihubungkan dengan peningkatan frekuensi penyakit tetapi bukan sebagai penyebab (Whitney & Rolfes, 2011), dapat berupa faktor paparan spesifik seperti: merokok, stress berat, suara yang terlalu keras, atau lingkungan kimia (Nies & McEwen, 2007).

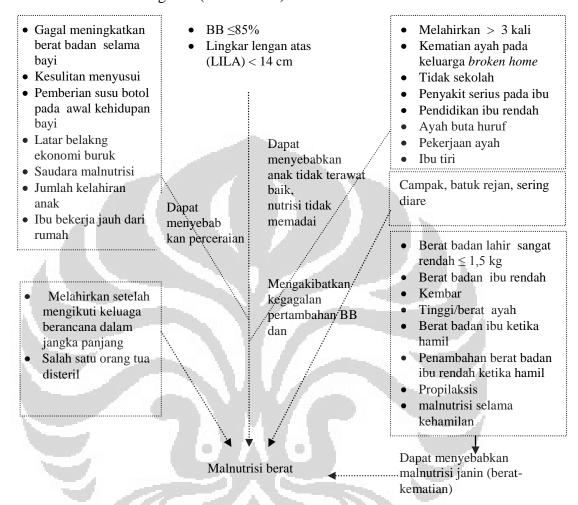
Menurut (Edeleman & Mandle, 2011); (Stanhope dan Lancaster, 2004), faktor risiko kesehatan keluarga yaitu: gaya hidup, biologi, lingkungan, sosial psikologi, budaya, dan spriritual; dan 5) sistem pelayanan kesehatan. Nies dan McEwen (2007) menjelaskan bahwa faktor risiko meliputi karakteristik individu seperti: umur, jenis kelamin, atau genetik, dan gaya hidup. Sementara, faktor risiko yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat (penyakit, angka kesakitan dan kematian) yaitu: demografi, psikologi, psikososial, dan lingkungan, misalnya umur, gender, ras, letak geografis, pola konsumsi, kurangnya pelayanan kesehatan (Edelman & Mandle, 2010). Sedangkan karakteristik faktor risiko yaitu: kebiasaan kesehatan, umur, biologi, kesehatan individu, gaya hidup dan lingkungan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Faktor risiko, dapat disimpulkan sebagai suatu keadaan atau perilaku yang dihubungkan dengan peningkatan penyakit yang meliputi: 1) perilaku seperti pola makan); 2) biologi seperti: genetik, cacat bawaan, retardasi mental; 3) lingkungan seperti: tekanan, stress, cemas, tetangga, polusi udara, suara dan air; 4) psikososial budaya dan spiritual seperti: kepadatan penduduk, isolasi, perubahan yang cepat); 5) dan pelayanan kesehatan seperti: penggunaan yang berlebihan, kurang pemanfaatan, pengobatan yang kurang memadai dan jangkauan terbatas (Whitney & Rolfes, 2011: Edelemen & Mandel, 2011; Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.3. Faktor Risiko yang Berkonstribusi Terhadap Terjadinya Kurang Gizi pada Balita.

Faktor risiko yang berkonstribusi terhadap terjadinya kurang gizi pada balita, yaitu sosial ekonomi; pendapatan keluarga; umur ibu; pekerjaan ibu; malnutrisi selama kehamilan; tidak melakukan perawatan antenatal, praktik pemberian gizi (ASI ekslusif, pemberian susu formula dengan botol); berat badan lahir rendah (BBLR); jenis kelamin balita; pendidikan ibu; persepsi ibu tentang pertumbuhan dan perkembangan balita; pemberian ASI; penyakit infeksi; balita; jenis kelamin balita; jumlah balita dalam satu keluarga; umur persediaan makan terbatas; kematian salah satu orang tua (Haidar et al, 2005; International Union of Nutritional Scientist 1997; PM Shah dalam Jellife dan

Jullife (1989) *International Union of Nutritional Scientist* 1997; PM Shah dalam jellife dan Jullife (1989) menjelaskan faktor risiko dan malnutrisi pada balita melalui suatu diagram (Gambar 2.1).



Gambar 2. 1. Diagram Faktor Risiko Dan Mal zat gizi Pada Balita di Bombay ; (International Union of Nutritional Scientists 1977; PM. Shah dalam Jellife & Jullife, 1989: hlm: 45)

Berbagai faktor risiko dalam diagram sesuai dengan pendapat Whitney dan Rolfes (2011) yang menyatakan bahwa umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun ketika hamil dan mengalami kurang gizi selama kehamilan, akan melahirkan balita dengan BBLR dan prematur, serta terjadinya kelainan pertumbuhan janin. Balita yang lahir dari ibu dengan malnutrisi selama kehamilan, akan melahirkan balita dengan malnutrisi. Lesiapetto, *et al* (2010) melaporkan bahwa terdapat 40% balita menderita kurang gizi pada ibu yang hanya bersekolah kurang dari lima tahun; 75% balita mengalami gizi kurang

berdasarkan persepsi ibu bahwa balitanya akan tumbuh dengan baik; 90% ibu melaporkan mereka kekurangan makanan.

Mengacu pada karakteristik risiko (*at risk*), dapat disimpulkan bahwa faktor risiko kelompok balita yang mengalami kekurangan gizi, yaitu: perilaku orang tua, riwayat keluarga, maupun faktor lain.

Perilaku Orang Tua. Perilaku adalah cara seseorang bertindak. Perilaku setiap atau semua aktivitas seseorang, meliputi tindakan fisik yang langsung diamati, dan aktivitas mental, yang disimpulkan dan diinterpretasikan. Sedangklan perilaku kesehatan adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh seseorang untuk menata, mengatur atau memperolah kesehan yang baik dan untuk mencegah penyakit. Perilaku kesehatan merefleksikan keyakinan seseorang, misalnya makanan bergizi seimbang (Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing, & Health Proffessions, 2004). Perilaku orang tua yang berkonstribusi pada terjadinya kekurangan gizi pada balita, diantaranya pemberian susu botol pada awal masa bayi (International Union of Nutrition Scientist, 1977 dalam Jellife & Jullife, 1989). WHO (2007) merekomendasikan pemberikan ASI eksklusif selama enam bulan, dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI yang kaya zat gizi sejak balita berusia enam bulan disertai dengan pemberian ASI sampai dengan usia dua tahun atau lebih. Balita yang mendapatkan ASI kurang dua tahun cenderung mengalami kurang gizi (Lesiapetto, Smuth & Hankom, et al, 2010) sedangkan balita yang mendapatkan ASI ekslusif gizinya lebih baik daripada balita yang tidak mendapatkan ASI ekslusif (Giashuddin, Kabir, & Rahman, 2003 dalam Muaz et al, 2010).

Riwayat Keluarga. Keluarga memiliki riwayat gizi kurang dalam hal ini ibu yang mengalami gizi buruk atau kurang selama hamil, berpenyakit menular; penyakit diabetes mellitus karena terjadi gangguan keseimbangan metabolisme; dan perceraian mengakibatkan balita kurang mendapakan perhatian dari orang tua. Keadaan ini berkonstribusi terhadap berat badan lahir rendah sebagai risiko kekurangan gizi pada balita (Allender & Spradly, 2005; Sandjaya, 2002; Jellife & Jullife, 1989).

Faktor Lain. Faktor lain sebagai risiko terjadinya kurang gizi pada balita yaitu sosial-ekonomi budaya mencakup pendidikan; umur ibu; jenis kelamin balita; penyakit infeksi seperti diare; dan persepsi keluarga terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita; tempat tinggal. Menurut Leseiapetto, *et al* (2010) bahwa ada hubungan gizi buruk dan kurang pada balita dengan faktor sosial ekonomi, maternal dan balita pada masyarakat perkotaan di Estern café dan Provinsi KwaZulu-Natal Afrika Selatan. Beberapa penelitian di sub Sahara Afrika menemukan bahwa laki-laki berisiko tinggi mengalami gizi buruk, sedangkan perempuan berisiko tinggi kegemukan.

Menurut Lesiapetto, et al (2010), pendidikan ibu tidak ada hubungannya dengan balita pendek. Namun, ada hubungan antara pendidikan ibu kurang dari lima tahun dengan risiko rendah kegemukan dan risiko tinggi malnutrisi, dimana ibu yang berpendidikan tujuh tahun berisiko lebih rendah memiliki balita pendek dan risiko tinggi kegemukan. Pendapat Lesiapetto, et al (2010) didukung oleh pendapat Miller dan Rodgers (2009) yang melaporkan bahwa ada hubungan antara pendidikan ibu dengan status gizi balita, dimana 56% balita memiliki risiko status gizi kurang pada ibu dengan tingkat pendidikan rendah, dan hanya 40% pada ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi.

Andeson dan McFarlane (2011) menjelaskan bahwa bila dibandingkan dengan balita yang sehat, balita dengan penyakit infeksi mengkonsumsi lebih sedikit makanan. Tempat tinggal penduduk berhubungan dengan akses terhadap makanan, rumah tempat tinggal, pendidikan, dan perawatan kesehatan lebih banyak berhubungan dengan kesehatan balita. Pada umumnya balita di negara yang sedang berkembang berasal dari keluarga miskin, mengakibatkan asupan makanan tidak memadai dan berhubungan dengan penyakit infeksi. Faktor biologi, sosial budaya, tekanan politik ekonomi bagi setiap penduduk berpengaruh terhadap jumlah dan kualitas zat gizit yang memadai untuk dikonsumsi oleh keluarga.

2.2. Vulnerable (Rentan)

Kelompok *vulnerable* (rentan) adalah suatu kelompok sosial yang memiliki risiko tinggi atau peluang terbesar terhadap penyakit dan kesehatannya kurang baik bila dibandingkan dengan populasi lainnya. Kelompok rentan merupakan bagian dari suatu kelompok yang berisiko memiliki masalah kesehatan bila dibandingkan dengan populasi lainnya dalam populasi tersebut (Stanhope & Lancaster, 2005). Dengan demikian yang dimaksud dengan kelompok rentan adalah bagian dari suatu populasi tertentu yang memiliki peluang lebih besar terjadinya masalah kesehatan bila dibandingkan dengan anggota lain dari populasi tersebut. Contoh seorang balita yang lahir dari keluarga miskin, pendidikan ibu kurang, tidak memiliki tempat tinggal, menderita penyakit kronis merupakan kelompok rentan terhadap gizi buruk, karena asupan zat gizi kurang akibat biaya untuk membeli makanan kurang dan sistem imun yang lemah akibat penyakit kronis (Flaskorad & Winshow, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2005).

Vullains (1999, dalam Stanhope & Lancaster, 2005) menjelaskan bahwa model epidemiologi *triangle*, yaitu *host, agent*, dan *environment* menjelaskan konsep rentan. Model ini menjelaskan bagaimana aspek psikologi dan lingkungan, meliputi kebiasaan individu, lingkungan fisik yang memungkinkan seseorang mendapatkan masalah kesehatan. Menurut Stanhope dan Lancaster (2005) status psikologi merupakan predisposisi seseorang menjadi rentan karena proses penyakit seperi penyakit kronis, infeksi HIV rentan terhadap infeksi oportunistik seperti *mycobacterium avim complex* karena istem imunnya menurun. Sedangkan masalah fisiologi dan karakteristik perkembangan merupakan predisposisi terhadap kerentanan. Contoh, seorang bayi yang dilahirkan dari ibu dengan pengguna NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif) dan memiliki masalah fisilogi berat berisiko melahirkan balita dengan zat adiktif dan keterlambatan perkembangan.

2.3. Gizi dan Status Gizi Balita

Menurut Waryono (2010) gizi adalah makanan yang berfungsi sebagai sumber tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur yang mengandung zat gizi dan atau unsur- unsur/ikatan kimia yang dapat diubah menjadi zat gizi oleh tubuh, dan berguna bila dimasukkan ke dalam tubuh. Menurut Muaz *et al* (2010) gizi adalah suatu proses dinamik mengenai nilai makanan, proses makanan, pencernaan, dan asimilasi makanan untuk zat gizi tubuh. Sementara, zat gizi adalah suatu substansi kimia baik yang terdapat didalam makanan, tepung, atau pil, atau cairan yang digunakan untuk pertumbuhan reproduksi dan penatalaksanaan kesehatan (Robert & Williams, 2000).

Menurut Kemenkes (2011), status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan dan tinggi badan yang disajikan dalam bentuk 4 indikator antropometri, yaitu: 1) berat badan menurut umur (BB/U); 2) tinggi badan menurut umur (TB/U); 3) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB); dan 4) Indeks massa tubuh menurut umur (IM/U). (Tabel 2.1).

Penilaian status gizi dilakukan berdasarkan Z-nya (*relative deviasi*) terhadap nilai rata-rata, dari nilai Z dapat ditentukan standar deviasinya (SD). *Cut of point* untuk setiap status gizi adalah ± 2 SD dan status gizi < - 3 SD sebagai kurang gizi buruk. Angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversi ke dalam bentuk nilai Z-score. Miller dan Rodgers (2009) menggambarkan cara menilai status gizi pada balita menggunakan tiga alat ukur status gizi balita, yaitu ukuran badan lahir kecil (*small birth size*), pendek (*shunting*), kurus/gizi kurang (*wasting*). Menurut Puffer & Serrano (1973, dalam Miller & Rodgers, 2009) setiap indikator ini memiliki aspek yang berbeda terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita ukuran badan lahir dipengaruhi oleh masa kehamilan meliputi pengaruh genetic, gizi dan kesehatan ibu selama masa kehamilan. Pendek dan kurus dipengaruhi oleh faktor eksogen setelah anak lahir meliputi lingkungan yang dipengaruhi oleh factor sosialekonomi dan lingkungan fisik.

Tabel 2.1. Kategori dan Ambang Bats Status Gizi Balita (0-60 bulan) Berdasarkan Indeks

No	Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas Z-Score
		1	
1.	Berat Badan menurut Umur	Gizi Buruk	< - 3 SD
	(BB/U)	Gizi Kurang	-3SD sampai dengan
			< -2 SD
		Gizi Baik	-2 SD sampai
			dengan 2 SD
		Gizi Lebih	>2 SD
2.	Panjang Badan menurut Umur	Sangat Pendek	
	(PB/U) atau		< - 3 SD
	Tinggi Badan menurut Umur	Pendek	-3SD sampai dengan
	(TB/U)	.,	< -2 SD
		Normal	-2 SD sampai
		m: :	dengan 2 SD
2	D (D)	Tinggi	>2 SD
3.	Berat Badan menurut Panjang	Sangat Kurus	< - 3 SD
	Badan (BB/PB) atau	Kurus	-3SD sampai dengan
	Berat Badan menurut Tinggi	Normal	< -2 SD
	Badan (BB/TB)	Normai	-2 SD sampai dengan 2 SD
		Gemuk	>2 SD
4	Indeks Massa tubuh menurut Umur	Sangat Kurus	>2 SD
	(IM/U)	Sungut Rurus	< - 3 SD
	(11.11.6)	Kurus	-3SD sampai dengan
			< -2 SD
		Normal	-2 SD sampai
			dengan 2 SD
		Gemuk	>2 SD

Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang kategori dan ambang batas statusgizi Balita berdasarkan indeks.

Menurut WHO (1950, dalam Miller & Rogers, 2009) yang dimaksud dengan berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram (sekitar 5.5 pon). Berat badan rendah/umur (BBLR) tidak dianalisis karena tidak dapat membedakan secara efektif antara jangka panjang dan jangka pendek serta menganalisis kurus dan kerdil. Depkes (2011) menjelaskan bahwa gizi buruk (*wasting*) dengan komplikasi yang memerlukan peanganan lebih lanjut oleh dokter dirujuk ke rumah sakit.

2.4. Kurang gizi

2.4.1. Pengertian

Kekurangan gizi atau malnutrisi adalah gangguan fungsi biologi yang terjadi akibat ketidakadekuatan masukan makanan, peningkatan kebutuhan zat gizi, penurunan penyerapan zat gizi dan/atau meningkatnya kehilangan zat gizi , metabolisme, penyimpanan dan manfaat zat gizi meliputi kurang gizi makro dan kurang gizi mikro, yang terus bertumpuk dimana derajat keseimbangan yang absolut tersebut bersifat immaterial dalam rentang waktu tertentu, adanya penyebab dari berbagai kelompok umur, serta penyakit infeksi (Muaz et al, 2010; Menpan, 2007; Shils et al 2006; Nelson, Williams, & Graham, 2005; Gibney at al, 2005). WHO dalam (Menpan , 2007) menggunakan istilah malnutrisi untuk gizi kurang (underntition) dan gizi lebih (over nutrition). Gizi kurang (undernutrition) adalah kekuranga energi atau zat gizi, sedangkan gizi lebih (over nutrition) adalah kelebihan energi atau zat gizi (Whitney & Rolfes, 2011).

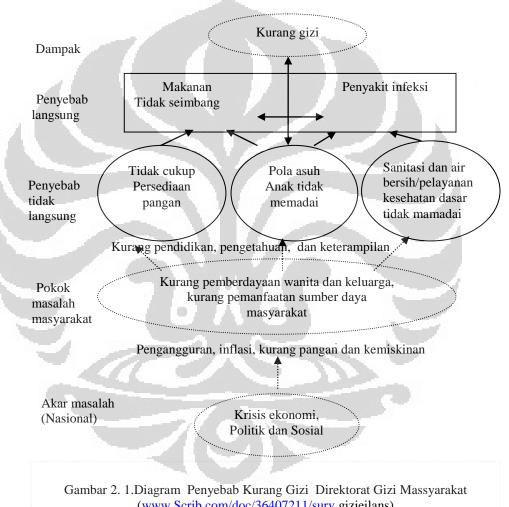
Lebih lanjut, (Whitney & Rolfes, 2011) menjelaskan bahwa apabila terjadi kekurangan energi, seseorang akan menunjukkan gejala gizi kurang, yaitu menjadi kurus, kehilangan kekuatan otot, mudah terkena penyakit dan infeksi, gangguan kulit, depresi, rambut rontok, perdarahan gusi, kejang otot, rabun senja, atau gejala lainnya. Gizi kurang (z score BB/U < - 2 SD) dan gizi buruk (z score BB/U <-3 SD) dengan atau tanpa gejala klinis.

2. 4.2.Penyebab

Penyebab kekurangan gizi pada balita dan dewasa dikelompokkan menjadi tiga penyebab yaitu: penyebab langsung/immediate); penyebab yang mendasari /underlying), dan penyebab utama/basic cause (UNICEF, 2009 dalam USAID, 2010; Admarita, 2005; Gibney, 2005; Burger, 2004). Gambar 2.1.

Penyebab langsung. Penyebab langsung kurang gizi yaitu; (a) asupan gizi yang buruk misalnya ketidakadekuatan menyusui (tidak mendapatkan ASI eksklusif), makan terlalu sedikit, makan kurang bervariasi, konsentrasi energi dan zat gizi dalam makanan (makanan terlalu encer), ketidak adekuatan

makanan seperti ketika bayi berusia enam bulan harus mendapatkan makanan umumnya pendamping ASI, akan tetapi makanan yang diberikan tidakmengandung zat gizi yang memadai; (b) penyakit misalnya infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dan diare. Pernyataan ini didukung dengan laporan hasil penelitian Muaz et al (2010) bahwa 85% bayi berstatus gizi baik mendapatkan ASI eksklusif sampai dengan 6 bulan dan hanya 42% bayi tidak mendapatkan ASI eksklusif sampai dengan enam bulan status gizinya baik



(www.Scrib.com/doc/36407211/surv gizieilans)

Penyebab tidak langsung atau yang mendasari. Penyebab langsung atau yang mendasari terjadinya kurang gizi meliputi: (a) persediaan makanan tidak ada akibat tidak memiliki uang untuk membeli makanan, produksi makanan oleh keluarga kurang, penyimpanan makanan yang tidak memadai atau buruk, pemilihan bahan makanan yang salah; (b) cara perawatan yang tidak adekuat akibat cara keluarga memberikan makan pada balita dan mendorongnya untuk makan, cara keluarga memberi makan wanita (khususnya selama hamil, melahirkan dan menyusui) dan yang sakit serta lansia, praktek pemberian makan khususnya balita dan wanita, cara menyiapkan makanan menyangkut kebersihan rumah, cara mencegah dan mengobati penyakit di rumah dan fasilitas kesehatan; (c) kondisi tempat tinggal yang buruk, meliputi ketidak adekuatan air, ketidakadekuatan sanitasi (pengawasan sanitasi lingkungan yang buruk risiko meningkatknya penyakit menular, perumahan kumuh); (d) pelayanan kesehatan yang buruk, seperti pengobatan dan keterampilan staf yang kurang memadai berisiko meningkatknya penyakit.

Penyebab Utama. Penyebab utama kurang gizi, yaitu: (a) kemiskinan, seperti di Indonesia dan Banglades (b) praktek pemberian makan (pola asuh) yang salah pada balita; (c) penyakit infeksi dan penyakit kronis (TBC/AIDS) akibat gangguan masukan, penyerapan, dan metabolisme zat gizi; (d) geografis; (e) cara menanam dan menyimpan serta mengolah hasil panen; (f) kondisi lingkungan; ketersediaan air minum yang tidak memadai; (g) kebersihan individu; (h) bencana alam, iklim, dan peperangan; (i) akses pelayanan kesehatan yang tidak memadai; (j) kebijakan pemerintah; (k) tekanan penduduk (Muaz et al, 2010; Ariani dkk, 2008; IPB, 2006; Gibney, 2005; Nelson, Williams, dan Graham, 2005; Atmarita, 2005; Burger, 2004;).

2.5. Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita

Faktor yang mempengaruhi status gizi menurut hirarki faktor risiko status antropometri yang diadaptasi dari Wamani et al (2006, & Chapra et al, 2003 dalam Lesiapetto et al 2010); Hien et al (2009) terdiri dari: a) inherent factor (usia dan jenis kelamin); b) distal factors (faktor sosial ekonomi: tempat tinggal, etnis, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga perkapita, usia ibu); c) intermediate factors (fakor lingkungan: ukuran rumah, struktur rumah, jenis jamban (latrine), sumber air; faktor ibu: usia ibu ketika melahirkan, indeks massa tubuh ibu, jumlah balita dalam keluarga.

2.5.1. Inherent Factor (Faktor yang Berhubungan Langsung)

Inherent factor terdiri dari faktor usia dan jenis kelamin balita sebagai faktor penyebab kurang gizi. Muaz et al (2010) melaporkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki terhadap status gizi dengan kategori kurus (gizi kurang), pendek dan berat badan kurang (gizi buruk). Wamani et al, 2007: Wells, 2000 dalam Hein et al (2009) melaporkan bahwa ada hubungan antara umur balita dengan risiko tinggi kurang gizi, dimana balita berumur 0 bulan memiliki risiko rendah terjadinya gizi kurang, dan gizi buruk karena mendapatkan ASI sampai dengan usia 12 bulan. Sementara kejadian gizi kurang, dan buruk lebih banyak pada balita laki-laki karena pengaruh tekanan lingkungan dimana anak laki-laki lebih aktif daripada perempuan.

2.5.2. Distal Factors (Faktor Predisposisi)

Distal factor berupa faktor sosial ekonomi sebagai penyebab terjadinya kurang gizi diantaranya: tempat tinggal, etnis, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga perkapita, umur ibu. Hein et al (2009) melaporkan bahwa berat badan balita yang lahir kurang dari 2500 gram merupakan faktor risiko gizi kurang pada balita. Sementara ibu dengan pendidikan tinggi akan memiliki status sosial tinggi serta memiliki fasilitas yang cukup untuk pencegahan penyakit sebagai salah satu faktor penyebab kurang gizi. Ada hubungan antara ibu sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah (sumber keuangan) dan waktu yang dibutuhkan dengan status gizi buruk pada balita (Bronto Tinkew & De Jong (2004, dalam Miller & Rodgers, 2009).

2.5.3. *Intermediate Factors* (Faktor Perantara)

Intermediate factors sebagai penyebab terjadinya kurang gizi, meliputi: fakor lingkungan: ukuran rumah, struktur rumah, jenis jamban (*latrine*), sumber air; faktor ibu: usia ibu ketika melahirkan, indeks massa tubuh ibu, jumlah balita dalam keluarga. Jumlah balita dalam keluarga mengakibatkan terjadinya persaingan sarana-prasarana, perebutan makanan, waktu terbatas untuk merawat balita, berkurangannya pelayanan medis, dan meningkatnya paparan penyakit infeksi (Muaz *et al*, 2010).

2.6. Jenis dan Tahapan Kejadian Kekurangan Zat Gizi

Menurut Whitney dan Rolfes (2011) jenis kejadian kekurangan Zat gizi, yaitu kekurangan primer (*primary deficiency*), kekurangan sekunder (*sekundary deficiency*). Sedangkan tahapan kekurangan zat gizi yaitu subkilinis (*subclinis deficiency*) dan klinis. Kekurangan primer yaitu kekurangan zat gizi yang disebabkan oleh asupan zat gizi yang tidak memadai, misalnya asupan zat besi yang tidak memadai, atau gangguan penyerapan zat besi, atau terlalu banyak zat besi yang dikeluarkan, atau pemakaian zat besi yang tidak memadai. Kekurangan sekunder yaitu kekurangan zat gizi yang disebabkan oleh sesuatu bukan karena asupan yang tidak memadai, seperti penyakit, interaksi obat yang mengurangi penyerapan, penggunaan selang, atau untuk elimiminasi (eksreasi), atau kerusakan zat gizi (secara klinis sudah ada tanda dan gejala kurang gizi dan laboratoium). Tahapan kekurangan zat gizi subklinis yaitu kekurangan yang terjadi pada tahap awal sebelum muncul tanda dan gejala, tetapi secara laboratorium sudah ada.

2.7. Dampak Kurang Gizi Lebih Jauh.

Asupan zat gizi yang tidak memadai berdampak terhadap pertumbuhan balita yang mengakibatkan penurunan berat badan dan gizi buruk dimasa dewasa (Whitney & Williams, 2011). Kurang gizi pada ibu dapat mengakibatkan perkembangan janin dan hasilnya dikemudian hari. Kurang gizi juga berdampak terhadap organ tubuh, serta produktivitas generasi yang akan datang. Akibat kurang gizi balita mudah terkena infeksi yang berdampak terhadap tidak maksimalnya pertumbuhan otak secara permanen yang tidak dapat disembuhkan (Edelmen & Mandle, 2006; Kemenkes, 2010; Adisasmito, 2007; Bank Dunia, 2006; Gipney *et al*, 2005; Arisman, 2004).

Arisman (2004) menjelaskan bahwa gizi kurang berpengaruh terhadap beberapa organ, diantaranya: a) saluran pencernaan (menurunkan sekresi asam dan memperlambat gerak lambung); b) pankreas (menyebabkan atrofi dan fibrosis sel-sel sinar yang akan mengganggu fungsi pankreas sebagai kelenjar eksokrin, sehingga terjadi diare); c) hati (pengecilan atau pembesaran hati); d) ginjal (penurunan rata-rata filtrasi glomerulus dan aliran plasma

ginjal) sistem hematologi (anemia, leukopenia, trombositopenia, pembentukan akantosit, serta hipoplasia); e) sistem kardiovaskular (gangguan pada jantung berupa mengerutnya volume jantung hingga 17% sehingga terjadi bradikardia, hipotensia arterial ringan, penurunan tekanan vena, konsumsi oksigen, stroke volume, dan penurunan curah jantung) sistem pernafasan (bronkitis, tuberkulosis, serta pneumoni); f) dan penyembuhan luka menjadi lambat. Whitney dan Rolfes (2011) melaporkan bahwa lebih dari 50% kematian balita berumur kurang dari 4 tahun terjadi karena BBLR disertai malnutrisi Dampak lebih jauh yaitu penurunan kualitas SDM yang akhirnya berdampak terhadap pendapatan perkapita baik regional maupun nasional.

2.8. Upaya dan Kebijakan Perbaikan Gizi Balita di Indonesia

Upaya dan perbaikan gizi balita yang telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia, meliputi revitalisasi posyandu, revitalisasi puskemas, intervensi gizi, dan revitalisasi sistem kewaspadaan pangan (Bappenas, 2010; USAID, 2010; Syaiful, 2008; Adisasmiro, 2007). Revitalisasi posyandu bertujuan meningkatkan fungsi dan kinerja posyandu dalam pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita. Kegiatannya berupa pelatihan dan orientasi petugas puskesmas, dan sektor lain, kader kesehatan; pembinaan dan pendampingan kader; penyediaan sarana seperti dacin, KMS dan buku KIA, panduan posyandu, media KIE, dan sarana pencatatan; penyediaan biaya operasional; dan modal usaha melalui Usaha kecil Menengah (UKM) dan mendorong partisipasi masyarakat.

Revitalisasi puskemas bertujuan meningkatkan kinerja dan fungsi puskesmas terutama dalam pengelolaan gizi puskesmas baik penyediaan upaya perorangan maupun masayarakat. Kegiatannya berupa: pelatihan penatalaksaan program gizi di puskesmas bagi pimpinan puskesmas untuk pembinaan posyandu; pelacakan kasus, kerjasama lintas sektoral, kecamatan dan lain; pemenuhan sarana antropometri dan KIE, petugas dan jajarannya; pelatihan penatalaksanan gizi buruk bagi petugas rumah sakit dan puskesmas.

Intervensi gizi dengan pemberian suplemen (vitamin A, tablet/sirup SF), pemberdayaan, advokasi dan sosialisasi; KIE promosi perubahan perilaku keluarga untuk perbaikan gizi menuju keluaga sadar gizi; kerjsama dan kemitraan, penguatan system surveilans, melakukan perawatan kasus gizi buruk di Puskesmas dan Rumah Sakit.

Revitalisasi sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG) meliputi: memfungsikan sistem isyarat dini dan intervensi serta KLB; menfungsikan sistem pelaporan, diseminasi informasi dan pemanfaatannya, penyediaan data gizi secara regular (pemantauan status gizi, pemanfaatan konsumsi gizi dan analisis data susenas).

Kebijakan dalam rangka menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada balita menjadi 15,5 persen pada tahun 2015 dan untuk meningkatkan jumlah penduduk yang mengkonsumsi kalori sesuai angka kecukupan meliputi: 1) Meningkatkan akses penduduk miskin, terutama anak balita dan ibu hamil untuk memperoleh makanan yang aman dan bergizi cukup serta mendapatkan intervensi pelayanan lainnya.; 2) Mengembangkan bantuan khusus untuk penduduk miskin bagi provinsi dan kabupaten dengan prevalensi kekurangan gizi tinggi. Strategi lainnya yang juga akan dikembangkan melipu sosialisasi dan advokasi, terutama untuk mempromosikan pemberian ASI eksklusif dan praktekk pemberian makanan bayi; dan investasi pada prasarana dasar (kesehatan, air, sanitasi) terutama di daerah pedesaan dan perkampungan miskin di wilayah perkotaan; 3) Memperkuat pemberdayaan masyarakat dan merevitalisasi posyandu; 3) Memperkuat program pangan dan gizi melalui revitalisasi posyandu dan mengintergrasikan kegiatan pelayanan gizi pada pendidikan anak usia dini (PAUD); 4) Meningkatkan ketahanan pangan pada tingkat daerah terutama untuk mengurangi diparitas ketahanan pangan antar daerah; 5) Memaksimalkan kan terwujudnya ketahanan pangan di. tingkat daerah melalui: peningkatan produksi dan produktivitas pertanian; perbaikan sistem distribusi, akses dan sistem penanganan masalah pangan; dan percepatan penganekaragaman konsumsi pangan berbasis sumber daya lokal; 6) Memperkuat lembaga di tingkat pusat dan daerah yang mempunyai kewenangan kuat dalam merumuskan kebijakan dan program bidang pangan dan gizi.

2.9. Pemberdayaan, Advokasi dan Pendampingan

Empowering atau pemberdayaan adalah suatu kegiatan keperawatan komunitas yang melibatkan masyarakat secara aktif untuk menyelesaikan masalah dan pengambilan keputusan pada pada level individual, keluarga, komunitas dan masyarakat dengan mengubah kepincangan sosial (Anderson & McFarlane, 2011; Nies & McEwen, 2001; Sthanhope & Lancaster, 2004; Hitchock, Schuber & Thomas, 1999). Laverack Wallerstein (2001, dalam Anderson & McFarlane, 2011) menjelaskan bahwa kemampuan mengorganisir dan menggerakkan masyarakat memungkinkan individu, kelompok dan komunitas dapat mencapai perubahan untuk memperbaiki keberdayaannya. Menurut Anderson dan McFarlane (2011), perawat memberdayakan masyarakat untuk meningkatkan perubahan dalam komunitas melalui dialog.

Menurut Edelman dan Mandle (2011), pendidikan kesehatan menfasilitasi pengembangan pengetahuan, keterampilan dan perilaku kesehatan melalui penerapan teori dan model. Pendidikan kesehatan bertujuan membantu individu, keluarga, dan masyarakat termasuk tenaga sukarelawan untuk mencapai kesehatan secara optimal melalui tindakan dan inisasi (Adisasmito, 2007). Nies dan McEwen (2001) mengatakan bahwa perawat dapat menggunakan strategi pemberdayaan untuk membantu masyarakat mengembangkan keterampilan dalam menyelesaikan masalah, menciptakan jejaring, negosiasi, melobi, dan mendapatkan informasi untuk meningkatkan kesehatan. Pendidikan kesehatan membantu perubahan gaya hidup positif mencegah penyakit kronis, menurunkan kecacatan, dan meningkatkan kesejahteraan.

Advokasi dan pendampingan dilakukan dalam bentuk kerjasama dan kemitraan saling menguntungkan, terbuka dan setara guna meningkatkan status kesehatan melalui koordinasi dengan lintas sektor dan lintas program, kemitraan dengan

swasta, LSM, organisasi masyarakat dan dunia usaha untuk memperoleh komitmen dan dukungan dalam pembuatan kebijakan, pengambilan keputusan, pelaksanaan dan memperkuat koordinasi (Syaiful, 2008).

Partnership atau kemitraan adalah suatu bentuk kerjasama aktif antara perawat komunitas, masyarakat, maupun lintas sektor dan program. Bentuk kegiatannya kolaborasi, negosiasi dan sharing dilakukan menguntungkan (Sthanhope & Lancaster, 2004; Hitchock, Schuber & Thomas, 1999). Ervin (2002) menjelaskan bahwa Partnership adalah keperawatan komunitas dalam bentuk kerjasama dengan pihak terkait untuk membina, mengawasi, dan mencegah permasalahan komunitas. Pihak yang dapat dilibatkan dalam partnership untuk penatalaksanaan gizi balita adalah pemerintah (Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Kelurahan) dan LSM. Bentuk kegiatan dapat berupa kerjasama program dan dukungan dari pihak yang diajak kerjasama. Program dapat berasal dari pihak yang diajak kerjasama atau perawat.

2.10. Peran Perawat Komunitas Dalam Penatalaksanaan Gizi Balita

Peran perawat komunitas, yaitu sebagai penasehat pasien (*patien advocate*), pendidik (*educator*), fasililitator (*facilitator*); *counselor* (konselor) (Lundy & Janes, 2000; Nies & McEwen, 2007). Sebagai penasehat, peran perawat komunitas meliputi penghubung lembaga pelayanan kesehatan untuk mendukung perawatan kesehatan terbaik bagi pasien. Perawatan dini akan menawarkan alternatif tindakan perawatan yang terbaik bagi pasien berdasarkan hasil riset. Perawat akan melakukan kontak dengan lembaga perawatan kesehatan dengan ijin klien.

Perawat sebagai pendidik memegang peranan penting dalam meningkatkan kesehatan penduduk. Pendidikan kesehatan adalah setiap penggabungan pengalaman belajar didasarkan pada teori yang memungkinkan individu, kelompok dan masyarakat kesempatan memperoleh pengambilan keputusan kualitas kesehatan. Mendidik manusia merupakan bagian integral dari peran

perawat dalam setiap tatanan praktek yaitu: disekolah, komunitas, tempat kerja, tempat pelayanan kesehatan dan rumah.

Peran perawat komunitas sebagai pendidik bagi klien (keluarga, komunitas dan pemerintah) dalam hal penataan gizi balita, yaitu memberikan pendidikan mengenai keamanan makanan yang dikonsumsi, cara memilih makanan yang sehat dan bergizi bagi keluarga khususnya balita, pemberian ASI ekslusif, MP-ASI, dan gizi seimbang. Perawat membantu klien memilih makanan sehat sesuai dengan latar belakang budaya, mengidentifikasi makanan yang sudah jadi dengan komposisinya.

Peran perawat komunitas sebagai fasilitator, yaitu memfasilitasi orang dan kelompok tentang isu dan kebutuhan mengenai penatalaksnaan gizi. Sebagai fasilitator, perawat komunitas menginisiasi perubahan positif melalui program spesifik, dalam hal ini program penatalaksanaan gizi balita. Perawat komunitas sering sebagai koordinator manajer kasus, memberikan pendidikan kesehatan menggunakan pedoman pemberian zat gizi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Perawat komunitas tidak bekerja sendiri, tetapi bekerja dengan tim kesehatan lainnya, dan keluarga pasien (Kaufman, 1990).

Perawat sebagai konselor melaksanakan konseling kesehatan berdasarkan keinginan dan keputusan individu (Bandman & Bandman, 2002 dalam Edelman & Mandle, 2011). Sebagai konselor pasien untuk mendukung perawatan kesehatan terbaik bagi pasien, terjadi hampir dalam setiap interaksi kesehatan individu. Sebelum memulai konseling kesehatan individu, perawat harus memahami sistem nilai, meliputi bagaiman kesalahan dan keyakinan tentang kesehatan serta dampaknya terhadap peran konselor.

Dalam melaksanakan perannya, perawat komunitas mengaplikasikannya dalam bentuk pelaksanaan asuhan keperawatan pada level individu, keluarga dan komunitas. Dalam konteks intervensi gizi balita, perawat komunitas sebagai pelaksana atau *care provider* dalam penatalaksanaan gizi balita dengan cara memberikan pendidikan, konseling tentang tentang gizi, permasalahannya,

perawatan dan pencegahnnya, melakukan advokasi, dan koordinasi kepada pengambil kebijakan dan memfasilitasi masyarakat dalam penyelesaian masalah gizi pada balita.

2.11.Teori dan Model pada Praktek Pelayanan dan Asuhan Keperawatan Aggregat Balita dengan Kurang Gizi

Beberapa teori dan model keperawatan komunitas yang akan digunakan untuk penatalaksanaan gizi kurang, khususnya pada aggregate balita diantaranya teori manajemen keperawatan (Huber, 2010;Tomey, 2009; Marquis & Huston, 2006); Community As Partner (McFrlane, 2004); Family CenterNursing (Friedman, 2003; Health Promotion Model/HPM (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006; Integrated Child Development Services/ICDS dari Grgnolawati at al, 2005 dalam Baijpai & Dholokia, 2011); Women, Infant, Children (WIC) Program (Whitney & Rolfes, 2011; Mandle, 2010;2006).

2.11.1 Model Manajemen Penatalaksanaan Gizi Balita

Manajemen adalah suatu proses pengkoordinasian dan pengintegrasian saranaprasarana melalui aktivitas perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan
pengawasan untuk mencapai tujuan umum dan tujuan khusus (Huber, 2010).
Manajemen pelayanan keperawatan komunitas harus dilakukan secara efektif,
sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat. Pelaksanaan tugas pelayanan
keperawatan yang komprehensif dapat dilakukan melalui penerapan manajemen
keperawatan yang teridiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan
pengawasan (Huber, 2010; Tomey, 2009; Marquis & Huston, 2006).

Perencanaan. Perencanaan merupakan suatu kegiatan rencana dengan menentukan prioritas, tindakan, dan metode yang dipergunakan sebagai pedoman untuk mencapai hasil berdasarkan tujuan jangka panjang dan jangka pendek (McNamara dalam Huber, 2010; Huber, 2010; Fayol dalam Menamburg Fleksibel, dan Swamburg (1999).

Tahapan perencanaan terdiri dari: identifikasi misi; filosofi; melakukan pengamatan lingkungan; analisis situasi (misalnya: analisisi SWOT yaitu: kekuatan (*strengths*), kelemahan (*weakness*), kesempatan (*opportunities*), dan ancaman (*treats*); menentukan tujuan umum dan tujuaan khusus; menyusun strategi untuk mencapai tujuan; menentukan penanggung jawab dan jadwal; pendokumentasikan perencanaan; dukung an terhadap mencapaian hasil (Huber, 2010; Marquis & Huston, 2006).

Misi atau tujuan adalah suatu pernyataan singkat yang mengidentifikasi alasan keberadaan suatu organisasi dan tujuan atau fungsi organisasi. Disamping misi, suatu organisasi juga memiliki visi, yaitu pandangan atau kekuatan dari imaginasi untuk melihat sesuatu apabila tidak dapat diamati. Tomey (2009) menjelaskan bahwa proses perencanaan dimulai dengan analisis mendalam tentang kekuatan dan kelemahan lingkungan internal dan tanggungjawab eksternal dan ancaman sehingga dengan jelas dapat dirancang untuk mencapai tujuan. Proses perencanaan menentukan arah dari organisasi, dan kerangka waktu. Perencanaan memerlukan strategi untuk mengetahui kekuatan dan kelemahan organisasi, potensi, kesempatan dan ancaman. perencanaan merupakan panduan organisasi, meningkatkan efisiensi, memilih program yang tepat, tanggungjawab, memusatkan perhatian pada saranaprasarana pelayanan, meningkatkan komunikasi dan koordinasi, mengembangkan tanggungjawab, memungkinkan adaptasi terhadap perubahan lingkungan, merancang, dan membantu pencapaian tujuan.

Hal yang penting diperhatikan dalam perencanaan adalah anggaran. Menurut Tomey (2009) anggaran direncanakan sesuai alokasi sarana-prasarana dan diawasi untuk menyesuaikan hasil dengan perencanaan. Anggaran merupakan pernyataan financial meliputi pengeluaran, material, dan peralatan. Anggaran membantu mengkoordinasikan organisasi menentukan sarana-prasarana yang akan digunakan, bagi setiap unit organisasi dan fungsinya, dan direncanakan dalam satu tahun, enam bulan, tiga bulan atau setiap bulan. Periode anggaran ditentukan dengan cek secara teratur dan harus digunakan dalam siklus normal.

Tatanan anggaran harus diawasi menggunakan alat ukur, seperti laporan manjerial, pembukuan, dan buku catatan pembantu untuk mencegah kehilangan.

Filosofi merupakan artikulasi dari visi dan memberikan suatu pernyatan tentang keyakinan dan nilai sebagai panduan bagi setiap orang beraktivitas dalam organisasi (Tomey, 20110; Marquis & Huston, 2006). Menurut Tomey (2010) filosofi harus tertulis dan didokumentasikan dengan baik menggunakan buku catatan staf, dan laporan harian, dan diperbaharui setiap saat. Marquis dan Huston (2006) menjelaskan bahwa filosofi organisasi merupakan dasar pengembangan filosofi keperwatan di level unit dan pelayanan keperawatan secara keseluruhan.

Tujuan umum dan tujuan khusus merupakan pernyataan tindakan untuk mencapai misi dan filosofi. Tujuan umum merupakan sentral bagi seluruh proses manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengawasan/penilaian. Perencanaan mementukan pencapaian tujuan umum, tujuan organisasi dan staf untuk mencapai tujuan. Panduan merangsang pegawai untuk mencapai tujuan, dan membandingkan hasil penilaian dengan pencapaian tujuan . Tujuan umum dan tujuan khusus merujuk kepada pelayanan, ekonomi, penggunaan sarana-prasarana, sumber daya manusia (SDM), fasilitas, inovasi dan tanggungjawab sosial. Tujuan umum lebih luas, dan mencakup seluruh aktivitas. Tujuan jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang harus seimbang, dan saling tergantung, dan berurutan (Tomey, 2009).

Pengorganisasian. Pengorgnisasian adalah mobiliasai SDM dan material sarana-prasarana institusi untuk mencapai tujuan organisasi (Huber, 2010). Menurut Fayol (1949, dalam Huber, 2010) fungsi pengorganisasian adalah mengembangkan material dan struktur SDM ke dalam infrastruktur. Otoritas, kekuatan, dan struktur digunakan untuk mempengaruhi. Tujuan adalah mendapatkan SDM, perlengkapan, dan sumber material untuk menggerakkan,

mengorganisi, dan bekerja. Dengan demikian, tujuan orgnisasi dapat dicapai dengan cara mengeratkan hubungan antara pegawai dan lingkungan.

Menurut Huber (2010) pengorganisasian berkaitan erat dengan proses perencanaan. Akivitas pengorganisasian dirancang bersama dengan penggunaan sarana-prasarana meliputi pegawai, uang, dan perlengkapan yang efektif untuk mencapai tujuan organisasi. Fungsi pengorganisasian meliputi pembagian aktivitas-aktivitas kerja, penentuan tanggung jawab dan wewenang, dan pembuatan hubungan kerja yang memungkinkan organisasi menyadari tujuan bersama. Struktur organisasi berkaitan dengan keefektifan dalam komunikasi (Gillies, 2000; Swansburg, 1999; Marquis & Huston, 2006).

Pengarahan. Pengarahan merupakan fungsi manajerial yang mengarahkan dan mempengaruhi orang untuk mengikuti petunjuk (Huber, 2010). Menurut McNmara (1999 dalam Huber, 2011) pengarahan (*leading*) atau mengkoordinasikan (*coordinating*), yaitu motivasi dan mengarahkan pegawai untuk melakukan tindakan. Fayol (1949 dalam Huber, 2010) mengidentifikasi koordinasi yang meliputi aktivitas yang dilakukan bersama secara umum dan harmonis oleh berbagai personal.

Fungsi pengarahan memungkinkan tindakan supervisi dan sebagai panduan bagi yang lain dalam melaksanakan tanggungjawab. Dalam melakukan arahan, digunakan keterampilan interpersonal yang dibutuhkan untuk keseimbangan dan arahan untuk melakukan supervisi langsung dan menata motivasi lingkungan kerja yang kondusif (Huber, 2010). Menurut (Gillies, 2000); (Swansburg, 1999); (Marquis & Huston, 2006) fungsi pengarahan lebih menekankan pada kemampuan manajer dalam mengarahkan dan menggerakkan semua sumber daya untuk mencapai tujuan yang telah disepakati. Pengarahan yang diberikan dapat berupa motivasi melalui komunikasi yang baik dalam suatu organisasi sebagai suatu umpan balik dari implementasi kegiatan organisasi.

Pengendalian. Pengendalian atau pengawasan adalah upaya membandingkan hasil pekerjaan dengan standar penampilan kerja dan melakukan perbaikan terhadap tindakan ketika dibutuhkan. Aspek manajerial pengawasan adalah pengawasan keuangan, kepatuhan, kualitas dan manajemen risiko, mekanisme umpan balik, penelitian dan analisis terbaru (Huber, 2010).

Koordinasi aktivitas pengawasan dari suatu sistem merupakan aspek manajerial, pengawasan terhadap penatalaksanaan keuangan, kepatuhan, kualitas dan manajemen risiko, mekanisme umpan balik, kebijakan dan prosedur, serta penelitian dan analisis terbaru. Pengawasan terhadap aktivitas digunakan oleh pimpinan untuk mengkomunikasikan pencapaian tujuan, aktivitas untuk mencapai tujuan, panduan bertindak, pengkoordinasian dan memutuskan apa yang dikerjakan (Huber, 2010). Pengkoordinasian dan pengawasan merupakan hal penting untuk berhasil di dalam suatu organisasi (McNamara, 1999 dalam Huber, 2010).

Menurut Marquis dan Huston (2006) kegiatan yang dapat dilakukan dalam pengawasan adalah monitoring dan evaluasi. Menurut Maurer dan Smith (2005) monitoring adalah verifikasi dari suatu pernyatan atau keadaan kesehatan. Sedangkan, evaluasi adalah penentuan dari signifikansi atau nilai informasi menganai keadaaan gizi balita. Evaluasi dilaksanakan untuk meyakinkan bahwa apa yang direncanakan untuk balita betul-betul dilaksanakan.

Tahapan yang dapat dilakukan dalam monitoring yaitu: memutuskan informasi apa yang akan dikumpulkan; mengumpulkan data dan menganalisisnya; dan memberikan umpan balik hasil monitoring (Gillies, 2000; Swansburg, 1999; Marquis & Huston, 2006). Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa organisasi perlu mengumpulkan data dan menganalisisnya, baik data nasional maupun regional melalui berbagai sumber, termasuk informasi data dan kegiatan masing-masing instansi dari anggota tim.

Fungsi pengawasan dalam menajerial keperawatan sebagai proses untuk mengevaluasi kembali, apakah kebutuhan terpenuhi, perencanaan, dan standar,

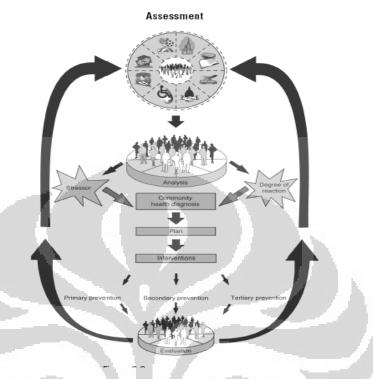
dan untuk mengidentifikasi dimana peningakatan dilakukan jika memungkinkan. Tujuan utama fungsi manajerial dari pengawasan pada elemen produktivitas dari organisasi. Bagi keperawatan yang berhubungan dengan pelayanan terhadap manusia, memerlukan keterampilan manajerial untuk melakukan perubahan SDM (Kepler, 1998 dalam Huber, 2010).

Kegiatan PBS dalam mengatasi masalah gizi balita menerapkan keempat fungsi manajemen, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, fasilitator melakukan tahapan perencanaan dimulai dengan menyiapkan rancangan kerja kisi-kisi dan format pengkajian, kerangka kerja (framework) menggunakan teori, dan konsep model keperawatan komunitas serta manajemen. Fasilitator, kemudian melakukan pengkajian menggunakan alat ukur yang telah disediakan. Data yang dikumpulkan kemudian dianalisis menggunakan tulang ikan. Dalam rangka rencana pembentukan PBS, fasilitator melakukan kordinasi sebagai fungsi dari pengorganisasian agar program yang direncanakan dapat tercapai. Koordinasi pelaksanaan program inovasi pembentukan PBS sesuai dengan visi-misi, dan tujuan program gizi Dinkes Kota Depok. Setelah aparat, dan pengambil kebijakan menyetujui rencana kerja pembentukan PBS, fasilitator melaksanakan kegiatan yang dimulai dengan sosialisasi pembentukan PBS, kemudian dilanjutkan dengan pembentukan PBS, struktur organisasinya, dan peresmiannya (merupakan bagian dari fungsi pengarahan). Fasilitator menyusun program kerja bersama pengurus PBS dan dilaksankan melalui kegiatan PBS. Untuk mengetahui keberhasilan pogram, dilakukan monitoring dan evaluasi sesuai dengan perencanaan.

2.11.2. Community As Partner

Model *Community as partner* menggunakan dua faktor sentral: berfokus pada komunitas sebagai mitra dipresentasikan melalui roda pengkajian, menyatu dengan manusia sebagai inti dan menggunakan proses keperawatan (Gambar 2.3) Model ini membantu perawat komunitas dalam praktek dengan berfokus pada perawatan kesehatan masyarakat yaitu praktek keilmuan, dan metodenya

melibatkan masyarakat untuk berpartisipasi penuh dalam meningkatkan kesehatannya (Anderson & Mc Farlane, 2011).



Gambar 2. 3. Skema *Community As Partner Model*Sumber: Andersondan McFarlane, *Community as Partner* (2011)

Pengkajian, Diagnosis, Perencanaan, dan Intervensi Keperawatan. Pengkajian aggregate balita menggunakan Community as Partner Model meliputi: inti komunitas, dan subsistem. Inti meliputi sejarah, demografi, sejarah orang tua balita gizi kurang, komunitas dimana lingkungan rumah yang tidak sehat, riwayat imunisasi, riwayat penyakit infeksi yang mungkin diderita balita, riwayat penyakit infeksi, riwayat kesehatan ibu balita, riwayat desa tempat tinggal orang tua balita (pertanian, industri, pusat perekonomian, adanya peperangan, bencana alam).

Delapan (8) Subsistem: Lingkungan fisik lingkungan tempat tinggal keluarga meliputi kondisi bangunan/rumah, kepadatan, ventilasi, pencahayaan, kebersihan, pemanfaatan pekarangan. Pendidikan meliputi tingkat pendidikan keluarga, pengalaman, pengetahuan orang tua mengenai gizi dan gizi kurang, sumber belajar yang tersedia untuk mendapatkan informasi mengenai cara perawatan balita dengan gizi kurang. Transportasi dan keamanan-keselamatan,

jenis transpostrasi yang digunakan oleh keluarga sehari-hari, terutama untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan, mengakses pelayanan kesehatan, dan mendapatkan sumber makanan. Keterlibatan keluarga di dalam pemerintahan politik, serta pengambilan keputusan penyelesaikan mengevaluasi program pembangunan yang ada di komunitas, serta pelayanan Pelayanan sosial dan kesehatan meliputi fasilitas pelayanan kesehatan. kesehatan seperti RS, puskesmas, klinik swasta, posyandu, PPG, balai pengobatan; pelayanan (waktu, biaya, rencana kerja); sumber daya (tenaga, tempat, dana, dan perencanaan); karakteristik pemakai (penyebaran geografis, gaya hidup, sarana dan transpotasi); kecukupan dan keterjangkauan oleh pemakai dan pemberi pelayanan). Komunikasi yang dikaji meliputi pola komunikasi keluarga, alat komuniksi yang dipergunakan serta sumber informasi umum yang ada di komunitas seperti terbitan mingguan, TV, Koran, dan Film. Ekonomi meliputi rata-rata pendapatan keluarga, karakteristik pekerjaan, serta sistem perekonomian di masyarakat. Rekreasi berupa tempat rekreasi atau tempat-tempat hiburan yang tersedia di masyarakat. Metode pengumpulan data dengan whinshield survey, obsevasi, wawancara mendalam, serta studi literatur

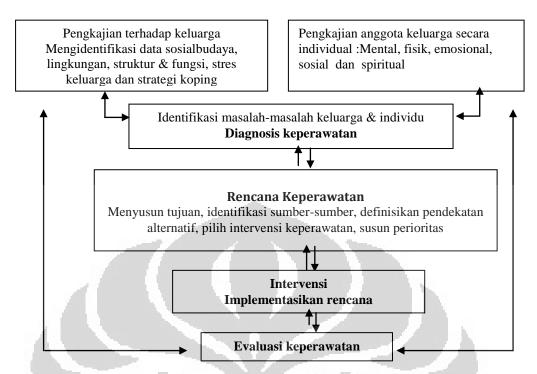
Dalam model *community as partner* intervensi keperawatan dianggap bersifat preventif (Anderson & McFarlane, 2011). Hal ini berarti bahwa keperawatan melaksanakan pencegahan, yang terdiri terdiri dari pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tertier. Pencegahan primer bertujuan mengurangi kemungkinan adanya stressor atau menguatkan garis pertahanan (contoh: imunisai untuk mencegah penyakit menular dan infeksi); pencegahan sekunder terjadi setelah stressor menembus garis pertahanan dan menyebabkan reaksi. Pencegahan sekunder bertujuan mendeteksi awal untuk mencegah kerusakan dikemudian hari (contoh surveilans gizi, skrining TBC pada balita, dan penyakit infeksi lainnya); Pencegahan tersier bertujuan untuk penatalaksanaan dan pemulihan kesehatan (contoh: rehabilitasi).

2.11.3. Family Center Nursing (FCN) atau Family Nursing Care (FNC)

Karakteristik Keluarga yang Sehat. Menurut (Becva Becvar, 2003; Friedman, Bowden, & Johns, 2003: Parachin, 1997 dalam Allender & Spradley, 2005), karakteristik keluarga yang sehat, yaitu: a) proses fasilitasi interaksi diantara anggota keluarga (komunikasi); b) perkembangan anggota keluarga (pekerjaan, gaya hidup, budaya, kompeten, terampil, perkembangan inteligensi); c) keefektifan struktur peran antara anggota keluarga yang satu dengan yang lain (tempat tinggal, agama, status perkawinan, pekerjaan orang tua); d) aktivitas pengambilan keputusan dalam menghadapi masalah (keterampilan, penyakit, pengobatan, kematian anggota keluarga, waktu); e) lingkungan rumah yang sehat dan gaya hidup (kondisi rumah, suasana lingkungan keluarga, pelayanan kesehatan, perawatan); f) peraturan yang berkaitan dengan masyarakat atau perundang-undangan (dukungan, ekonomi, politik, pengetahuan). Dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga yang sehat, meliputi: umur, pendidikan, pengetahuan, keterampilan, pekerjaan, status perkawinan, jenis kelamin, etnis, perilaku, penyakit, pelayanan kesehatan, ekonomi, lingkungan rumah, peraturan atau perundangan-undangan (Allender & Spadley, 2005).

Komponen Model. Komponen model yang akan dikaji meliputi fungsi dan tugas keluarga, nilai keluarga, tumbuh kembang, pola komunikasi, stress dan koping. Dalam kaitannya dengan balita gizi kurang keluarga merupakan unit sararan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan status gizi balita .Sementara balita dengan gizi kurang sebagai susbsistem yang perlu mendapat perhatian (Gambar 2.4).

Menurut Duvall dan Miller (1985 dalam Allender & Spradley 2005) terdapat enam fungsi keluarga, yaitu memberikan kasih sayang (providing affection), memberikan perlindungan (providing security), memberikan identitas (instilling identity), mempromosikan ikatan (promoting affiliation), memberikan sosialisasi (providing socialization), menetapkan pengawasan (establishing controle). Keenam fungsi ini membantu meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga (Allender & Spradley, 2005).



Gambar 2.4. Skema Family center nursing (Friedman (2003), Family Nursing:

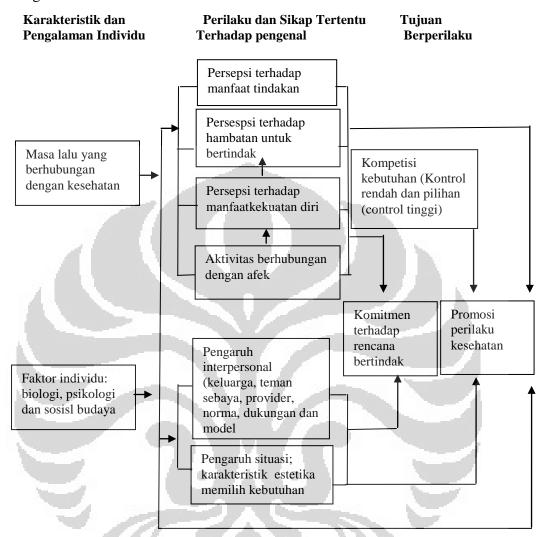
Research, Theory, and Practice, hal: 174).

Fungsi dan tugas keluarga yang dikaji, meliputi fungsi pengasuhan dan perawatan kesehatan bagi balita dengan gizi kurang, fungsi reproduksi (kesiapan keluarga memiliki balita dan usia ibu ketika mengandung balita dengan gizi kurang), fungsi ekonomi (kecukupan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita serta perawatan dan pengobatannya), fungsi sosialisasi (keluarga memberikan informasi tentang makanan bergizi bagi balita), serta tugas perkembangan keluarga dan pemeliharaan kesehatan (tugas perkembangan sesuai dengan tahap perkembangan balita).

2.11 .4. Health Promotion Model (HPM)

Komponen model HPM yang telah direvisi terdiri dari tiga variabel yaitu aktivitas berhubungan dengan sikap, komitmen terhadap rencana tindakan, kompetensi terhadap kebutuhan dan pilihan (Gambar 2.5) model revisi (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006). Pengaruh interpersonal terhadap perilaku promosi kesehatan, meliputi harapan terhadap anggota keluarga, pola perawatan

kesehatan keluarga, dan interkasi dengan profesi kesehatan. Penjelasan bagan sebagai berikut:



Gambar 2.5. Skema *Health Promotion Model (revised)*: Pender, Murdaugh, dan Parsons (2006, halt 50)

individu masa lalu yang berhuhungan dengan perilaku sebagai faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan, yaitu demografi; biologi; pengaruh interpersonal (sumber utama adalah keluarga: ayah atau saudara; teman sebaya, tenaga kesehatan meliputi: norma: harapan terhadap yang lainnya). Faktor personal, meliputi biologi: umur, indeks massa tubuh, status pubertas, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, kecerdasan, atau keseimbangan; psikologi: harga diri, motivasi, persepsi terhadap status kesehatan; faktor sosial budaya: ras, etnis, akulturasi, pendidikan dan status sosial ekonomi.

Perilaku Terhadap Pengenalan dan Sikap Tertentu. Variabel perilaku tertentu merupakan pertimbangan motivasi utama yang berhubungan dengan HPM. Variabel ini merupakan variabel inti untuk dintervensi, sebab merupakan subjek terhadap modifikasi melalui tindakan keperawatan. Penilaian variabel ini merupakan hal esensial yang menentukan jika terjadi perubahan aktual akibat intervensi dan pengaruh terhadap komitmen atau promosi perilaku kesehatan. Variabel ini dipengaruhi oleh persepsi terhadap manfaat tindakan, persepsi terhadap hambatan bertindak, persepsi terhadap manfaat, aktivitas behubungan dengan afek, pengaruh interpersonal, dan situasi. Keempat hal ini dipengaruhi dengan masa lalu yang berhubungan dengan kesehatan.

Pengaruh interpersonal (keluarga, teman sebaya, provider, dukungan dan model; pengaruh situasi; karaktaristik estetika ketika memilik kebutuhan dipengaruhi oleh faktor individu: biologi, psikologi dan sosial budaya. Apabila dihubungkan dengan persepsi terhadap tindakan keperawatan kesehatan, hal ini berarti bahwa seseorang akan menerima atau menolak informasi atau tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat apabila ia memiliki pengalaman yang bermanfaat terhadap tindakan keperawatan. Misalnya seorang memiliki pengalaman bahwa balita yang diberikan ASI ekslusif jarang sakit, bila dibandingkan dengan balita yang tidak mendapatkan ASI esklusif, akan memberikan balitanya dengan ASI eksklusif.

Menurut Adelman dan Mandle (2010) pola persepsi penatalaksanaan kesehatan berdampak terhadap gaya hidup dan kemampuan fungsi. Ketika seseorang tidak mempersepsikan masalah kesehatan aktual, kemungkinan melakukan tindakan promosi kesehatan bila tidak ada masalah, merasa tidak mampu menata kesehatannya, atau yakin bahwa aktivitasnya dimasa lalu kurang digunakan untuk promosi kesehatan. Aktivitas promosi kesehatan (seperti gizi yang memadai, aktivitas dan olahraga, tidur dan istirahat), pemerikasaan kesehatan oleh tenaga professional secara teratur, pemeriksaan diri sendiri, imunisasi, memungkinkan pola ini sebagai indikasi untuk meningkatkan penatalaksanaan kualitas hidup secara optimal. Gillis (993 dalam MCEwen & Mary, 2007)

mengidentifikasi bahwa keinginan yang kuat (*self efficacy*) menentukan partisipasi dalam promosi kesehatan gaya hidup, diikuti dengan dukungan sosial, persepsi terhadap manfaat, terhadap hambatan, dan pemahaman individu tentang pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan dilaksanakan pada tingkat individu atau kelompok melalui konseling dan pendidikan kesehatan langsung pada orang tua untuk perkembangan balitanya. Faktor penting pada pelaksanaan promosi kesehatan baik di tingkat individu, keluarga dan masyarakat yaitu partisipasi masyarakat.

2.11.5. Integrated Child Development Services/ICDS

Kegiatan ICDS dilalksanakan di India pada tahun 1995 dengan bantuan UNICEF dan Bank Dunia berfokus di pedesaan dengan sasaran multifaktor mal zat gizi. Program ini potensial lebih efektif, efisien dan seimbang bagi gizi buruk (Gragnolawati *at al*, 2005 dalam Bajpai & Dholokia, 2011). Kegiatan yang dilaksanakan antara lain memasak makanan dan aktivitas pendidikan prasekolah informal bagi balita usia kurang dari 6 tahun; pemberian makanan tambahan (MP-ASI) dan konseling nutrisi bagi balita, gadis, wanita hamil dan menyusui, kunjungan rumah dan pemantauan pertumbuhan; program komunitas seperti kesehatan pedesaan dan gizi sehari-hari, dan pemberdayaan melalui kolaborasi ANM dan ASHA.

2.11.6. Women, Infant, Children (WIC) Program

WIC program merupakan program bantuan pangan (gizi) yang diperuntukkan bagi wanita, bayi dan balita di Amerika pada pada tahun 2002 oleh *Food and Nutritional Services* (FNS) Program. WIC memiliki kualitas yang tinggi, dengan biaya perawatan rendah. Intervensi WIC, yaitu pendidikan gizi, pemberian makanan bagi bayi dan balita berumur lebih dari lima tahun, wanita hamil dan menyusui, yang secara kualitas finasial dan berisiko tinggi mengalami masalah kesehatan dan gizi (Whitney & Rolfes, 2011; Adelman & Mandle, 2010, 2006).

Tiga jenis risiko gizi yang menjadi pusat perhatian WIC yaitu: 1) prioritas tinggi, risiko berdasarkan medis seperti anemia, BBLR, umur ibu yang masih muda, memililiki riwayat komplikasi kehamilan; 2) risiko berdasarkan asupan zat gizi seperti pola zat gizi yang tidak memadai; 3) alkoholisme, dan pengguna NAPZA yang predisposisi terhadap masalah kesehatan atau berdasarkan risiko asupan zat gizit (Whitney & Rolfes, 2011).

2.12. Konsep sehat

US Department of Health and Human Services (2010) mendeklarasikan sehat bagi penduduk pada tahun 2020 berdasarkan visi dari penduduk dimana setiap orang berumur panjang dan hidup sehat. Penduduk sehat merupakan tujuan umum dan khusus yang ditargetkan dalam 10 tahun sebagi pedoman promosi kesehatan dan pencegahan penyakit untuk meningkatkan kesehatan seluruh penduduk. Sehat 2020 dipergunakan sebagai alat strategi manajemen oleh pemerintah baik di tingkat negara, maupun masyarakat umum serta sektor swasta, dan ditata secara komprehenship bagi keberhasilan isu kesehatan spesifik.

US Department of Health and Human Services (2007, 2010, dalam Edelman & Mandle, 2011) menjelaskan bahwa tujuan sehat 2020 menekankan pada prioritas untuk kesehatan individu, kelompok dan masyarakat. Menurut Lee dan Estes (2003, Edelman & Mandle, 2011) implementasi tujuan sehat 2020, yaitu membantu individu memperoleh pengetahuan, motivasi, bertanggungjawab terhadap kebutuhan untuk mengambil keputusan tentang kesehatannya Sedangkan Tujuan pertama MDG's adalah mengurangi 50% dari proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990 – 2015 dengan indikator: (1) prevalensi anak balita gizi buruk (underweight) mencapai target 3,6% dari 5,4%; (2) prevalensi kekurangan gizi pada balita mencapai target 18,5% dari pencapaian target 18,4%; (3) proporsi penduduk yang berada dibawah standar minimum dalam konsumsi energi mencapi target 5,0% dari pencapaian target 3,9% (Riskesdas, 2007 dalam Moeloek, 2011).

2.13. Konsep Pos Gizi

Pos Gizi adalah mobilisasi masyarakat yang efektif, memotivasi masyarakat untuk bekerja dengan melibatkan berbagai lapisan sosial yang berbeda-beda di masyarakat tersebut, untuk bekerjasama mengatasi masalah dan menemukan solusi dari masyarakat itu sendiri (Core, 2003). Pemecahan masalah gizi dengan pendekatan *positive deviance* merupakan alternatif yang perlu dipertimbangkan untuk dikembangkan di Indonesia sejalan dengan pengembangan desa siaga yang menekankan pada prinsip penggerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi di tingkat desa (Depkes RI, 2008).

Kegiatan Pos Gizi (*positive deviance*) adalah pelatihan yang meliputi materi program perbaikan gizi masyarakat, konsep pendekatan *positive deviance*, telaah data posyandu dan sosial ekonomi, musyawarah masyarakat desa/kelurahan, diskusi kelompok, penerapan perilaku *positive deviance*, pengelolaan KP3G (kegiatan praktek perilaku dan pemulihan gizi (penimbangan balita, praktek mencuci tangan, dan memasak, praktek perawatan balita); membangun komitmen belajar, teknik melatih dan rencana tindak lanjut (RTL).

2.14. Konsep Posyandu.

Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Depkes, 2006).

BAB 3

KERANGKA KERJA DAN PROFIL WILAYAH

Bab ini akan menjelaskan tentang *framework* atau kerangka konsep manajemen pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas dengan menggunakan integrasi teori manajemen, *community as partner*, *family centered nursing*, dan *healh promotion model* dalam mencegah dan mengatasi masalah gizi pada *aggregate* balita. Selanjutnya akan dibahas juga tentang profil wilayah Kelurahan Tugu yang menjadi wilayah penatalaksanaan gizi blita di komunitas.

3.1. Kerangka Kerja

Kerangka kerja pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan pada aggregate balita dengan risiko gizi kurang di Kelurahan Tugu menggunakan pendekatan integrasi manajemen pelayanan kesehatan komunitas, community as partner model, family center nursing model, dan health promotion model. Permasalah risiko kekurangan gizi masuk dalam program kerja perbaikan gizi masyarakat Dinkes Kota Depok. Program tersebut secara manajemen pelayanan kesehatan diatur dalam perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengarahan program dari Dinkes Kota Depok, Puskesmas Tugu, dan posyandu. Program inovasi yang ditawarkan di Kelurahan Tugu untuk mengatasi masalah gizi pada balita adalah PBS melalui pemberdayaan dan kemitraan. Konsep ini merupakan integrasi antara Posyandu dan Pos Gizi (PPG) yang saat ini ada di Kota Depok, serta konsep sehat 2020.

3.1.2. Konsep Pos Balita Sehat (PBS)

Pos balita sehat (PBS) merupakan model inovasi manajemen asuhan keperawatan *aggregate* balita dengan kurang gizi dengan mengintegrasikan program Pos Gizi, dan Posyandu. PBS adalah suatu wadah yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan balita dengan melibatkan peran serta masyarakat melalui jalur pemberdayaan dan kemitraan. Sasaran pos balita sehat adalah ibu hamil dan menyusui atau keluarga yang memiliki anak berusia 0-59 bulan dan berdomisili di wilayah tempat pos balita sehat dilaksanakan.

PBS Bertujuan meningkatkan kemampuan masyarakat dalam penatalaksanaan kesehatan balita secara umum, diantaranya: 1) Meningkatkan keterampilan keluarga dalam penatalaksanaan gizi balita; perawatan anak dengan masalah gizi; diare dan ISPA); 2) Meningkatkan keterampilan keluarga dalam penatalaksnaan gizi balita, dan mencegah masalah gizi pada balita; 3) Meningkatkan status gizi balita. Untuk mencapi tujuan yang telah ditetapkan disusunlan kegiatan PBS, meliputi: a) Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita melalaui penimbangan; b) Deteksi dan stimulasi tumbuh kembang anak balita melalui permainan; c) Pendidikan kesehatan meliputi: kebersihan diri, perawatan penyakit yang lasim pada, pencegahan penyakit; d) Pendidikan gizi meliputi ASI ekslusif, gizi seimbang, MP-ASI; e) Pencatatan dan pelaporan; f) Administrasi.

Sesuai dengan peran dan fungsi PBS, kepengurusan terdiri dari berbagai unsur adalah: a) Dinkes Kota: Kasubdin pelayanan kesehatan beserta Kasi pelayanan kesehatan keluarga dan gizi; b) BPPKB Kota Depok; c) Kepala Puskesmas Tugu beserta penanggungjawab posyandu dan gizi.; d) Kepala kelurahan dan ketua PKK tingkat kelurahan; e) Ketua RW dan ketua PKK beserta kader kesehatan.

Untuk kelancaran pelaksanaan pogram dilakukan pemilihan dan srtuktur organisasi PBS di wilayah percontohan, yang terdiri dari: a) Pembina, adalah Kepala Kelurahan Tugu dan Kepala Puskesmas Tugu;b) Pelindung, adalah ketua RW dan Ketua RW Siaga; c) Penanggungjawab, ketua kader posyandu; d) Wakil Ketua, adalah wakil ketua posyandu; e) Sekretaris, adalah sekretaris posyandu; f) Bendahara, adalah bendahara posyandu; g) Bagian pendaptaran, adalah bagian pendaftaran posyandu; h) Pelaksana program, adalah pelaksana rogram posyandu; i) Bagian pencatatan dan pelaporan, adalah bagian pencatatan dan pelaporan posyandu (lampiran 8).

Strategi pelaksanaan PBS adalah pemberdayaan dan kemitraan. Pemberdayaan dilaksanakan menggunakan metode promosi kesehatan pada 3 level pencegahan, adalah primer, sekunder dan tertier. Intervensi pada level primer berupa pendidikan kesehatan, yang dilaksanakan melalui manajemen asuhan *aggregate*

balita dengan risiko gizi kurang, asuhan keperawatan komunitas dan asuhan keperawatan keluarga. Prevensi sekunder dilaksakan melalui survey untuk menemukan balita dengan gizi kurang, perawatan dan rujukan. Prevensi tersier, dilakukan dengan cara memberikan informasi kepada keluarga tentang cara minum obat yang diresepkan oleh dokter, serta memaksimalkan perkembangan balita.

Manajemen pada *aggregate* balita dilaksanakan dengan cara pelatihan kader posyandu teng tang gizi yang meliputi: sosialisasi dan pembentukan PBS, penilaian status gizi balita, ASI ekslusif, gizi seimbang: diantaranya praktek pembuatan bubur Manado; dan MP-ASI: diantaranya pembuatan bubur pisang; pembuatan abon ikan lele; stimulasi tumbuh kembang anak balita; perawatan ISPA, diare, dan PHBS: mencuci tangan.

Asuhan keperawatan komunitas dilaksakaan di 2 wilayah percontohan PBS (RW 05 dan RW 07) dengan memanfaatkan posyandu dan melibatkan peran serta aktif masyarakat. Kegiatan yang dilaksanakan berupa pendidikan kesehatan tentang gizi dan permasalahannya, adalah: kurang gisi, gizi seimbang, MP-ASI, konselor ASI eksklusif, ISPA, diare, PHBS: mencuci tagan, deteksi dini dan stimulasi pekembangan anak.

Asuhan keperawatan keluarga dilakukan dengan cara melakukan kunjungan rumah, rujukan dengan gizi buruk dan gangguan kesehatan ke puskesmas, pendidikan gizi diantaranya: kurang gizi, gizi seimbang, konselor ASI eksklusif. Selama dilakukan kunjungan rumah, keluarga yang berada disekitarnya ikut dalam pembinaan, terutama praktek MP-ASI, dan deteksi dini pertumbuhan dan stimulasi perkembangan anak.

Optimalisasi pelaksanaan program PBS di komunitas membutuhkan dukungan dari dinas kesehatan, puskesmas, kader, komunitas, dan keluarga dengan manajemen yang baik. Keberhasilan program dipengaruhi pelaksanaan

manajemen pelayanan gizi balita yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, *staffing*, pengarahan, dan pengontrolan (Marquis & Houston, 2000).

Keberhasilan program PBS dapat diniali melalui evaluasi. Penilaian Evaluasi menggunakan indikator sesuai tujuan pencapaian program PBS (Tabel 3).

Table 3.1 Indikator Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan PBS di Komunitas

No	Kegiatan	Indikator	Cara Pengukuran	Sumber
	Program			
1	Manajemen pelayanan kesehatan komunitas	Status gizi balita	Kuesioner 32 dan 33 berat badan dan panjang badan dibandingkan dengan Tabel Antropometrei Kategori dan Ambeng Batas Status gizi Anak Hasil: Buruk < -3 SD Kurang < - 2 SD Baik -2 SD s.d 2 SD Gemuk > 3 SD	Kemenkes (2011)
2	Asuhan keperawatn Komunitas	Pengetahuan responden tentang gizi	Kuesioner 12 sampai dengan 20 Penilaian akhir: 25% =: kurang 26%50%-= cukup 51%-75%=: baik 76%-100%= baik sekali	Hasmi (2012)
		Sikap responden dalam memenuhi gizi balita	Kuesioner 34 sampai dengan 46 Kuesioner (18 soal) Penilaian akhir: 25% = sangat buruk: tidak baik 26-50%=buruk kurang 51-75%= baik 75-100%= sangat baik	Hasmi (2012); Dempsey and Dempsey (2002)
3	Asuhan Keperawatan Keluarga	Tingkat kemandirian keluarga	Kuesioner (7 soal) (Kemandirian : I sampai dengan IV	KepMenKes No. 279/MenKes/SK/IV/ 2006

3.1.2 . Tujuan Pencegahan Masalah Gizi

Tujuan pertama MDG's adalah mengurangi 50% dari populasi yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015 dengan indikator: 1) prevalensi balita gizi buruk (underweight) mencapai target 3,6% dari 5,4%; 2) prevalensi kekurangan gizi pada balita mencapai 18,5% dari 18,4%; 3) proporsi penduduk yang berada dibawah standar minimum dalam komsumsi energi mencapai target 5,0% dari 3,9% (Riskesdas, 2007 dalam Moeloek, 2011).

3.2.Profil Wilayah Puskesmas Kelurahan Tugu

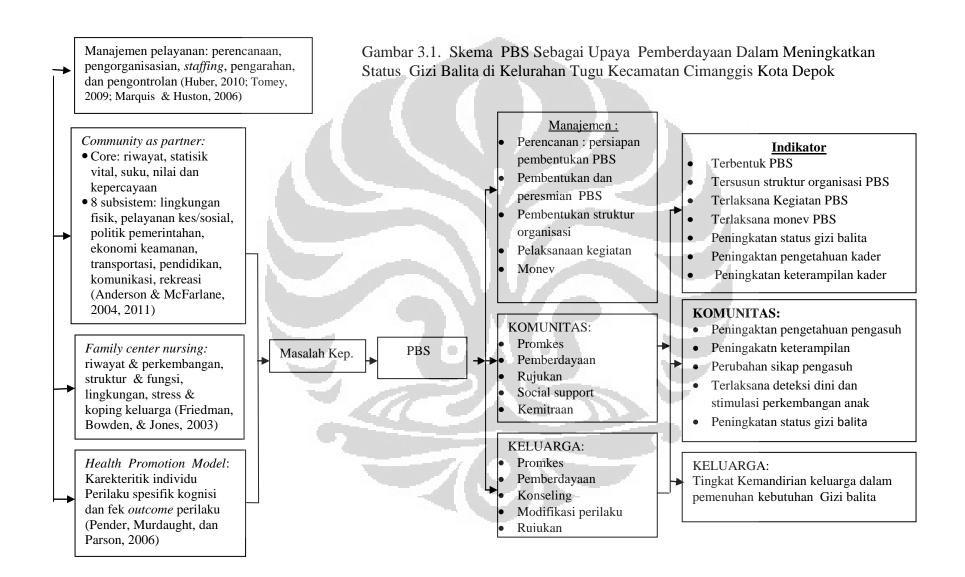
Kelurahan Tugu merupakan salah satu kelurahan yang berada pada wilayah kerja Puskesmas Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok dengan luas wilayah kerja ± 504.009 ha dengan batas wilayah sebelah Utara berbatasan dengan Provinsi DKI Jakarta, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Pondok Cina, sebelah Barat berbatasan dengan kelurahan Mekarsari, dan sebelah Timur berbatasan dengan kelurahan Bhakti Jaya (Profil Puskesmas Tugu, 2011).

Keadaan demografi didapatkan jumlah penduduk tercatat sebanyak 99.083 jiwa atau 24.383 KK. Distribusi persebaran penduduk terjadi pada 162 RT atau 19 RW dengan jarak terjauh ke fasilitas kesehatan (puskesmas) adalah 3 km. Jumlah penduduk kelompok anak usia SLTP adalah 18.511 jiwa dan anak usia SLTA adalah 20.510 jiwa. Jumlah penduduk miskin di wilayah Puskesmas Tugu adalah 3.286 KK dengan kondisi lingkungan sosial ekonomi pada umumnya masyarakat memiliki pekerjaan sebagai PNS/TNI/POLRI dan pedagang serta karyawan swasta diluar wilayah Tugu seperti Jakarta. Tingkat pendidikan rata-rata penduduk adalah SLTA. Jumlah SMP/MTS yang berada di Tugu adalah 7 institusi dan SMU/SMK adalah 3 institusi.

Jumlah populasi balita di Kota Depok 146,387 balita. 8.694 diantaranya berdomisili di Kelurahan Tugu (Depkes Depok, 2011; Puskesmas Tugu, 2011). Dari total populasi balita tersebut terdapat prevalensi gizi buruk di Kota Depok sampai dengan Juli 2011 sebesar 71 (0,0047%) gizi kurang 199 (0,014) (Depkes Depok, 2011). Telah menurun dari tahun 2010 dimana gizi buruk sebesar

0,17%, gizi kurang 3,78% (Dinkes Depok, 2011). Diantara data tersebut terdapat seorang anak gizi buruk disertai dengan kelainan sistem saraf (di RW 01) dan seorang anak lagi dengan keterlamabatan pertumbuhan dan perkembangan (di RW 08). Laporan Puskesmas Tugu bulan Agustus 2011 terdapat balita BGM menurut kelompok umur 0-11 bulan 17%; 12-59 bulan 31%. Data survey mahasiwa FIK UI (2011) n= 101 menunjukkan 8,9% kurus, 0,8% sangat kurus, 61,4% baik, dan 2,0% gemuk menggunakan indikator BB/TB atau BB/PB; BB/U; KMS.

Hasil wawancara dengan peananggungjawab program gizi Puskesmas Tugu (Oktober, 2011) diperoleh bahwaprogram gizi yang dijalankan oleh Puskesmas Tugu, adalah: penanggulangan balita gizi buruk (indikator BB/TB-<3SD) melalui PPG; pemberian MP-ASI bagi anak berumur kurang dari 2 tahun dan anak dari keluarga miskin, PMT pemulihan 90 hari bagi balita gizi buruk (BB/U -2SD), pelatihan konselor laktasi bagi dokter dan petugas puskesmas, penyuluhan gaky, pemberian vitamin A bagi balita (6-59 bulan) dan ibu nifas. Gambar 3. 1 menjelaskan mengenai kerangka konsep PBS yang terdiri dari community as partner model, family center nursing model dan HPM pada pengelolaan aggregate balita gizi kurang di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Komponen model terdiri dari manajemen pelayanan, adalah perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan (Huber, 2010; Tomey, 2009; Marquis & Huston, 2006); Teori dan model keprawatan Community as partner (Anderson & McFarlene, 2004); Family center nursing (Frietmen, Browden & Jones, 2003); health promotion model (Pender, Murdaught & Parson, 2006). Model intervensi gizi: ICDS, WIC program pada level prevensi primer, sekunder dan tersier menggunakan strategi intervensi pendidikan kesehatan, pemberdayaan dan kemitraan, dengan sasaran kader kesehatan, keluarga yang memiliki balita, melalui inovasi PBS. Intervensi dilaksanakan bagi aggregate balita untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pada keluarga untuk memandirikan keluarga dalam penatalaksanaan gizi balita, kemampuan masyarakat dalam penatalaksanaan gizi balita serta optimalisasi penatalaksanaan gizi balita dan pembentukan PBS melalui manajemen keperawatan.



BAB 4

PELAKSANAAN MANAJEMEN DAN ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGGREGATE BALITA DENGAN KURANG GIZI DI KELURAHAN TUGU

Pelaksanaan manajemen dan asuhan keperawatan komunitas *aggregate* balita merupakan bentuk inovasi pelayanan dari program kesehatan dan gizi balita dalam kegiatan PBS. Kegiatan PBS dilaksanakan di RW percontohan. Kegiatan asuhan komunitas dilaksanakan selama 8 bulan sejak Oktober, 2011 sampai dengan Mei, 2012. Bab ini membahas mengenai hasil pengkajian, analisis dan *web of causation* askep komunitas dan keluarga, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan rencana tindak lanjut.

4.1.Pengelolaan Manajemen Pelayanan Komunitas

4.1.1. Analisis Manajemen Pelayanan Gizi Balita

Analisis manajemen pelayanan gizi balita dilakukan melalui pengkajian dengan menyebarkan kuesioner pada keluarga balita, dan wawancara dengan penanggungjawab program gizi Puskesmas Tugu, Kasubdin Yankes dan penanggungjawab program gizi, bagian perencanaan Dinkes Kota Depok, kader posyandu Kelurahan Tugu, serta studi dokumentasi profil Dinkes Depok dan Puskesmas Tugu. Analisis manajemen pelayanan gizi balita bertujuan mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah. Analisis manajemen gizi balita di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis menggunakan metode analisis penyebab masalah. Analisis penyebab masalah bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan atau menganalisis faktor yang berkonstribusi terhadap masalah (Ervin, 2002). Tanpa analisis sulit merencanakan program atau pemecahan masalah untuk mencapai tujuan (Witkin & Altschuld, 1995 dalam Ervin, 2002).

Sistem manajemen pelayanan keperawatan komunitas harus dilakukan secara efektif, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat. Pelaksanaan tugas pelayanan keperawatan yang komprehensif dapat dilakukan melalui penerapan

manajemen keperawatan yang teridiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengendalian (Huber, 2010; Tomey, 2009; Marquis & Huston, 2006).

Perencanaan. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kasubdin Yankes Dinkes Kota Depok (Oktober, 2011) diperoleh bahwa permasalahan perencanaan dalam perbaikan status gizi balita adalah pendataan, dan keterbatasan serta lemahnya SDM, belum optimalnnay kerjasama lintas sektor antara Dinas dengan BPPKB, 70% penduduk ekonomi lemah, urbanisasi dan administrasi, motivasi keluarga untuk segera membawa anaknya ke pelayanan kesehatan ketika mengalami gizi kurang rendah. Keadaan ini menyulitkan dalam perencanaan sehingga dana terbatas untuk perbaikan gizi masyarakat.

Dinkes Kota Depok (2011) melaporkan bahwa prevelansi gizi buruk di Kota Depok sampai dengan Juli 2011 sebesar 0,00047%, gizi kurang 0,014% dari 146,387 balita. Prevalenesi balita gizi buruk dan kurang telah menurun dari tahun 2010 masing-masing 0,17% dan3,78%. Dari total populasi balita tersebut terdapat 8,694 bertempat tinggal di Kelurahan Tugu. Puskemas Tugu (2011) melaporkan bahwa sampai dengan bulan Agustus 2011 terdapat balita dengan berat badan berada dibawah garis merah (BGM) menurut kelompok umur 0-12 bulan 17% dan 12-59 bulan 31%. Survei mahasiswa FIK UI (belum dipublikasikan) n=101 menunjukkan status gizi balita kurus 8,9%, balita kurus 0,8%, baik 61,4%, dan lebih 2,0% menggunkan indikator BB/U, BB/PB atau BB/TB, dan KMS.

Rencana kerja tahunan program gizi Dinkes Kota Depok, adalah implementasi pos gizi dengan target 95%. Namun, Kelurahan Tugu tidak diprioritaskan karena merupakan wilayah Puskesmas Cimanggis dan Kecamatan Cimanggis, dimana balita dengan gizi buruk dirujuk ke Puskesmas Cimanggis yang melaksanakan PPG karena sesuai aturan PPG dilaksanakan di tingkat kecamatan (Direktorat Bina Gizi, 2011). Oleh sebab itu diperlukan suatu model inovasi pelayanan kesehatan gizi balita dengan memadukan antara konsep pos gizi yang dengan pos yandu yang diberi nama "Pos Balita Sehat (PBS)". Perencanaan PBS mengacu kepada Visi–Misi Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Depok. Menurut Dinkes Kota

Depok (2011), Visi Dinkes Kota Depok, adalah terwujdnya Kota Depok sehat dengan layanan kesehatan merata dan berkualitas. Sedangkan, Misi Dinkes Kota Depok adalah meningkatkan pemerataan layanan kesehatan dengan salah satu tujuannya meningkatkan upaya kewaspadaan pangan dan gizi. Sementara, tujuan khusus pelayanan gizi masyarakat Kota Depok, dan Puskesmas Tugu adalah meningkatkan status gizi masyarakat. Berdasarkan tujuan tersebut ditetapkan indikator pencapaian program, diantaranya 100 % b alita gizi buruk mendapat perawatan, 80% ditimbang di posyandu, 58% bayi usia 0-6 bulan mendapatkan ASI ekslusif (Dinkes Kota Depok, 2011). Namun, indikator tersebut belum dapat tercapai, dimana masih ditemukan balita gizi buruk yang tidak mendapatkan perawatan, balita yang berkunjung ke posyandu 58,0%, bayi mendapatkan ASI esklusif sampai 6 bulan 42,6% (Mahsiswa FIK UI, 2011, belum dipublikasikan). Hal ini menujukkan bahwa pelayanan gizi masyarakat belum optimal.

Untuk mengetahui keberhasilan program perbaikan gizi balita, Kemenkes RI (2011) telah menetapkan penilaian status gizi balita menggunakan ukuran antropometri berdasarkan SK Menkes RI, No:1995/Menkes/SK/XII /2010.Tenaga yang melakukan penilaian telah mendapatkan pelatihan kusus mengenai penilaian status gizi balita dari tenaga ahli (ahli gizi atau tenaga kompeten lainnya).

Belum terpahaminya penilaian status gizi menggunakan indikator antropometrti BB/PB; BB/TB karena sesuai kebijakan depkes, kader tidak menentukan status gizi tetapi hanya penapisan status gizi menggunakan kartu menuju sehat (KMS). Disamping itu, pelayanan kesehatan ibu hamil dan menyusui, serta KB (keluarga berencana), pendidikan kesehatan di posyandu oleh kader dan tenaga kesehatan belum terlayani secara maksimal, serta keterbatasan sarana dan prasaranaa termasuk anggaran. Disamping itu, serta belum semua balita memiliki KMS atau buku kesehatan ibu dan anak (KIA). Hal ini merupakan salah satu faktor tingginya kasus gizi kurang dan adanya insidensi gizi buruk di Kelurahan Tugu. Pengumpulan dan análisis data menghasilkan gambaran menyeluruh terkait dengan profil sasarana pelayanan sehingga organisasi dapat merumuskan visi, misi, dan rencana strategis. Pengumpulan data sebagai dasar perencanaan strategis

organisasi oleh Dinkes Kota Depok dilakukan untuk mendeteksi masalah gizi balita. Perencanaan peningkatan dan atau perbaikan status gizi balita menjadi prioritas utama bidang kesehatan karena balita merupakan SDM yang berpengaruh terhadap pembangunan bangsa dan negara khususnya Kota Depok. Sementara itu, masih ditemukan kasus gizi buruk dan kurang di Kota Depok, termasuk Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis.

Pengorganisasian (*Organizing*). Secara struktural, program gizi balita berada dibawah tanggungjawab subdin pelayanan kesehatan keluarga. Pelayanan langsung gizi balita berada dibawah tanggungjawab UPT puskesmas di wilayah Kota Depok. Pelayanan gizi balita di Kelurahan Tugu dibawah tanggungjawab Puskesmas Tugu melalui program gizi dan posyandu. Sementara, pelayanan gizi balita di posyandu berada dibawah tanggungjawab puskesmas dan ketua PKK tingkat RW yang pelaksanaannya oleh kader kesehatan sekaligus sebagai anggota tim penggerak PKK tingkat RW (Pokajanah Posyandu). Namun, sistem koordinasi antara dinkes dan BPPKB belum begitu jelas. Hal ini mungkin disebabkan karena kader kesehatan merupakan anggota PKK yang mendapatkan pelatihan, bimbingan dan pengawasan langsung dari puskesmas. Sementara, PKK lebih mengacu kepada kegiatan pengorganisasian serta bimbingan dan arahan mengacu ke program PKK yang telah terintegrasi dengan kegiatan kesehatan.

Hal ini, menunjukkan bahwa program gizi balita tidak menjadi tanggungjawab sepenuhnya oleh dinas kesehatan, namun terintegrasi dengan lintas sektor, adalah BPPKP Kota Depok dengan melibatkan peran serta masyarakat.. Disamping posyandu telah terdapat pusat pemulihan gizi (PPG) sebanyak 3 buah antara lain di Pancoran Mas, dan Cimanggis dan Sukmajaya. Balita dengan kasus gizi buruk langsung dirujuk ke puskesmas selanjutnya ke PPG Cimanggis atau Sukmajaya, kerena sesuai dengan persyaratan PPG hanya boleh dibentuk di wilayah kecamatan (Direktorat Bina Gizi, 2011). Sedangkan Puskesmas Tugu berada diwilayah Kelurahan yang merupakan bagaian dari Kecamatan Cimanggis. Hal ini mengakibatkann belum semua balita dengan gizi kurang terlayani secara optimal. Kondisi ini dapat berisiko terjadinya gizi buruk pada balita dengan gizi

kurang, bila tidak segera diatasi. Oleh sebab itu perlu dibentuk suatu pos balita sehat yang diadaptasi dari PKP (*positive deviance*/Pos gizi). di Kelurahan Tugu dengan percontohan dua RW (RW 05 dan RW 07). Agar pos balita sehat yang terbentuk dapat berjalan dan terkoodinir dengan baik, perlu pembentukan struktur organisasi.

Terbatasnya SDM menyebabkan tanggungjawab ganda sehingga apa yang telah direncanakan sulit dicapai. Sebagai contoh tenaga pelaksanan program gizi di puskesmas juga merangkab tanggungjawab lain. Sementara, di posyandu sendiri kader kesehatan merangkap kegiatan sebagai kader posyandu yang menangani tumbuh kembang balita, posbindu (yang menangani kesehatan lanjut usia), bina keluarga balita (BKB), dan pendidikan anak usia dini (PAUD).

Pengarahan (*Leading*). Upaya pengarahan sebagai fungsi manajemen dalam program pembinaan balita diantaranya kegiatan supervisi yang bertujuan mengevaluasi kegiatan pelayanan gizi dan kesehatan balita. Wawancara dengan penanggungjawab program gizi Dinkes Kota Depok Oktober (2001) diperoleh bahwa kegiatan supervisi program gizi hanya dilakukan sekali dalam satu tahun pada tingkat Kota Depok. Penyelenggaraan supervisi dilaksanakan oleh penanggungjawab program gizi dinkes ke puskesmas. Sementara supervisi program gizi di masyarakat (posyandu) oleh penanggungjawab program gizi puskesmas, dengan meminta laporan bulanan kegiatan posyandu. Kurangnya supervisi pelaksanaan program gizi, menyebabkan kegiatan di posyandu tidak dapat dilaksanakan secara optimal. Diantaranya kunjungan rumah bagi balita yang bermasalah, sistem rujukan, pendidikan kesehatan dan gizi, kepemilikan KMS dan atau KIA oleh balita.

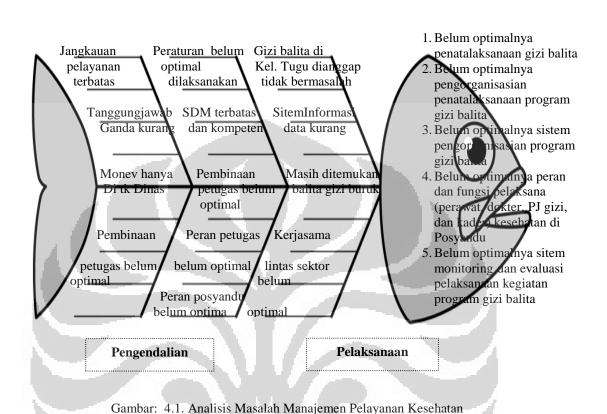
Pengendalian (*Controlling*). Fungsi pengendalian program peningkatan gizi balita belum dilaksanakan dengan baik. Hasil wawancara dengan penanggungjawab program gizi Dinkes Kota Depok Oktober (2011) ditemukan bahwa kegiatan penilaian penampilan kerja belum dilakukan, pengawasan yang dilakukan hanya terkait kuantitas pelayanan seperti MP-ASI. *Reward* balita *pasca*

gizi buruk. Pengawasan belum meliputi kualitas pelayanan. Monitoring dan evaluasi dari puskesmas ke tingkat posyandu, belum dilaksanakan secara optimal. Kegiatan pengendalian dilakukan bersamaan dengan evaluasi kegiatan posyandu, PPG dan pos gizi tetapi tidak rutin sebulan sekali. Prioritas utama Kota Depok (Pemda Kota Depok, 2011) adalah bidang kesehatan khususnya akses dan kualitas layanan kesehatan karena masih terdapat stagnasi pada angka harapan hidup (AHH), adalah 73,1. Faktor yang langsung berkaitan adalah angka kematian ibu dan bayi. Gizi balita merupakan salah satu fokus ketiga Kota Depok.

Hal ini membutuhkan koordinasi baik lintas program maupun sektor. Namun hal ini belum berjalan secara maksimal sesuai yang diharapkan. Pelaksanaan program gizi balita di posyandu belum mendapat bimbingan secara maksimal. Hal ini mengakibatkan rata-rata balita yang datang menimbang berkisar antara umur 0-36 bulan atau setelah mendapatkan imunisasi lengkap dan motivasi keluarga masih rendah. Proses pemberian motivasi keluarga akan peningkatkan status gizi balita telah dilaksanakan mulai dari tingkat RW sampai dengan kota melalui pendidikan kesehatan dengan menggunakan berbagai media informasi.

4.1.2. Masalah, Alternatif Penyelesain Masalah, Evaluasi, dan Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Berdasarkan uraian tentang data pelaksanaan fungsi manajemen pelayanan peningkatan gizi balita, di wilayah kerja Puskesmas Tugu dapat digambarkan dengan *fishboning* (tulang ikan) untuk mempermudah merumuskan masalah yang ditemukan (gambar 2.1). *Fishboning* disebut juga dengan diagram *Ishikawa* merupakan suatu metode analisis sebab akibat dari suatu masalah dalam pelayanan kesehatan, menyelidiki sebab (*input*) yang mungkin dan nyata sehingga menghasilkan akibat (*output*) tunggal (Gunn, 2011; Bustami, 2011).



Perencanaan

Pengorganisasian

Rumusan Masalah Manajemen Pelayanan Keperawatan. Berdasarkan analisis *fishboning* (tulang ikan) dapat dirumuskan masalah manajemen program gizi balita di Kelurahan Tugu adalah: 1) Belum optimalnya penatalaksanan gizi balita; 2) Belum optimalnya pengorganisasian penatalaksanan program gizi balita; 3) Belum optimalnya sistem pengorgnisasian program gizi balita; 4) Belum optimanya peran dan fungsi pelaksana (perawat, dokter, PJ gizi, dan kesehatan di posyandu; 5) Belum optimalnya sistem monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan program gizi balita. Dari masalah tersebut, ditetapkan dua prioritas masalah utama menggunakan skala prioritas (Lihat lampiran 2), adalah 1) Belum optimalnya penatalaksanaan gizi balita; 2) Belum optimalnya strategi pengelolaan pelayanan gizi balita.

Komunitas Gizi Pada Aggregate Balita

Masalah 1: Belum optimalnya penatalaksanaan gizi balita di Kelurahan Tugu. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis memilih alternatif pemecahan melalui promosi kesehatan dengan cara pemberdayaan dan kemitraan. Materi disampaikan dalam bentuk pelatihan kader dan keluarga balita (ibu/ayah/kakek/nenek/tante/om) serta anggota PKK. Tujuan umum: Optimalisasi penatalaksanaan gizi balita di Kelurahan Tugu. **Tujuan khusus:** 1) Terjadi peningkatan pengetahuan kader tentang penatalaksanaan gizi; 2) Terjadi peningkatan keterampilan kader cara mengolah makanan balita; 3) Makanan tambahan bagi balita bervariasi dengan gizi seimbang (Lihat lampiran 3). status gizi balita; 3) Latih kader dan keluarga balita cara perawatan anak ISPA, dan diare; 4 Rencan intervensi: lakukan promosi kesehatan, pemberdayaan dan kemitraan dengan cara: 1) Latih kader tentang gizi: meliputi pengetahuan tentang gizi dan permasalaannya, gizi seimbang, MP-ASI; 2) Latih kader tentang penilian); 3) Latih Kader tentang PHBS: mencuci tangan dengan cara yang baik dan benar menggunakan air mengalir dan sabun; 4) Lakukan konseling ASI ekslusif. (lihat Lampiran 3). Pembenaran. Menurut (WHO, 1974 dalam McEwen & Mary, 2007) inti dari pemberdayaan adalah informasi, komunikasi dan pendidikan kesehatan. Ketika perawat membantu individu, keluarga, dan kelompok memfalitasi intervensi yang relevan dengan (Leuning et al, 2004; Meade, 2003; Minkler dan Wllerstein, 2002: Olshansky et al, 2005 dalam McEwen & Mary, 2007). Perawat dapat menggunakan strategi pemberdayaan membantu mengembangkan keterampilan penyelesaikan masalah, menciptakan jejaring, negosiasi, lobi, dan mendapatkan informasi untuk meningkatkan kesehatan (McEwen & Mary, 2007). Berdasarkan keputusan Menkes Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006 tentang pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas, diperlukan tenaga perawat yang bekerja di poliklinik asuhan keperawatan untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien rawat jalan dan rawat inap. Disamping itu, melaksanakan asuhan keperawatan keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat di daerah binaan. Sementara berdasarkan pengorganisasian di puskesmas agar pelaksanaan perkesmas dapat diselenggarakan secara optimal, diharapkan di setiap puskesmas ditetapkan adanya: 1) perawat pelaksana perkesmas di puskesmas; 2) perawat penanggungjawab desa/daerah binaan; perawat koordinator perkesmas di puskesmas. Implementasi:1) Pengembangan kurikulum, materi, dan pelatihan: lieflet, poster, banner dan booklet, lembar balik; bahan pelatihan sesuai resep untuk M-ASI dan gizi seimbang; serta materi; 2) Pelaksanaan pelatihanan sesuai rencana intervensi, dilaksanakan melalui *postest*, kemudian penyampaian materi dengan ceramah, tanya jawab dan praktek (demonstrasi), kemudian diakhiri dengan postest. Penilaian keterampilan diukur menggunakan format prosedur kerja; 3) Supervisi dilaksanakan untuk mengetahui keterampilan kader melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. Perubahan sikap dapat diukur dengan melihat perubahan dalam penatalaksanaan gizi balita melalui kegiatan PBS bersamaan dengan kegiatan posyandu (sesuai kesepakatan kader). Hasil Evaluasi: 1) Terjadi peningkatan pngetahuan kader pre dan pos test Tersedia buku panduan pelatihan disertai kurikulum, materi dan media; 2) Terlaksana pelatihan bagi kader menggunakan metode ceramah, praktek, demonstrasi dan media: poster gizi seimbang, banner, lembar balik, booklet, ember cuci tangan. Supervisi kader terampil membuat MP-ASI, dengan baik dan benar. Total biaya yang digunakan sekitar Rp. 4500.000 (Empat juta lima ratus ribu rupiah). Hambatan yang dihadapi dalam setiap pelaksanaan kegiatan, adalah: 1) Tugas rangkap dari kader sehingga tidak semua kader yang diundang dapat mengikuti kegiatan; 2) Luas wilayah sehingga kegiatan hanya dipusatkan pada wilayan percontohan (RW 05 dan RW07); 3) Saranaa-prasaranaa kurang memadai dan terbatas. Faktor pendukung adalah: 1) Kerjasama mahasiswa dan kader berjalan dengan baik; 2) Ada dukungan dan kerjasama Dinas Kesehatan Kota Depok, Puskasmas Tugu, Kelurahan Tugu, beserta aparatnya terutama di RW percontohan, BPPKB atau PKK; 3) Ada dukungan dan kerjasama dari masyarakat selama kegiatan terutama keluarga balita. Rencana Tindak Lanjut (RTL). Untuk keberlangsungan program, perlu pembinaan dari Puskesmas dan Kelurhan Tugu serta BPPKB atau PKK. Disamping itu perlu kerjasama antara lintas sektor Dinas Kesehatan dan BPPKB Kota Depok.

Masalah 2: Pengorganisasian pelayanan gizi balita belum optimal. Tujuan umum: Merencanakan program perbaikan gizi balita di Kelurahan Tugu

melalui pembentukan PBS. **Tujuan khusus:** 1) Disepakatinya pembentukan PBS oleh aparat, kader dan masyarakat tentang rencana pembentukan PBS; 2) Terbentuk PBS dan struktur organisasinya; 3) Terlaksana kordinasi dan kerjasama antara puskesmas dan BPPKB Kelurahan Tugu; 4) Terlaksana kegiatan PBS melalui pendidikan kesehatan dengan metode ceramah, demonstrasi kader posyandu dan keluarga balita; 5) Terlaksana evaluasi atau pelatihan kegiatan PBS melalui observasi (monitoring dan evaluasi). Rencana intervensi: 1) Lakukan edukasi dengan ketua RW beserta kader tentang rencana pembentukan PBS; 2) Koordinasi dengan pihak terkait seperti puskesmas dan dinkes mengenai rencana pembentukan PBS; 3) Buat jadwal kegiatan persiapan pembentukan PBS dengan melibatkan sektor terkait (BPPK, puskesmas, dan dinas kesehatan; 4) Lakukan lobi dan negosiasi dengan aparat tingkat RW beserta kader tentang upaya yang akan dilakukan; siapkan materi; 6) Bina kerjasama lintas sektor Dikes Kota Depok dengan BPPKB Kota Depok; 7) Siapkan materi sosialisasi PBS dan program PBS; 8) Laksanakan kegiatan PBS; 10) lakukan monitrong dan evaluasi kegiatan (lihat lampiran 3). Pembenaran. Perencanaan adalah penentuan tujuan jangka panjang dan jangka pendek berkaitan dengan tindakan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan (Huber, 2010). Hasil penelitian Gragnolawati at al (2005 dalam Bajpai, and Dholakia, 2011) di India tentang inovasi integrated child development services program/ICDS yang berfokus pada perubahan perilaku dalam mengasuh anak menunjukkan bahwa daerah yang diintervensi 65% wanita segera menyusui bayinya satu jam pertama setelah melahirkan, hanya 38% pada daerah yang tidak diintervensi. Anak yang diberi ASI ekslusif sampai dengan 6 bulan, makanan pendamping ASI (MP-ASI) setelah berumur 6 bulan (dan diberi lebih banyak makanan bergizi), menerima Vitamin A dan campak pada umur 12 bulan proporsinya lebih tinggi **Implementasi.** Tindakan penyelesaian masalah yang telah dilakukan adalah: 1) Sosialisasi rencana pembentukan PBS di RW percontohan (RW 05 dan RW 07); 2) Membentuk PBS percontohan di RW 05 dan RW 7 disertai struktur organisasi (lihat Lampiran 9) dilanjutkan dengan peresmian; 3) Menyusun program kerja PBS; 4) Melaksanakan program kerja PBS. Hasil Evaluasi. 1) Terlaksana sosialisasi, dan terbentuk PBS serta struktur organisasinya; 2) Terlaksana program kerja PBS. Dengan total biaya sekitar Rp. 4.500.000 (Empat juta lima ratus ribu rupian). Hambatan yang dihadapi selama kegiatan adalah luas wilayah dan dana sehingga pelaksanaan diintegrasikan dengan penyelesain masalah 1 dan arisan PKK RW, secara bertahap pada dua wilayah yang berbeda. Sedangkan dukungan dari Dinkes Kota Depok, Puskesmas, Aparat Kelurahan, RW dan BPPKB/PKK, dan Masyarakat Kelurahan Tugu. Rencana Tindak lanjut. Pelaksanaan kegiatan PBS perlu mendapat dukungan dari Dinas Kesehatan Kota Depok, Puskesmas, Kelurahan Tugu dan aparatnya termasuk ketua RW, BPPKB/PKK dan kader serta masyarakat khusunya keluarga balita. Sementara hambatan yang dihadapi, adalah dana penyelenggaran kegiatan belum ada bantuan dari Dinas Kesehatan dan BPPKB, juga dukungan sektor suasta, juga belum ada supervise dari phak puskesmas.

4.2. Asuhan Keperawatan Komunitas

4.2.1. Hasil pengkajian, Analisis, dan Pohon Masalah

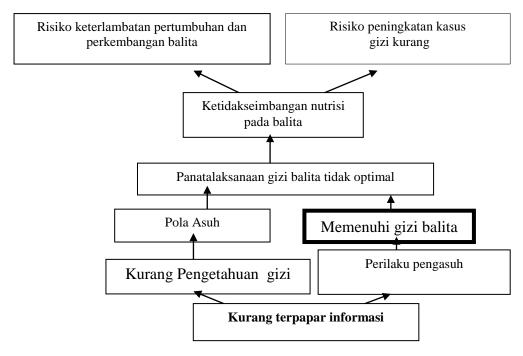
Penentuan sampel menggunakan desain kuantitatif menggunakan deskriptik analitik, dan kualitatif dengan *deskripsi*. Metode yang digunakan adalah survey dan wawancara dengan pendekatan *cross sectional* adalah mengamati variabel yang diteliti di suatu populasi pada satu saat (Sabri & Hastono, 2006). Besar sampel dalam pengkajian ini ditentukan dengan metode proporsional sampel dengan asumsi besarnya kejadian suatu masalah di masyarakat bisa diketahui ataupun tidak diketahui (Suharyanto, 2002).

Pengambilan sampel dilakukan dengan cara klaster dimana setiap perencanaan pengambilan sampel menggunakan kerangka yang terdiri dari klaster-klaster unit pencacahan. Jumlah populasi berbeda setiap posyandu, maka untuk mendapatkan nilai "n" setiap posyandu dilakukan pengambilan sampel dengan tingkat kepercayaan 90% menggunakan formula stem klaster (Lemeshow, Hosmer, Klar et al, 1997: hal:2) $\mathbf{n} = \mathbf{Z}^2\mathbf{1} \cdot \mathbf{a}/\mathbf{1}/\mathbf{2P} (\mathbf{1} \cdot \mathbf{P})/\mathbf{d}^2$. Berdasarkan formula tersebut dapat dihitung populasi sampel penulisan sebagai berikut: $\mathbf{n} = [(1,96)^2 (0,25)] / (0,1)^2 = 96,04$ dibulatkan kebawah menjadi 96. Guna mengantisipasi *drop out*, sampel ditambah 10% dari 96 sehingga total sampel menjadi 10% dari 96 = 105,6

dibulatkan kebawah menjadi 105. Namun dalam penulisan ini hanya 101 yang dapat diolah, kerena sebagian data tidak lengkap. Kelompok balita yang dilakukan pengkajian berumur 0 bulan sampai dengan 59 bulan yang berada di RW 01- RW 05; RW 05- RW 11 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Alat pengumpul data yang digunakan adalah kuesioner. Hasil pengkajian melalui penyebaran angket teridentifikasi tentang status gizi balita, demografi ibu balita, pengetahuan keluarga balita mengenai gizi, sikap/perilaku keluarga balita terhadap penatalaksanaan gizi, penyakit yang sering mengenai balita, keadaan lingkungan dan PHBS terkait balita kurang gizi.

Analisis Masalah di Komunitas. Survei bulan Oktober 2011 menunjukkan status gizi balita dengan indikator BB/TB, BB/U, dan KMS diperolah: sangat kurus 8.9%; kurus 27.7%; baik 61.4%; gemuk 2.0% dari 101 balita (FIK UI, 2011); pendidikan ibu terbanyak SMA 49,5%; tidak bekerja 65,3%; jumlah anak 1-2 (81,2%); jumlah anggota keluarga 1-3 (8,4%; jenis kelamin perempuan 61,4%; BBLR (berat badan lahir rendah) 12,9 %; pengetahuan keluarga tentang gizi baik 76,2%. Sikap keluarga dalam penatalakaasnaan gizi balita kurang 50,5%, diantaranya berkunjung ke posyandu 58%, pemberian ASI ekslusif sampai dengan 6 bulan 42.6%, menyusi sampai dua tahun hanya 35.6%, memberi MP-ASI pada umur 6 bulan 33.7%; balita tidak imunisasi lengkap 12,9%; penyakit balita dalam 3 bulan terbanyak ISPA 57,4%; diare 4,0%, TBC dan Cacar Air masingmasing 1,0%. Hasil observasi didapatkan dua anak mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan.

Web of Causation. Diagnosis keperawatan komunitas muncul sebagai akibat respon komunitas terutama aggregate balita dalam memenuhi gizi dan meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan balita secara optimal. Diagnosis keperawatan komunitas tersebut dapat disusun secara sistematis menjadi web of causation masalah dalam upaya pemenuhan gizi balita (Gambar 4.2).



Gambar 4.2. Web of causation Asuhan Keperawatan Komunitas

4.2.2.Masalah, Alternatif Penyelesaian, Evaluasi, dan Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Permasalah kesehatan balita di Kelurahan Tugu berdasarkan hasil analisis data yang dikumpulkan merupakan suatu kumpulan respon/gambaran dari masah gizi aggregate balita. Permasalahan pada aggregate balita dengan kekurangan gizi di Kelurahan Tugu adalah: 1) Kurang pengetahuan tentang gizi; 2) Perilaku keluarga dalam memenuhi gizi balita; 3) Pola asuh ibu dalam memenuhi gizi balita; 4) Risiko peningkatan status gizi kurang pada balita di Kelurahan Tugu; 5) Risiko terjadinya keterlambatan tumbuh kembang balita. Masalah ini merupakan masalah yang dihadapi oleh komunitas sebagai suatu stresor yang akan mempengaruhi keberlangsungan kehidupan komunitas sebagai suatu sistem. Dari kelima masalah penatalaksaan gizi balita tersebut, setelah dilakukan analisis prioritas masalah menggunakan format prioritas masalah (Stanhope & Lancaser, 2004), dirumuskan2 masalah utama, adalah 1) Risiko peningkatan status gizi kurang pada balita di kelurahan Tugu"; 2) Risiko terjadinya keterlambatan tumbuh kembang balita. (Lihat lampiran 4).

Permasalahan Risiko peningkatan status gizi kurang pada balita di Kelurahan Tugu, dan Risiko terjadinya keterlambatan tumbuh kembang balita di Kelurahan Tugu dapat diatasi melalui pendekatan asuhan keperawatan komunitas. Risiko peningkatakan kasus gizi kurang pada balita diatasi dengan menggunakan diagnosis keperawatan "Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Sementara Risiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan balita diatasi dengan menggunakan diagnosis keperawatan "Risiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan'. Berdasarkan prioritas masalah, maka penulis akan melakukan intervensi pada 2 diagnosis keperawatan komunitas, adalah: Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan optimalisasi tumbuh kembang balita dapat dirancang kedalam suatu program kesehatan balita yang bisa memenuhi kebutuhan balita secara biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual. Partisipasi masyarakat, keluarga balita dan kader kesehatan dalam mengembangkan dan mengevaluasi program dibutuhkan untuk menurunkan kejadian gizi kurang dan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan pada balita.

Masalah 1: Risiko terjadi peningkatan kasus gizi kurang pada balita di Kelurahan Tugu. Tujuan Umum: Setelah intervensi keperawatan selama 7 bulan (sejak bulan Oktober 2011 sampai dengan Mei 2012) terjadi peningkatan status gizi balita Tujuan Khusus: 1) Pengetahuan keluarga tentang gizi balita meningkat dari 76,2% menjadi 85%; 2) Sikap keluarga terhadap gizi kurang meningkat dari 50,5% menjadi 75%; 3) Keterampilan keluarga dalam penatalaksanaan gizi balita meningkat; 4) Terjadi peningkatan status gizi balita sangat kurus turun dari 8,9% menjadi 3%; kurus turun dari 27,7% menjadi 20,0%; gizi baik 61,4% menjadi 75%. Rencana intervensi: lakukan promosi kesehatan dengan cara 1) latih keluarga balita tentang gizi dan permasalahannya, gizi seimbang, MP-ASI, konseling ASI ekslusif; 3) Pendidikan kesehatan tentang penyakit ISPA dan diare sebagai; 4) PHBS: mencuci tangan dengan baik dan benar menggunakan air mengalir dan sabun. (lihat lampiran 5). Pembenaran: Menurut Edelman dan Mandle (2011) Strategi promosi kesehatan berpotensi meningkatkan kualitas hidup sejak lahir hingga meninggal (sepanjang hayat). Contoh: nutrisi yang baik

berfungsi pada berbagai fase perkembangan sepanjang hayat bagi kecepatan pertumbuhan dan perkembangan selama masa bayi, dan kanak-kanak, perubahan fisiologi terkait dengan masa dewasa, kebutuhan ekstra selama kehamilan, dan afek,komitmen terhadap rencana tindakan dan kompetisi terhadap berbagai perubahan yang terjadi pada lansia. Nutrisi yang baik dapat meningkatkan fungsi sistem imun, mencegah penyakit infeksi yang dapat mengakibatakan penyakit dan kecacatan. Implementasi: 1) Lakukan intervensi promosi kesehatan melalui pendidikan dan konseling gizi dan permasalahannya; 2) Siapkan materi pendidikan kesehatan dan media yang digunakan: lembar balik, lieflet, video, banner, poster dan bahan untuk pelatihan atau demonstrasi; 3) Pendikan dan konseling gizi serta permasalahannya pada keluarga balita dilaksanakan di PBS percontohan dan posyandu sekali sebulan. **Evaluasi:** terjadi peningkatan: 1) Pengetahuan keluarga balita dari 76% menjadi 89%; perubahan sikap dari 42,6 menjadi 70%; 2) Keluarga terampil memenuhi gizi balita dengan menu gizi seimbang dan bervariasi; 3) Status gizi balita sangat kurus dari 8,9% turun menjadi 1,3%, kurus dari 27,7% menjadi 2,5%, baik dari 61,4% menjadi 95%. Rencana Tindak Lanjut (RTL). 1) Perlu adanya jadwal kegiatan PBS satu kali atau dua kali seminggu padaPBS yang telah terbentuk; 2) Perlu adanya pelatihan kader PBS yang berkala untuk menambah pengetahuan kader oleh puskesmas ataupun dinkes; 3) Perlu adanya kegiatan PBS yang lebih luas dan adanya penyuluhan kesehatan terkait balita dan gizi dalam acara-acara tingkat RW seperti arisan, pengajian; 3) Perlu pamantauan dan pelatihan oleh PKK/BPKB mengenai berbagai macan MP-ASI menggunakan makanan setempat, murah, bergizi dan mudah diperoleh.

Masalah 2: Risiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan balita di Kelurahan Tugu. Tujuan Umum: Setelah intervensi keperawatan selama 7 bulan (sejak bulan Oktober 2011 sampai dengan Mei 2012 terjadi optimalisasi tumbuh kembang anak balita di Kelurahan Tugu. Tujuan Khusus: 1) Terjadi peningkatan pengetahuan keluarga dalam malkukan deteksi dini dan menstimulasi perkembangan balita; 2) Terjadi peningkatan keterampilan keluarga dalam melakukan deteksi dini dan menstimulasi perkembangan anak; 3) Terdeksi balita

dengan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan. Rencana intervensi: lakukan deteksi dini dan stimulasi perkembangan balita menggunakan panduan buku deteksi dini dan stimulasi perkembangan balita dengan model adalah balita pada wilayah binaan (RW 05 dan 07), dengan cara: 1) Berikan penyuluhan keluarga tentang tumbuh-kembang anak yang normal, dan cara mendeteksi kelainan pertumbuhan dan perkembang anak; 2) Stimulasi balita dengan permainan sesuai dengan tumbuh kembang anak; 3) Latih keluarga melakukan deteksi dini dan stimulasi perkembanga anak dengan cara bermain. **Pembenaran:** Pertumbuhan berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran dan fungsi tingkat sel, organ maupun individu yang diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram) ukuran panjang (cm, meter); umur (tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Waryono, 2010). Sementara, perkembangan adalah perubahan dan perluasan dari kemampuan dan pengembagan keterampilan dari yang paling rendah yang kemajuan yang lebih kompleks. Engagle et al (2007) menjelaskan bahwa perkembangan anak merujuk kepada ketergantungan keterampilam sensori motorik, kemampuan bahasa dan fungsi sosial. Setiap anak memiliki perkembangan yang bereda-beda. Menurut Nanda (2009) keterlambatan perkembangan adalah penyimpangan dari kelompok usia. Engagle et al (2007) menjelaskan bahwa cara yang paling efektif mengatasi keterlambatan perkembangan anak, adalah dengan mengembangkan program perkembangan anak sedini mungkin melalui belajar langsung dari pengalaman orang tua kepada anak dan keluarga. Sasarananya usia yang termuda dan kekurangan pada anak, dilaksanakan dalam jangka panjang, dan intensitas yang tinggi, diintegrasikan dengan dukungan keluarga, kesehatan, gizi dan sistem pelayanan pendidikan. Keterlambatan perkembangn dapat dilakukan dengan cara stimulasi perkembangan anak. Stimulasi yang dilakukan oleh orang tua dapat membantu perkembangan anak. **Implementasi:** 1) Tersusun buku deteksi dini dan stimulasi perkembangan balita menggunakan balita di wilayah percontohan sebagai model; 2) Tersedia alat bermain balita (boneka jenis hewan, bola, permainan jenis kendaraan, buku cerita, kerincingan, permianan donat); 3) Pelaksanaan pelatihan dilakukan oleh fasilitator dan kader posyandu, 4) Metode evaluasi pre dan post test, serta demonstrasi. Evaluasi: 1) Terjadi peningkatan pengetahuan keluarga balita *pre* dan *postest* dari dari 60% menjadi 90%; 2) Keluarga terampil mendeteksi keterlambatan pertumbuhan dan menstimulasi perkembangan anak menggunakan permainan sesuai umur anak, buku pedoman deteksi dini dan stimulasi perkembangan anak. Total biya Rp.4000.000 (Empat juta rupian). **Hambatan** yang dihadap dalam pembinan keluarga balita adalah waktu, sehingga kegiatan diintegrasikan dengan program kerja mahasiswa residensi lainnya. **Dukugan**, dari aparat tingkat RW, dan kader serta keluarga balita sehingga keiatan dapat berjalan dengan lancar. **Rencana Tindak Lanjut (RTL):** 1) Buat rencana program kerja deteksi dini keterlambatan pertumbuhan dan stimualasi perkembangan anak menggunakan bahan yang mudah diperolah; 2) Maksimalnya saranaa-prasaranaa yang ada seperti lapangan bola untuk menstimulasi perkembangan anak bersama pengambil kebijakan (Ketua RW setempat).

4.3. Asuhan Keperawatan Keluarga

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga di wilayah Kelurahan Tugu dilakukan terhadap 10 keluarga pada fase perkembangan keluarga dengan balita. Keluarga tersebut juga memiliki balita yang berusia antara satu minggu sampai dengan 3,5 tahun (ketika dilakukan pengkajian) dengan masalah risiko maupun aktual terkait kesehatan gizi balita. Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan selama 4-5 bulan.

4.3.1. Hasil Pengkajian, Analisis, dan Pohon Masalah

Analisis Keluarga Binaan. Penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan Family-Centered Nursing salah satunya menggunakan Friedman Model (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Menurut Friedman (1998 dalam Mary & Mc Ewen, 2007) beberapa alasan perawat komunitas harus bekerja dengan keluarga, adalah: 1) Setiap disfungsi (seperti perpisahan, penyakit, atau cidera) yang berdampak terhadap seseorang atau lebih anggota keluarga, lainnya atau seluruh keluarga; 2) Kesejahteraan keluarga lebih tinggi ketergantungan pada peran keluarga dalam setiap aspek perawatan kesehatan, mulai dari pencegahan hingga rehabilitasi; 3) Level kesejahteraan seluruh keluarga melalui

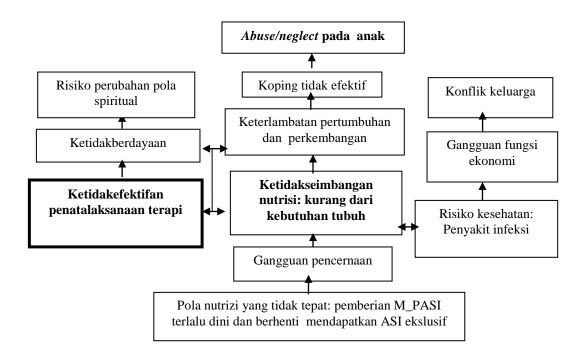
perawatan mengurangi risiko gaya hidup dan lingkungan ditekankan pada promosi kesehatan, perawatan diri, pendidikan kesehatan dan konseling keluarga; 4) Umumnya faktor risiko dan penyakit yang dialami oleh anggota keluarga dapat menjadi penyebab ditemukannnya masalah kesehatan dalam keluarga; 5) Pemahaman dengan jelas tentang fungsi individu dapat dilaksanakan hanya jika individu dikaji dalam konteks keluarga yang luas; 6) Keluarga merupakan suatu vital sistem dukungan terhadap kebutuhan individu anggota keluarga untuk dapat masuk ke dalam rencana tindakan keperawatan.

Hasil pengkajian terhadap 10 keluarga didapatkan balita dengan status gizi sangat kurus 2 orang, kurus 7 orang, baik 1 orang. Seorang diantaranya dengan status gizi sangat kurus (buruk) < - SD disertai komplikasi kini sedang dirawah wat di RSCM. Faktor risiko kekurangan gizi dari kesepuluh balita, adalah pengetahuan, pendapatan, pendidikan, jumlah anngota keluarga, status perkawinan, BBLR, pola asuh dan perilaku keluarga, lingkungan tempat tinggal, PHBS: mencuci tangan, cara mengolah makanan, penyakit infeksi (TBC, ISPA, diare), dan masalah kependudukan. Berdasarkan hasil pengkajian pada 10 keluarga tersebut, diperoleh diagnosis keperawatan adalah: 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh; 2) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas (pada anak A); 3) Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi (pada anak A); 4) Keterlambatan perkembangan (pada anak A; 5) Risiko ketidakefektifan menyusui (pada anak SM). Prioritas utama keluarga binaan adalah keluarga Bp.WW.

Pengkajian pada Bp. WW, Ibu R, dan An. A dilakukan secara bertahap mulai dari pengkajian pada kedua orangtua sampai dengan pendekatan dan pengkajian pada An. A. Keluarga Bp. WW merupakan keluarga inti dengan tahap perkembangan keluarga anak balita. Bp. WW (30 tahun), pendidikan SMA bekerja sebagai seorang tenaga honorer pada Dinas Kebersihan DKI di Lenteng Agung, Ibu R (32 tahun) bekerja sebagai karyawan asuransi di Depok. Keluarga memiliki 1 anak balita (anak A =18 bulan saat dikaji), yang mengalami gizi buruk akibat menderita penyakit kronis penyakit lambung sejak umur 2 bulan, infeksi saluran pernafasan kronis, dan diare dan tidak mendapatkan perawatan dan asupan nutrisi

yang memadai (hanya diberi bubur serelak sekitar 2-3 sendok sekali makan bubur dan susu botol karena muntah setiap kali diberi makan. Menurut ibu (an. A) pada umur dua bulan sudah diberi makan bubur sebanyak dua kali sehari, dan tidak lagi diberi ASI, anak mulai sakit-sakitan, sering diare dan didiagnosis menderita penyakit GERD (sejenis penyakit sistem pencernaan). Anak sudah dirawat di rumah sakit namun tidak ada perubahan. Upaya lain yang dilakukan adalah membawa anak ke dukun. Saat dilakukan pengkajian, 9 Februari, 012, keadaan anak baik, kesedaran kompos mentis (CM), batuk (+), tidak terdengar ronki, RR: 24 x /mt, N: 80 x/mt, SB: 37,2°C. BB; 6 kg PB: 90 cm (status gizi sangat kurus/buruk). Anak A saat ini belum bisa duduk, hanya bisa balik, jumlah gigi susu hanya empat buah, kulit keriput, rambut kuning tipis, pucat, konjunctiva anemis. Anak A sudah 3 bulan batuk, juga sudah dibawa berobat ke bidan dan dokter praktek, tapi tidak ada perubahan. Sekarang hanya diberi air putih dan diusuapi jika anak rewel dan tidak enak badan (yang diberikan oleh dukun). Ibu anak (A) mengatakan sudah capek, sudah berusaha mengobati anak, sampai habis-habisan, mobil sudah dijual, tetapi tidak ada perubahan. Juga jarang dibawa ke osyandu. Bila Bp WW dan Ibu R bekerja, anak dititipkan pada neneknya, juga, anak hanya minum susu botol, nenek takut memberi makan karena sering muntah. Memburuknya kondisi kesehatan anak A, karena keluarga terlambat mengambil keputusan, dengan alasan ekonomi dan pelayanan kependudukan terkait jamkesda.

Web of Causation. Hasil pengkajian dan rumusan masalah keperawatan diatas dapat dianalisis dengan pendekatan web of causation, sehingga penulis dapat merumuskan diagnosis keperawatan keluarga sesuai dengan permasalahan yang ada. Berikut adalah web of causation keluarga Bp. WW (Gambar: 4.3).



Gambar: 4.3. Web of causation Asuhan Keperawatan Keluarga

4.3.2. Masalah, Alternatif Penyelesaian Masalah, dan Rencana Tindak lanjut. Masalah

Masalah 1:Ketidakefektifan penatalaksanan terapi. Perawat sebagai terapis dalam asuhan keperawatan keluarga, melibatkan langsung keluarga dalam setiap kegiatan PBS. **Tujuan Umum:** Setelah dilakukan kunjungan 1 kali 60 menit, penatalaksanaan terapi anak A menjadi efektif. Tujuan Khusus: Kemampuan keluarga dalam: 1) Menjelaskan pengertian ketidakefektifan penatalaksanaan terapi, penyebab dan cara mengatasinya; 2) Mengambil tindakan apabila anak dengan gizi buruk tidak segera diatasi; 3) Mengambil keputusan melakukan kunjungan puskesmas untuk mendapatkan perawatan anak; Mendemonstrasikan cara pemenuhan kebutuhan nutrisi, 5) Menyebutkan dan menggunakan pelayanan fasilitas kesehatan; 6) Peningkatan pengetahuan keluarga dalam penatalaksanaan gizi balita; 7) Peningkatan keterampilan keluarga dalam merarawt anak dengan gizi buruk; 8) Peningkatan kesadaran dalam pemanfataan pelayanan kesehatan. Intervensi: 1) Memfasilitasi keluarga segera membawa anak ke puskesmas; 2) Konseling keluarga dalam memfasilitasi pengambilan keputusan terkait penatalaksanaan gizi anak A; 3) Melakukan koordinasi dengan

pihak terkait (kader kesehatan setempat, puskesmas dan kelurahan) sebagai pengambil kebijakan; 4) Pendidikan kesehatan penatalaksanaan terapi anak dengan gizi buruk melalui kemitraan dengan kader untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memdai; 5) Demonstrasi tentang cara pemberian obat yang diresepkan dokter; 6) Konseling tentang pemanfaatan pelayann kesehatan untuk perawatan anak dengan gizi buruk. Pembenaran: PBS merupakan suatu wadah yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan balita dengan melibatkan peran serta sera masyarakat melalui jalur pemberdayaan dan kemitraan. Menurut Nies dan McEwen (2007). Peran keluarga dalam memenuhi gizi balita adalah: 1) Sebelum kehamilan dimana ibu melakukan pemantauan berat badan dengan mengkonsumsi asam folat; 2) Selama hamil, ibu harus berperilaku hidup sehat dengan mengkonsumsi makanan yang kaya nutrisi, menghindari rokok, alkohol dan obat-obatan, dan melakukan perawatan selama kehamilan atau antenatal care (ANC); 3) Setelah melahirkan, ibu memberikan air susu ibu (ASI), orang tua harus memberikan balita makanan yang kaya nutrisi, melakukan imunisasi, menerima pelayanan perawatan kesehatan, dan berperilaku hidup Implementasi: Implementasi yang dilakukan adalah 1) Meminta keluarga segera membawa anak ke puskesmas; 2) Konseling keluarga dalam memfasilitasi pengambilan keputusan terkait penatalaksanaan gizi anak A; 3) Melakukan koordinasi dengan pihak terkait (kader kesehatan setempat, puskesmas dan kelurahan) sebagai pengambil kebijakan. Evaluasi:1) keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk perawatan anak A; 2) Keluarga memutuskan segera melakukan perawatan anak; 3) Keluarga mendapatkan Jamkesda pengganti untuk perawatan anak A. Total biaya yang digunakan Rp. 50.000 x 18 kunjungan = Rp.900.000 (Sembilan ratus ribu rupiah). **Hambatan** yang dihadapi dalam pelayanan jamkesda adalah, adanya peraturan yang mengatakan bahwa setiap peserta yang akan mengurus jamkesda, harus mendaftarkan diri terlebih dahulu (antri); 2) Masalah waktu, karena kedua orang tua sibuk bekerja. Sedangakan Dukungan adalah adanya kerjasama antara fasilitator dan kelurahan, Puskesmas dan PJ program gizi dalam menfasilitasi perolehan Jamkesda. Rencana tindak lanjut:1) Menginformasikan kepada keluarga untuk melaksanakan perawatan anak sesuai anjuran dokter setelah kembali dari rumah sakit; 2) Meminta kepada kader kesehatan untuk melakukan pemantauan terhadap perkembangan gizi anak.

Masalah 2: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Tujuan **Umum:** Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1 x 60 keluarga segera membawa anak ke puskesmas untuk mendapatkan asupan nutrisi yang memadai. **Tujuan Khusus:** Kemampuan keluarga dalam: 1) Menyebutkan mengidentifikasi pengertian kurang gizi, penyebab dan cara mengatasinya; 2) Mengambil tindakan yang tepat merawat anak dengan gizi buruk; 3) Menyebutkan dan mengidentifikasi makanan yang tepat untuk mengatasi masalah gizi anak; 4) Menyebutkan lingkungan yang dapat membuat anak tertarik untuk makan; 5) Menyebutkan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan dan sosial yang tersedia untuk memberikan konsultasi dalam memenuhi gizi anak. Intervensi: 1) Konseling keluarga tentang gizi kurang dan cara mengatasinya serta cara mengolah makanan dengan gizi seimbang; 2) Minta keluarga menyediakan makanan segar di rumah; 3) Fasilitasi keluarga untuk mendapatkan makanan bergizi seimbang (fromula) di puskesmas atau PPG; 4) Koordinasi dengan kader dan puskesmas untuk mendapatkan makanan suplemen. **Pembenaran:** Peran perawat dalam memenuhi gizi balita, adalah sebagai penasehat, pendidik dan fasilitator (Lundy dan Janes, 2009). Perawatan bagi klien dengan masalah gizi menggunakan metode pelayanan kesehatan langsung bagi individu yang membutuhkan perawatan (Allender & Spradley, 2005). Pendidikan dan rujukan merupakan pelayanan langsung masalah gizi. Rujukan gizi buruk, PPG, dan TFC merupakan salah satu pogram peningkatan gizi keluarga yang dijalankan oleh Dinas Kesehatn Depok. Wawancara dengan Kasubdin Yankes Dinkes Depok, (2011) diperoleh bahwa apabila ditemukan kasus gizi buruk langsung dirujuk ke PPG yang ada di Kecamatan Sukmajaya, Pancoran Mas, dan Puskesmas Cimanggis. **Implementasi:** Implementasi yang dilakukan adalah: 1) Konseling gizi dengan cara jelaskan pada keluarga tentang gizi kurang, cara mengatasi gizi kurang, dan cara mengolah makanan dengan gizi seimbang; 2) Minta keluarga menyediakan makanan segar di rumah; 3) Fasilitasi keluarga untuk mendapatkan makan bergizi seimbang (formula) di puskesmas atau PPG. Evaluasi: 1)keluarga terampil membuat makanan begizi seibambang dan bervariasi; 2) Tersedia makanan segar di rumah; 3) Keluarga dirujuk ke Puskesmas Cimanggis untuk memperoleh makanan formula. Hambatan yang dihadapi selama intervensi,

adalah keyakinan keluarga akan pengobatan alternatif menyebabkan anak A terlambat mendapat perawatan. **Dukungan** adalah rumah keluarga dekat dengan kader, anggota kesehatan lainnya (kakek dan nenek) memahami masalah anak A dan segera memerlukan perawatan, adanya komitmen dari Puskesmas, Dinas Kesehatan Kota Depok dan Kelurahan Tugu segera menyelesaikan administrasi Jamkesda sehingga anak A mendapatkan rujukan dan dirawat di RSCM. **Rencana Tindak Lanjut (RTL):** 1) Lakukan koordinasi dengan pihak Puskesmas Tugu dan kader untuk memantau penatalaksanaan gizi anak; 2) Ajarkan keluarga cara mengolah makanan bergizi (formula) sesuai anjuran puskesmas (petunjuk).

Evaluasi kuantitatif: Evaluasi kuantitatif dilakukan melalui pencapaian pelaksanaan lima tugas kesehatan keluarga sesuai tahap perkembangan balita terhadap penilaian kemandirian keluarga. Kemandirian keluarga mencapai lima tugas kesehatan keluarga tersebut dapat dinilai dalam kemandirian keluarga (Tabel 4.1). Hasil evaluasi kuantitatif ditekankan adanya kemandirian dan perubahan sikap keluaraga dalam memenuhi gizi balita melalui fasilitasi keluarga. Kelima tugas kesehatan keluarga tersebut diukur melalui 4 aspek dalam pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga, adalah 1) Konseling gizi dengan cara menjelaskan pada keluarga tentang gizi kurang dan cara mengatasinya dan cara mengolah makanan dengan gizi seimbang; 2) Meminta keluarga menyediakan makanan segar di rumah; 3) Fasilitasi keluarga untuk mendapatkan makan bergizi seimbang (formula) di puskesmas atau PPG; 4) Koordinasi dengan kader dan puskesmas untuk mendapatkan makanan suplemen.

Tabel. 4.1. Tingkat Kemandirian Keluarga Binaan

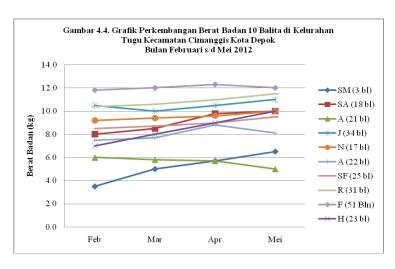
Keluarga	Jumlah Diagnosis	Masalah diatasi	Tingkat Kemandirian Sebelumnya	Tingkat Kemandirian Setelah Intervensi		
1	4	4	11	IV		
2	2	2	I	III		
3	2	2	II	IV		
4	2	2	I	IV		
5	2	2	II	IV		
6	5	4	I	III		
7	3	3	I	III		
8	2	2	II	IV		
9	2	2	I	III		
10.	2	2	I	IV		

Terapi modalitas keperawatan yang utama dilakukan pada 10 keluarga dengan anak balita dengan gizi kurang adalah melakukan konseling kepada keluarga dalam menfasilitasi anak memenuhi kebutuhan nutrisi dan mengatasi masalah kesehatan sebagai penyebab gizi kurang.

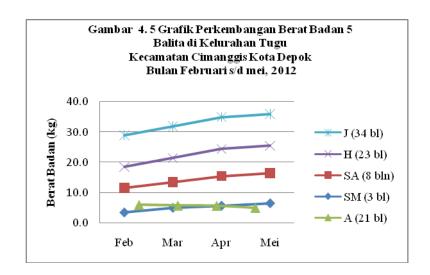
Tabel 4.2 Indikator Dampak Asuhan Keperawatan Keluarga Berdasarkan Tingkat Kemandirian Keluarga di Kelurahan Tugu Tahun 2011

No	Kriteria	Keluarga Binaan									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Menerima petugas (Perkesmas)	V	V	√	√	√	V	√	V	1	√
2	Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana Keperawatan				1	$\sqrt{}$				$\sqrt{}$	$\sqrt{}$
3	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar		-	$\sqrt{}$		$\sqrt{}$		-		-	$\sqrt{}$
4	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran		-			$\sqrt{}$		-		-	$\sqrt{}$
5	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran		$\sqrt{}$			$\sqrt{}$		$\sqrt{}$		$\sqrt{}$	$\sqrt{}$
6	Melakukan tindakan pencegahan secara aktif		$\sqrt{}$			$\sqrt{}$	$\sqrt{}$	$\sqrt{}$		$\sqrt{}$	$\sqrt{}$
7	Melakukan tindakan peningkatan kesehatan (promotif) secara aktif		-			$\sqrt{}$	-	-		-	$\sqrt{}$
	Tingkat Kemandirian Keluarga	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4

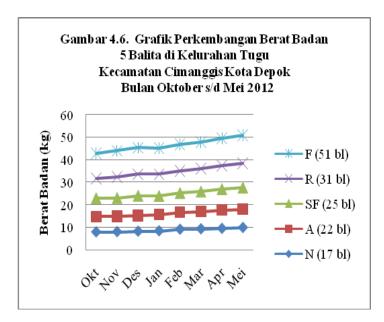
Tabel 4.2 menunjukkan tingkat kemandirian keluarga selama pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga (4 bulan). Dari kesepuluh keluarga, sebanyak 6 keluarga mencapai kemandirian tingkat 4 dan 4 keluarga mencapai tingkat kemandirian tingkat 3.



Gambar 4.4. menunjukkan seorang balita (A=21 bln) mengalami penurunan berat badan (sangat kurus) dari kesepuluah balita. Perkembangan berat badan dari kesepuluh balita tersebut berbeda antara balita yang satu dengan balita yang lainnya karena berbagai faktor, diantaranya penyakit infeksi (ISPA, diare, serta pola asuh yang tidak memadai).



Gambar 4.5 menunjukkan perkembangan berat badan kelima balita yang diintervensi sejak Februari sampai dengan Mei 2012. Nampak anak (A=21 bln) berat badannya semakin menurun dari 6 kg menjadi 5 kg dan tidak sesuai dengan perkembangan umurnya. Seharusnya 10,5 kg sehingga anak dikategorikan status gizi sangat kurus (Kemenkes, 2011). Balita (A) pada gambar 4.4 dan 4.5 dengan gizi buruk saat ini sedang dirawat di RCM karena mengalami gizi buruk kronis disertai komplikasi, ISPA, diare kronis dan Anemia. Faktor penyebab gizi buruk pada anak (A), adalah pola asuh yang salah, dimana anak telah diberi MP-ASI ketika 2 bulan sehingga menderita saluran pencernaan (GERD). Sampai dengan bulan April diagnosis penyakit anak A belum diketahui secara pasti, kecuali dengan gizi buruk. Adanya keyakinan keluarga bahwa anak dapat disembuhkan dengan pengobatan oleh dukun, dengan diberi minum air putih atau diusapkan ke tubuh bila anak sakit, merupakan salah satu faktor penyebab ketidakefektifan penatalaksanan terapi pada anak A. Disamping itu, keluarga merasa bahwa pelayanan kesehatan terlalu rumit dan penuh birokrasi.



Gambar 4.6 menunjukkan grafik perkembangan badan kelima dari 5 balita yang diintervensi sejak Oktober 2011 s/d Mei 2012. Seorang diantara kelima balita (A=22 bln) perkembangan berat badannya lambat, juga motorik kasar dan kognitif. Seharunya berat badan anak antara 9,8 – 11,1 dikategorikan status gizi kurus (Kemneks, 2011). Pada bulan Mei anak A (22 bln) telah dapat berjalan dan berlari, tetapi belum dapat berbicara dengan baik (semestinya anak sudah dapat mengatakan 5-10 kata misalnya "ini bola:, "itu buah", "itu mama" (Depkes, 2009; Yayasan Surya Kanti, 2003). Penyebab kurang gizi dan keterlambatan perkembangan pada anak A adalah pola asuh yang salah dalam pemenuhan gizi balita dimana anak biasanya hanya diberi makan dua kali sehari, dan penyakit infeksi (ISPA). Setelah dilakukan intervensi, pola asuh anak dalam pemenuhan gizi telah berubah 3 kali sehari dengan menu gizi seimbang, ibu telah memanfaatkan posyandu sebagai pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak.

BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan pelayanan gizi balita melalui inovasi PBS. Juga, kesesuaian antara perencanaan dan pelaksanaan, monitoring dan evaluasi hasil kegiatan oleh penulis. Komponen yang dibahas meliputi fungsi manajemen, meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi.

5.1. Manajemen Pelayan Gizi Balita

5.1.1.Perencanaan.

Perencanaan pembentukan PBS telah sesuai dengan perencanaan Dinas kesehatan Kota Depok, yaitu menjadi kota sehat. Dengan terbentuknya PBS diharapkan terjadi perubahan sikap anggota keluarga dalam pemenuhan gizi dan perawatan kesehatan balita. Balita yang sehat akan memberikan konstribusi terhadap peningkatan kualitas SDM, yang berdampak terhadap *income* perkapita Kota Depok di kemudian hari. Perencaanan pelayanan gizi dan kesehatan balita Kota Depok mengacu kepada SPM kesehatan dasar dengan indikator cakupan pelayanan anak balita target tahun 2012 sebesar 80%; cakupan pemberian MP-ASI (6-24 bulan) anggota keluarga miskin 50%; cakupan balita gizi buruk mendapatkan pelayanan 100%.

Perencanaan pembentukan PBS di Kelurahan Tugu berhasil dilaksanakan atas dukungan dan kerjasama Dinas Kesehatan Kota Depok, Puskesmas Tugu, Kelurahan Tugu, Aparat RW dimana PBS dilaksanakan, BPPKB, kader kesehatan, dan masyarakat terutama keluarga balita. Perencanaan pembentukan PBS bertujuan meningkatkan penatalaksanaan gizi balita di Kelurahan Tugu telah sesuai dengan perencanaan program gizi Dinkes Kota Depok dan Puskesmas Tugu, yaitu meningkatkan status gizi masyarakat (Dinkes Kota Depok, 2011). Menurut (Bappenas, 2010; Syaiful, 2008; Adisasmito, 2007) salah satu bentuk intervensi gizi masyarakat adalah pemberdayaan. Menurut (Stanhope & Lancaster, 2004; Hitchock, Schuber, & Thomas, 1999) pemberdayaan adalah suatu kegiatan keperawatan komunitas dengan melibatkan

masyarakat secara aktif untuk menyelesaikan masalah. Salah satu perawat komunitas dalam penatalaksaaan gizi yaitu fasilitator. Lundy dan Janes (2009) menjelaskan bahwa peran perawat sebagai fasilitator adalah menfasilitasi penduduk dan kelompok tentang isu dan kebutuhan tentang penatalaksanaan gizi dalam melakukan perubahan positif melalui program spesifik.

Menurut Tomey (2009) proses perencanaan dimulai dengan analisis mendalam tentang kekuatan dan kelemahan lingkungan internal dan tanggungjawab eksternal dan ancaman sehingga dengan jelas dapat dirancang untuk mencapai tujuan. Proses perencanaan menentukan arah dari organisasi, dan kerangka waktu.

5.1.2.Pengorganisasian

Sistem pengorganisasain PBS RW 05 dan 07 yang telah diresmikan sesuai dengan sistem pengorganisasian dimana melibatkan pelaksana tingkat RW sampai dengan tingkat kelurahan dan puskesmas. Sistem organisasi terdiri dari pembina, pelindung dan pengarah, penanggungjawab, wakil ketua, sekretaris, bendahara, bagian pendaftaran, bagian pelaksanaan program, dan bagian pencatatan dan pelaporan (monitong dan evaluasi). Pengorganisasian PBS bertujuan untuk memperlancar proses pelaksanaan kegiatan dan pengambilan kebijakan, serta lobi. Tanpa pengorgnisasian, kegiatan sulit dilaksanakan sehingga tujuan tidak dapat tercapai.

Huber (2010) menjelaskan bahwa pengorganisasian adalah mobilisasi SDM dan material sarana-prasarana dari institusi untuk mencapai tujuan organisasi. Fayol (1949, dalam Huber, 2010) menjelaskan bahwa fungsi pengorganisasian adalah mengembangkan material dan struktur ke dalam infrastruktur. Otoritas, kekuatan, dan struktur digunakan untuk mempengaruhi. Sedangkan tujuan adalah mendapatkan SDM, perlengkapan, dan sumber material untuk menggerakkan, mengorganisi, dan bekerja. Hal ini memungkinkan organisasi dapat dicapai dengan cara mengeratkan hubungan antara tenaga kerja dan lingkungan.

2.1.3. Pelaksanaan

PBS melaksanakan kegiatan pendidikan kesehatan yang bertujuan merubah perilaku anggota keluarga dalam memenuhi gizi dan merawat kesehatan balita. Kegiatan dilaksanakan dengan cara penyampaian informasi tentang gizi dan kesehatan, pelatihan pembuatan makanan bergizi seimbang, PHBS, MP-ASI, perawatan anak sakit, status gizi balita, dan stimulasi tumbuh-kembang anak. Intervensi dilaksanakan secara terintegrasi dengan melibatkan kader selaku anggota PKK, BPPKB, dan puskesmas serta dinkes.

Menurut Adisasmito (2007) peningkatan keterampilan merupakan salah satu bentuk pemberdayaan. Nies dan McEwen (2001) menjelaskan bahwa perawat dapat menggunakan strategi pemberdayaan untuk membantu masyarakat mengembangkan keterampilan dalam menyelesaikan masalah, menciptakan jejaring, negosiasi, lobi, dan mendapatkan informasi untuk meningkatkan kesehatan. Menurut Laverack Wallerstein (2001, dalam Anderson & McFarlane, 2011) bahwa hanya dengan kemampuan mengorganisir dan menggerakkan masyarakat memungkinkan individu, kelompok dan komunitas dapat mencapai perubahan untuk memperbaiki ketakberdayaannya.

Kegiatan PBS terintegrasi dengan palaksanaan kegiatan asuhan keperawatan komunitas dan keluarga. Kegiatannya meliputi penilaian status gizi balita, pendidikan MP-ASI, gizi seimbang, perawatan anak dengan ISPA dan diare, PHBS: mencuci tanga, pendidikan kesehatan dan koseling ASI dilaksanakan di posynadu maupun keluarga binaan.

Pelaksanan program PBS telah sesuai dengan pelaksanaan pelayanan gizi dan kesehatan di Kota. Perbedaan antara pelayanan posyandu dan PBS, yaitu proyandu lebih bersifat pasif, dimana kader hanya menunggu dan melaksanakan kegiatan pada saat penimbangan bulanan. Pada PBS ini, kader lebih aktif melakukan kegiatan bersama keluarga balita melalui pendidikan keterampilan langsung, dan melakukan kunjungan rumah secara berkala. Pelaksanan kegiatan melalui koordinasi dan melibatkan Dinas Kesehatan Kota Depok, Puskesmas

Tugu, BPPKB Kelurahan Tugu, kader yang juga berperan sebagai anggota PKK, dan keluarga balita.

McNmara (1999 dalam Huber, 2011) menjelaskan bahwa pengarahan (*leading*) atau mengkoordinasikan (*coordinating*), adalah memotivasi dan mengarahkan pegawai untuk melakukan tindakan. Fayol (1949 dalam Huber, 2010) mengidentifikasi koordinasi yang meliputi aktivitas yang dilakukan bersama secara umum dan harmonis oleh berbagai personal. Menuut Huber (2010) fungsi pengarahan memungkinkan tindakan supervisi dan sebagai penuntun dalam melaksanakan tanggungjawab.

Monitoring Evaluasi

Hasil evaluasi: Terjadi peningkatan: 1) pengetahuan kader penatalaksanaan anak dengan gizi kurang balita rata-rata dari 60% menjadi 90%; 2) keterampilan kader dalam dalam penatalaksanaan gizi balita (makan tambahan pada kegiatan PBS bervariasi. Pemantauan kegiatan PBS terindentifikasi makanan tambahan telah bervariasi diantaranya: pudding buah dan sayur, buah, dan tim saring, juga telah terlaksana stimulasi perkembangan anak dengan bermain. Balita dengan status gizi buruk telah dirujuk dan dirawat di RSCM menggunakan Jamkesda pengganti. Belum semua kader memahami penilaian status gizi balita menggunakan indikator BB/TB atau BB/PB, oleh sebab itu perlu cara terbaik bagi kader untuk mengukur panjang/tinggi badan anak.

5.2. Asuhan Keperawatan Komunitas

Hasil monitoring dan evaluasi: terjadi peningkatan: 1) pengetahuan keluarga balita tentang gizi dari 76% menjadi 89%; 2) perubahan perilaku keluarga dari 50,5% menjadi 80%, diantaranya (a) kunjungan posyandu dari 58% menjadi 70%, (b) ASI ekslusif dari dari 42,6% menjadi 70%; 3) gizi balita sangat kurus dari 8,9% turun menjadi 1,3%, kurus dari 27,7% menjadi 2,5%, baik dari 61,4% menjadi 95%; 4) balita mendapatkan stimulasi dengan bermain. Peningkatan status gizi balita diatas indikator peningkatan gizi balita Kota Depok tahun 2012 (92%), Riskesdas 2010 (13,0%) untuk gizi kurang, dan

(4,5%) gizi buruk dan mendekati indikator MDG's 15,5%; 13,6%; dan 11,9% pada tahun 2015 (BPS, 1989; SUSENAS, 1989; Kemenkes & Riskesdas 2007, 2010, dalam Bappenas, 2010). Penimbangan balita mendekati indikator perbaikan gizi balita Kota Depok 2012 (80%), pemberian ASI ekslusif melebihi indikator 58% perbaikan gizi balita Kota Depok 2012 (58%) dan nasional 80% (Riskesdas, 2007 dalam Moeloek, 2011; Dinkes Depok, 2011).

Hasil inovasi PBS ini didukung dengan hasil penelitian Bajpai and Dholakia (2011) mengenai inovasi ICDS di India bahwa daerah yang diintervensi dengan melatih tenaga sukarela (semacam kader di Indoesia) terjadi perubahan sikap diantaranya: 1) 65% ibu segera menyusui bayinya satu jam pertama setalh melahirkan anak, hanya 38% pada daerah yang tidak diintervensi; 2) proporsi anak mendapatkan ASI ekslusif sampai dengan 6 bulan lebih tinggi; 3) anak menerima MP-ASI setelah bulan dan diberi makanan bergizi.

Terjadinya peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, dan status gizi balita setelah dilakukan intervensi dengan pemberdayaan dan promosi kesehatan melalui PBS, membuktikan konsep *health promotion model* oleh Pender, Murdaugh, dan Parson (2006) efektif merubah perilaku dan berdampak positif terhadap hasil perilaku kesehatan hidup sehat, dalam hal ini adalah penatalaksanaan gizi balita. Program gizi yang juga berhasil dalam meningkatkan status gizi kelompok risiko yang dilaksanakan di Amerika sejak tahun 2000 yaitu WIC program, dimana salah satu intervensi yang diberikan adalah pendidikan gizi. Menurut (Whitney dan Rolfes, 2011), diperkirakan \$ 5,2 juta untuk WIC. Setiap \$ 1juta, diperkirakan \$ 3 juta biaya kesehatan disiapkaan pada dua bulan pertam setelah melahirkan (Whitney & Rolfes, 2011). Hal menunjukkan bahwa biaya yang dibutuhkan untuk perbaikan gizi melalui promosi kesehatan kecil, bila dibandingkan dengan biaya pemeliharaan kesehatan.

5.3. Asuhan Keperawatan Keluarga

Berdasarkan pengkajian data pada kesepuluh keluarga diperoleh faktor risiko kekurangan gizi dari kesepuluh balita, yaitu pengetahuan, pendapatan, pendidikan, jumlah anngota anggota keluarga, status perkawinan, BBLR, pola asuh dan perilaku keluarga, lingkungan tempat tinggal, PHBS: mencuci tangan, cara mengolah makanan, dan penyakit infeksi (TBC, ISPA, diare). Seorang diantaranya merupakan kelompok rentan. Hal ini didukung dengan pendapat (Stanhope & Lancaster, 2005) bahwa kelompok rentan merupakan bagian dari suatu kelompok yang berisiko memiliki masalah kesehatan bila dibandingkan dengan populasi lainnya dalam populasi tersebut. Juga didukung hasil penelitian Haidar et al (2005); (International Union of Nutritional Scientist 1997; PM Shah dalam Jellife dan Jullife, 1989) yang menyatakan bahwa faktor risiko terjadinya kurang gizi pada balita, yaitu sosial ekonomi: pendapatan anggota keluarga, umur ibu, pekerjaan ibu, ibu malnutrisi selama kehamilan, tidak melakukan ANC, praktek pemberian gizi (ASI ekslusif, pemberian susu botol, berat badan lahir rendah (BBLR), jenis kelamin anak, pendidikan ibu, persepsi ibu tentang pertumbuhan dan perkembangan anak, pemberian ASI, penyakit infeksi, umur anak, jenis kelamin anak, jumlah anak; persediaan makan terbatas; kematian salah satu orang tua.

Hasil evaluasi pada 10 anggota keluarga binaan, 9 diantaranya telah terjadi peningaktan satus gizi, seorang diantaranya sedang dirawat di RSCM karena mederita gizi buruk kronis disertai dengan komplikasi. Balita tersebut dirawat setelah deilakuan advokasi dengan Pukesmas Tugu, Dinas Kesehatan dan Kelurahan Tugu, sehingga mendapatkan surat jaminan kesehatan (Jamkesda). Perawatan anak dengan gizi buruk sesui dengan indikator perbaikan gizi Dinas Kesehatan Depok 2012 (100%) balita gizi buruk dirawat.

Advokasi adalah suatu idealisme dari profesi keperawatan kesehatan yang membutuhkan perhatian terhadap individu dan sosial, dan merupakan strategi penyelesaikan masalah berhubungan dengan perawatan dan sistem pelayanan kesehatan (Edeleman & Mndle, 211). Advokasi yang dilakukan terhadap anggota

keluarga klien dengan gizi buruk, Puskesmas Tugu, Dinas Kesehatan Kota Depok dan Kelurahan Tugu dalam rangka memfasilitasi aanak A agar mendapatkan perawatan untuk meningkatakn status gizi dan pemulihan kesehatan.

Hasil evaluasi ini membuktikan konsep pemberdayaan melalui pendidikan yang dikemukakan oleh Edelman dan Mandle (2011) bahwa perubahan dalam perilaku kesehatan berhubungan dengan pendidikan kesehatan untuk membantu pencegahan penyakit dan kecacatan. Dua tujuan utama dari pendidikan kesehatan dan konseling yaitu untuk merubah perilaku dan meningkatkan status kesehatan. Juga, didukung dengan model inovasi dan program perbaikan gizi ICDS di India, dimana terjadi peningkatan pengetahuan kader sebelum dan setelah dilakukan intervensi dari 76,5% menjadi 90%; perubahan perilaku dalam penatalaksanaan gizi balita dimana ibu yang tidak memberikan ASI sekslusif sebelumnya telah memberikan ASI ekslusif, ibu telah memberikan anak MP-ASI pada umur 6 bulan, 65% wanita memberikan ASI sejak lahir (inisisasi dini menyusui), terjadi peningkatan pemberian ASI ekslusif sampai dengan 6 bulan, anak anak mendapatkan makanan yang bergizi (Gragnoliaty *et al*, 2005 dalam Bajpai and Dholakia, 2011).

5.4. Keterbatasan

- a. PBS merupakan bentuk intervensi keperawatan yang pada pelaksanaannya melibatkan peran serta kader secara aktif. Terbatasnya jumlah kader yang aktif dan waktu penyelenggaraan yang disesuaikan dengan waktu pelaksanaan posyandu menyebabkan para kader sulit membagi perannya secara optimal. Akibatnya interaksi aktif antara kader, balita dan ibu balita belum terbangun dalam kegiatan PBS yang sebenarnya memerlukan hubungan yang bersifat interaktif.
- b. PBS yang bertujuan untuk melengkapi pelaksanaan fungsi posyandu khususnya dalam hal penatalaksanaan gizi balita menjadi kurang optimal karena adanya program lain bagi balita yang juga bertujuan meningkatkan pertumbuhan dan menstimulasi perkembangan seperti Bina Keluarga Balita (BKB) dan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). Semua kegiatan tersebut menggunakan

- pemberdayaan sebagai pendekatan dalam memandirikan masyarakat, sehingga kesan membebani kader dengan tanggung jawab yang berlebih relative sulit untuk dihindari.
- c. Pengetahuan dan keterampilan kader dalam penatalaksanaan gizi balita belum dipertahankan melalui pelatihan sehingga dukungan kader pada pelaksanaan PBS belum optimal, khususnya dalam hal pemantauan balita dikeluarga.
- d. Pelaksanaan PBS baru dilakukan pada dua wilayah RW yang menjadi wilayah intervensi dengan hasil evaluasi yang menunjukkan terjadinya perubahan bermakna terhadap status gizi. Namun, kegiatan PBS ini belum diperluas ke wilayah yang lain karena keterbatasan dana dan SDM, sehingga dampak PBS terhadap penatalaksanaan gizi balita belum dapat diketahui.
- e. Keluarga yang menjadi sasaran pelayanan tersebar luas di wilayah RW mengakibatkan mobilisasi perawatan komunitas sangat tinggi sehingga perawat komunitas memerlukan energi atau saran transportasi untuk dapat mencapai akses terhadap sasaran.

5.5. Implikasi Hasil Implemetasi PBS

- a. Pelaksanaan PBS di Kelurahan Tugu yang hanya mencakup dua RW memberikan kemanfaatan berupa perluasan akses informasi tentang penatalaksanaan gizi balita. Pelaksanaan kegiatan PBS yang berupa pemberian pendidikan kesehatan tentang penatalaksanan gizi balita, keperawatan balita dengan ISPA dan diare dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu balita dan kader. Selain itu, pelaksanaan advokasi dan konseling gizi perlu ditingkatkan melalui PBS.
- b. Peningkatan kesadaran masyarakat akan tanggung jawabnya terhadap penatalaksanaan gizi balita melalui PBS mendorong masyarakat untuk lebih memperhatikan asupan nutrisi dan stimulasi perkembangan anak.
- c. PBS secara efektif dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam penatalaksanaan gizi balita, maka penyiapan petugas kesehatan yang dapat melakukan pemantauan gizi dan kegiatan PBS diperlukan.

- d. Hasil implementasi PBS menunjukkan diperlukannya advokasi kepada pengambil kebijakan terutama bagi anak dengan gizi buruk dan keluarga balita untuk mendapatkan prioritas dengan merevisi peraturan mengenai Jamkesda yang hanya berlaku bagi masyarakat yang tidak mampu.
- e. Implementasi PBS lebih banyak melibatkan kader maka diperlukan pelatihan kader tentang prosedur rujukan balita dengan masalah gizi dan gangguan kesehatan yang berisiko terhadap kejadian gizi kurang.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini membahas mengenai kesimpulan dari pelaksanaan pengelolaan pelayanan gizi balita melalui inovasi PBS dan saran-saran untuk peningkatan gizi balita.

6.1. Kesimpulan

- a. Inovasi PBS merupakan suatu model keperawatan yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kesehatan balita khususnya pemenuhan gizi. PBS dapat meningkatkan kemampuan keluarga memberikan perawatan khususnya pemenuhan gizi pada balita.
- b. Perawatan balita dengan gizi kurang dapat dilakukan oleh keluarga yang mengikuti kegiatan PBS. Peningkatan status gizi balita terjadi di kedua RW yang menjadi wilayah intervensi setelah pelaksanaan PBS.
- c. Kegiatan PBS juga dapat meningkatkan kemampuan anggota keluarga yang memberikan perawatan dalam hal pencegahan dan perawatan diare dan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA).
- d. Pelaksanaan PBS melibatkan peran serta aktif kader posyandu dan posbindu di dua RW di Kelurahan Tugu. Keterampilan para kader kesehatan tersebut menunjukkan peningkatan dalam penatalaksanaan gizi balita dan keluarga. Selain itu keterampilan kader kesehatan dalam menangani balita yang sakit juga menunjukkan peningkatan setelah mengikuti pelaksanaan PBS.

6.2.Saran

6.2.1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

a. Dinas Kesehatan perlu merekrut tenaga keperawatan setingkat spesialis untuk ditempatkan di unit pelayanan kesehatan. Dinas kesehatan perlu meningkatkan penatalaksanaan gizi balita dengan memperhatikan penempatkan perawat di unit pelaksana teknis. Dinas kesehatan perlu meningkatkan kemitraan seperti dengan dinas pertanian, peternakan, BPPKB dan melakukan pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan gizi balita, termasuk mengusulkan ke pemerintah daerah untuk menetapkan aturan kampanye perbaikan gizi dengan

- meningkatkan peran serta aktif masyarakat (misalnya: kewajiban menyumbang koin untuk peningkatan status gizi balita). Kebijakan anggaran untuk penyediaan transportasi atau uang transport sebagai pengganti sarana transportasi untuk setiap perawat komunitas.
- b. Puskesmas: 1) untuk jangka pendek hendaknya menempatkan tenaga perawat lulusan diploma tiga (D3) sebagai penanggungjawab program perbaikan gizi balita melalui PBS; 2) untuk jangka panjang meningkatkan pendid ikan keperawatan yang ada ke jenjang S1 dan spesialis; 3) upaya pembinaan kader yang telah dilatih perlu direncanakan.
- c. Perawat komunitas/perkesmas melaksanakan asuhan keperawatan gizi keluarga dan balita dengan cara meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam penatalaksanaan gizi balita dengan memanfaatkan bahan makanan setempat, diantaranya cara pengolahan makanan balita dari aneka macam ikan, buah dan sayur tanpa menggunakan bahan pewarna sintesis (misalnya pudding papaya, mangga, semangka, pallubutung; aneka macam sup: misalnya: sup ikan, sup ayam, sup tahu); dan pendampingan keluarga melalui PBS.

6.2.2. Perkembangan Imu Keperawatan Komunitas

- a. Pengembangan model PBS sebagai tindakan keperawatan melalui pemberdayaan dan kemitraan untuk meningkatkan status gizi balita.
- b. Pengalaman penerapan model PBS dapat menjadi dasar pengayaan kompetensi lulusan khususnya dalam penatalaksanaan gizi balita baik di level individu, keluarga, maupun masyarakat.

6.2.3. Penelitian Keperawatan

- a. Pengembangan model PBS dapat dilakukan dengan berbagai riset yang menggunakan metodologi berbeda yaitu kuantitatif, kualitatif, riset maupun operasional, dengan memperhatikan nilai-nilai keyakinan, social, dan ekonomi budaya masyarakat setempat.
- b. Pengembangan model PBS perlu dikembangkan melalui riset di beberapa wilayah dengan perluasan program dan sasaran.

DAFTAR PUSTAKA

Adisasmito, W (2007). Sistem kesehatan. Jakarta. Rajawali Pers. Citra Niaga Buku Perguruan Tinggi.

Almatsier, S., Soetardjo, S., Soekarti, M. (2011). Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan (2011). Jakarta. PT. Gramedia.

Allender, J.A. Spradley, B.W. (2005). *Community health nursing. Promoting and protection the public's health*. (sixth edition). USA. Lippincot Williams & Wilkins.

Anderson, E.T and McFarlane, J. (2011). *Community as partner. Theory and nursing practice*. (Sixth edition). USA. Lippincott Williams & Williams.

Anderson, E.T and McFarlane, J. (2004). *Community as partner. Theory and nursing practice*. (Fourth edition). USA. Lippincott Williams & Williams.

Association of State and Territorial Health Offices (ASTHO) (2008). 24 Maret 2010. http://www.astho.org/Programs/Infectious-Disease/At-Risk-Populations/ARPP-Engagement-Meetings--Final-Report,-Sept-2008

Atmarita (2005). Nutrition problem in Indonesia. The article for an integrated international seminar and workshop on lifestyle-related diseases. Gajah Mada University. March. 2005. 10 Oktober, 2009./http://www.gizi.net/download/nutrition

Atun,R, de Jong., T.E de, Secci., F.V, Adeyi, K O., and Car, J (2011). Integratiin of priority population, health and nutrition interentions into health systems: sistematic review, diakse tangal 10 Februari, 2012 dari http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/80. BMC Public Health. 2011.11:780

Arisman. (2004). Buku ajar ilmu gizi. Jakarata. EGC.

Bajpai and Dholakia, R.H. (2011). *Improving the integration of health and nutrition sector in India*. Working paper N0.2. May, 2011. Columbia Global Centers. South Asia, Columbia University. 24 Desember 2011. http://globalcenters.Columbia.edu/files/cgc/pictures/

Bappenas (2010a). Pedoman penyusunan rencana aksi percepatan pencapaian tujuan MSG's di daerah (RAD MDGs). Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional 17 Maret, 2012 dari *gizi.depkes.go.id/wp-content/.../pewww.bappenas.go.id/get-file-server/node/10655/*

.......... (2010b) Laporan pencapaian tujuanpembangunan millennium Indonesia 2010. 11 Juni 2012 http://gizi.depkes.go.id/wp-content/

Bittikaka (2011). Hubungan karakteristik keluarga dan balita dalam berkunjung ke posyandu dengan staus gizi balita di Keluarhan Kota Baru Abepura Jayapura. Depok UI. (Tesis).

Bustami (2011). Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya. Jakarta Airlangga.

BPS. Perkembangan beberapa indikator sosial-ekonomi Indonesia. *Trend s of the selected socio-economic indicator of Indonesia* (2010), 28 Februari 2011.http://www.bps.go.id/download file/booklet leaflet/

Dempsey, P.A & Dempsey, A.D. (2002). Riset keperawatan. Buku ajar dan latihan. EGC. Jakarta.

Depkes. (2008). Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional. 14 Januari 2010 www.docstoc.com/.

Depkes. (2008). Kurikulum da Modul Kegiatan praktek perilaku dan pemulihan gizi (KP3G) melalui pendekatan "positive deviance". Depkes RI Direktorat Bina Gizi Masyarakat bekerjasama dengan Save Children. Positive devinace Resource center-FKM UI.

Dinas Kesehatan Kota Depok (2011). Rencana strategi pembangunan kesehatan Kota Depok 2011-2016. Depok. Dinkes Kota Depok (tidak diterbitkan).

Direktorat Gizi Masayarakat (?) Surveilans Gizi (Draf). 15 Januari, 2011. www.srib.com/doc.

Direktorat Bina Gizi. (2011). Pedoman pelayanan anak dengan gizi buruk. Kemenkes, RI. Jakarta.

Effendy N, (1998).. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Ed 2. EGC.

Ervin, N.E. (2002). Advance community health nursing practice. Population focus care, USA. Printice Hall.

Friedman (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5 th ed). Appleton & Lange. Connecticut.

FIK UI (2011) Laporan survey mahasiswa FIK UI (unpublished).

Gibney, M.J., Maegetts, B.M., Kearney, J.J., Arab, L. (2005). Gizi kesehatan masyarakat. Jakarta. EGC.

Gillies, D.A. (2000). *Nursing Management: A System Approach*.5rd ed.,Philadelphia W.B.Saunders Company.

Glanz; Rimer, BK; Viswanath,K. (2008). Health behavior and education. Theory, research and practice.

Gun-B, S.A. (2011). Alat dan teknik analisis manajemen. Alat, metode, dan catatan bagi para manajer konsultan. Jakarta. Indeks.

Hitchcook, J.E; Stubert, P.E & Thomas, S,A. (1999). *Community health nursing. Caring in action*. USA. Delmar Publishers.

Hasmi. (2012). Metode penelitian epidemiologi. (Cetakan pertama). Jakarta.Trans Info Media.

Huber, D.L. (2010). *Leadership and nursing care management* (fourt edition). USA. Saunders.

Jellife, D.B & Jullife, P, E.F. (1989). Community nutrional assessment with special reference to less technically developed contries. Newyork. Oxford Medical Publication.

Kaufman, M (1990). *Nutrition in public health. A handbook for developing progam and service*. USA. An Aspen Publication.

Kemenkes RI. (2011). Ukuran antropometri. SK Menkes RI no:1995?Menkes/SK/XII /2010. Jakarta

Lampiran II. Pedoman RAD_MDG's, Pgf. Matriks rencan aksi daerahj percepatan pencapaian MDG's. Diperoleh tanggal 4 Februari 2012.

Lemeshow, S., Hosmer, D.w., Klar, J *et al* (1997).Besar sampel dalam penelitian kesehatan. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.

Lesiapeto, M.S., Smuts., SM, Hanekom., Plesisi, J.Du, at al (2010), Risk factors of poor antropometric status in children under fiveyeraof age living in rural district of

the Eastern Cape and KwaZulu- Natal Provinces, South Africa. 20 Januari 2011. http://docs.google.com/viewer

Lundy, K.S and Janes, S (2009). *Community Health Nursing. Caring for the public's health.* (Second Edition). Vo. 2. USA. Jones and Bartlett Publisher.

Mary, A; McEwen, M. (2007). Community/Public health nursing. Promoting the health of population. (Fourth edition). Canada Elsevier.

Maurer, F. A; Smith, C.M. (2005). *Community public health nursing. Health for family and population*. (Third edition). USA. Elsevier.

Menkes (2006). Perkesmas diperoleh tanggal 5 Juli, 2012 dari http://kebijakankesehatanindonesia.net/sites/default/

Menpan (2007) Rencana aksi nasional pangan dan gizi 2006 – 2010. 13 Januari 2011. http://bappeda.jabarprov.go.id/docs/perencanaan/

Miller, J.E Dan Rodgers, Y.V. (2009). *Mothers'education and Nutritional Status: New Evidence From Cambodia. Asian Development* Review,vol.26.no.1pp-131-165. 20 Januari 2011. www.adb.org/docomens/periodicals/.

Muaz, S.S., Hasan M,R., Shahim, S.A., Dev, A *et al* (2010). *Nutritional statues of 1-5 years children of the tea workers in sylhet division*. 20 Januari 2010, www.banglajol.infolindex.php/BJC/. Bangladesh J Child Health 2010; Vol 34 (1) hlm 11-16.

Moeloek, NF (2011) Peran kita semua dalam rangka pencapaian MDG's 2015. 17 Maret. *bappeda.jabarprov.go.id/docs/perencanaan/*

NANDA. (2009), Nursing Diagnoses NANDA: Definition and Clasification 2009-2011

Nakita (2010). Sehat dan bugar berkat gizi seimbang. Jakarta. PT. Gramedia.

Nelson, K., William, C.M., Graham, N.M.H. (2005). *Infectious diseases epidemiology. Theory & Practice*. Canada. Jones and Bartlett Publisher.

Nies, M.A., and McEwan, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of population.* (3rd Ed.), Philadelphia: Davis Company.

Puskesmas Tugu (2011). Laporan Puskesmas Tugu Agustus 2011 (tidak diterbitkan)

Pemda kota Depok (2011). Rencana Kerja Tahunan Kota Depok 2011 (tidak diterbitkan).

Pender, N.J, Murdaught, G,L; Parsons, M,A. (2006). Health promotion in Nursing Practice. (Fifth ed). USA Pearson Printice hall.

Sabri, Luknis dan Hastono, S.P. (2006). *Statistik Kesehatan. Edisi revisi*, Jakarata; Rajawali Press.

Setda Kota Depok (2010). Peraturan Walikota Depok Nomo 52 Tahun 2010. Standar pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (tidak diterbitkan).

Stanhope, M and Lancaster, J. (2004). Coomunity and publick health nursing. (Sixth edition). USA. Mosby.

Suharyanto. (2002). *Penelitian Kesehatan*. Jogjakarta: UGM Press untuk kalangan sendiri.

Syaiful, I. (2008). Masalah gizi di Indonesia dan program perbaikan gizi. Direktorat Bina Gizi MasyarakatDirtjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI.

Roberts, B.S.B & Williams, S. R (2000). *Nutrition throughout tha life sicle*. (Fourth edition). Singapore McGraw-Hill International Editors. Health professional series.

Swanburg, R.C. (2000). Pengantat kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis (*Introductory management and leadership for clinical nurses*). Alih bahasa Swamba, S. (cetakan pertama). Jakarta. EGC.

Tomey, A.N (2009). *Guide to nursing management and leadership* (eight edition). Canad. Mosby

US Department of Health (2010). Health for al 2010. 15 April, 2012. http://eprintss.

USAID (2010) USAId? Indonesia nutrition assessment for 2010 new projeck design.. 2010. 28 Februari 2011 Marc http://www.google.co.id/

USAID. (2011). FP-MNCH-nutrition integration technical consultation. Conference refort. 12 Februari, 2012. http://www.google.co.id/

Whitney, E and Rolfes, S.D (2011). *Understanding Nutrition*. USA. Wardsworth Cengage Learning. www.cengage.com/ wardsworth.

WHO. (2007). Community health workers: what do know about them?. The state of the evidence on programs, activities, costs and impact on health outcomes of using community health wokkers.10 Oktober, 2009. http://icis.org/

WHO. (2006). *Infant and young child feeding counseling*. An integrated course. Partisipant's manual. WHO.

Lampiran 1

KONTRAK PEMBELAJARAN RESIDENSI SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA *AGGREGATE* BALITA DENGAN KURANG GIZI DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

A. MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN KOMUNITAS

No	Kegiatan	Tujuan	Keluaran	Kompetensi	Target/sasaran	Metode	Waktu	Sumber
1	Penyusunan kontrak belajar residensi	Membantu pencapaian tujuan pembelajaran residensi	Adanya bukti kontrak belajar sesuai pedoman pembelajaran residensi	4.1	Residen	☐ Studi Literatur ☐ Konsultasi	Minggu Ketiga Oktober	Buku Pedoman (BPKM) Residensi
2	Penyusunan rencana kerja pembentukan dan pelaksanaan kegitan P B S	2.1 Tersusun rencana kerja pembentukan dan pelaksanaan kegiatan PBS sebagai upaya pemberdayaan dalam meningkatkan status gizi balita	2.1.1 Adanya perencanaan program PBS sebagai sebagai upaya pemberdayaan dalam meningkatkan status gizi balita	4.2	□ Residen □ Pengurus P BS Kelurahan Tugu	 □ Studi Literatur □ Dokumen □ Rapat Pengurus PBS 	Minggu Kedua Nov.	Buku Panduan Program PBS
			2.1.2 Tersusunnya perencanaan kegiatan PBS di RW 05,07. Semester I: sosialisasi pembentukan PBS, pembentukan dan peresmian PBS, sosialisasi status gizi balita, pelatihan pembuatan abon ikan lele; promkes	4.2	□ Residen □ Pengurus PBS di RW 05,07.	Studi Literatur Dokumen Rapat Pengurus PBS di RW 05,07.	Minggu Kedua Nov.	Buku Panduan PBS di RW 05,07.

			MP-ASI dan contonhya Semester II: penyusunan program PBS: Promkes dan konseling ASI ekslusif: cara memerah dan menyimpan ASI; MP-ASI lanjutan semester I; contoh menu seimbang; stimulasi tumbuh					
		2.2 Tersosialisasikannya rencana pembentukan PBS di RW 05,07	kebang anak; manajemen PBS) 2.3 Adanya perencanaan kegiatan PBS di RW 05,07 (No. 2.2.)	4.2	☐ Lintas Program ☐ Lintas sektor ☐ Tokoh masyarakat ☐ Kader ☐ Masyarakat yang berisiko	☐ Studi Literatur ☐ Dokumen Rapat Pengurus PBS di RW 05,07.	Minggu Kedua Nov.	Kepala Puskesmas P.J. CHN Kader & Toma
3	Keberfungsian PBS di RW 05,07. yang terbentuk terhadap penanganan aggregate balita kurang gizi	3.1 Terlaksana program gizi balita melalui PBS di RW 05,07.	3.1.180% terlaksananya kegiatan PBS dengan indikator: terlaksana program PBS di RW 05;07 (No.2.2)	4.4	□ KaderKesehatan□ TokohMasyarakat□ Puskesmas	□ PBS di RW 05,07. □ KIE □ PSM	Minggu IV Nov. s/d Minggu IV Januari	Kepala Puskesmas Pen jawab CHN Kader kesehatan Tokoh masyarakat

			3.1.2 80% tersusunnya kegiatan PBS (No.2.2.) di RW 05,07.	4.4	☐ KaderKesehatan☐ TokohMasyarakat☐ Puskesmas	□ Pos PBS di RW 05,07. □ KIE □ PSM	Minggu IV Februari s/d Minggu IV April	Kepala Puskesmas Pen jawab CHN Kader kesehatan Tokoh masyarakat
			3.1.3 80% adanya kegiatan ketrampilan PBS (No. 2.2.) di RW 05,07.	4.4	□ Kader Kesehatan□ Tokoh Masyarakat□ Puskesmas	□ PBS di RW 05,07. □ KIE □ PSM	Minggu IV Februari s/d Minggu IV April	Kepala Puskesmas Pen jawab CHN Kader kesehatan Tokoh masyarakat
			3.1.4 Terbinanya 10 keluarga binaan (5 di SMTR I dan 5 di SMTR II) dengan pemasalahan balita kurang gizi di RW 05,07.	4.4	□ KaderKesehatan□ TokohMasyarakat□ Puskesmas	□ PBS di RW 05,07. □ KIE □ PSM	Minggu IV Februari s/d Minggu IV April	Kepala Puskesmas Pen jawab CHN Kader kesehatan Tokoh masyarakat
4	Monitor dan evaluasi manajemen gizi balita melalui kegiatan PBS di RW 05,07.	4.1. Terkendalinya program pelayanan keperawatan komunitas melalui kegiatan supervisi, bimbingan dan pengarahan.	70% pelaksanaan program pelayanan keperawatan komunitas sesuai dengan tujuan terkontrol secara kontinyu	4.2	PJ Gizi Dinkes PJ Gizi PKM PJ Posyandu BPPKB Depok Kader Kesehatan Keluarga balita	Curah pendapat Self evaluation Lembar cek list	Minggu I s/d II Mei	Kepala Puskesmas Pen jawab CHN Kader kesehatan Tokoh masyarakat

	4.2. Kader gizi melalukan supervisi setiap bulan sekali keluarga yang terbentuk tiap RW	70% tersusun pelaporan kegiatan kader gizi pada ketua RW	Kader Kesehatan Keluarga balita	Curah pendapat Self evaluation Lembar cek list	Minggu I s/d II Mei	Puskesmas Pen jawab CHN Kader kesehatan Tokoh masyarakat
	4.3. Petugas puskesmas (pengampu klinik konsultasi gizi) melakukan supervisi setiap bulan sekali pada kader gizi di masyarakat	70% terjadi rujukan dari kader gizi pada klinik konsultasi gizi di puskesmas dan adanya pelaporan kader kesehatan di RW 05,07	PJ gizi PKM Kader kesehatan Keluarga balita	Curah pendapat Self evaluation Lembar cek list	Minggu I s/d II Mei	Puskesmas Pen jawab CHN Kader kesehatan Tokoh masyarakat
	9.1 PJ Pos PBS di RW 05,07.melalukan supervisi setiap bulan sekali pada petugas puskesmas (pengampu klinik konsultasi GIZI)	70% tersusun laporan bulanan puskesmas tentang pelaksanaan PBS (no.2.2.) di RW 05,07	PJ kesehatan PBS di RW 05,07.Dinkes PJ GIZI PKM Kader Gizi Keluarga balita	Curah pendapat Self evaluation Lembar cek list	Minggu I s/d II Mei	Puskesmas Pen jawab CHN Kader kesehatan Tokoh masyarakat

B. KEPERAWATAN KOMUNITAS

No	Kegiatan	Tujuan	Keluaran	Kompetensi	Target/sasaran	Metode	Waktu	Sumber
1	Penyusunan program	1.1 Menyusun rencana	1.1.1 Adanya bukti fisik	1.2	Lurah	Studi literature	Minggu	Supervisor
	kerja bersama <i>aggregate</i>	kerja PBS (Penididkan	rencana asuhan		Ketua RW/RT	Rapat pengurus	Kedua	Studi literatur
	dalam upaya penanganan	kesehan: ASi, ASI	keperawatan		Tokoh	Kader gizi	Pebruari	RENSTRA
	kurang gizi pada balita di	ekslusif, cara memerah	komunitas hasil		masyarakat	kelurahan dan RW		bidang
	komunitas melalui di	dan menyimpan ASI,	konsultasi dan		Kader Gizi			kesehatan Kota
	RW 05,07	Posisis Menyususi;	revisi					Depok
		MP-ASI di RW 05,07	1.1.2 Adanya kegiatan					
			PBS (No. 2.2. A)					

			di RW 05,07 1.1.3 Adanya pelatihan ketrampilan berbagai MP-ASI; gizi seimbang 1.1.4 Adanya buku panduan kegiatan PBS					
		1.2 Mensosialisasikan rencana program PBS di tatanan RW percontohan (RW 05 dan 07)	1.2.1 Kegiatan akan dilakukan selama enam kali pertemuan di masyarakat dalam bentuk pelatihan contoh berbagai makanan balita dan penatalaksnaannya.	1.2	Lurah Ketua RW/RT Tokoh masyarakat Kader Kesehatan	Studi literatur Rapat pengurus PBS kelurahan dan RW	Minggu Keempat Pebruari	Supervisor Studi literatur RENSTRA bidang kesehatan Kota Depok
			1.2.2 Promosi dan konseling ASI ekslusif: cara memerah dan menyimpan ASI, posisi menyususi balita selama 4 kali pertemuan		Residen Pengurus PBS Keluarga Balita	Diskusi Demonstrasi	Minggu I s/d IV Maret	Studi Literatur
2	Pelaksanaan program kerja hasil kesepakatan bersama kader kesehatan dan keluarga dalam upaya manajemen aggregate dengan risiko kurang gizi melalui kegiatan PBS	2.1 Menyusun berbagai program kerja secara terstruktur dan terjadual kegiatan PBS di RW 05 dan 07.	2.1.1 Terbentuknya kegiatan PBS (2.2. A)	1.4	Lurah Ketua RW/RT Tokoh masyarakat Kader Gizi	Demosntrasi Diskusi	Minggu IV Pebruari s/d Minggu IV April	Hasil rapat pengurus PBS Supervisor Studi literatur Agenda kerja tahunan Puskesmas

		2.2 Terlaksananya kegiatan PBS sebagai intervensi kegiatan manajemen gizi balita	2.2.1 Peserta: kader kesehatan dan keluarga (pengasuh balita) mampu belajar mandiri dan aktif dengan buku panduan 2.2.2 Terjadi kenaikan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan pembuatan makanan balita dan manajemen gizi melalui pengukuran dengan instrumen pengethuan, sikap, dan perilaku posistif terhadap gizi balita	1.4	Residen Keluarga Balita Kader Kesehatan	Demonstrasi Diskusi	Minggu IV Pebruari s/d Minggu IV April	Hasil Rapat Pengurus PBS Supervisor Studi literatur Agenda kerja tahunan Puskesmas
3	Evaluasi bersama kader gizi hasil pelaksanaan program PBS dalam manajemen Gizi balita	1.1 Menilai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan komunitas pada agreate balita kurang gizi	3.1.1 Program pelatihan ketrampilan pembuatan makanan balita dan manajemen gizi balita (skor total 90%) 3.1.2 Kader Gizi dapat melakukan kegiatan PBS (2.2. A) dengan skor total 90%/	1.6	Kepala Puskesmas Lurah Ketua RW/RT Tokoh masy Kader kesehatan	Curah pendapat Self evaluation Lembar cek list Wawancara	Minggu I s/d II Mei	Supervisor Studi literatur

3.1.3 Terjadi perubahan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan kader sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan melalui anget tentang pengetahuan, sikap, dan ketrampilan pentalaksnaan gizi balita. 3.1.4 Adanya rencana tindak lanjut yang	

C. KEPERAWATAN KELUARGA

No	Kegiatan	Tujuan	Keluaran	Kompetensi	Target/sasaran	Metode	Waktu	Sumber
1	Pengkajian pada 5 keluarga yang mempunyai balita yang berisiko terhadap permasalahan kurang gizi	Mengidentifikasi berbagai faktor yang ada dalam keluarga yang beresiko dengan menggunakan model Friedman	Adanya hasil pengkajian hasil konsultasi dan revisi keluarga dengan resiko sejumlah 5 keluarga.	1.1	Keluarga dengan resiko masalah balita kurang gizi	Wawancara Pemeriksaan fisik Observasi	Minggu II s/d III Pebruari	Studi literatur Kader kesehatan Keluarga Ketua RT/RW
2	Melakukan analisis data dan menetapkan masalah keperawatan keluarga yang beresiko mengalami masalah kurang gizi	Mengidentifikasi masalah keperawatan keluarga resiko	Adanya rumusan masalah keperawatan keluarga dengan berdasarkan penapisan masalah yang ada	1.2	Keluarga dengan risiko masalah balita kurang gizi	Konsultasi Diskusi Kunjungan rumah	Minggu II s/d III Pebruari	Studi literatur Supervisor Keluarga
3	Bersama keluarga merumuskan intervensi	Menyusun rencana asuhan keperawatan keluarga	Adanya bukti fisik berupa rencana asuhan	1.3	Keluarga dengan risiko	Konsultasi Diskusi	Minggu II s/d III Pebruari	Studi literatur Supervisor

	dalam upaya menangani masalah resiko balita kurang gizi	dengan resiko bersama keluarga	keperawatan keluarga dengan ditandatangani residen, keluarga dan supervisor		masalah balita kurang gizi	Kunjungan rumah 2 kali seminggu		Keluarga
4	Melakukan intervensi keperawatan keluarga berupa kognitif, afektif dan perilaku ; a. Konseling b. Demonstrasi c. Pelatihan	Melaksanakan berbagai intervensi keperawatan yang telah disusun dan disepakati dengan keluarga selama 2x10 minggu setiap keluarga	90% intervensi yang telah disusun dilakukan bersama keluarga sesuai dengan hasil kesepakatan bersama	1.4	Keluarga dengan risiko masalah balita kurang gizi	Simulasi Demonstrasi Evaluasi Kunjungan rumah 2 kali seminggu.	Minggu IV s/d IV April	Studi literatur Supervisor Keluarga
5	Penyerahan laporan keluarga binaan dalam konsep at risk berkaitan risiko balita kurang gizi	Mengevaluasi kegatan yang telah dilaksanakan	Adanya dokumen laporan keluarga <i>at risk</i> dan rentan		Residen	Konsultasi Diskusi	Minggu Pertama Mei	Studi literatur Supervisor Keluarga
6	Ujian ketrampilan di Keluarga dalam konsep at risk terkait balita kurang gizi	Mengevaluasi ketrampilan yang telah dikuasai oleh residen	Adanya kemampuan spesialistik peserta residensi		Residen	Pengkajian fisik Observasi Wawancara	Minggu III s/d IV Maret	Studi literatur Supervisor Keluarga
7	Refreat askep keluarga	7.1 Mensosialisasikan metode atau model terkini terkait dg asuhan keperawatan pada keluarga dengan risiko balita kurang gizi 7.2 Mensosialisasikan	Tersosialisasikannya model atau metode terkini terkait dg asuhan keperawatan pada kelarga dengan risiko balita kurang gizi	1.6	Peserta Residensi dan Aplikasi	Presentasi Seminar (bahasa inggris)	Minggu I s/d II April	Studi Literatur
		metode atau model terkini terkait dengan asuhan keperawatan keluarga dengan balita	Tersosialisasikannya metode atau model terkini terkait dengan asuhan keperawatan keluarga dengan balita		Peserta Residensi dan Aplikasi	Presentasi Seminar (bahasa indonesia)		

8	Menilai hasil asuhan keperawatan keluarga berdasarkan tingkat kemandirian keluarga	Mengidentifikasi pencapaian kemandirian keluarga	80% pencapaian kemandirian keluarga berada pada tingkat IV (mandiri penuh).	Keluarg Residen		Minggu IV April	Studi Literatur
9	Penyerahan draff laporan praktek kepada supervisor	Mendokumentasikan hasil kegiatan praktek residensi tahap II	Tersusunnya laporan akhir praktek manajemen, komunitas, dan keluarga	Residen Supervi	Stadi Interatar	Minggu I s/d II Mei	Studi Literatur
10	Penyerahan laporan akhir	Mendokumentasikan hasil praktek residensi tahap I dan II	Tersusunnya laporan akhir praktek manajemen, komunitas, dan keluarga hasil revisi	Residen Supervi	Staar Interaction	Minggu I s/d II Mei	Studi Literatur
11	Sidang terbuka	Mensosialisasikan hasil praktek residensi keperawatan comunitas selama dua semester	Tersosialisasikannya kegiatan praktek dengan masukan dari beberapa peserta undangan (praktisi, akademisi, dan stakeholders)	Residen Supervi Praktisi Akaden Stakeho	Konsultasi	Minggu III s/d IV Mei	Studi Literatur
12	Sidang tertutup	Mempertanggungjawabkan hasil kegiatan praktek residensi tahap I dan II	Terujinya hasil kegiatan praktek residensi selama 1 tahun terkait dengan proyek innovasi manajemen gizi balita	Residen Supervi Team pe	sor Konsultasi	Minggu I s/d II Juni	Studi Literatur
13	Penyerahan laporan KIA	Mendokumentasikan dan mempublikasikan hasil praktek residensi	Terpublikasikannya hasil praktek residensi keperawatan komunitas	Residen Supervi	Studi interutui	Minggu I s/d II Juni	Studi Literatur

PENAPISAN MASALAH MANAJEMEN PENGELOLAAN *AGGREAGETE* BALITA DENGAN KURANG GIZI DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMNGGIS KOTA DEPOK

Lampiran 2

No	Masalah Manajemen	Tingkat Pentingnya masalah untuk diselesaikan 1= rendah 2 = sedang 3 = tinggi	Perubahan posistif bagi masyarakat jika masalah diselesaikan: 0= tidak ada 2= sedang 3=tinggi	Peningkatan kualitas hidup jika diselesaikan: 0 = tidak ada 1= rendah 2 sedang 3 = tinggi	Prioritas masalah dari 1 sampai 6: 1=kurang penting 6 = sangat pnting	Jlh
1.	Belum optimalnya penatalaksanaan gizi balita	3	3	3	6	15
2.	Belum optimalnya pengorganisasian penatalaksanan program gizi balita	3	3	3	5	14
3.	belum optimalnya sistem pengorgnisasian program gizi balita;	3	2	3	5	13
4	Belum optimanya peran dan fungsi pelaksana (perawat, dokter, PJgizi, dan kesehatan di posyandu;	2	2	2	5	10
5	belum optimalnya sistem monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan program gizi balita	2	2	3	5	12

Sumber: Ervin, (2002)

RENCANA KERJA MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN KOMUNITAS PADA BALITA DENGAN GIZI KURANG DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

No	Diagnosis	Tujuan	Rencana Kegiatan	Aktivitas	Evaluasi	
	Manajemen	v			Indikator	Evaluator
1.	Manajemen Belum optimalnya penatalaksanaan gizi balita	TUM Optimalisasi penatalaksanaan gizi balita di Kelurahan Tugu. TUK: 1. Terjadi peningkatan pengetahuan kader tentang penatalaksanaan gizi; 2. Terjadi peningkatan ketrampilan kader cara mengolah makanan Balita; makanan tambahan bagi Balita bervariasi dengan gizi seimbang.	1. lakukan promosi kesehatan, pemberdayaan dan kemitraan dengan cara: 2. latih kader tentang gizi: meliputi pengetahuan tentang gizi dan permasalaannya, gizi seimbang, MP-ASI; 3. latih kader tentang penilian status gizi balita; 4. Latih kader dan keluarga balita cara perawatan anak ISPA, dan diare; Latih Kader tentang PHBS: mencuci tangan dengan cara yang baik dan benar menggunkan air mengalir dan sabun; lakukan konseling ASI ekslusif.	1. Pengembangan kurikulum, materi, dan media pelatihan: lieflet, poster, banner dan booklet, lieflet, lembar balik; bahan pelatihan sesuai resep untuk MP-ASI dan gizi seimbang; serta materi; 2. Pelaksanaan pelatihanan sesuai rencana intervensi, dilaksanakan melalui postest, kemudian penyampaian materi dengan ceramah, tanya jawab dan praktek (demonstrasi), kemudian diakhiri dengan postest. Penilaian ketrampilan diukur dengan menggunkan format prosedur kerja; 3. Supervisi dilaksakan untuk mengetahui ketrampilan kader melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan.	Indikator Hasil Evaluasi: 1. Tersedia buku panduan pelatihan disertai kurikulum, materi dan media; terlaksana pelatihan bagi kader menggunakan metode ceramah, praktek, demonstrasi dan media: poster gizi seimbang, banner, lembar balik, booklet, ember cuci tangan. 2. Supervisi kader trampil membuat MP-ASI, dengan baik dan benar. 3. Total biaya yang digunakan sekitar Rp. 4500.000 (Empat juta lima ratus ribu rupiah).	Evaluator Dosen

				diukur dengan melihat perubahan dalam penatalaksanaan gizi Balita melalui kegiatan PBS yang dilaksanakan bersamaan dengan kegiatan Posyandu (sesuai kesepakatan kader).		
2.	Belum optimalnya pengorganisasian penatalaksanan program gizi balita	Tujuan umum: Merencanakan program perbaikan gizi Balita di Kelurahan Tugu melalui pembentukan PBS. TUK 1. Disepakatinya pembentukan PBS oleh aparat, kader dan masyarakat tenteng rencana pembentukan PBS; 2. Terbentuk PBS dan struktur organisasinya; 3. Terlaksana kordinasi kerjasama antara Puskesmas dan BPPKB Kelurahan Tugu; 4. Terlaksana kegiatan PBS melalui pendidikan kesehatan,	lakukan edukasi dengan ketua RW beserta kader tentang rencana pembentukan PBS; Koordinasi dengan pihak terkait seperti ouskesmas dan dinkes mengenai rencana pembentukan PBS; Buat jadwal kegiatan persiapan pembentukan PBS dengan melibatkan sektor terkait (BPPKB dan Puskesmas serta Dinas Kesehatan; Lakukan lobi dan negosiasi dengan aparat tingkat RW beserta kader tentang	Tindakan penyelesaian masalah yang telah dilakukan yaitu: 1. sosialisasi rencana pembentukan PBS di RW percontohan (RW 05 dan RW 07); 2. membentuk Pos Balita Sehat (PBS) percontohan di RW 05 dan RW 7 disertai struktur organisasi; 3.Menyusun program kerja PBS; 4.Melaksanakan program kerja PBS	 Terlaksana sosialisasi, dan terbentuk PBS serta struktur organisasinya; Terlaksana program kerja PBS. Dengan total biaya sekitar Rp. 4.500.000 (Tiga juta lima ratus ribu rupian). 	Mahasiswa

baik ceramah, demonstrasi atau pelatihan pada Kader Posyandu dan keluarga Balita; 5. Terlaksana evaluasi kegiatan PBS melalu observasi (monitorin dan evaluasi	kerjasama lintas sektor Dinas Kesehatan Kota ui Depok dengan
	program PBS; 7. laksanakan kegiatan PBS; 8. lakukan monitrong dan evaluasi kegiatan.

PENAPISAN MASALAH ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS *AGGREGATE* BALITA DENGAN KURANG GIZI DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

N O	KRITERIA	BERAT MASALAH (1-10)	KRITERIA RANKING (1-10)	RASIONAL	PRIORITAS (BMX Rank)
1.	Perhatian komunitas terhadap masalah	5	10	Pelayanan kesehatan, guru, jenis-jenis masalah kesehatan	50
2.	Motivasi komunitas untuk menyelesaikan masalah	10	3	Kurang yakin masalah dapat diselesaikan karena lebih komplek	30
3.	Kemampuan perawat untuk mempengaruhi penyelesaian masalah	5	8	Perawat dilatih meningkatkan kesadaran dan dukungan	40
4.	Kesiapan untuk menyelesaikan masalah	8	10	Tenaga kader menyadari kesiapan sebagai pembaharu	80
5.	Hasil penyelesaian masalah sulit dicapai	8	5	Masalah dapat dikontrol dengan baik	40
6.	Kecepatan pencapaian penyelesaian masalah	3	3	Waktu untuk mobilisasi penduduk mendapatkan dukungan dan kegiatan soaial lainnya	9
		Jumla	ah	· · · ·	249

Ma	Masalah 2: Risiko terjadinya keterlambatan tumbuh kembang balita di Kelurahan Tugu						
N O	KRITERIA	BERAT MASALAH (1-10)	KRITERIA RANKING (1-10)	RASIONAL	PRIORITAS (BM X Rank)		
1	Perhatian komunitas terhadap masalah	4	10	Pelayanan kesehatan, guru, jenis-jenis masalah kesehatan	40		
2	Motivasi komunitas untuk menyelesaikan masalah	8	5	Kurang yakin masalah dapat diselesaikan karena lebih komplek	40		
3	Kemampuan perawat untuk mempengaruhi penyelesaian masalah	5	8	Perawat dilatih meningkatkan kesadaran dan dukungan	40		
4	Kesiapan untuk menyelesaikan	6	10	Tenaga kader menyadari kesiapan	60		

	Jumlah					
6	Kecepatan pencapaian penyelesaian masalah	3	3	Waktu untuk mobilisasi penduduk mendapatkan dukungan dan kegiatan sosial lainnya	12	
5	masalah Hasil penyelesaian masalah sulit dicapai	7	10	sebagai pembaharu Masalah dapat dikontrol dengan baik	70	

(Sumber: Stanhope & Lancaster, 2004)

RENCANA KERJA ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGGREGATE BALITA DENGAN KURANG GIZI DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

No	Diagnosis	Tujuan	Rencana Kegiatan	Aktivitas		Evaluasi	
	Manajemen	, and the second	8			Indikator	Evaluator
1.	Risiko terjadi peningkatan kasus gizi kurang pada balita di Kelurahan Tugu	Tujuan Umum: Setelah intervensi keperawatan selama 7 bulan (sejak bulan Oktober 2011 sampai dengan Mei 2012) terjadi peningkatan status gizi balita Tujuan Khusus 1. Pengetahuan keluarga tentang gizi balita meningkat dari 76,2% menjadi 85%; 2. Sikap keluarga terhadap gizi kurang meningkat dari 50,5% menjadi 75%; 3. Keterampilan keluarga dalam penatakaksaan gizi balita meningkat; terjadi perubahan status gizi balita: status gizi balita sangat kurus turun dari 8,9% menjadi 3%; kurus turun	lakukan promosi kesehatan dengan cara: 1. latih keluarga balita tentanggizi dan permasalahannya, gizi seimbang, MP-ASI, konseling ASI ekslusif; 2. Pendidikan kesehatan tentang penyakit ISPA dan diare sebagai; PHBS: mencuci tangan dengan baik dan benar menggunakan air mengalir dan sabun	Siapkan materi pendidikan	1. 2. 3. 4.	Terjadi peningkatan pengetahuan keluarga balita dari 76% menjadi 85%; Perubahan sikap dari 50,5 menjadi 75%; Keluarga terampil memenuhi gizi balita dengan menu gizi seimbang dan bervariasi; Terjadi peningaktan status gizi balita sangat kurus dari 8,9% turun menjadi 3%, kurus dari 27,7% menjadi 20%, baik dari 64,1% menjadi 75%.	Residensi Dosen

keterlambatan	dari 27,7% menjadi 20,0%; gizi baik 61,4% menjadi 75%. Tujuan Umum: Setelah intervensi	lakukan deteksi dini dan stimulasi dini dan stimulasi pengetahuankeluarga balita pre replambancan balita	Residen Dosen
pertumbuhan dan perkembangan balita di Kelurahan Tugu	keperawatan selama 7 bulan (sejak bulan Oktober 2011 sampai dengan Mei 2012 terjadi optimalisasi tumbuh kembang anak balita di Kelurahan Tugu. Tujuan Khusus: 1. Terjadi peningkatan pengetahuan keluarga dalam melakukan deteksi dini dan menstimulasi perkembangan balita; 2. Terjadi peningkatan keterampilan keluarga dalam melakukan deteksi dini dan menstimulasi perkembangan keluarga dalam melakukan deteksi dini dan menstimulasi perkembangan anak; 3. Terdeteksi balita	perkembangan balita menggunakan balita di wilayah percontohan sebagai model; 2. Tersedia alat bermain balita (boneka jenis hewan, bola, permainan jenis kendaraan, buku cerita, kerincingan, permainan donat); 3. Pelaksanaan pelatihan dilakukan oleh fasilitator dan kader posyandu, metode evaluasi pre dan post test, serta demonstrasi balita dengan model; 2. Tersedia alat bermain balita (boneka jenis hewan, bola, permainan jenis kendaraan, buku cerita, kerincingan, permianan donat); 3. Pelaksanaan pelatihan dilakukan oleh fasilitator dan kader posyandu, metode evaluasi pre dan post test, serta demonstrasi balita dengan pertumbuhan dan perkembangan anak; 3. Menstimulasi balita dengan permainan sesuai dengan tumbuh kembang anak;	

bermain.	dengan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan.	latih keluarga melakukan deeksi dini dan stimulasi tumbuh kembang anak dengan cara		
----------	---	--	--	--



UNIVERSITAS INDONESIA

POS BALITA SEHAT SEBAGAI UPAYA PEMBERDAYAAN DALAM MENINGKATKAN STATUS GIZI BALITA DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

BUKU PANDUAN KEGIATAN PBS

FRANSISKA BITTIKAKA NPM 080648338

Supervisor Utama: Junaiti Sahar, S.Kp., M.App. Sc, PhD

PROGRAM STUDI NERS SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DEPOK OKTOBER 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan bimbingan-Nya,

nulua panduan kegiatan PBS ini berhasil disusun. Buku ini dibuat sebagai panduan bagi

fasilitator dalam melaksanakan kegiatan PBS. Keuntungan dari panduan ini dilengkapi dengan

garis-garis besar pembelajaran (GPBB), materi pelatihan bagi tutor, waktu pelaksanaan kegiatan,

serta rencana anggaran kegiatan. Isi materi yaitu Sosialisasi PBS, Penilaian Status Gizi,

Makanan Pendaming ASI (MP-ASI), ASI Eksklusif, Diare, ISPA, Deteksi Dini dan Stimulasi

Tumbang Anak.

Bagi tutor yang akan menggunkan buku ini, dapat menembangkan materi pelatihn menggunakan

berbagai media seperti lieflet, booklet, banner, poster, lembar balik sesuai dengan pokok

bahasan yang akan disampaikan. Diantara materi yang telah dikembangkan oleh residensi selaku

fasilitator, yaitu: M-PASI, ASI ekslusif, dan Deteksi Dini dan Stimulasi Tumbuh Kembang

Anak. Khusus materi Deteksi Dini dan Tumbuh Kembang Anak residensi menggunakan Balita

yang berdomisili di wilayah binaan dan wilayah lainnya sebagai model.

Buku ini tersusun atas bantuan dan kerja sama semua pihak, oleh sebab itu penulis tak lupa

mengucapkan terima kasih kepada Dra. Junaiti Sahar, PhD selaku Supervisor Utama, Sigit

Mulyono, S.KP., MN selaku superviros, Astuti Yuni Nursasih, MN, dan Wiwin Wiarsih, MN

selaku dosen pembimbing KIA yang telah banyak memberikan arahan dan bmbingan, para

dosen yang telah meluangkan waktu membimbing selama praktek residensi, kepada keluarga

balita dan teman seperjuangan Yeslina, yang telah bersedia anak mereka menjadi model, kader,

dan mahasiswa Aplikasi Arsi, Asti dan Hera, yang juga berkonstribusi dalam menyusun dan

merancang materi ini, serta semua pihak yang tidak dapat penuls sebutkan satu persatu.

Depok, Oktober, 2011

Residensi

Fransiska Bittikaka

DAFTAR ISI

Kata		i
Pengantar		
Daftar Isi		ii
BAGIAN 1	PENDAHULUAN	1
1.1.	Latar Belakang	1
1.2.	Penyelenggaraan Pelatihan	8
2.1.	Tujuan	8
2.1.1	Tujuan Umum	8
2.1.2	Tujuan Khusus	8
2.2.	Sasaran	8
2.3.	Lama Pelatihan	8
2.4.	Materi Pelatihan	9
2.5.	Tahapan Pelatihan	9
2.6.	Fasilitator	10
2.7.	Biaya Pelatihan	10
2.8.	Evaluasi	10
BAGIAN II	MATERI DAN STRUKTUR PROGRAM	12
A.	MATERI DASAR	12
В.	MATERI INTI	12
С.	MATERIPENUNJANG	12
BAGIAN III	MODUL I: SOSIALISASI PBS	23
	MODUL 2: PENILAIAN STATUS GIZI	28
	MODUL 3: PEMBERIAN ASI EKSLUSIF	33
	MODUL 4: PERAWATAN ISPA	38
	MODUL 5: PERAWATAN DIARE	51
	MODUL 6: GIZI SEIMBANG	56
	MODUL 7: MAKAN PENDAMPING ASI (MP-ASI)	61
	MODUL 7: DETEKSI DINI DAN STIMULASI	
	PERKEMBANGAN BALITA	67
BAGIAN IV	MATERI PENUNJANG	71
	PHBS: MENCUCI TANGAN	72



UNIVERSITAS INDONESIA

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN ANAK KURANG GIZI DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

OLEH FRANSISKA BITTIKAKA NPM 080648338

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN PROGRAM STUDI NERS SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS DEPOK JULI, 2012

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA LENGKAP

A. PENGKAJIAN

Nama KK : Bp. W.W

Alamat : RT 1, RW 06

Usia : 30 th
Pendidikan : SMA
Agama :Islam
Suku :Jawa

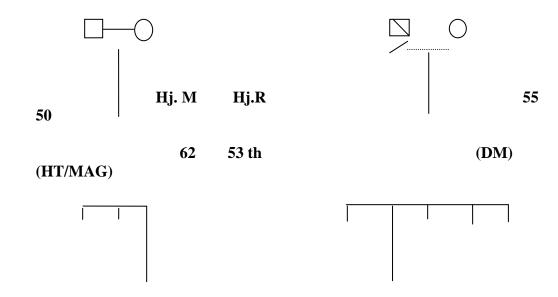
Pekerjaan : Tenaga honorer di DKI

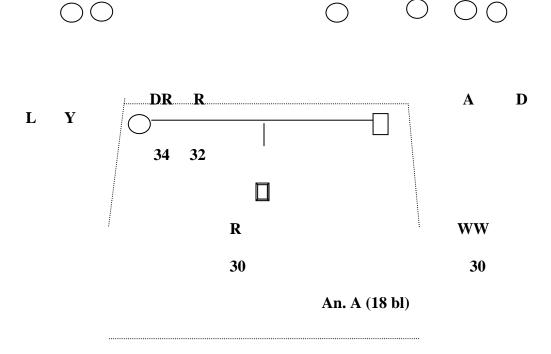
Tipe Keluarga: nuclear family

I. Komposisi Keluarga

Nama	Umur	Gender	Agama	Hubungan	Pendidikan	Pekerjaan
Ny. R	30 t h	P	Islam	Istri	Sarjana	Swasta
						(Asuransi)
An. A	19	L	Islam	Anak	-	-
	bln					

II. Genogram





Keterangan Genogram: : Laki-laki

: Garis keturunan

: Perempuan
: Garis perkawinan

: Tinggal serumah

: An.A (18 bulan) gizi buruk (sangat kurus)

III. LATAR BELAKANG KELUARGA

- a. Tipe keluarga. Keluarga Bp. W.W merupakan keluarga inti (*nuclear family*) yan terdiri dari ayah ibu dan 1 orang anak, (An.A).
- b. Suku bangsa Bp. W.W adalah Jawa dan istrinya Ny. R adalah Betawi mengindikasikan bahwa keluarga Bp. W.W termasuk keluarga yang memiliki dua latar belakang budaya yang berbeda.
- c. Agama : Keluarga Bp.W.W adalah Islam

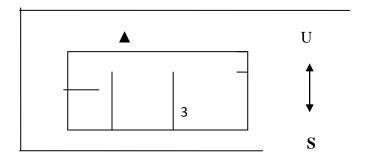
- d. Status sosial ekonomi Bp. W.W bekerja sebagi tenaga honor di Lenteng Agung. Sementara Ny.R bekerja sebagai staf pada Asuransi Bumi Putra di Depok.
- e. Aktivitas Keluarga Bp. W.W berangkat bekerja sejak jam 7.30 dan kembali ke rumah pada sore hari sekitar jam 13.00. Disamping itu, Bp.W.W juga beternak ayam kampong yang dikandangkan dan langsung menyatu (berada didinding samping rumah keluarga. Ny.R berenagkat bekerja jam 9.00 hingga jam 14. 00. Keluarga berkumpul pada jam 15.00.
- f. Riwayat tahap perkembangan keluarga. Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah keluarga Bp. W.W mempunyai 1 orang anak balita berumur 18 bulan.
- g. Riwayat keluarga besar Bp. W.W menikah dengan Ny. R dan telah memiliki seorang anak laki-laki (umur 18 bulan).
- h. Kebutuhan nutrisi An. A mengalami kesulitan makan, dengan omposisi makanan anak tidak seimbang dan waktu makan tidak menentu (terkadang hanya diberi serelak, karena belum bisa makan nasi, bila diberi tim saring hanya makan 2-3 sendok, kadang diberi bubur serelak sebanyak 2-3 sendok sekali makan. Saat ini tidak diberi bubur saring lagi karen tidak dihabiskan, tapi akan dicoba memberikan dengan kentang. Anak hanya diberi makan ketika Ny. R (ibu kandunga An, A sedang berada di rumah). Apabila Ny .R bekerja hanya diberi susu botol, atau air putih bila susunya habis, karena muntah bila diberi makan orang lain (nenek), juga tidak mau makan bila dilihat orang lain. Hal ini terjadi sejak anak opname tahun 2011 yang lalu di RS Tugu, RS Fatima dan RSCM karena sakit GERD.
- i. Pola Tidur. An. A kadang kebanyakan tidur kerena belum dapat berkatifitas.
- j. Kebutuhan Eliminasi. An. A hingga saat ini masih menggunakan pempers sehingga sulit mengetahui frekuensi dan volume air seni (kencingnya), namun menurut ibu klien anak sering kencing karena banyak minum susu.
- k. Aktivitas spiritual keluarga. Keluarga Bp. W.W jarang mengikuti kegitan keagamaan seperti pengajian di lingkungan, tetapi melaksanakan ibadah seharihari seperti sholat di rumah.

- Riwayat kesehatan keluarga. Bp.WW tidak pernak sakit. NY.R pernah menderita TBC semasa kecil, telah berobat dan dinyatakan sembuh oleh dokter. Saat ini Ny R sedang hamil 3 bulan, tetapi tidak ada kelurhan.
- m.Riwayat keluarga sebelumnya, keluarga baru pertama kali menikah. Perilaku terkait dengan kesehatan anak saat ini Bp. W.W sering merokok 1-3 batang sehari. Kadang merokok di dalam rumah.

n. Lingkungan

1. Karakteristik rumah keluarga Bp .W.W adalah rumah kopel permanen, dengan luas kurang lebih 4 x 12 m (48m 2), lantai ruangan porselin dengan jumlah ruangan terdiri dari 1 ruang tamu (3 x 4 m), 1 ruang tidur (3 x 3 m), dan ruang makan serta dapur yang menjadi satu (4 x 4 m). Serta memiliki 1 kamar mandi. Keadaan rumah tidak beraturan ventilasi dan jendela kurang. Kamar tidur tidak ada ventilasi, karena menggunakan AC dan wayer untuk menyegarkan ruangan. Pemanfaatan ruangan dan peletakan perabotan rumah tidak teratur, kamar mandi dan WC menyatu dengan rumah, jenis WC septik tank dengan jarak < 10 meter dari sumber air bersih.Keluarga juga jarang membuka jendela rumah. Dapur mendapatkan cahaya dengan memberikan atap fiber transparan).

2. Denah Rumah:



Keterangan

1 : Ruang Tamu 3: R.Makan/dapur ▲: Kandang ayam

2 : Kamar tidur 4: Kamr mandi

- 3. Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW. Rumah keluarga Bp. WW ikut berada dalam wilayah. RT 1 RW 06, yang mempunyai karakteristik tetangga heterogen (urban, wiraswasta, buruh, pedagang, pengrajin, dan pegawai negeri), yang bersal dari berbgaia etnis (Jawa, Ambon, Batak, Sunda dan Betawi) dengan jarak rumah saling berdekatan dan ada yang berjauhan, di RW 06 banyak kegiatan sosial dan keagamaan. Termasuk ada kegiatan PAUD Mobilisasi geografis keluarga. Keluarga Bp. W.W tinggal menetap bersama dengan anaknya di wilayah RT 1 RW 06 Kelurahan Tugu.
- 4. Perkumpulan keluarga dengan warga. Keluarga Bp. W.W hanya berkumpul dengan anggota keluarga terutama saat libur, berinteraksi baik dengan masyarakat. Ny. Y jarang berkunjung ke posyandu, juga puskesmas.
- 5. Keadaan anggota keluarga saat ini secara umum baik, keluarga Bp .W.W adalah keluarga yang kurang mampu. Hubungan antara keluarga baik dan komunikatif, Ny. R. sering membawa anaknya berobat ke dokter praktek dan dukun. Demikian juga anggota keluarga lainnya yang bermasalah selalu dibawah ke dokter praktek dan dukun (alternatif).

o. Struktur Keluarga

- 1. Pola Komunikasi Keluarga. Dalam berkomunikasi keluarga tidak ada masalah dan sering menggunakan bahasa Indonesia.
- 2. Pengambil keputusan dalam keluarga adalah
- 3. Struktur Peran (formal dan informal). Peran Bp. W.W secara formal adalah kepala keluarga, istri dan anaknya secara informal dan dalam masyarakat tidak menjabat peranan penting, begitu juga istrinya mereka hanya sebagai warga RT 1 RW 06.

4. Nilai dan norma keluarga. Keluarga sering berkumpul pada sore hari setelah pulang bekerja.

p. Fungsi Keluarga

- 1. Fungsi Afektif. Hubungan antara anggota keluarga saat ini terjalin baik, saling menghargai dan menghormati, cukup terjalin kehangatan dan saling memberikan dukungan terhadap anggota keluarga lainnya.
- 2. Fungsi sosial. Interaksi dalam keluarga terjalin dengan baik dan tidak ada aturan atau disiplin ataupun budaya khusus yang mengharuskan anggota bertindak atau berperilaku khusus (spesial).
- 3. Fungsi perawatan kesehatan. keluarga secara sederhana menyediakan kebutuhan sehari-hari, seperti makan dan berpakaian. Bila ada anggota keluarga yang sakit mereka saling membantu merawat dan memperhatikan. Pengetahuan keluarga mengenai kesehatan balita terutama gizi baik kurang dimana Ny. R berpikir bahwa kondisi anaknya saat ini (gizi kurang) karena kurang fokus perahtian pada makanannya.
- 4. Fungsi reproduksi. Jumlah anak Bp.W.W ada 1 orang 1 laki-laki. Saat ini Ny. R sedang mengadunr 3 bulan. Namun Ny R senang menerima kehamilannya ini, sehingga rajin melakukan pemeriksan kehamilan ke Puskesmas Pasar Rebo. Selama hamil, Ny R tidak mengalami masalah seperti mual, muntah, makanminum baik.
- 5. Fungsi ekonomi. keluarga Bp. W.W berusaha mencukupi kebutuhna sandang, pangan dan papan, bekerja sebagai pegawai honorer di DKJ (dewan kebersihan Jakarta) di lenteng Agung dan dibantu oleh Istri bekerja di Asuransi. Namun penghasilan tidak cukup untuk berobat memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga.

q. Level keluarga

Saat ini keluarga berada pada level 1 dimana anggota keluarga yang sakit sebagai fokus asuhan keperawatan.

r. Stres dan Koping Keluarga

- 1. Stresor jangka pendek dan panjang yang dihadapi keluarga adalah kondisi kesehatan anak belum juga mengalami perubahan, walaupun berbagai upaya telah dilakukan termasuk berobat ke dukun, mengupayakan makanan anak (bubur saring) dan membawa ke dokter, tetapi tidak pernah ke puskesmas, anak juga jarang dibawa ke posynadu, kecuali saat PIN atau pemberian Vitamin A.
- 2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stresor kurang baik. Hal ini ditunjukkan dengan ungkapan keluarga bahwa . "saya sudah pasrah apapun terjadi, terserah Allah: ungkapan apaun terjadi pada anaknya (Ny R) saat dilakukan kunjungn rumah). Krena sudah berusaha membawa anak ke dokter dan rumah sakit. Biya sudah habis, termasuk modbil dijual untuk biaya pengoabatan dan perawatan ana, tapi tidak sembuh juga.
- 3. Strategi Koping yang digunakan. Bila keluarga menghadapi suatu permasalahan selalu dimusyawarahkan bersama anggota keluarganya.
- 4. Strategi adaptasi disfungsional. Keluarga mengatakan tidak mencari bantuan orang untuk untuk memecahkan masalah yang sedang dihadapi keluarga, dan selalu dimusyawarakan dengan anggota keluarganya.

B. Data pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga

Pemeriksaan fisik	Nama Anggota Keluarga					
	Bp WW	Ny R	An. A			
Kepala	Rambut hitam, tidak	Rambut hitam, tidak	Rambut merah,			
	ada kelainan	ada kelainan	jarang (tipis)			
BB/TB atau PB:						
BB (kg)	65 kg	55 kg	6 kg			
TB/PB (cm)	165 cm	160 cm	90 cm			
Tanda-tanda vital						
TD (mmHg)	110/80	110/80	-			
Nadi	76 x/mt	82 x/mt	80 x/mt			
RR	20/mt	18 x/mt	24 x/mt			

SB	36,9°C	36,5°C	37,2°C
Mata	Konjunctiva tidak anemis, sklera tidak ikterik; tidak ada kelainan bulu mata dan alis tidak ada kelainan; tidak menggunakan kacamata	Konjunctiva tidak anemis, sklera tidak ikterik; tidak ada kelainan bulu mata dan alis tidak ada kelainan; tidak menggunakan kacamata	Konjunctiva anemis, sklera tidak ikterik; tidak ada kelainan bulu mata dan alis tidak ada kelainan.
Hidung	Tidak ditemukan kelianan pada hitung. Tidak ada sekresi dari hidung.	Tidak ditemukan kelianan pada hitung. Tidak ada sekresi dari hidung.	Tidak ditemukan kelianan pada hitung. Tidak ada sekresi dari hidung.
Mulut	Tidak ditemukan kelainan pada mulut, gigi-geligi uuh belum ada yang tanaggal. Lidah bersih, tidak ada kelainan	Tidak ditemukan kelainan pada mulut, gigi-geligi uuh belum ada yang tanaggal. Lidah bersih, tidak ada kelainan	Tidak ditemukan kelainan pada mulut, gigi susu atas 2 dan bawa2 (4 buah), lidah kotor.
Leher	Tidak ditemukan kelainan, tidak ada pembesaran tonsil, dan kelanjar tiroid; tidak ditemukan peningkatan tekanan vena jugulris eksterna	Tidak ditemukan kelainan pada mulut, gigi-geligi uuh belum ada yang tanaggal. Lidah bersih, tidak ada kelainan	Kulit leher keriput, tidak ditemukan pembesaran kelenjar tonsil dan kelenjar tiroid, namun ada pembesaran kelenjar parotis.
Dada	Tidak ditemukan kelainan, tidak terdengar suara tambahan, bentuk dada simetris	Tidak ditemukan kelainan, tidak terdengar suara tambahan, bentuk dada simetris	Dinding dada simetris, Nampak tulang iga, rinki basah dan kering (-)
Abdomen	Tidak ditemukan kelainan, tidak ditemukan pembersaran hepar dan lien.	Tidak ditemukan kelainan, tidak terdengar suara tambahan, bentuk dada simetris. Teraba balotemen (+), DDJ belum jelas.	Tidak ditemukan kelainan, tidak ditemukan pembesaran hati dan lien.
Tangan	Kedua tangan dapat digerakkan, tidak ditemukan kelainan	Kedua tangan dapat digerakkan, tidak ditemukan kelainan	Kedua tangan dapat digerakkan, dpat menggenggan dengan kuat, namun kulit tangan keriput,
Kaki	Kedua kaki dapat digerkkan, tidak ditemukan kelainan	Kedua kaki dapat digerakkan tidak ditemukan kelainan	Kedua kaki dapat digerakkan, namun belum dapat

		enyanggah tubuh (klien belum bias duduk, kulit kaki keriput
Kadaan umum	Baik	Bak Lemah, kesadaran cm; warna kulit pucat.

C.ANALISA DATA

1. Anak A

Data	a	Masalah
	DO:	1. Ketidakseimbangan nutrisi
		kurang dari kebutuhan tubuh
1.	Ku: baik, keadaran cm: SB: 37,2 °C,	
	Nadi: 80 x/mt, RR: 24 x /mt.	
2.	Anak sangat kurus. BB: 6 kg, PB:	
	90cm (status gizi sangat kurang atau	
	buruk $= < -3 \text{ SD}$).	
3.	Anak hanya makan bubur serelak dan	
	minum susu formula	
4.	Sebelum sakit, pada umur 2 bulan anak	
	sudah diberikan makan 2 kali sehari	
	dan buah, susu formula pada umur 1	
	bulan, dan hanya mendapatkan ASI	
	selama 1 bulan dengan alasan anak	
DC	menolak menyusu.	
DS:	V-1	
1.	Keluarga melaporkan An. A susah	
	makan, hanya diberi makan 2 – 3 sendok. Dan minum susu	
	formula	
2	Anak A juga sering batuk dan hangat	
	Bila Ny R ke kantor anak hanya	
٥.	diberi susu botol, bila susu habis, hany	
	diberi air putih.	
4.	An. A sehari-hari (jam 9.00-13.00	
	hanya ditemani oleh kakek- neneknya)	
5.	AnA juga pernah menderita GERD	
	dan dirawat di RS Tumbuh Kembang	
	Depok, RS Fatmawati dan RSCM	
	tahun 2011	

DO: anak hanya bisa berbalik ke kiri Dan ke kanan.

DS:

tidur.

1. Menurut keluarga anak hanya bisa

bolak-balik di tempat

2. Pertumbuhan: dan perkembangan Gigi anak baru dua , belum bisa tengkurap, belum bisa bicara, hanya bisa menangis, namun mengerti bila dijak komunikasi , juga hnya bisa berbalik ke kanan dan kiri.

DS:

DO: Anak saat ini hangat, batuk dan hanya diberi parasetamol. SB: 37,2° C, RR: 24 x /menit, Rinki (-). Kedua ekstremitas antas dan bawalh lemah, sangat kecil, dapat digerakkan

DS: Ny. R mengatakan anak belum dibawa ke dokter, dan puskemas.

Saya sudah pasrah apapun terjadi terhadap anak saya. Saya sudah habis-habisan untuk biya perawatan dan pengobatan anak saya, tetapi tidaak ada perbaikan. Bila anak dirawat tidak ada yang jaga keran saya harus bekerja. Kalo tidak kerja nanti tidak bisa bayar utang, dan bila dibawa ke rumah sakit saya tidak sanggup karena biaya mahal. Keluarga (ibu) tidak bisa membantu, suami hanya tenaga honorer gajinya tidak cukup untuk biaya pengobatan dan perawatana anak.

DO: Anak belum dibawa kembali ke dokter atau puskesmas.

Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan

Ketidakefektifan bersihan jalan napas

Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi

Dx Keperawatan

- 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada keluarga.
- 2. Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi.
- 3. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.
- 4. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan

B. PRIORITAS MASALAH BERDASARKAN SKALA SKORING

Prioritas skoring masalah kesehatan pada keluarga Bp.WW dengan Balita gizi kurang (tabel 1)

Tabel 2. Diagnosis 1 : Ketidakeseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Kriter			Pembenaran
	1.1	1	remoenaran
ia	erhit	k	
	ung	0	
	an	r	
Sifat			Keluarga melaporkan anak A
masalah :	/3 x	/	hanya makan bubur sereal 2-3
Risiko	1	3	sendok makan, dan hanya
			minum susu.
			Sebelum sakit, pada umur 2 bulan
			anak sudah diberikan makan 2
			kali sehari dan buah, susu
			formula pada umur 1 bulan, dan
			hanya mendapatkan ASI selama 1
			bulan dengan alasan anak
			menolak menyusu.
			❖ Anak sangat kurus. BB: 6 kg,
			PB: 90cm (status gizi sangat
			kurang atau buruk $= < -3$ SD).
			$\frac{1}{1}$ $\frac{1}$

Kemu ngkinan masalah dapat dirubah : sebagian	/2 x 1	 ❖ Sejak anak A sulit makan, ibu kandung anak A (Ny. R) lebih banyak memberinya susu botol. Keluarga Bp. WW merupakan keluarga yang tidak mampu dengan rata-rata penghasilan sebulan tidak memnentu dengan jumlah anggota keluarga 2 orang. Bp WW hanya bekerja sebagai Tenaga honorer pada dinas kebersihan kota Jakarta, Ny. R bekerja sebagai pegawai Asuransi. Sebelumnnya keluarga memiliki penghasilanyang cukup, memiliki kendaraan pribadi, namun setelah anak A sakit GERD, RS Tumbuh kembang, RS Tugu, Herlina dan RSCM. ❖ Saat ini anak menderita gizi buruk dan batuk diserta hangat , namun hanya diberi parasietamol karena keluarga telah kehabisan biaya sehingga, anak lebih cenderung dibawah ke dukun
		untuk pengobatan alternatif karena anak cocok.
Poten sial masalah untuk dicegah : tinggi	/3 x 1	 Keluhan yang dirasakan sudah berjalan hampir setahun Keluarga dekat dengan fasilitas kesehatan Puskesmas, poliklinik, RS, dokter praktek swasta dan kader kesehatan. Anak Asudah pernah dirawat DI RSCM dan mendapatkan susu formula untuk terapi gizi buruk, tetapi tidak control lagi karena jauh dan tidak ada biaya. Bila anak panas hanya diberi parasetamol.
Meno		Ibu dari anak A mengatakan
njolnya	/2 x	berusaha mencari informasi

masalah : Masalah dirasakan dan segera ditangani	1		 mengenai cara mengatasi kesulitan makan pada anak A melalui kader, dan tenaga kesehatan. An. A sudah ❖ Anak sangat kurus. BB: 6 kg, PB: 70 cm (status gizi sangat kurang atau buruk = < - 3 SD), seharusnya antara 10-15 kg
	uml ah	2 / 3	

 $Tabel\ 3. Diagnosa\ 2: Keterlambatan\ pertumbuhan\ dan\ perkembangan$

Kriteri			Pembenaran
a	erhit	k	
	unga	О	
	n	r	
Sifat			Ny/ R mengatakan
masalah :	/3 x		anak An. A sulit makan
actual	1		dan memiliki riwayat
			penyakit GERD (gangguan
			pada lambung sejak
			berumur 3 bulan dan
			dirawat di RS Tumbuh
			Kembang Depok, RSU
			Depok, RS Herlina dan
			RSCM pada tahun 2010.
Kemun			Keluarga
gkinan	x 1		menyadari bahwa
masalah dapat			penyebab gizi buruk pada
di rubah :			anak A. karena kurang
sebagian			mendapat perawatan
			terutama asupan nutrisi
			karena kedua orang tua

			sibuk. Anak dititpkan pada kakek dan neneknya.
Potensi			Keluarga dekat
al masalah	/3 x	/	dengan kader, dan RS
untuk dicegah	1	3	Brimob.
: sebagian			
Menon			✓ An A saat ini sangat kurus; BB:
jolnya	/2 x		6.kg, PB: 90 cm (status gizi
masalah :	1		kurang = < - 2 SD). <i>Seharusnya</i>
Masalah			BB antara 10-15 kg
dirasakan dan			✓ Anak .sulit makan, hanya diberi
segera			bubur cerelak dan susu formula
ditangani			✓ Perkembangan anak terlambat
			hanya bisa tidur dan berbalik,
			belum tengkurap, jumlah gizi
			baru dua (2) dibagian bawah)
		$1^{2}/_{3}$	
	umla	_	
	h		

Tabel 4. Diagnosis 3 : Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi

Kriteri			Pembenaran
a	erhit	k	
	unga	0	
	n	r	
Sifat			Saat ini anak menderita gizi
masalah :	/3 x	/3	buruk dan batuk disertai
Risiko	1		hangat (ISPA), namun hanya
			diberi parasietamol karena
			keluarga telah kehabisan biaya
			sehingga, anak lebih
			cenderung dibawah ke dukun
			untuk pengobatan alternatif
			karena anak cocok.
			❖ SB: 37,2 ⁰ C, RR: 24 x/mt,
			Ronki (-). Kedua ekstremitas
			antas dan bawah lemah, sangat
			kecil, tetapi dapat digerakkan.
			Anak belum dibawa ke dokter

Kemun gkinan masalah dapat dirubah: sebagian	/2 x 2		dan Puskemas. Saya sudah pasrah apapun terjadi terhadap anak saya. Saya sudah habis-habisan untuk biya perawatan dan pengobatan anak saya, tetapi tidaak ada perbaikan. Bila anak dirawat tidak ada yang jaga keran saya harus bekerja. Kalo tidak kerja nanti tidak bisa bayar utang, dan bila dibawa ke rumah sakit saya tidak sanngup karena biaya mahal. Keluarga (ibu) tidak bisa membantu), suami hanya tenag honorer gajinya tidak cukup untuk biaya pengobatan dan perawatana anak. Bp WW bekerja sebagai Tenaga honorer pada dinas kebersihan kota Jakarta, Ny. R bekerja sebagai pegawai Asuransi.
Potensi al masalah untuk dicegah : tinggi	/3 x 1		 Anak pernah dirawat di RS Tumbuh kembang, RS Tugu, Herlina, dan RSCM. Kadang dibawah ke dokter praktek, bidan atau dukun. Keluarga dekat dengan RS, Puskesmas, dan Kader kesehatan
Menon jolnya masalah	/2 x 1		Bila anak apanas diberi parasetamol
Masala h dirasakan dan segera ditangani		2	
	umla	$4^{2}/_{3}$	

_	
l h	
I II	
11	

2.Ny. R

Tabel 5. Analisis masalah pada Ny R

Data		Masalah
	DO: Ku: baik, keadaran cm: TD 110/80 mmHg, N: 82 x/mt, RR: 18 x/mt, SB: 36,5°C	(Risiko) ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan nutrisi selama kehamilan.
DS:	By R melaporkan Saat ini sedang hamil 3 bulan, keluarhan tidak ada keluahan. Makan-minum baik, mual dan muntah (-); Ny R melakukan pemeriksaan kehamilan ke Puskesmas Pasar Rebo.	
	DO: Pemeriksaan FU: Balotemen (+), anemi (-) BB 55 Kg PB: 160. Terdapat kartu berobat.	

Dx Keperawatan

Tabel 6. Diagnosis 1 : Risiko ketidakeseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. R

Kriter			Pembenaran
ia	erhi	kor	
	tun		
	gan		
Sifat			Ny R. mengatakan
masalah :	/3 x	/3	saat ini sedang hamil 3
Risiko	1		bulan
Kemu			Selama hamil, Ny
ngkinan	/2 x		R. melakukan
masalah	1		pemeriksaan ke
dapat dirubah			Puskesmas Pasar Rebo,
: sebagian			atau ke Bidan
Poten			Selama hamil Ny
sial masalah	/3 x		R. tidak mengalami
untuk	1		masalah kesehatan. Ny R
dicegah :			tidak maul, muntah,
tinggi			pusing. makan-minum
			biasa.
Meno	<i>'</i> -		Saat ini sedang
njolnya	/2 x		hamil 3 bulan, sementara
masalah :	1		keluarga mempunyai
Masalah			beban terhadap anak A
dirasakan dan			dengan masalah gizi
segera			buruk yang membutuhkan
ditangani			biaya dan perhatian
		2 2 /	khusus
	,,, <u>,,,</u> 1	$2^{2}/_{3}$	
	uml ah		
	an		

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA LENGKAP

A. PENGKAJIAN

Nama KK : Bp. W.W

Alamat : RT 1, RW 06

Usia : 30 th
Pendidikan : SMA
Agama :Islam
Suku :Jawa

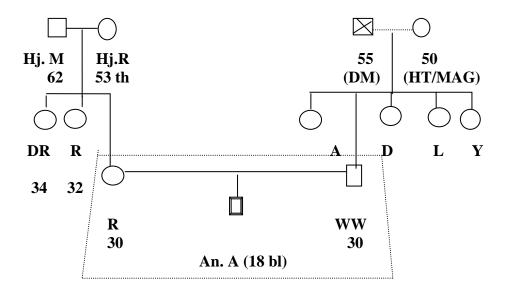
Pekerjaan : Tenaga honorer di DKI

Tipe Keluarga: nuclear family

I. Komposisi Keluarga

Nama	Umur	Gender	Agama	Hubungan	Pendidikan	Pekerjaan
Ny. R	30 t h	P	Islam	Istri	Sarjana	Swasta
						(Asuransi)
An. A	19	L	Islam	Anak	-	-
	bln					

II. Genogram



Keterangai	n Genogram:		
	: Laki-laki		: Garis keturunan
\bigcirc	: Perempuan	I	: Tinggal serumah
	: Garis perkawii	nan	: An.A (18 bulan) gizi buruk (sangat kurus)
			gizi buruk (sangat kurus)

III. LATAR BELAKANG KELUARGA

- a. Tipe keluarga. Keluarga Bp. W.W merupakan keluarga inti (*nuclear family*) yan terdiri dari ayah ibu dan 1 orang anak, (An.A).
- b. Suku bangsa Bp. W.W adalah Jawa dan istrinya Ny. R adalah Betawi mengindikasikan bahwa keluarga Bp. W.W termasuk keluarga yang memiliki dua latar belakang budaya yang berbeda.
- c. Agama : Keluarga Bp.W.W adalah Islam
- d. Status sosial ekonomi Bp. W.W bekerja sebagi tenaga honor di Lenteng Agung. Sementara Ny.R bekerja sebagai staf pada Asuransi Bumi Putra di Depok.
- e. Aktivitas Keluarga Bp. W.W berangkat bekerja sejak jam 7.30 dan kembali ke rumah pada sore hari sekitar jam 13.00. Disamping itu, Bp.W.W juga beternak ayam kampong yang dikandangkan dan langsung menyatu (berada didinding samping rumah keluarga. Ny.R berenagkat bekerja jam 9.00 hingga jam 14. 00. Keluarga berkumpul pada jam 15.00.
- f. Riwayat tahap perkembangan keluarga. Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah keluarga Bp. W.W mempunyai 1 orang anak balita berumur 18 bulan.
- g. Riwayat keluarga besar Bp. W.W menikah dengan Ny. R dan telah memiliki seorang anak laki-laki (umur 18 bulan).
- h. Kebutuhan nutrisi An. A mengalami kesulitan makan, dengan omposisi makanan anak tidak seimbang dan waktu makan tidak menentu (terkadang hanya diberi serelak, karena belum bisa makan nasi, bila diberi tim saring hanya makan 2-3 sendok, kadang diberi bubur serelak sebanyak 2-3 sendok sekali makan. Saat ini tidak diberi bubur saring lagi karen tidak dihabiskan,

tapi akan dicoba memberikan dengan kentang. Anak hanya diberi makan ketika Ny. R (ibu kandunga An, A sedang berada di rumah). Apabila Ny .R bekerja hanya diberi susu botol, atau air putih bila susunya habis, karena muntah bila diberi makan orang lain (nenek), juga tidak mau makan bila dilihat orang lain. Hal ini terjadi sejak anak opname tahun 2011 yang lalu di RS Tugu, RS Fatima dan RSCM karena sakit GERD.

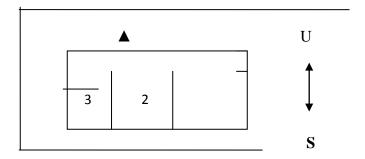
- i. Pola Tidur. An. A kadang kebanyakan tidur kerena belum dapat berkatifitas.
- j. Kebutuhan Eliminasi. An. A hingga saat ini masih menggunakan pempers sehingga sulit mengetahui frekuensi dan volume air seni (kencingnya), namun menurut ibu klien anak sering kencing karena banyak minum susu.
- k. Aktivitas spiritual keluarga. Keluarga Bp. W.W jarang mengikuti kegitan keagamaan seperti pengajian di lingkungan, tetapi melaksanakan ibadah seharihari seperti sholat di rumah.
- Riwayat kesehatan keluarga. Bp.WW tidak pernak sakit. NY.R pernah menderita TBC semasa kecil, telah berobat dan dinyatakan sembuh oleh dokter. Saat ini Ny R sedang hamil 3 bulan, tetapi tidak ada kelurhan.
- m.Riwayat keluarga sebelumnya, keluarga baru pertama kali menikah. Perilaku terkait dengan kesehatan anak saat ini Bp. W.W sering merokok 1-3 batang sehari. Kadang merokok di dalam rumah.

n. Lingkungan

1. Karakteristik rumah keluarga Bp .W.W adalah rumah kopel permanen, dengan luas kurang lebih 4 x 12 m (48m 2), lantai ruangan porselin dengan jumlah ruangan terdiri dari 1 ruang tamu (3 x 4 m), 1 ruang tidur (3 x 3 m), dan ruang makan serta dapur yang menjadi satu (4 x 4 m). Serta memiliki 1 kamar mandi. Keadaan rumah tidak beraturan ventilasi dan jendela kurang. Kamar tidur tidak ada ventilasi, karena menggunakan AC dan wayer untuk menyegarkan ruangan. Pemanfaatan ruangan dan peletakan perabotan rumah tidak teratur, kamar mandi dan WC menyatu dengan rumah, jenis WC septik tank dengan jarak < 10 meter dari sumber air bersih.Keluarga juga jarang

membuka jendela rumah. Dapur mendapatkan cahaya dengan memberikan atap fiber transparan) .

2. Denah Rumah:



Keterangan

1 : Ruang Tamu 3: R.Makan/dapur ▲: Kandang ayam

2 : Kamar tidur 4: Kamr mandi

- 3. Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW. Rumah keluarga Bp. WW ikut berada dalam wilayah. RT 1 RW 06, yang mempunyai karakteristik tetangga heterogen (urban, wiraswasta, buruh, pedagang, pengrajin, dan pegawai negeri), yang bersal dari berbgaia etnis (Jawa, Ambon, Batak, Sunda dan Betawi) dengan jarak rumah saling berdekatan dan ada yang berjauhan, di RW 06 banyak kegiatan sosial dan keagamaan. Termasuk ada kegiatan PAUD Mobilisasi geografis keluarga. Keluarga Bp. W.W tinggal menetap bersama dengan anaknya di wilayah RT 1 RW 06 Kelurahan Tugu.
- 4. Perkumpulan keluarga dengan warga. Keluarga Bp. W.W hanya berkumpul dengan anggota keluarga terutama saat libur, berinteraksi baik dengan masyarakat. Ny. Y jarang berkunjung ke posyandu, juga puskesmas.
- 5. Keadaan anggota keluarga saat ini secara umum baik, keluarga Bp .W.W adalah keluarga yang kurang mampu. Hubungan antara keluarga baik dan komunikatif, Ny. R. sering membawa anaknya berobat ke dokter praktek dan dukun. Demikian juga anggota keluarga lainnya yang bermasalah selalu dibawah ke dokter praktek dan dukun (alternatif).

o. Struktur Keluarga

- 1. Pola Komunikasi Keluarga. Dalam berkomunikasi keluarga tidak ada masalah dan sering menggunakan bahasa Indonesia.
- 2. Pengambil keputusan dalam keluarga adalah
- 3. Struktur Peran (formal dan informal). Peran Bp. W.W secara formal adalah kepala keluarga, istri dan anaknya secara informal dan dalam masyarakat tidak menjabat peranan penting, begitu juga istrinya mereka hanya sebagai warga RT 1 RW 06.
- 4. Nilai dan norma keluarga. Keluarga sering berkumpul pada sore hari setelah pulang bekerja.

p. Fungsi Keluarga

- 1. Fungsi Afektif. Hubungan antara anggota keluarga saat ini terjalin baik, saling menghargai dan menghormati, cukup terjalin kehangatan dan saling memberikan dukungan terhadap anggota keluarga lainnya.
- 2. Fungsi sosial. Interaksi dalam keluarga terjalin dengan baik dan tidak ada aturan atau disiplin ataupun budaya khusus yang mengharuskan anggota bertindak atau berperilaku khusus (spesial).
- 3. Fungsi perawatan kesehatan. keluarga secara sederhana menyediakan kebutuhan sehari-hari, seperti makan dan berpakaian. Bila ada anggota keluarga yang sakit mereka saling membantu merawat dan memperhatikan. Pengetahuan keluarga mengenai kesehatan balita terutama gizi baik kurang dimana Ny. R berpikir bahwa kondisi anaknya saat ini (gizi kurang) karena kurang fokus perahtian pada makanannya.
- 4. Fungsi reproduksi. Jumlah anak Bp.W.W ada 1 orang 1 laki-laki. Saat ini Ny. R sedang mengadunr 3 bulan. Namun Ny R senang menerima kehamilannya ini, sehingga rajin melakukan pemeriksan kehamilan ke Puskesmas Pasar Rebo. Selama hamil, Ny R tidak mengalami masalah seperti mual, muntah, makanminum baik.

5. Fungsi ekonomi. keluarga Bp. W.W berusaha mencukupi kebutuhna sandang, pangan dan papan, bekerja sebagai pegawai honorer di DKJ (dewan kebersihan Jakarta) di lenteng Agung dan dibantu oleh Istri bekerja di Asuransi. Namun penghasilan tidak cukup untuk berobat memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga.

q. Level keluarga

Saat ini keluarga berada pada level 1 dimana anggota keluarga yang sakit sebagai fokus asuhan keperawatan.

r. Stres dan Koping Keluarga

- 1. Stresor jangka pendek dan panjang yang dihadapi keluarga adalah kondisi kesehatan anak belum juga mengalami perubahan, walaupun berbagai upaya telah dilakukan termasuk berobat ke dukun, mengupayakan makanan anak (bubur saring) dan membawa ke dokter, tetapi tidak pernah ke puskesmas, anak juga jarang dibawa ke posynadu, kecuali saat PIN atau pemberian Vitamin A.
- 2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stresor kurang baik. Hal ini ditunjukkan dengan ungkapan keluarga bahwa . "saya sudah pasrah apapun terjadi, terserah Allah: ungkapan apaun terjadi pada anaknya (Ny R) saat dilakukan kunjungn rumah). Krena sudah berusaha membawa anak ke dokter dan rumah sakit. Biya sudah habis, termasuk modbil dijual untuk biaya pengoabatan dan perawatan ana, tapi tidak sembuh juga.
- 3. Strategi Koping yang digunakan. Bila keluarga menghadapi suatu permasalahan selalu dimusyawarahkan bersama anggota keluarganya.
- 4. Strategi adaptasi disfungsional. Keluarga mengatakan tidak mencari bantuan orang untuk untuk memecahkan masalah yang sedang dihadapi keluarga, dan selalu dimusyawarakan dengan anggota keluarganya.

B. Data pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga

Pemeriksaan fisik	Nama Anggota Keluarga						
	Bp WW	Ny R	An. A				
Kepala	Rambut hitam, tidak	Rambut hitam, tidak	Rambut merah,				
	ada kelainan	ada kelainan	jarang (tipis)				
BB/TB atau PB:							
BB (kg)	65 kg	55 kg	6 kg				
TB/PB (cm)	165 cm	160 cm	90 cm				
Tanda-tanda vital							
TD (mmHg)	110/80	110/80	-				
Nadi	76 x/mt	82 x/mt	80 x/mt				
RR	20/mt	18 x/mt	24 x/mt				
SB	36,9°C	36,5°C	37,2°C				
Mata	Konjunctiva tidak anemis, sklera tidak ikterik; tidak ada kelainan bulu mata dan alis tidak ada kelainan; tidak menggunakan kacamata	Konjunctiva tidak anemis, sklera tidak ikterik; tidak ada kelainan bulu mata dan alis tidak ada kelainan; tidak menggunakan kacamata	Konjunctiva anemis, sklera tidak ikterik; tidak ada kelainan bulu mata dan alis tidak ada kelainan.				
Hidung	Tidak ditemukan kelianan pada hitung. Tidak ada sekresi dari hidung.	Tidak ditemukan kelianan pada hitung. Tidak ada sekresi dari hidung.	Tidak ditemukan kelianan pada hitung. Tidak ada sekresi dari hidung.				
Mulut	Tidak ditemukan kelainan pada mulut, gigi-geligi uuh belum ada yang tanaggal. Lidah bersih, tidak ada kelainan	Tidak ditemukan kelainan pada mulut, gigi-geligi uuh belum ada yang tanaggal. Lidah bersih, tidak ada kelainan	Tidak ditemukan kelainan pada mulut, gigi susu atas 2 dan bawa2 (4 buah), lidah kotor.				
Leher	Tidak ditemukan kelainan, tidak ada pembesaran tonsil, dan kelanjar tiroid; tidak ditemukan peningkatan tekanan vena jugulris eksterna	Tidak ditemukan kelainan pada mulut, gigi-geligi uuh belum ada yang tanaggal. Lidah bersih, tidak ada kelainan	Kulit leher keriput, tidak ditemukan pembesaran kelenjar tonsil dan kelenjar tiroid, namun ada pembesaran kelenjar parotis.				
Dada	Tidak ditemukan kelainan, tidak terdengar suara tambahan, bentuk dada simetris	Tidak ditemukan kelainan, tidak terdengar suara tambahan, bentuk dada simetris	Dinding dada simetris, Nampak tulang iga, rinki basah dan kering (-)				
Abdomen	Tidak ditemukan kelainan, tidak ditemukan	Tidak ditemukan kelainan, tidak terdengar suara	Tidak ditemukan kelainan, tidak ditemukan				

	pembersaran hepar dan lien.	tambahan, bentuk dada simetris. Teraba balotemen (+), DDJ belum jelas.	pembesaran hati dan lien.
Tangan	Kedua tangan dapat digerakkan, tidak ditemukan kelainan	Kedua tangan dapat digerakkan, tidak ditemukan kelainan	Kedua tangan dapat digerakkan, dpat menggenggan dengan kuat, namun kulit tangan keriput,
Kaki	Kedua kaki dapat digerkkan, tidak ditemukan kelainan	Kedua kaki dapat digerakkan tidak ditemukan kelainan	Kedua kaki dapat digerakkan, namun belum dapat enyanggah tubuh (klien belum bias duduk, kulit kaki keriput
Kadaan umum	Baik	Bak	Lemah, kesadaran cm; warna kulit pucat.

C.ANALISA DATA

1. Anak A

Dat	a	Masalah
DO	•	1. Ketidakseimbangan nutrisi
1.	Ku: baik, keadaran cm: SB: 37,2 °C,	kurang dari kebutuhan tubuh
	Nadi: 80 x/mt, RR: 24 x /mt.	
2.	Anak sangat kurus. BB: 6 kg, PB:	
	90cm (status gizi sangat kurang atau	
_	buruk = $\langle -3 \text{ SD} \rangle$.	
3.	Anak hanya makan bubur serelak dan	
	minum susu formula	
4.	, r	
	sudah diberikan makan 2 kali sehari	
	dan buah, susu formula pada umur 1	
	bulan, dan hanya mendapatkan ASI	
	selama 1 bulan dengan alasan anak	
DC	menolak menyusu.	
DS:		
1.	\mathcal{E} 1	
	makan, hanya diberi makan	
	2 – 3 sendok. Dan minum susu	
_	formula	
	Anak A juga sering batuk dan hangat	
3.	5	
	diberi susu botol, bila susu habis, hany	
	diberi air putih.	

4. An. A sehari-hari (jam 9.00-13.00 hanya ditemani oleh kakek- neneknya) 5. An...A juga pernah menderita GERD dan dirawat di RS Tumbuh Kembang Depok, RS Fatmawati dan RSCM tahun 2011 **DO:** anak hanya bisa berbalik ke kiri Keterlambatan pertumbuhan dan Dan ke kanan. perkembangan DS: 1. Menurut keluarga anak hanya bisa bolak-balik di tempat tidur. 2. Pertumbuhan: dan perkembangan Gigi anak baru dua, belum bisa tengkurap, belum bisa bicara, hanya bisa menangis, namun mengerti bila dijak komunikasi, juga hnya bisa berbalik ke kanan dan kiri. DS: DO: Anak saat ini hangat, batuk dan hanya Ketidakefektifan bersihan jalan diberi parasetamol. SB: 37,2° C, RR: 24 x napas /menit, Rinki (-). Kedua ekstremitas antas dan bawalh lemah, sangat kecil, dapat Ketidakefektifan penatalaksanaan digerakkan terapi DS: Ny. R mengatakan anak belum dibawa ke dokter, dan puskemas. Saya sudah pasrah apapun terjadi terhadap anak saya. Saya sudah habis-habisan untuk biya perawatan dan pengobatan anak saya, tetapi tidaak ada perbaikan. Bila anak dirawat tidak ada yang jaga keran saya harus bekerja. Kalo tidak kerja nanti tidak bisa bayar utang, dan bila dibawa ke rumah sakit saya tidak sanggup karena biaya mahal. Keluarga (ibu) tidak bisa membantu, suami hanya tenaga honorer gajinya tidak cukup untuk biaya pengobatan

perawatana anak.

atau puskesmas.

DO: Anak belum dibawa kembali ke dokter

Dx Keperawatan

- 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada keluarga.
- 2. Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi.
- 3. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.
- 4. Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan

B. PRIORITAS MASALAH BERDASARKAN SKALA SKORING

Prioritas skoring masalah kesehatan pada keluarga Bp.WW dengan Balita gizi kurang (tabel 1)

Tabel 2. Diagnosis 1 : Ketidakeseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
Sifat masalah : Risiko	2/3 x 1	2/3	 Keluarga melaporkan anak A hanya makan bubur sereal 2-3 sendok makan, dan hanya minum susu. Sebelum sakit, pada umur 2 bulan anak sudah diberikan makan 2 kali sehari dan buah, susu formula pada umur 1 bulan, dan hanya mendapatkan ASI selama 1 bulan dengan alasan anak menolak menyusu. Anak sangat kurus. BB: 6 kg, PB: 90cm (status gizi sangat kurang atau buruk = < - 3 SD).
Kemungkinan masalah dapat dirubah : sebagian	1/2 x 1	1/2	❖ Sejak anak A sulit makan, ibu kandung anak A (Ny. R) lebih banyak memberinya susu botol. Keluarga Bp. WW merupakan keluarga yang tidak mampu dengan rata-rata penghasilan sebulan tidak memnentu dengan jumlah anggota keluarga 2 orang. Bp WW hanya bekerja sebagai Tenaga honorer pada dinas kebersihan kota

Potensial masalah untuk dicegah : tinggi	3/3 x 1	1	Jakarta, Ny. R bekerja sebagai pegawai Asuransi. Sebelumnnya keluarga memiliki penghasilanyang cukup, memiliki kendaraan pribadi, namun setelah anak A sakit GERD, RS Tumbuh kembang, RS Tugu, Herlina dan RSCM. Saat ini anak menderita gizi buruk dan batuk diserta hangat, namun hanya diberi parasietamol karena keluarga telah kehabisan biaya sehingga, anak lebih cenderung dibawah ke dukun untuk pengobatan alternatif karena anak cocok. Keluhan yang dirasakan sudah berjalan hampir setahun Keluarga dekat dengan fasilitas kesehatan Puskesmas, poliklinik, RS, dokter praktek swasta dan kader kesehatan. Anak Asudah pernah dirawat DI RSCM dan mendapatkan susu formula untuk terapi gizi buruk, tetapi tidak control lagi karena jauh dan tidak ada biaya. Bila anak panas hanya diberi
Menonjolnya masalah : Masalah	2/2 x 1	1	parasetamol. Ibu dari anak A mengatakan berusaha mencari informasi
dirasakan dan segera ditangani			mengenai cara mengatasi kesulitan makan pada anak A melalui kader, dan tenaga kesehatan. An. A sudah Anak sangat kurus. BB: 6 kg, PB: 70 cm (status gizi sangat
			kurang atau buruk = < - 3 SD), seharusnya antara 10-15 kg
	Jumlah	1 2/3	

Tabel 3.Diagnosa 2 : Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan

Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
Sifat masalah : actual	3/3 x 1	1	Ny/ R mengatakan anak An. A sulit makan dan memiliki riwayat penyakit GERD (gangguan pada lambung sejak berumur 3 bulan dan dirawat di RS Tumbuh Kembang Depok, RSU Depok, RS Herlina dan RSCM pada tahun 2010.
Kemungkinan masalah dapat di rubah : sebagian	½ x 1	1/2	Keluarga menyadari bahwa penyebab gizi buruk pada anak A. karena kurang mendapat perawatan terutama asupan nutrisi karena kedua orang tua sibuk. Anak dititpkan pada kakek dan neneknya.
Potensial masalah untuk dicegah : sebagian	2/3 x 1	2/3	Keluarga dekat dengan kader, dan RS Brimob.
Menonjolnya masalah : Masalah dirasakan dan segera ditangani	2/2 x 1	1	 ✓ An A saat ini sangat kurus; BB: 6.kg, PB: 90 cm (status gizi kurang = < - 2 SD). Seharusnya BB antara 10-15 kg ✓ Anak .sulit makan, hanya diberi bubur cerelak dan susu formula ✓ Perkembangan anak terlambat hanya bisa tidur dan berbalik, belum tengkurap, jumlah gizi baru dua (2) dibagian bawah)
	Jumlah	$1^{2}/_{3}$	

Tabel 4. Diagnosis 3 : Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi

Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran	
Sifat masalah : Risiko	2/3 x 1	2/3	 Saat ini anak menderita gizi 	
			buruk dan batuk disertai	
			hangat (ISPA), namun hanya	
			diberi parasietamol karena	
			keluarga telah kehabisan biaya	
			sehingga, anak lebih	
			cenderung dibawah ke dukun	
			untuk pengobatan alternatif	

			karena anak cocok. SB: 37,2°C, RR: 24 x/mt, Ronki (-). Kedua ekstremitas antas dan bawah lemah, sangat kecil, tetapi dapat digerakkan. Anak belum dibawa ke dokter dan Puskemas. Saya sudah pasrah apapun terjadi terhadap anak saya. Saya sudah habis-habisan untuk biya perawatan dan pengobatan anak saya, tetapi tidaak ada perbaikan. Bila anak dirawat tidak ada yang jaga keran saya harus bekerja. Kalo tidak kerja nanti tidak bisa bayar utang, dan bila dibawa ke rumah sakit saya tidak sanngup karena biaya mahal. Keluarga (ibu) tidak bisa membantu), suami hanya tenag honorer gajinya tidak cukup untuk biaya pengobatan dan perawatana anak.
Kemungkinan masalah dapat dirubah: sebagian	2/2 x 2	2	❖ Bp WW bekerja sebagai Tenaga honorer pada dinas kebersihan kota Jakarta, Ny. R bekerja sebagai pegawai Asuransi.
Potensial masalah untuk dicegah : tinggi	3/3 x 1	1	 Anak pernah dirawat di RS Tumbuh kembang, RS Tugu, Herlina, dan RSCM. Kadang dibawah ke dokter praktek, bidan atau dukun. Keluarga dekat dengan RS, Puskesmas, dan Kader kesehatan
Menonjolnya masalah Masalah dirasakan dan segera ditangani	2/2 x 1	1	Bila anak apanas diberi parasetamol
	Jumlah	4 2/3	

2.Ny. R

Tabel 5. Analisis masalah pada Ny R

Data	Masalah
DO:	(Risiko) ketidakseimbangan
Ku: baik, keadaran cm: TD 110/80 mmHg, N:	nutrisi: kurang dari kebutuhan
82 x/mt, RR: 18 x/mt, SB: 36,5°C	tubuh berhubungan dengan
	peningkatan kebutuhan nutrisi
DS:	selama kehamilan.
By R melaporkan Saat ini sedang hamil 3	
bulan, keluarhan tidak ada keluahan. Makan-	
minum baik, mual dan muntah (-); Ny R	
melakukan pemeriksaan kehamilan ke	
Puskesmas Pasar Rebo.	
DO:	
Pemeriksaan FU: Balotemen (+), anemi (-)	
BB 55 Kg PB: 160. Terdapat kartu berobat.	

Dx Keperawatan

Tabel 6. Diagnosis 1 : Risiko ketidakeseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. R

Kriteria	Perhitunga n	Skor	Pembenaran
Sifat masalah : Risiko	2/3 x 1	2/3	Ny R. mengatakan saat ini sedang hamil 3 bulan
Kemungkinan masalah dapat dirubah : sebagian	1/2 x 1	1/2	Selama hamil, Ny R. melakukan pemeriksaan ke Puskesmas Pasar Rebo, atau ke Bidan
Potensial masalah untuk dicegah : tinggi	3/3 x 1	1	Selama hamil Ny R. tidak mengalami masalah kesehatan. Ny R tidak maul, muntah, pusing. makan-minum biasa.
Menonjolnya masalah : Masalah dirasakan dan segera ditangani	2/2 x 1	1	Saat ini sedang hamil 3 bulan, sementara keluarga mempunyai beban terhadap anak A dengan masalah gizi buruk yang membutuhkan biaya dan perhatian khusus
	Jumlah	$2^{2}/_{3}$	

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Bp KHUSUSNYA ANAK DENGAN KURANGIZI

Nama pasien	:	Penanggungjawab:
Umur/Jenis Klamin	:	Manajer kasus :
Diagnosis medis	:	Tanda tangan
Tgl mulai dirawat	:	
_		

N	Diagnosis keperawatan	Tujuan		Eval	Rencana	
0		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	Tindakan
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 bulan anaktidak mengalami gizi kurang	TUK I Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 45 menit keluarga dapat mengenl masalah gizi kurang dengan meyebutkan: Pengertian gizi dan zat gizi; makanan dan fungsi makanan bagi tubuh; jenis makanan	Pada kunjungan yang kedua Verbal	☐ Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang pengertian zat gizi, jenis atau triguna makanan, sumber makanan: ☐ Gizi adalah makanan yang dapat memenuhi kesehatan; gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses	□ Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian gizi dan zat gizi; makanan dan fungsi makanan bagi tubuh; jenis makanan dengan kandungan zat gizinya. □ Menggunakan alat bantu liflet, jelaskan tentang pengertian

	I	d.,,	d:	aini dan
		dengan	digesti	gizi dan zat
		kandungan	(pencernaan),	gizi; makanan
		zat gizinya.	absorbsi	dan fungsi
			(penyerapan),	makanan bagi
			transposrtasi	tubuh; jenis
			(pengantaran),	makanan
			penyimpanan,	dengan
			metabolism dan	kandungan
			pengeluaran zat-	zat gizinya.
			zat yang tidak	☐ Motivasi
			digunakan untuk	keluarga
			mempertahankan	untuk
			kehidupan,	mengulangi
			pertumbuhan	kembali
			dan fungzi	penjelasan
			normal dari	yang
			organ-organ	diberikan
			tubuh (Waryono,	☐ Berikan
			2010)	penguatan
			☐ Zat gizi adalah	yang positif
			unsur yang	dengan cara
			terdapat dalam	memuji
			makanan dan	memuji
			dapat dan	
			_	
			mempengaruhi	
			kesehatan	
			(Waryono, 2010)	
			☐ Makanan adalah	
			bahan selain obat	
			yang	
			mengandung zat-	
			zat gizi dan atau	
			unsur-	

		unsur/ikatan	
		kimia yang dapat	
		diubah menjadi	
		zat gizi oleh	
		tubuh, yang	
		berguna bila	
		dimasukkan ke	
		dalam tubuh	
		(Waryono, 2010)	
		□ Fungsi makanan	
		bagi tubuh ada 3,	
		yaitu: sebagai zat	
		pembangun,	
		sebagai sumber	
		tenaga (energy)	
		dan sebagai zat	
		pengatur	
		(Waryono, 2010)	
		☐ Sumber makanan	
		yang berfungsi	
		sebagai	
		karbohidrat	
		(nasi, jagung,	
		ketela, singkong,	
		roti); lemak	
		(minyak,	
		mentega); dan	
		protein (ikan,	
		garing, telur,	
		tahu, tempe)	
		(Waryono, 2010)	
		☐ Makanan sumber	
		tenaga digunakan	

 ,	-				
				untuk bergerak	
				terdapat pada	
				nasi, umbi-	
				umbian (ketela,	
				ubi kayu, keladi,	
				dll); tepung-	
				tepungan (tepung	
				terigu, tepung	
				sagu, tepung	
				tapioca, dll);	
				kentang, jagung,	
				gandum, dan	
				padi (nasi), dll)	
				☐Zat pembangun	
				terdapat pada	
				ikan, daging,	
				telur, ayam,	
				kacang-	
				kacangan, tahu	
				dan tempe, dll)	
				_	
				☐ Zat pengatur	
				terdapat pada	
				sayur dan buah-	
				buahan	
		Denomia.	□ 1711	_ ** •	□ D:-1'1
		☐ Pengertian	□ Verbal	□ Keluarga mampu	☐ Diskusikan
		gizi kurang		menjelaskan	dengan
				tentang pengertian	keluarga
				gizi kurang dengan	tentang
				benar.	pengertian gizi
				☐ Gizi kurang	kurang,
				yaitu suatu	penyebab,

Г	Г				
				keadaan dimana	tanda dan
				kurangnya berat	gejala
				badan sesorang	☐ Menggunakan
				berdasarkan	alat bantu
				umur, tinggi	liflet, jelaskan
				badan kurang	tentag
				dari standar	pengertian gizi
				(tidak sesuai	kurang,
				usia, sangat	penyebab,
				kurus yang	tanda dan
				terjadi akibat	gejala
				ketidakcukupan	☐ Motivasi
				masukan	keluarga untuk
				makanan,	mengulangi
				vitamin dan	kembali
				mineral serta	penjelasan
				penyakit infeksi	yang diberikan
				yang berulang	☐ Berikan
				(WHO, 2006).	penguatan
					yang positif
		☐ Penyebab gizi	□ Verbal	☐ Keluarga dapat	dengan cara
		kurang		menyebutkan 5	memuji
				dari 17 Penyebab	
				gisi kurang	
				☐ Penyebab gizi	
				kurang, yaitu:	
				kemiskinan, pola	
				menyusuai bayi	
				dan pemberian	
				makan anak,	
				penyakit infeksi	
				dan kronis,	
				pemilihan dan	

 ı	1			
			pengolahan	
			bahan makanan	
			yang salah,	
			komposisi	
			makanan tidak	
			seimbang,	
			tingkat	
			pendidikan	
			perempuan,	
			geografis, iklim, ketersediaan air	
			minum yang	
			memadai, cara	
			menanam,	
			menyimpan dan	
			mengolah hasil	
			panen, kondisi	
			lingkungan,	
			bencana alam	
			dan peperangan,	
			pelayanan	
			kesehatan, gizi	
			ibu saat	
			kehamilan,	
			tekanan	
			penduduk, pola	
			asuh keluarga	
			(Gibney at al,	
			Ann, 2004;	
			WHO; CWS:	
			Atmarita, 2005)	

 T	T .		I	1	1
		□ Tanda dan	□ Vebal	☐ Keluarga mampu	
		gejala gizi		mengidentifikasi	
		kurang		tanda dan gejala	
				gizi kurang:	
				☐ berat anak	
				berda di pita	
				kuning atau di	
				bawah garis	
				merah KMS	
				□ badan kurus	
				□ badan sangat	
				kurus	
				□ bengkak pada	
				punggung	
				□ bengkak pada	
				kedua tungkai	
				(kaki), rambut	
				tipis (jarang),	
				kemerahan dan	
				mudah	
				patah/dicabut	
				☐ kulit kering	
				☐ lemah dan	
				pucat	
				☐ otot mengecil	
				atau lembek	
		TUK 2			
		Setelah	□ Verbal	☐ Keluarga mampu	□ Diskusikan
		dilakukan		menyebutkan 3	dengan keluarga
		intervensi selama		diantara 5 akibat	tentang
		1 x 45 menit		gizi kurang	gangguan

	Iralyanaa mamaa		□ A1 1 1	tumbuh Irombana
	keluarga mampu		☐ Anak mudah	tumbuh kembang
	mengambil		sakit diare,	yang terjadi pada
	keputusan yang		malaria, infeksi	anak A akibat
	tepat untuk		saluran	gizi kurang jika
	mengatasi		pernapasan,	tidak segera
	masalah gizi		TBC, anemia;	diatasa.
	kurang pada		meninggal;	☐ Gunakan skema
	anak dengan:		keterlambatan	sederhana
	☐ Menyebutkan		pertumbuhan	mengenai
	dampak dari		dan	terjadinya
	gizi kurang		perkembangan	penyakit akibat
	pada anak jika		kognitif dan	gizi kurang
	tidak segera		hasil belajar	☐ Jelaskan pada
	diatasi		(Engle et al,	keluarga
			2007; Gibney <i>et</i>	komplikasi gizi
			al, 2005; Cook,	kurang sampai
			2002; Hall et al,	dapat
			2001 dalam	mengakibatkan
			Allender at al,	kematian
			2005).	☐ Minta keluarga
			,	untuk
				mengulangi
	☐ Menyatakan	□ Verbal	□ Keluarga	penjelasan
	keputusannya		menyatakan akan	perawat
	untuk		mencoba	☐ Berikan pujian
	mengatasi		mengatasi	Derrkan pujian
	masalah gizi		masalah gizi	
	kurang pada		pada anak A	
	Anak		pada anak A	
	Allak			

TUK 3 Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 45 menit keluarga mampu merawat anak dengan gizi kurang dengan cara: Menyebutkan komposisi makanan anak umur bulan Menyebutkan jadwal pemberian makan anak sesuai umur	☐ Afektif	☐ Tersedia makanan selingan (biscuit, kue, kacang hijau) ☐ Anak mengkonsumsi makanan selingan yang diberikan oleh keluarga	□ Evaluasi makanan selingan yang disediakan keluarga □ Berikan pujian
(bulan)			
TUK 4 □ Setelah dilakukan	Pada kunjungan keenam	☐ Meja makan atau tempat makan	☐ Diskusikan bersama
intervensi selama 1 x 45 menit keluarga dapat memodifikasi	☐ Verbal ☐ Psikomotor	tertata rapi ☐ Keluarga mampu menata meja	keluarga tentang situasi atau lingkungan yang dapat
lingkungn untuk meningkatkan	☐ Afektif	makan dengan rapi. □ Adanya penataan lingkungan tempat	meningkatkan selera makan anak. □ Minta keluarga

 ,				1
	selera makan		makan yang	mengungkapkan
	anak		sesuai dengan	situasi mana
	☐ kunjungan		standar.	yang disenangi
	tidak			anak saat
	direncanakan			makan.
				□ Beri
				kesempatan
				keluarga untuk
				melakukan
				demonstrasi
				ulang terhadap
				penataan meja
				tempat makan
				anak.
				WIIWIII
	TUK 5	□ Verbal	☐ Keluarga	☐ Jelaskan apada
	Setelah		memanfaatkan	keluarga
	dilakukan		fasilitas pelayanan	fasilitas
	kunjungan		kesehatan untuk	pelayanan
	selama 45 menit		menanggulangi	kesehatan yang
	keluarga mampu		masalah gizi	dapat
	memnafaatkan		kurang pada anak	dimanfaatkan
	fasilitas			oleh keluarga:
	kesehatan secara		••••	Posyandu,
	tepat mengatasi		☐ Terdapat kartu	puskesmas,
	masalah gizi		berobat dan obat	klinik swasta,dll
	kurang pada			
	anak		sesuai kondisi anak	☐ Tanyakan pada
	anax		anak	keluarga tempat
				pelayanan
				kesehatan mana
			☐ Terdapat obat	yang dikunjungi
			yang diresepkan	☐ Minta keluarga
			oleh dokter	mengunjungi

						jika diperlukan Evaluasi pada kunjungan yang tidak direncanakan terhadap kunjungan keluarga ke pelalayanan kesehatan.
2.	Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi	TUM: Penatalaksanan terapi menjadi efektif	TUK 1 Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 60 menit keluarga dapat mengenal masalah ketidakefektifan penatalaksanaan terapi dengan meyebutkan Pengertian ketidakefektifa n penatalaksanaa n terapi	□ Kunjungan 1 □ Verbal	□ Keluarga dapat menjelaskan pengertian ketidakefektifan penatalaksanaan terapi: □ Ketidak efektifan penatalaksanaan terapi adalah: Pola program pengobatan penyalik teratur dan terintegrasi ke dalam kehidupan sehari yang tidak mengakibatkan kepuasan sesuai tujuan kesehatan spesifik (NANDA, 201-2002)	

			penyakit atau efeknya. □ Tidak melakukan tindakan untuk sehari—hari pengobatan
			secara teratur
			☐ Berusaha mengatur
			pengobatan
			penyakit dan pencegahan
			akibat lanjut
			penyakit.
			mengintegrasikan
			satu atau lebih kebutuhan
			pengobatan
			secara teratur. (NANDA, 201-
			2002).
	□ Penyebab,	□ Verbal	□ Penyebab
	ketidakefektif-		☐ Ada halangan
	an penatalaksana-		□Kurang
	an terapi		dukungan sosial Merasa lemah
			□Merasa
			bermanfaat
			☐ Kepercayaan salah mengenai

		1		,
			cara dan atau	
			pelaksanan	
			perawatan	
			kesehatan	
			\square Kurang	
			pengetahuan	
			□ Pola keluarga	
			dalam perawatan	
			kesehatan	
			☐ Konflik keluarga	
			\square Tuntutan	
			individu atau	
			keluarga	
			\square Kesulitan	
			ekonomi	
			□ Konflik	
			pegambilan	
			keputusan	
			☐ Kompleksitas	
			sitem perawatan	
			kesehatan	
			☐ Kurang serius	
			☐ Ketidakadekuat	
			an sejumlah dan	
			jenis tindakan	
			(NANDA, 201-	
			2002)	
	TUK 2		☐ Keluarga mampu	☐ Jelaskan pada
	Setelah	☐ Verbal	menyebutkan	keluarga
	dilakukan	☐ Afektif	akibat bila anak	tentang akibat
	intervensi selama	☐ Psikomotor	gizi kurang/buruk	bila anak

keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah ketidakefektifan penatalaksanaan terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: Menjelaskan akigizi Mendelaskan dan dengan: Menjelaskan akibat bila anak gizi Mendelaskan dan akibat bila anak gizi Mendelaskan dengan: Mendelaskan akibat bila anak gizi Mendelaskan dengan: Mendelaskan dengan: Mendelaskan akibat bila anak gizi Mendelaskan dengan: Mend				
mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah ketidakefektifan penatalaksanaan terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: Menjelaskan akibat bila anak gizi Mangalasi kepat untuk mengambil kepat untuk mengatasi masalah saluran pernapasan, TBC, anemia; meninggal; mengulangi penjelasan pertumbuhan dan pertumbuhan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, al, 2007; Gibney et al, 2005; Cook,		1 x 45 menit		
keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah ketidakefektifan penatalaksanaan terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: Menjelaskan akibat bila anak gizi Anak mudah sakit diare, malaria, infeksi saluran pernapasan, TBC, anemia; meninggal; mengulangi mengulangi penjelasan pertumbuhan dan pertumbuhan dan pertumbuhan kurang gizi (Engle et al, anak gizi al, 2005; Cook, perkembangan akibat bila anak gizi al, 2005;		•		C
tepat untuk mengatasi masalah ketidakefektifan penatalaksanaan terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: Menjelaskan akibat bila anak gizi Menjelaskan anak gizi Sakit diare, malaria, infeksi saluran pernapasan, TBC, anemia; menggunakan liflet Minta keluarga mengulangi penjelasan pertumbuhan dan perkembangan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et al, 2005; Cook,			baik:	
mengatasi masalah ketidakefektifan penatalaksanaan terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: □ Menjelaskan akibat bila anak gizi malaria, infeksi saluran pernapasan, TBC, anemia; meninggal; keterlambatan pertumbuhan pertumbuhan pertumbuhan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et al, 2005; Cook,			\square Anak mudah	-
masalah ketidakefektifan penatalaksanaan terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: □ Menjelaskan akibat bila anak gizi masaluran pernapasan, TBC, anemia; meninggal; mengulangi penjelasan pertumbuhan dan pertwmbuhan dan perkembangan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, akibat bila anak gizi al, 2005; Cook,		tepat untuk	sakit diare,	
ketidakefektifan penatalaksanaan terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: □ Menjelaskan akibat bila anak gizi Minta keluarga mengulangi mengulangi penjelasan pertumbuhan perawat dan perkembangan kognitif dan dan dengan: (Engle et al, anak gizi al, 2005; Cook,			malaria, infeksi	pengobatan
penatalaksanaan terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: □ Menjelaskan anak meninggal; mengulangi penjelasan pertumbuhan dengan: hasil belajar □ Menjelaskan akibat bila anak gizi		masalah	saluran	menggunakan
terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: Menjelaskan akibat bila anak gizi mengulangi penjelasan pertumbuhan perawat dan perkembangan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, akibat bila 2007; Gibney et anak gizi mengulangi penjelasan perkembangan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et anak gizi		ketidakefektifan	pernapasan,	liflet
terapi pada anak yang disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: Menjelaskan akibat bila anak gizi terapi pada anak yang keterlambatan pertumbuhan pertumbuhan perkembangan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, akibat bila 2007; Gibney et anak gizi mengulangi penjelasan perkembangan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et anak gizi		penatalaksanaan	TBC, anemia;	☐ Minta keluarga
multiple state of the state of		terapi pada anak	meninggal;	
disebabkan oleh kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: □ Menjelaskan akibat bila anak gizi disebabkan oleh kurang gizi dan perkembangan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et anak gizi perawat Berikan pujian		yang	keterlambatan	
kurang gizi (ringan, sedang dan berat) dengan: □ Menjelaskan akibat bila anak gizi dan perkembangan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et anak gizi al, 2005; Cook,		disebabkan oleh	pertumbuhan	1 0
(ringan, sedang dan berat) dan berat) dengan: □ Menjelaskan akibat bila anak gizi perkembangan kognitif dan hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et al, 2005; Cook,		kurang gizi	dan	_
dengan: □ Menjelaskan akibat bila anak gizi hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et al, 2005; Cook,		(ringan, sedang	perkembangan	
dengan: □ Menjelaskan akibat bila anak gizi hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et al, 2005; Cook,		dan berat)	kognitif dan	
akibat bila 2007; Gibney et anak gizi al, 2005; Cook,		dengan:		
akibat bila 2007; Gibney et anak gizi al, 2005; Cook,		□ Menjelaskan	(Engle et al,	
		akibat bila	2007; Gibney et	
		anak gizi	al, 2005; Cook,	
kurang/buruk 2002; Hall et al,		kurang/buruk	2002; Hall et al,	
tidak dirawat 2001 dalam			2001 dalam	
dengan baik Allender at al,		dengan baik	Allender at al,	
□ Menyatakan 2005).		_	2005).	
kesediaannya			,	
untuk merawat			□ Keluarga	
anak menyatakan akan			_	
dengan gizi mencoba			•	
kurang/buruk mengatasi				
masalah gizi		6	•	
pada anak			C	
			F	

T	T	T	T
TUK 3	□ Verbal	☐ Keluarga mampu	☐ Jelaskan pada
Setelah		menyebutkan cara	makanan
dilakukan		perawatan anak	pendamping
intervensi selama		dengan gizi	gizi balita:
1 x 45 menit		kurang/buruk	☐ ASI (ASI
keluarga mampu	☐ Afektif	□ Keluarga	ekslusif,
merawat anak	☐ Psikomotor	mendemonstrasika	pentingnya
dengan gizi		n cara perawatan	menyusui, cara
kurang/buruk		anak dengan gizi	kerja menyusui,
secara efektif		kurang/buruk	cara memerah
☐ Menyebutkan		dengan cara:	dan menyimpan
cara perawatan		mendemontrasikan	ASI, posisi
anak		cara pengolahan	menyusui
dengan		makanan anak	menggunakan
gizi		(umur bulan)	alat peraga
kurang/buruk		Menyusui Anak,	lembar balik;
☐ Melaksanakan		Memberikan	□ M-PASI
perawatan anak		M-PASI (bburu	idisertai dengan
dengan		aneka buah,	☐ Demontrasikan
gizi		kentang,	contoh menu
kurang/buruk		bubur/nasi im;	gizi seimbang,
		pudding aneka	M-PASI
		buah dan sayur;	menurut umur
		dll)	anak (
		☐ Memberikan	bulan).
		makanan bergizi	Minta keluarga
		seimbang pada	emndemontrasi
		anak (umur	kan cara
		bulan)	memenyusi,
		,	pososi,
			memerah dan
			cara
			menyimpan

				ASI; contoh menu seimbang dan M-PASI sesuai umur anak (bulan)
	TUK 4 Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 50 menit keluarga dapat memodifikasi lingkungan untuk mencegah terjadinya ISPA, yang berulang pada anak kunjungan tidak direncanakan	Pada kunjungan keenam Afek Psikomotor	☐ Keluarga memodifikasi lingkungan: ☐ Lingkunganbesih ☐ Jendela dibuka untuk sirkulasi udara ☐ Keluarga tidak merokok dalam rumah ☐ Keluarga membuat ventilasi rumah untuk pertukaran udara ☐ Keluarga memberikan atap kaca pada ruangan yang gelap	 □ Diskusikan bersama keluarga tentang situa atau lingkunga yang dapa mencegah terjadinya ISP, pada anak □ Minta keluarg mengungkapka situasi yan dapat mencega terjadinya ISP. □ Beri kesempatan keluarga untu melakukan demonstrasi ulang terhada penataan lingkungan untuk mencega terjadinya ISP, berulang pada

				Anak Jendela telah dibuka, lingkungan rumah bersih, terdapat atap kaca di rumah, cahaya masuk ke rumah cuku, serta keluarga tidak merokok di dalam rumah
	TUK 5 Setlelah dilakukan kunjungan selama 30 menit keluarga mampu memanafaatkan fasilitas kesehatan secara tepat mengatasi masalah gizi kurang pada anak	☐ Afek ☐ Psikomotor	 □ Anak telah dibawah berobat □ Terdapat obat dari apotik □ Anak diberikan obat sesuai resep 	□ Jelaskan pada keluarga fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga: Posyandu, puskesmas, klinik swasta,dll. □ Tanyakan pada keluarga tempat pelayanan kesehatan mana yang dikunjungi

				☐ Minta keluarga mengunjungi jika diperlukan ☐ Evaluasi pada kunjungan yang tidak direncanakan terhadap kunjungan keluarga ke pelaanan kesehatan.
	TUK 5 Setelah dilakukan kunjungan selama keluarga selama 1 x 45 menit keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehtan secara tepat untuk mengatasi risiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan anakakibat	□ Verbal □ Afek	☐ Keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menanggulangi masalah risiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan pada anak S. ☐ Terdapat kartu berobat dan obat sesuai kondisi anak dan atau resep dokter.	□ Jelaskan pada keluarga fasilitas kesehatan yang dapat dikunjungan untuk perawatan anak (Posyandu, RS, Puskesmas, PPG, Posyandu) dan tenaga kesehatan: dokter, perawatan bidan, ahli gizi, dll); prosedur pelaanan gizi/kesehatan. □ Minta keluarga

			kurang gizi dengan cara memanfaatkan pelayanan kesehatan atau tenaga kesehatan untuk perawatan dan konsusltasi gizi/kesehatan anak			mengulangi penjelasan perawatan □ Beri pujian.
3.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	TUM: Klien dapat bernafas dengan baik tanpa gangguan	TUK I Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 60 menit keluarga dapat mengenl masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas dengan meyebutkan Pengertian ketidakefektif- an bersihan jalan nafas	□ Pada kunjungan yang kedua □ Verbal	☐ Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang pengertian ketidakefektifan bersihana jalan nafas ☐ Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas (NANDA, 2001-2002).	□ Diskusikan dengan keluarga tentang ketidakefektifan bersihan jalan nafas, tanda dan gejala (karakteristik), penyebab. □ Menggunakan alat bantu lembar balik, jelaskan tentang pengertian ketidakefektifan bersihan jalan nafas, tanda- gejala dan penyebab □ Motivasi keluarga untuk

	□ Tanda dan gejala ketidakefektif- an jalan nafas	□ Verbal	☐ Tanda dan gejala (karakteristik): ☐ Dispneu ☐ Penurunan suara nafas ☐ Orthopneu ☐ Cyanosis ☐ Kelainan suara	mengulangi kembali penjelasan yang diberikan Berikan penguatan yang positif dengan cara memuji
			nafas:	
			□ rales,	
			\square wheezing	
			☐ Kesulitan	
			Berbicara	
			☐ Batuk, tidak	
			efektif atau tidak ada	
			☐ Mata melebar	
			□ Produksi	
			sputum	
			☐ Gelisah	
			☐ Perubahan	
			frekuensi dan □ irama nafas	
			⊔ паша пагаs	
	☐ Penyebab,	☐ Verbal	□ Penyebab	
	ketidakefektif-		☐ Lingkungan :	
	an hersihan		□ Merokok	

	jalan nafas	☐ Menghirup	
	J	asap rokok	
		☐ Perokok pasif	
		□ PPOK	
		□ Infeksi	
		☐ Fisiologis	
		□Disfungsi	
		neuromuskular	
		☐ Hiperplasia	
		dinding	
		bronkus,	
		Alergi jalan	
		nafas	
		☐ Asma.	
		☐ Obstruksi	
		jalan nafas :	
		□ spasme jalan	
		nafas,	
		□ sekresi	
		tertahan,	
		\square banyaknya	
		mukus,	
		□ adanya jalan	
		nafas buatan,	
		sekresi	
		☐ Bronkus,	
		□ adanya	
		eksudat di	
		alveolus,	
		adanya	
		benda asing di jalan	
		ui jaian	

			nafas.	
			naras.	
	TUK 2			
	Setelah	□ Verbal	☐ Menyebutkan	☐ Diskusikan
	dilakukan	□ VCIUai	pengertian ISPA	dengan keluarga
	intervensi selama		sebagai salah satu	tentang ISPA
	1 x 45 menit		penyebab	sebagai salah
	keluarga mampu		ketidakefektifan	satu penyebab
	mengambil			ketidak bersihan
	keputusan yang		bersihan jalan nafas pada anak	jalana nafas,
	tepat untuk		1	
	mengatasi		ICDA	tanda dan gejala
	masalah		☐ Istilah ISPA	(karakteristik)
	ketidakefektifan		diperoleh dari	☐ Menggunakan
			bahasa Inggris	alat bantu lembar
	bersihan jalan		Acute Respiratory	balik, jelaskan
	nafas pada anak		Infections (ARI),	tentang
	pada anak		yaitu Penyakit	pengertian ISPA,
	yang disebabkan		infeksi akut yang	faktor resiko
	oleh ISPA		menyerang salah	tanda-gejala dan
	dengan:		satu bagian dan	akibat lanjut jika
	☐ Menjelaskan		atau lebih dari	ISPA tidak
	pengetian		saluran nafas	segera ditangani,
	ISPA		mulai dari hidung	cara mengatasi,
			(saluran atas)	dan pencegahan.
			hingga alveoli	□ Lakukan vibrasi
			(saluran bawah)	dan fisioterapi
			termasuk jaringan	dada untuk
			adneksanya	mengeluarkan
			seperti sinus,	sekresi
			rongga telinga	□ Motivasi
			tengah dan pleura.	keluarga untuk

			(Depkes, 2001).	mengulangi kembali
				penjelasan yang
	☐ Menyebut-	□ Verval	☐ Pembagian	diberikan
	kan		ISPA. ISPA ada	□ Berikan
	pembagian ISPA		macam, yaitu: bukan pneumonia	penguatan yang positif dengan
			dan pneumonia	cara memuji
			(P2-M Depkes, 2001)	
			□ Peneumonia	
			□ Non	
		□ Verval	pneumosia	
	☐ Menyebutka			
	n faktor risiko ISPA		☐ Faktor resiko ISPA	
			Ada 3 faktor	
			resiko terjadinya ISPA, yaitu	
			lingkungan,	
			individu dan	
			perilaku (Depkes,	
			2001):	
			☐ Lingkungan:	
			□ Pencemaran	
			udara dalam	
			rmah	
			misalnya rokok, asap	
			tungku;	

 	T	 	
		□ Ventilasi	
		yang kurang;	
		☐ Kepadatan	
		penghuni	
		rumah;	
		☐ Individu:	
		□ Umur;	
		☐ Berat badan;	
		☐ Status gizi;	
		☐ Vitamin A,	
		☐ Status	
		imunisasi:	
		□ Perilaku:	
		☐ Perawatan	
		penunjang	
		oleh ibu	
		balita;	
		☐ Tindakan	
		yang segera	
		dan	
		pengamatan	
		tentang	
		perkembanga	
		n penyakit balita;	
		□ Pencarian	
		pertolongan	
		pada	
		pelayanan	
		kesehatan.	
		Roboliutuii.	

	T		Т	т	T-	7
			Menyebutkan	☐ Verval	□ Tanda dan	
			anda dan		gejala ISPA	
			gejala ISPA		☐ Batuk-pilek, anak	
		ε	50,010 101 11			
					rewel, kadang	
					sulit tidur, hidung	
					meler (ingus cair),	
					kadang hangat,	
					anak sulit tdur	
					karena hidung	
					tersumbat akibat	
					beringus (adanya	
					sekresi),kalau	
					pneumonia berat	
					^	
					badan turun,	
					kadang disertai	
					sesak nafas	
					karena sulit	
					mengluarkan	
					lender (sputum)	
		Ьм	I enyebutkan	□ Verval	□ Akibat lanjut	
			kibat lanjut		ISPA bila tidak	
			SPA			
		13)1 / 1		segera diatasi	
					□ Daya tahan	
					tubuh anak	
					menurun	
					☐ Pertumbuhan	
					dan	
					perkembangan	
					anak terlambat	
					☐ Gizi kurang	
					karena anak	
1					susah makan	

			☐ Kematian bila	
			terlambat	
			ditolong	
	☐ Menyebutkan	□ Verval	☐ Cara mengatasi	
	cara mengatasi		ISPA:	
	ISPA		☐ Peningkatan anti	
	☐ Menyatakan		bodi dengan	
	kesediaan		cara:	
	membawa anak		☐ Pemberian	
	berobat ke		Vitamin A	
	dokter atau		☐ Imunisasi	
	puskesmas		dipteri,	
	☐ Memberikan		pertusis,	
	obat pada anak		campak,	
	sesuai resep		☐ Menurunkan	
	dokter		angka	
			kematian	
			akibat ISPA	
			dengan cara:	
			iminisasi	
			lengkap	
		☐ Psikomotor		
	☐ Melakukan	PSIKOIIIOIOI	□ Pencegahan	
	pencegahan		faktor resiko	
	factor risiko		☐ Memperbaiki	
			Perbaiki	
			lingkungan:	
			ventilasi,	
			kebersihan	
			lingkungan,	
			pencahayaan	

T	1	T	1	
				□ Imunisasi anak
				lengkap
				□ Berikan
				makanan bergizi
				□ Lakukan
				pemeriksaan
				kesehatan anak
				secara teratur ke
				puskesmas
				□ Berperilaku
				hidup bersih dan
				sehat (jangan
				merokok di
				dalam rumah,
				bisakan mencuci
				tangan sebelum
				dan setelah
				menyentuh
				makanan
				mencuci tangan
				setelah jamban,
				tutup makan
				yang telah
				dimasak,
				hangatkan
				makan, jaga
				kebersihan
				lingkungan
				tempat tinggal.
				ompat unggar.

	TUK 3 Setelah	□ Verbal	☐ Keluarga	danat		Diskusikan
	dilakukan	□ Psikomotor	mengontr	•	_	dengan
	intervensi selama		aspirasi d			keluarga
	1 x 45 menit		cara:	C		tentang cara
	keluarga mampu		☐ Identif	fikasi		perawaan anak
	merawat anak		faktor	resiko		dengan ISPA
	dengan ISPA		□ Mengl	nindari		Menggunakan
	dengan cara:		faktor	resiko		alat bantu
	□Menyebutkan		□ Memp	osisikan		lembar balik,
	cara perawatan		diri ag	ak tinggi		jelaskan
	anak yang		saat			tentang cara
	sedang ISPA			/minum		menghindari
			☐ Memilih			fator risiko
	☐ Mendemons-		makanan			ISPA
	trasikan cara		kemamp	uan		Motivasi
	perawatan ISPA		menelan			keluarga untuk mengulangi
	ISFA		□ Memper			kembali
			konsister			penjelasan
			makanan			yang diberikan
			minumar	•		Berikan
			sesuai (N	(OC)		penguatan
			☐ Status I	Dogninogi		yang positif
			□ Status F Kepater			dengan cara
			Jalan na			memuji
			□ Badan			J
			panas	[Diskusikan
			☐ Tidak	ada	d	lengan keluarga
			kecem		te	entang cara
			□ Tidak			nengetahui
			terceki		k	kepatenan jalan
					n	napas

				☐ Frekuensi pernafasan sesuai yang diharapkan (dbn) ☐ Irama nafas sesuai yang diharapkan ☐ Pengeluaran sputum pada jalan nafas ☐ Bebas dari suara nafas tambahan (NOC)	menggunakan alat bantu lembar balik, jelaskan tentang cara mengetahui kepatenan jalan napas Motivasi keluarga untuk mengulangi kembali penjelasan yang diberikan Berikan penguatan yang positif dengan
	1 x keluar memod lingku mence terjadi yang pada kunjur	hh kan ensi selama 50 menit ga dapat difikasi ngn untuk	Pada kunjungan keenam Afek Psikomotor	☐ Keluarga memodifikasi lingkungan: ☐ Lingkunganbesih ☐ Jendela dibuka untuk sirkulasi udara ☐ Keluarga tidak merokok dalam rumah ☐ Keluarga membuat ventilasi rumah untuk pertukaran udara	cara memuji. Diskusikan bersama keluarga tentang situasi atau lingkungan yang dapat mencegah terjadinya ISPA pada anak Minta keluarga mengungkapkan situasi yang dapat mencegah terjadinya ISPA Beri

 1				,
			☐ Keluarga	kesempatan
			memberikan atap	keluarga untuk
			kaca pada	melakukan
			ruangan yang	demonstrasi
			gelap	ulang terhadap
				penataan
				lingkungan
				untuk mencegah
				terjadinya ISPA
				berulang pada
				Anak
				☐ Jendela telah
				dibuka,
				lingkungan
				rumah bersih,
				terdapat atap
				kaca di rumah,
				cahaya masuk
				ke rumah cuku,
				serta keluarga
				tidak merokok
				di dalam rumah
	TUK 5			
	Setlelah	□ Afek	☐ Anak telah	□ Jelaskan pada
	dilakukan	☐ Psikomotor	dibawah berobat	keluarga fasilitas
	kunjungan		☐ Terdapat obat dari	pelayanan
	selama 30 menit		apotik	kesehatan yang
	keluarga mampu		☐ Anak deiberikan	dapat
	memanafaatkan		obat sesuai resep	dimanfaatkan
	fasilitas		_	oleh keluarga:
	kesehatan secara			Posyandu,
	tepat mengatasi			puskesmas,
	masalah gizi			klinik swasta,dll.

			kurang/buruk pada anak			□ Tanyakan pada keluarga tempat pelayanan
						kesehatan mana yang dikunjungi □ Minta keluarga
						mengunjungi jika diperlukan
						☐ Evaluasi pada kunjungan yang
						tidak direncanakan
						terhadap
						kunjungan keluarga ke
						pelayanan kesehatan
						Resentation
4	(Risiko) keterlabatan pertumbuhan dan	Setelah dilakukan intervensi	TUK I Setelah	Verbal	□ Keluarga mampu menyebutkan	☐ Diskusikan dengan keluarga
	perkembangan anak	keperawatan	dilakukan		kembali tentang:	tentang
	Y	selama 3 bulan	intervensi		☐ Pertumbuhan	pengertian
		anak tidak	keperawatan		berkaitan dengan	pertumbuhan dan
		mengalami	selama 1 x 45		perubahan dalam	perkembangan
		keterlambatan pertumbuhan dan	menit, keluarga dapat mengenal		besar, jumlah,	☐ Menggunakan alat bantu lembar
		perkembangan	masalah		ukuran dan fungsi tingkat sel, organ	balik, jelaskan
		akibat gizi kurang	gangguan		maupun individu	tentang
			pertumbuhan dan		yang diukur	pengertian
			perkembangan		dengan ukuran	pertumbuhan dan
			akibat gizi		berat (gram, pound,	perkembangan.
			kurang dengan menyebutkan:		kilogram)	□ Motivasi
			menyebutkan:		perkembngan);	keluarga untuk

	☐ Pengertian		ukuran panjang	mengulangi
	pertumbuhan		(cm, meter); umur	kembali
	dan		(tulang dan	penjelasan yang
	perkembangan		keseimbangan	diberikan
	perkembangan		metabolic (retensi	☐ Berikan
			kalsium dan	penguatan yang
			nitrogen tubuh)	positif dengan
			(Waryono, 2010).	cara memuji
			Menurut Mandle	cara memuji
			(2006)	
			pertumbuhan	
			merujuk kepada	
			perubahan struktur	
			dan ukuran sel, dan	
			akibat terhadap	
			peningkatan ukuran	
			dan berat seluruh	
			bagian.	
			1 18-11-1	
		□ Verbal	☐ Perkembangan	
			adalah kemampuan	
			dalam struktur dan	
			fungsi tubuh yang	
			lebih kompleks	
			dalam pola yang	
			teratur yang dapat	
			diramalkan sebagai	
			hasil proses	
			pematangan	
			(Waryono, 2010).	
			Menurut Mandle	
			(2006)	
			perkembangan	

			merujuk kepada perubahan dan perluasan dari kemampuan dan penegambangan ketrampilan dari yang paling rendah yang kemajuan yang lebih kompleks.	
	☐ Kebutuhan zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan Balita	□ Verbal	□ Kebutuhan zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan balita 0-6 bulan □ (Energi 560 Kcal, protein 12 Gram, Vitamin A 250 RE,µg, □ Thiamin 0,3 mg, □ Riboflavin 0,3 mg, □ Niasin 2,5 mg, □ Vitamin B 0,1 mg, □ Asam Folat 22 mg, □ Vitamin C 30 mg,	□ Diskusikan dengan keluarga tentang kebutuhan zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan balita □ Menggunakan alat bantu lembar balik, jelaskan tentang kebutuhan zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan. □ Motivasi keluarga untuk mengulangi kembali penjelasan yang

 1	,	1	-		1
				☐ Kalsium 300 mg	diberikan.
				□ Fosfor 200 mg,	□ Berikan
				□ Seng 3 mg,	penguatan yang
				☐ Besi 3 mg,	positif dengan
				□ yodium 50 mg;	cara memuji
				= jourum 50 mg,	, and the second
				6-12 bulan :	
				☐ Energi 800 Kcl,	
				□ protein 15	
				Gram,	
				☐ Vitamin A 350	
				RE,μg,	
				☐ Thiamin 0,4 mg,	
				☐ Riboflavin 0,4	
				mg,	
				□ Niasin 3,8 mg,	
				□ Vitamin B 0,1	
				mg,	
				☐ Asam Folat 32	
				mg,	
				☐ Vitamin C	
				335mg,	
				☐ Kalsium 400	
				mg,	
				☐ Fosfor 50 mg,	
				Seng 3 mg,	
				□ Besi	
				5mg, Yodium 70	
				mg;	
				<i>U</i> ,	
				12-36 bulan :	
				□ Energi 1.250	

	Pengertian	□ Verbal	Kcl, □ protein 23 Gram, □ Vitamin A 350 RE,μg, □ Thiamin 0,5 mg, □ Riboflavin 0,6 mg, □ Niasin 5,4 mg, □ Vitamin B 0,5 mg, □ Asam Folat 40 mg, □ Vitamin C 40 mg, □ Vitamin C 40 mg, □ Seng 8 mg, □ Besi 10 mg, □ yodium 70 mg; (Waryono, 2010).	□ Diskusikan dengan keluarga
	Pengertian Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan Faktor risiko keterlambatan pertumbuhan	□ Verbal	☐ Keterlambatan	

	dan perkembangan		□ Faktor resiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan yaitu: gizi kurang, penyakit infeksi (ISPA, malaria, TBC, dll); kurang stimulasi; lingkungan yang tidak memadai, perawatan yang tidak memadai; penggunaan obatobatan; terpisah dari keluarga (Nanda, 2009-2011; Engle et al, 2007; Gibney et al, 2005; Cook, 2002; Hall et al, 2001 dalam Allender at al, 2005).	dan perkembangan □ Menggunakan alat bantu liflet jelaskan pengertian keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan serta faktor risikonya. □ Motivasi keluarga untuk mengulangi kembali penjelasan yang diberikan □ Berikan penguatan yang positif dengan cara memuji
	TUK 2 Setelah dilakukan kunjungan selam 45 menit keluarga mampu mngambil keputusan untuk	□ Verbal□ Afektif	☐ Keluarga memberikan anak makanan bergizi simbang pada anak setiap kali makan yang terdiri dari nasi atau	 □ Diskusikan dengan keluarga tentang pentingnya menstimulasi anak □ Stimulasi anak

	merawat anak (risiko) keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan dengan cara: Mengatasi masalah risiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan anak (kurang gizi dan stimulasi)		penggantinya, lauk, sayur, buah dan susu (ASI) Keluarga menstimulasi anak dengan cara mengajar berkomunikasi menggunakan foto keluarga, bermain menggunakan permainan alat makan atau bendabenda yang ada di sekitar rumah, menggunakan gambar, dll.	bersama keluarga menggunakan foto keluarga, permaianan alat makan, buah dan sayuran serta benda-benda yang ada di rumah, gambar dll untuk melatih anak berkomunikasi (berbicara) Motivasi keluarga untuk mengulangi kembali penjelasan yang diberikan Berikan penguatan yang positif dengan cara memuji
	TUK 3 Setelah dilakukan kunjungan keluarga selama 3 x 45 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga	Verbal Afektif	☐ Keluarga memberikan anak makanan bergizi simbang pada anak setiap kali makan yang terdiri dari nasi atau penggantinya, lauk,	 □ Diskusikan dengan keluarga tentang pentingnya menstimulasi anak □ Stimulasi anak bersama keluarga

(anak) yang beresiko/mengala mi keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan akibat gizi kurang		sayur, buah dan susu (ASI) Keluarga menstimulasi anak dengan cara mengajar berkomunikasi menggunakan foto keluarga, bermain menggunakan permainan alat makan atau bendabenda yang ada di sekitar rumah, menggunakan gambar, dll.	menggunakan foto keluarga, permaianan alat makan, buah dan sayuran serta benda-benda yang ada di rumah, gambar dll untuk melatih anak berkomunikasi (berbicara) Motivasi keluarga untuk mengulangi kembali penjelasan yang diberikan Berikan penguatan yang positif dengan cara memuji
TUK 4 Setelah dilakukan kunjungan keluarga selama 1 x 45 menit, keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk menstimuasi	□ Verbal□ Afektif□ Psikomotor	☐ Anak dapat mewarnai gambar dengan benar sesuai dengan warna buah (pisang, apel, straubery atau hewan (ayam, bebek, dll) ☐ Terdapat gambar	Minta ibu menemani anak mewarnai gambar yang diberikan dengan menggunakan pensil warna yang sesuai Bila anak dapat mewarnai

_					
		pertumbuhan dan		objek seperti buah	gambar dengan
		perkembangan		dan hewan di	benar misalnya
		anak		rumah keluarga	pisang dengan
				dan permainan	warna hijau atau
				lainnya	kuning, strauberi
				·	dengan warna
					merah, anak
					tidak memiliki
					keterlambatan
					perkembangan
					kognitif dan
					motorik halus
					☐ Beri pujian pada
					keluarga
					nordarga
f				□Keluarga	Jelaskan pada
		TUK 5	□ Verbal	memanfaatkan	keluarga fasilitas
		Setelah	□ Afek	fasilitas pelayanan	pelayanan
		dilakuakan	_ ruck	kesehatan untuk	kesehatan yang
		kunjungan		menanggulangi	dapat
		selama keluarga		masalah risiko	dimanfaatkan
		selama 1 x 45		keterlambatan	oleh keluarga:
		menit keluarga		pertumbuhan dan	Posyandu,
		mampu		perkembangan	puskesmas,
		menggunakan		pada anak S.	klinik swasta,dll
		fasilitas kesehtan		☐ Terdapat kartu	☐Tanyakan pada
		secara tepat		berobat dan obat	keluarga tempat
		untuk mengatasi		sesuai kondisi anak	pelayanan
		risiko		sesuai kuliuisi allak	kesehatan mana
		keterlambatan			yang dikunjungi
		pertumbuhan dan			
		perkembangan			Minta keluarga
		anak S akibat			mengunjungi jika diperlukan
		anak o akidat		i	amerinkan

	kura	ıng gizi		Evaluasi pada
				kunjungan yang
				tidak
				direncanakan
				terhadap
				kunjungan
				keluarga ke
				pelayanan
				kesehatan.

B. CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

No	Diganosis keperawatan	Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga	TT./Tgl/Waktu
•			
1.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dai kebutuhan tubuh	TUK: 1 Intervensi: ☐ Menjelaskan pada keluarga tentang ☐ Pengertian gizi dan zat gizi; makanan dan fungsi makanan bagi tubuh; jenis makanan dengan kandungan zat gizi ☐ Pengertian gizi kurang ☐ Penyebab gizi kurang ☐ Tanda dan gejala gizi kurang ☐ Menyarankan keluarga memberikan anak makanan dengan gizi seimbang. Bila anak tidak bisa digantikan dengan jenis karbohidrat lain seperti kentang, umbi, dll; menginformasikan keluarga tentang MP-ASI dan gizi seimbang, serta menjelaskan dan memberikan resep bubur kentang, bubur	15 Februari jam 15.00
		pisang. Evaluasi S: ☐ Klien mengatakan memahami penjelasan perawat ☐ Klien mengatakan setuju dan akan mencoba, karena pernah dicoba dan anak suka (maksudnya bubur kentang) O: A: Masalah masih ada P: lanjutkan intervensi ☐ Intervensi: evaluasi pola makan anak	() FB
		TUK 2 Intervensi: ☐ Menjelaskan pada keluarga tentang dampak dari kurang gizi pada anak jika tidak segera diatasi ☐ Menanyakan pada ibu klein apakah sudah memberikan anak tim	21 Februari jam 9.00

saring			
Evaluasi: S: Menyatakan keputusannya untuk mengatasi masalah gizi kurang pada anak (A) Ibu kelien mengatakan anak sudah diberi bubur kentang pake susu tadi pagi, disertai wortel dan labu siam. Anak mau makan dan tidak muntah Kemarin anak diberi bubur pisang (pisang ambon diblender bersama susu dan keju. O: Terdapat pisang ambon, kentang, wortel dan labu siam, serta kacang hijau. A: Masalah masih ada			
P: lanjutkan intervensi	(FB)
TUK 3: Intervensi: Menjelaskan pada keluarga tentang: Komposisi makanan anak umur 1 tahun sampai dengan 2 tahun Menyebutkan jadwal pemberian makan anak umur 12 sampai 24 bulan Menanyakan kepada ibu klien jam berapa anak akan diberi makan?	21 Febru Jam 12.0		
Evaluasi S: Keluarga dapat menjelaskan kembali: kompoisi makanan anak umur 1-2 tahun; jadwal pemberian makan anak Keluarga mengatakan sesaat ini mau masak bubur ketang, dicampur wortel, dan labu siam O: Klien menunjukkan dan mengupas kentang, wortel dan labu siam. A: Masalah masih ada			
P: Lanjutkan intervensi	(FB)

TUK 3	22 Februari
Intervensi:	jam 12.30
Via telepon menanyakan tentang pola makan anak.	J 2_12 3
Evaluasi	
S: Ibu klien mengatakan anak tidak muntah ketika mak	an
kentang, anak jua mau makan jeruk dan pepaya	()
0:	FB
A: Masalah masih ada .	
P: Lanjutkan intervensi	
	24 Februari,
Intervensi: kunjungan ketiga: evaluasi pola makan a	
S: Keluarga klien mengatakananak sudah mau makan,	oubur
saring, jeruk dan pepaya. Anak juga tidak muntah.	
O: Anak mau makan dan	
tidak muntah	
A: masalah sebagian teratasi	()
P: lanjutkan intervensi	FB
TOTAL CONTRACTOR OF THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY A	22 5 1
TUK 4:	22 Februari
Intervensi	jam 12.30
Meminta keluarga menyediakan makanan seperti: kaca	
buah-seperti jeruk, pisang dan papaya serta karbohidrat	
nasi jika anak tidak mau makan nasi; fasilitator membe	пкап
papaya dan jeruk manis. Evaluasi:	
S: Klien mengatakan sudah menyiapkan bahan makan	on anals
O: Terdapat kacang hijau, pisang ambon, pepaya dan je	
A: masalah masih ada	TUK MAMS.
A: masaran masin ada P: lanjutkan intervensi	
r. lanjutkan intervensi	(FB
	1.0
TUK 5:	15 Februari
Intervensi	Jam 15.00
Meminta pada keluarga untuk membawa anak ke	
kesehatan untuk pemulihan dan perbaikan gizi ar	
uskesmas, PPG, RS, Klinis atau spesilais anak dan gizi	•

		Evaluasi			
		S: □ Keluarga dapat menjelaskan kembali tempat pelayanan kesehatan dan pemulihan status gizi anak □ Keluarga mengatakan bahwa anak biasanya dibawah ke dokter praktek, dan juga dukun. Tapi tidak pernah ke puskesmas, juga ajarang dibawa ke posyandu. O:Terdapat kartu berobat, dan obat- parasetamol A:Masalah: teratasi sebagaian P:Lanjutkan intervensi	(FB)
		Evaluasi Lihat dx 2 TUK 5 S: Keluarga belum mengambil makanan di PPG Puskesmas Cimanggis dengan alasan jauh. Anak dibawa K RS Puskesmas Pasar Rabu. Ntrar mau dibawa ke RSCM aja kalo uda punya duit. O:Tidak ada suplemen gizi di rumah, A: Masalah masih ada P: lanjutkan intervensi	29 Febri jam 14.3)
	Y .: 1.1 . C.1 .: C		16 E 1		15.00
2	Ketidakefektifan penatalaksanaan terapi	 □ TUK 1 □ Menjelaskan pada keluarga tentang □ Pengertian ketidakefektifan penatalaksanaan terapi □ Tanda dan gejala ketidakefektifan penatalaksanaan terapi □ Penyebab, ketidakefektifan penatalaksanaan terapi 	(ruari jam FB)
		TUK 2 Menjelaskan pada keluarga akibat bila anak gizi kurang/buruk tidak dirawat dengan baik Menyatakan kesediaannya untuk merawat anakA dengan gizi kurang/buruk	16 Febr	ruari jam	15.00
				FB	

TUK 3	16 Februari
Intervensi	jam 15.00
☐ Menjelaskan pada keluarga cara perawatan anakA dengan gizi kurang/buruk	
☐ Melaksanakan perawatan anak A dengan gizi kurang/buruk	
Evaluasi S:Keluarga mengatakn memahami penjelasan perawat dan akan berusaha merawat anak O: . A:Masalah masih ada P:Lakukan evaluasi kemajuan perawatan anak oleh keluarga	() FB
TUK 4	16 Februari
Intervensi:	jam 15.00
 Menjelaskan pada keluarga cara memodifikasi lingkungan untuk mencegah terjadinya ISPA, yang berulang pada anak kunjungan tidak direncanakan □ Meminta keluarga membbuka kain jendela, jendela dan pintu agar terjadi pertukaran udara dan cahaya masuh ke dalam rumah 	jain 15.00
Evaluasi	
S: Keluarga mengatakan iya	
O: Keluarga membuka pintu dan kain jendela	
A: Masalah sebagian tertasi	
P: pertahkan intervensi	() FB
Intervensi Melalui telepon menanyakan apakah anak A sudah dibawa ke RSCM	23 Februari Jam 9.00
Evaluasi: S: Menurut ibu klien belum, mau dicoba berobat jalan dulu O: Anak belum dibawah ke RSCM	

	A: masalah masih ada P: Himbau keluarga untuk membaw anak ke pelayanan kesehatan lain atau kembali ke Puskesmas bila belum dibawa ke RSCM Kunjungan 3 Intervensi: Evaluasi dengan menanyakan kesediaan keluarga membawa anak ke RSCM. Melaporkan kepada ketua RT 1RW 06 dan kader tentang kondisi kesehatan anak A, dan minta dkeskin). Melalui telepon melaporkan kembali ke bagian gizi Puskesmas TUGU bahwa anak belum dibawa ke RSCM:	(I 24 Februar Jam 9.00) FB i
	Evaluasi S: Keluarga mengatakan belum membawa anak, ntar mau ke Alternatif aja (maksudnya dukun), karena tidak ada tindakan di Puskesmas, RSCM jauh, ntrar macet. Kader bersedia menguruskan surat Jamkesmas untuk anak A. Bagian gizi Puskemas Tugu menyarankan membawa anak ke puskesmas pada hari Sabtu, 25 Februari dengan membawa surat-rurat pemeriksaan laboratorium dan perawatan di RSCM tahun lalu (2010). A: Masalah masih ada P: Memberitahu keluarga untuk mebawa anak kembali ke Puskemas Tugu pada hari Sabtu 25 Februari	(F) FB
	Evaluasi: S: Klien mengatakan belum mau membawa anak ke puskesmas, nanti mau dikontrol ke dokter praktek saja O: Anak belum dibawah kembali ke Puskesmas A: Masalah masih ada P: Laporkan kembali ke	25 Februar Jam 9.00	i
	puskesmas	()

cari alternatif lain		
	27Februari jam 10	0.30
Intervensi		
Melaporkan kembali ke puskesmas bahwa keluarga belum	(`
bersedia membawa anak kembali. Hasil: disarankan untuk membawa anak ke PPG Puskesmas	FB)
Cimanggis pada hari Selasa Jam 9.00, dan menambil surat	ГВ	
rujukan pada hari Senin, tanggal 27 Februari		
Tujukan pada nari Senin, tanggai 27 Teoruan		
Intervensi:		
Menyampian kepada keluarga kesediaannya untuk membawa		
anak ke Puskesmas Cimanggis pada hari Selasa tanggal 27		
Februari dengan mengambil surat rujukan dari Puskesmas Tugu		
pada hari Senin tanggal 27 Februari.		
Hasil Ibu klien setuju dengan menyatakan boleh, nanti biar saya		
yang membawanya sendiri (maksudnya tidak perlu ditemani		
perawat).		
Intervensi		
Fasilitator mengambil surat rujukan dari Puskemas Tugu dan		
menyerahkan pada keluarga		
Evaluasi	29 Februari	
S: Keluarga mengucapkan terima kasih dan mengatakan ntar ke	Jam 14.30	
puskesma	Julii I 11.50	
O: klien menerima surat		
A: Masalah teratasi		
Sebagian		
P: lakukan evaluasi pada kunjungan berikutnya	()
	FB	
English		
Evaluasi S: Keluarga mengatakan anak tidak jadi dibawah ke Puskesmas	9 Maret	
Cimanggis tetapi ke Puskesmas Pasar Rabu dan diberi	Jam 14.00	
rujukan ke RSCM, serta obat puyer oleh Dr. Spesialis anak.	Juii 17.00	
O: Terdapat surat rujukan ke RSCM, obat puyer 3 x 1 bungkus.		
A: Masalah teratasi sebagian		

P: Beritau keluarga memberikan obat sesuai resep dokter (3 x bungkus sehari), serta meminta keluarga untuk kembali	
mengunjungi dokter di Puskesmas Pasar Rabu jika obat habis	
dan belum sempat membawa anak ke RSCM.	()
dan beram sempat menoawa anak ke Riserin	FB
Intervensi:	
Memberikan bahan akan: ikan, syura ayam dan wortel	Tanggal 16 Maret jam
S: keluarga menerima danmengucapkan terima kasih. Juga	9.00
mengatakan anak sekarang dibawah ke RS Bunda Depok	
O: anak tidak ada di rumah	
A: Masalah yetarasi sebagian, keluarga memanfatkan pelayanan	
kesehatan dengan baik P:	
Sarankan keluarga untuk merawat anak sesuai anjuran dokter	
☐ Lakukan evaluasi pada kunjungan berikutnya	
Lakukan evandasi pada kunjungan benkutnya	()
	FB
Evaluasi	
S: Keluarga mengatakan anak A sudah bisa makan nasi yang	
diblender (makanan cair) sesuai saran ahli gizi ketika dirawat	11 April
di RS Bunda	jam 10.00
Anak juga diberi susu formula: Pregistimil	
O: Terdapat susu	
Pregistimil, susu botol	
di meja A: Masalah tertasi	
sebagian	
P:	
 Informasikan ibu memberikan makanan sesuai anjuran ahli gizi 	
• Lakukan evaluasi pada kunjungan berikutnya.	
rana - ra	()
Intervensi	FB
Koordinasi dengan Kelurahan Tugu untuk Jamkesda Pengganti	17 April
S: Petugas kelurahan mengatakan surat sudah dibuat, menunggu	Jam 9.00
dari Dinas Kesehatan Depok	
A: masalah teratsi sebagain	
P: lakukan koordinasi ke Dinkes Depok	

Intervensi: Memberitahu PJ program gizi untuk menfasilitasi Jamkesda S: PJ Program gizi mengatakan kami akan membantu O: Keluarga segera ke Dinkes Depok Surat Jamkesda diterbitkan A: Masalah teratsi sebagian. Surat Jamkesda telah diterbitkan. Evaluasi S: keluarga mengatakan anak A telah berobat ke RSCM, tapi belum ada Jamkesda masih diurus O: terdapat obat: puyer kotrimoksasol, 2xn50 mg; Metronidasol 2 x 1 cth; Mucoped (Ambroxol Hcl, 15 mg/drop) Jamkesda belum ada Tgl 20 April R/ Ferris drop 1 x 1 tetes; A: masalah tertasi sebagian, keluarga telah memanfaatkan pelayanan yang tepat P: Pertahankan intervensi Minta keluarga melakukan perawatan sesuai saran dokter dan kembali ke RSCM Evaluasi: S: Keluarga mengatakan anak A sudah dirawat di RSCM dengan Jamkesda Anak mendapatkan ransfuzi Karena Anemi. O: Anak tidak berad di rumah A: Masalah teratasi P: Informasikan keluarga untuk mematuhi tindakan pengobatan dan perawatan yang diberikan oleh dokter. Memuji keluarga atas sikap yang telah diambil Ahiri kunjungan dengan berpamitan pada keluarga.	(FB 10 Mei Jam 14.30)
JG	(FB)

3	Ketidakefektifan berihan jalan nafas	TUK 1 Intervensi Menjelaskan pada keluarga tentang: □ Pengertian ketidakefektif-an bersihan jalan nafas □ Tanda dan gejala ketidakefektif-an jalan nafas □ Penyebab, ketidakefektif-an bersihan jalan nafas	Tangal 16 Februari jam 15.00
		Evaluasi S: Keluarga mengatakan paham, anak biasanya diuap (inhlasi) bila di bawah ke RS O:. A:Masalah sebagian teratasi P:Lanjutkan ke TUK 2	()
		TUK 2 Intervensi: Menjelaskan pada keluarga cara mengatasi masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada anak pada anak yang disebabkan oleh ISPA dengan: Menjelaskan pengetian ISPA Menyebutkan pembagian ISPA Menyebutkan faktor risiko ISPA Menyebutkan akibat lanjut ISPA Menyebutkan cara mengatasi ISPA Menyebutkan kesediaan membawa anak berobat ke dokter atau puskesmas Memberikan obat pada anak sesuai resep dokter Melakukan pencegahan faktor risiko Perawat memberikan keluarga liflet ISPA	FB Tangal 16 Februari jam 15.00
		Evaluasi: S:Keluarga mengatakan memhami penjelasan perawat. O:Keluarga menerima dan membaca liflet ISPA A:Masalah sebgian teratasi P: Lakukan evaluasi pada kunjungan berikutnya	() FB

Intervensi Menjelaskan pada keluarga □ Cara perawatan anak yang sedang ISPA □ Mendemonstrasikan cara perawatan ISPA (melakukan firasi untuk mengeluarkan sekresi) Evaluasi	Tangal 16 Februari jam 15.00
S:Kelurga menyatakan setuju penjelasan perawat dan setuju dilakukan tindakan vibrasi O: Keluarga mengamati tindkan perawat A:Masalah masih ada P: Minta keluarga menidurkan anak dalam posisi miring atau tengkurap	() FB
	Tangal 16 Februari jam 15.00
1 . I Citanankan mervensi	FB
	Tangal 16 Februari jam 15.00

		P: Lakukan evaluasi	()
		1. Bakakan evaluasi	FB
		Intervensi lanjutan (lihat TUK 5 Dx 1)	Lihat TUK 5 Dx 1
		Evaluasi S: Keluarga mengatakan anak masih batuk, kemarin (tanggal 28 Februari) anak dibawah ke Puskesmas Pasar Rabu, tetapi tidak diperiksa, namun dikasi surat rujukan ke RSCM, juga dikasi puyer O: Ku baik, kes. CM. batuk masih ada, ronki (+), RR 24 x menit, tidak sesak, tidak panas, SB 36, 5° C, N: 72 x/mt. terdapat obat puyer 3 1 bungkus dan surat rujukan ke RSCM A: Masalah teratasi sebagian P: Jelaskan pada keluarga cara minum obat, dan kembali ke puskesmas jika obat habis.	Tgl 29 Februari Jam 14.30 () FB
4	Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan	TUK 1 Intervensi: pertumbuhan dan perkembangan akibat gizi kurang dengan menyebutkan: Pengertian pertumbuhan dan perkembangan Kebutuhan zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan balita Pengertian keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan Faktor risiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan Evaluasi: S: Keluarga mengatakan memahami penjelasn perawat O: Mengulangi kembali penjelasan perawat A: Pengethuan keluarga tentang tumbuh kembang anak baik P: Lanjutkan ke TUK 2	Tangal 16 Februari jam 15.00

TUK 2 ☐ Menjelaskan pada keluarga tentang cara perawatan anak (risiko) keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan dengan cara minta keluarga berceita, menonton TV.	Tangal 16 Februari jam 15.00
Evaluasi S: Keluarga mengatakan paham O: Ekspresi wajah tersnyum dan mengangguk A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan TUK 3	() FB
 TUK 3 □ Demonstrasikan cara mengatasi masalah risiko keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan anak (kurang gizi dan stimulasi) Evaluasi: S: Keluarga mengatakan setuju O:Keluarga memutar TV, serta memberikan anak permainan A: Masalah teratasi sebagian P: Lakukan evaluasi pada kunjungan berikutnya. 	() FB
TUK 4 Intervensi Jelaskan pada keluarga cara memodifikasi lingkungan untuk menstimuasi pertumbuhan dan perkembangan anak Evaluasi: S: Keluarga mengtakan paham, ntar dibeliin permainan lagi, sekarang masih kurang. O:Terdapat gambar dinding, permainan anak. A:Masalah teratasi sebgian	Tangal 16 Februari jam 15.00
P: Lakukan evaluasi perkembangan anak pada kunjungan berikutnya	() FB

	-
 Intervensi Memberikan anak buku gambar hewan S: Keluarga mengucapkan terima kasih O: Anak menerima buku gambar dan memperhatikan gambar hewan dengan mengatak "u" A: masalah masih ada P: ✓ Lakukan stimulasi bahasa ✓ Minta keluarga mengajar anak berbicara dimulai dengan kata "mama", "papa" 	Tgl 29 Februari Jam 14.30 () FB
TUK 5 Memberitahu pada keluarga untuk membawa anak ke klinik tumbuh kembang anak untuk mengatasi keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan anak S akibat kurang gizi S: Keluarga mengatakan iya nanti jika sudah ada biya O:Keluarga (ibu kelien) mengangguk A:Masalah masih asa	Tangal 16 Februari jam 15.00
P: Lakukan evaluasi Evaluasi S: Keluarga mengatakan belum sempat membawa anak ke klinik tumbuh kembang O: anak belum dibawa A: Masalah masih ada P: Motivasi keluarga untuk membawa anak ke klinik tumbu kembang anak	FB Tgl 29 Februari Jam 14.30 () FB
Evaluasi Mengecek perkembangan kesehatan anak A S: Keluarga mengatakan anak A dibawah ke RS Bunda Karen lemas, semalam rewel, dan diare O: Anak tidak dirumah	Tgl 9 Maret Jam 14.00

_			
	A: Keluarga telah memnafaatkan fasilitas layanan kesehatan P:		
	☐ Anjurkan keluarga untuk merawat anak sesuai saran dokter.	()
	☐ Lakukan evaluasi pada kunjungan berikutnya		
		FB	
	Evaluasi	Tgl 16 Maret Jar	m
	Mengevaluasi perkembangan anak A	11.30	
	S: Keluarga mengatakan anak sudah membaik, dirawat di RS		
	Bunda selama 7 hari tgl 6 s.d 12 Maret karena dehidrasi		
	akibat diare, hasil Rongen: menunjukkan ada infeksi paru,		
	dan dirujuk ke RSCM untuk pemeriksaan kesehatan lanjutan		
	O: Ku baik, kes cm, sngat kurus. BB 5,7 kg		
	Th: sejak tanggal 12 Maret:		
	Plagyt: Benzoy (metronidazol) 3 x sehari 1 cth (2,5 ml);		
	Cefila (Cefriximin) 100 mg 2 x /ml 0,9 ml sehari		
	Zink: vitamin (seng) a x 1 sendok teh) terapi diare; Sanmol		
	0,6 cc jika perlu		
	A: masalah sebagaian teratsi P:		
	Anjurkan keluarga membawa anak kembali besok (17 Maret) ke		
	RS Bunda untuk mengecak kesehatan anak.	()
	To Danda dilak mengebak kesendan dilak.	` FB	,

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Bp WW KHUSUSNYA Ny R DENGAN KEHAMILAN TRIMESTER PERTAMA

Nama pasien :	Penanggungjawab:
Umur/Jenis Klamin :	Manajer kasus :
Diagnosis medis:	Tanda tangan
Tgl mulai dirawat :	

N	Diagnosis keperawatan	Tuju	ian	Eval	uasi	Rencana Tindakan
0		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan nurizi karena akibat kehamilan.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 bulan Ny Rtidak mengalami gizi kurang	TUK I Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 45 menit keluarga dapat mengenl masalah gizi kurang dengan meyebutkan: Pengertian gizi dan zat gizi; makanan dan fungsi makanan bagi tubuh; jenis makanan dengan kandungan zat gizinya.	Pada kunjungan yang kedua Uerbal	☐ Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang pengertian zat gizi, jenis atau triguna makanan, sumber makanan: ☐ Gizi adalah makanan yang dapat memenuhi kesehatan; gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti (pencernaan), absorbsi (penyerapan), transposrtasi (pengantaran), penyimpanan, metabolism dan	□ Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian gizi dan zat gizi; makanan dan fungsi makanan bagi tubuh; jenis makanan dengan kandungan zat gizinya. □ Menggunakan alat bantu liflet, jelaskan tentang pengertian gizi dan zat gizi; makanan dan fungsi makanan bagi tubuh; jenis makanan dengan kandungan zat gizinya.

 ,		,			
			pengeluaran zat-	☐ Motivasi	
			zat yang tidak	keluarga	untuk
			digunakan untuk	mengulai	ngi
			mempertahankan	kembali	
			kehidupan,	penjelasa	n yang
			pertumbuhan dan	diberikan	
			fungzi normal dari	☐ Berikan	
			organ-organ tubuh	penguata	n vang
			(Waryono, 2010)	positif	
			☐ Zat gizi adalah	cara men	
			unsur yang		100,1
			terdapat dalam		
			makanan dan dapat		
			mempengaruhi		
			kesehatan		
			(Waryono, 2010)		
			☐ Makanan adalah		
			bahan selain obat		
			yang mengandung		
			zat-zat gizi dan		
			atau unsur-		
			unsur/ikatan kimia		
			yang dapat diubah		
			menjadi zat gizi		
			oleh tubuh, yang		
			berguna bila		
			dimasukkan ke		
			dalam tubuh		
			(Waryono, 2010)		
			☐ Fungsi makanan		
			bagi tubuh ada 3,		
			yaitu: sebagai zat		
			pembangun,		
			9		
			tenaga (energy)		
			dan sebagai zat		
			pengatur		
			(Waryono, 2010)		
			☐ Sumber makanan		
			yang berfungsi		

				sebagai	
				karbohidrat (nasi,	
				jagung, ketela,	
				singkong, roti);	
				lemak (minyak,	
				mentega); dan	
				protein (ikan,	
				garing, telur, tahu,	
				tempe) (Waryono,	
				2010)	
				☐ Makanan sumber	
				tenaga digunakan	
1				untuk bergerak	
1				terdapat pada nasi,	
				umbi-umbian	
				(ketela, ubu kayu,	
				keladi, dll);	
				tepung-tepungan	
				(tepung terigu,	
				tepung sagu,	
				tepung tapioca,	
				dll); kentang,	
				jagung, gandum,	
				dan padi (nasi),	
				dll)	
				☐ Zat pembangun	
				terdapat pada ikan,	
				daging, telur,	
				ayam, kacang-	
				kacangan, tahu dan	
				tempe, dll)	
				☐ Zat pengatur	
				terdapat pada sayur	
				dan buah-buahan	
				uan buan-buanan	
		☐ Pengertian gizi	□ Verbal	□ Valuarga memau	□ Diskusikan
		kurang	_ voibui	☐ Keluarga mampu	dengan keluarga
		Nui uii S		menjelaskan tentang	tentang
				pengertian gizi	pengertian gizi
				kurang dengan	pengertian gizi

 ,	 		,	
			benar.	kurang,
			☐ Gizi kurang yaitu	penyebab,
			suatu keadaan	tanda dan gejala
			dimana	☐ Menggunakan
			kurangnya berat	alat bantu liflet,
			badan sesorang	jelaskan tentag
			berdasarkan	pengertian gizi
			umur, tinggi	kurang,
			badan kurang	penyebab, tanda
			dari standar	dan gejala
			(tidak sesuai usia,	☐ Motivasi
			sangat kurus	keluarga untuk
			yang terjadi	mengulangi
			akibat	kembali
			ketidakcukupan	penjelasan yang
			masukan	diberikan
			makanan, vitamin	☐ Berikan
			dan mineral serta	penguatan yang
			penyakit infeksi	positif dengan
			yang berulang	cara memuji
			(WHO, 2006).	
			☐ Keluarga dapat	
	□ Penyebab gizi	□ Verbal	menyebutkan 5 dari	
	kurang		17 Penyebab gisi	
	C		kurang pada ibu	
			hamil	
			□ Penyebab gizi	
			kurang, yaitu:	
			kemiskinan,	
			☐ Makan tidak	
			bergizi seimbang	
			☐ Penyakit infeksi	
			dan kronis,	
			pemilihan dan	
			pengolahan bahan	
			makanan yang	
			salah, tidak	
			seimbang,	
			☐ Ttingkat	

		pendidikan
		perempuan,
		geografis, iklim,
		ketersediaan air
		minum yang
		memadai, cara
		menanam,
		menyimpan dan
		mengolah hasil
		panen, kondisi
		lingkungan,
		bencana alam dan
		peperangan,
		pelayanan
		kesehatan, gizi ibu
		saat kehamilan,
		tekanan penduduk,
		pola asuh keluarga
		(Gibney at al,
		2005; Burger Ann,
		2004; WHO;
		CWS: Atmarita,
		2005)
□ Tanda dan	□ Vebal	☐ Keluarga mampu
gejala gizi		mengidentifikasi
kurang		tanda dan gejala gizi
		kurang:pada
		ibuhamil
		☐ berat badan ibu
		tidak naik badan
		kurus
		□ badan sangat
		kurus
		□ bengkak pada
		tungkai
		☐ bengkak pada
		patah/
		□ Pucat
		☐ Cepat lelah

			☐ kulit kering	
			☐ Kunt Kering ☐ Kurang darah	
			(anemi)	
	TUK 2			
	Setelah dilakukan	□ Verbal	☐ Keluarga mampu	☐ Diskusikan dengan
	intervensi selama		menyebutkan 3	keluarga tentang
	1 x 45 menit		diantara 5 akibat gizi	Risiko bila asupan
	keluarga mampu mengambil		kurang pada ibu hamil	nurizi pada ibuhamil hamil
	keputusan yang		☐ Ibu mengalami	tidak memadai dan
	tepat untuk		anemia	tidak seimbang
	mengatasi masalah			☐ Gunakan skema
	risio gizi kurang		mengalami	sederhana
	pada Ny. R		perdarahan dan	mengenai
	dengan:		infeksi	terjadinya penyakit
	☐ Menyebutkan		☐ Ibu sulit	akibat gizi kurang
	dampak dari gizi		melahrkan	☐ Jelaskan pada
	kurang pada ibu		☐ Risiko terjadi	keluarga
	hamil jika tidak segera diatasi		peningkatan TD	komplikasi gizi
	segera diatasi		(preklamsia),	kurang sampai
			ketuban pecah dini, dan kelahiran	dapat mengakibatkan
			prematur	kematian
			(Worhington-	☐ Minta keluarga
			Robert &	untuk mengulangi
			Williams, 1997	penjelasan perawat
			dalam Gilbert &	☐ Berikan pujian
			Hamon, 2002)	
	☐ Menyatakan	□ Verbal	☐ Anak lahir dengan	
	keputusannya		berat badan rendah	
	untuk mengatasi masalah risiko		☐ Anak mudah sakit	
	gizi kurang pada		diare, malaria,	
	Ny. R		infeksi saluran	
	11,7.11		pernapasan, TBC,	
			anemia; meninggal;	
			keterlambatan	
			pertumbuhan dan	
			perkembangan	

			kognitif dan hasil belajar (Engle et al, 2007; Gibney et al, 2005; Cook, 2002; Hall et al, 2001 dalam Allender at al, 2005). Keluarga menyatakan akan mencoba mengatasi masalah risiko gizi pada Ny. R	
	TUK 3 Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 45 menit keluarga mampu merawat anak dengan gizi kurang dengan cara: Menyebutkan komposisi makanan ibu hamil Menyebutkan jadwal makan ibu hamil	☐ Afektif	☐ Tersedia makanan dengan kompoisisi gizi seimbang (nasi atau penggantinya, lauk-pauk, sayur, buah, susu dan makanan selingan)☐ Ny R. mengkonsumsi makanan bergizi seibang dan selingan yang diberikan oleh keluarga	 □ Evaluasi makanan selingan yang disediakan keluarga □ Berikan pujian
	TUK 4 ☐ Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 45 menit keluarga dapat memodifikasi	Pada kunjungan keenam □ Verbal □ Psikomotor □ Afektif	 □ Meja makan atau tempat makan tertata rapi □ Keluarga mampu menata meja makan dengan rapi. 	☐ Diskusikan bersama keluarga tentang situasi atau lingkungan yang dapat meningkatkan selera makan Ny.

T			
lingkungn untuk meningkatkan selera makan Ny. R □ kunjungan tidak direncanakan		□ Adanya penataan lingkungan tempat makan yang sesuai dengan standar.	R Minta keluarga mengungkapkan situasi mana yang disenangi Ny. R ketika makan Beri kesempatan keluarga untuk melakukan demonstrasi ulang terhadap penataan meja tempat makan anak.
TUK 5 Setelah dilakukan kunjungan selama 45 menit keluarga mampu memnafaatkan fasilitas kesehatan secara tepat mengatasi masalah Risiko kurang pada Ny. R	□ Verbal	 □ Keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menanggulangi masalah Risiko gizi kurang pada Ny. R □ Terdapat kartu berobat dan obat sesuai kondisi Ny. R □ Terdapat obat yang diresepkan oleh dokter berupa Vitamain 	□ Jelaskan apada keluarga fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga: Posyandu, puskesmas, klinik swasta,dll □ Tanyakan pada keluarga tempat pelayanan kesehatan mana yang dikunjungi □ Minta keluarga mengunjungi jika diperlukan □ Evaluasi pada kunjungan yang tidak direncanakan terhadap kunjungan keluarga ke

			pelayanan kesehatan.

B. CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

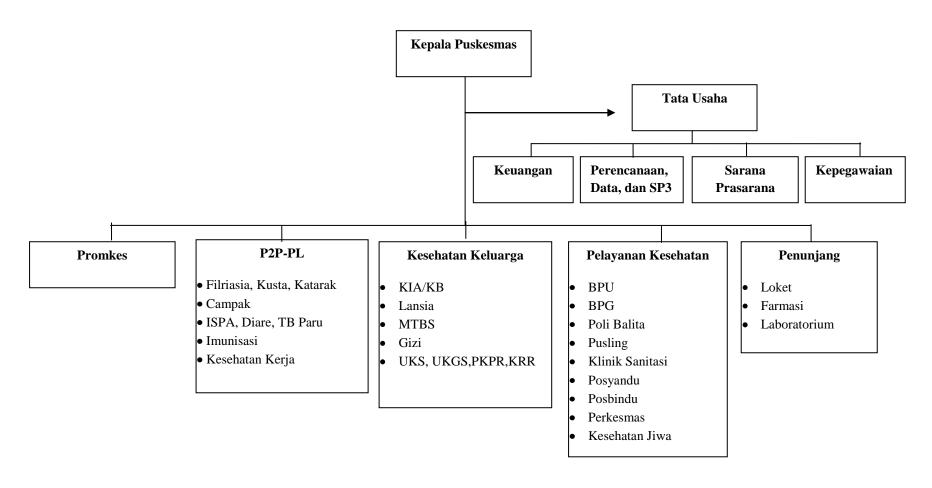
No Diganosis keperawatan		Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga	TT./Tgl/Waktu		
1.	Risio ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh	TUK: 1 Intervensi: Menjelaskan pada keluarga tentang Pengertian gizi dan zat gizi; makanan dan fungsi makanan bagi tubuh; jenis makanan dengan kandungan zat gizi Pengertian gizi kurang Penyebab gizi kurang Tanda dan gejala gizi kurang Menyarankan ibu untuk memperhatikan pola nutrizi seiabnag S: Klien mengatakan memahami penjelasan perawat Klien mengatakan setuju dan akan mencoba, O: A: Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi Intervensi: pola nutrizi ibu	15 Febr jam 15	uari)
		TUK 2 Intervensi: ☐ Menjelaskan pada keluarga tentang kebutuhan gizi selam hamil Evaluasi: S: ☐ Menyatakan keputusannya untuk mengatasi masalah risiko gizi kurang pada Ny R. ☐ Ny R mengatakan akan berusaha memenuhi asupan nutrisi dengan prinsip gizi seimbang karena selam hamil tidak mual atau muntah. O: Terdapat susu MMAM A: Masalah teratasi P: lanjutkan intervensi	21 Febr 9.00	ruari, jan)

TUK 3: Intervensi: Menjelaskan pada keluarga tentang: Komposisi makanan Ibu hamil 3 bulan	Tgl 21 Februari jam 12.00
Evaluasi S: □ Ny R dapat menjelaskan kembali: kompoisi makanan ibu hamil 3 bulan O: Di rumah tersedia makanan dengan komposisi karbohidrat, protein, sayur dan buah, serta susu A: Masalah teratasi P: lanjutkan Tuk 3	(FB
TUK 3 Intervensi: Via telepon menanyakan tentang pola makan Ny R. Evaluasi S: Ny R mengatakan, dapat makan, tidak mual dan muntah O: A: Masalah teratasi P: Lanjutkan dengan TUK 4	22 Februari, jam 12.30
TUK 4: Intervensi Meminta Ny R. selalui menyediakan makanan di Rumah Evaluasi: S: Klien mengatakan sudah menyiapkan bahan makanan O: Terdapat kacang hijau, pisang ambon, pepaya dan jeruk manis. A: Masalah teratasi P: lanjutkan ke TUK 5	Tgl 22 Februari jam 12.30
TUK 5: Intervensi Meminta Ny R memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti puskesmas, RS atau klinik untuk memantua kesehatannya selama hamil	15 Februari, 2011. Jam 15.00

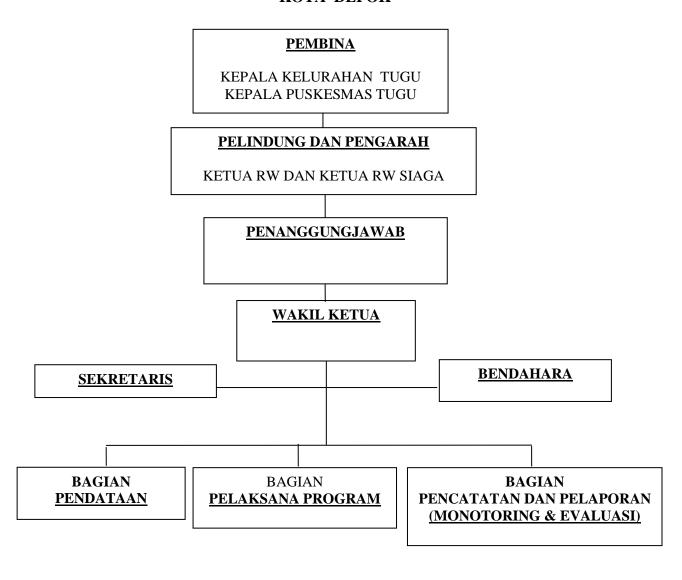
Evaluasi	1		
S:	Ì		
☐ Keluarga dapat menjelaskan kembali tempat pelayanan kesehatan bagi ibu hamil	ı		
☐ Ny R mengatakan bahwa ia bias ke bidan, tapi mau coba ke puskesmas	Ì		
0:-	Ì		
A:Masalah teratasi sebagaian	Ì		
P:Lanjutkan intervensi	1		
	Ì		
Evaluasi	Ì		
S: Ny R. telah berkunjung ke Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan kehamilan	Ì		
O:Terdapat kartu berobat: Ballotemen (+), ku ibu baik, kese co, konjunctiva tidak	Ì		
anemis.	. (`
A:Masalah teratasi	(ED)
P:Hentikan intervensi	i	FB	

Lampiran 8

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI PUSKESMAS TUGU



BAGAN STRUKTUR ORGANISASI POS BALITA SEHAT (PBS) KELUARAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK



Draff: Tgl 9 Januari, 2012

INSTRUMEN PENGKAJIAN AGREGATE BALITA DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

Nama Posyandu/ RW/ RT	:
Kode Responden	
Alamat Responden	:
No telepon Responden	:
Petugas pewawancara	:
Hari/Tanggal wawancara	•

Fakultas IlmuKeparawatan Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Komunitas Oktober, 2011

ANGKET

Petunjuk Pengisian Lembar Kuesioner

- 1. Saudara/i diharapakan mengisi seluruh pertanyaan yang ada dalam lembaran ini.
- 2. Sebelum mengisi pertanyaan, bacalah terlebih dahulu tiap pertanyaan yang di ajukan dan pahami maksudnya.
- 3. Jika ada pertanyaaan yang tidak di pahami dapat di tanyakan kepada peneliti.
- 4. Bentuk jawaban dari pertanyaan dengan memberikan tanda cek list ($\sqrt{\ }$) pada kolom dan jika ada pertanyaan yang berupa titik-titik jawablah dengan singkat dan jelas.

I. DATA DEMOGRAFI

A. Karakteristik keluarga

1.Nama Ibu	
2.Umur Ibu	tahun
3.Pendidikan Ibu	1. Tidaksekolah 2. SD 3. SLTP 4. SLTA 5. D 3 (Akademik) 6. S 1 keatas
4.Pekerjaan Ibu	1.Tidakbekerja 2.Buruh 3.PNS 4.TNI/POLRI 5.Lainya
5.Etnis	1. Betawi 2. Sunda 3. Jawa 4. Lainnya
6.Pendapatan perbulan	Rp
7. Jumlah anak	orang

8.Nama balita (insial)			
9.Umur	(bulan)		
10.Jenis kelamin	1.Laki-laki 2.Perempuan		
11. Berat badan lahir	1. BBLN (2500-3500 gram) 2. BBLR (< 2500 gram) 3. BBLL (>3500 gram)		

B. Pengetahuan keluarga

Petunjuk: Berilah tanda ceklist ($\sqrt{}$) pada kolom jawaban yang telah tersedia

Keterangan

Ya = jika sesuai dengan pemahaman saudara

Tidak = bila tidak sesuai dengan pemahaman saudara

No.	Item yang dinilai	Ya	Tidak
12.	Nasi, ubi, mie, ketela, sagu, dan tepung termasuk jenis		
	karbohidrat		
13.	Ikan, telur dan daging termasuk jenis protein nabati		
14.	Tahu, tempe, kacang-kacangan termasuk jenis protein hewani		
15.	Sayur hijau seperti bayam, kangkung tidak baik dikonsumsi		
	anak-anak		
16.	Buah jeruk dan tomat sudah dapat diberikan pada anak usia		
	enam bulan		
17.	Anak balita tetap mendapatkan ASI ketika sakit		
18.	Telur baik dikonsumsi ibu menyusui		
19.	Bayi harus diberi ASI eksklusif sampai 6 bulan		
20.	Bayi dapat diberi susu formula setelah enam bulan		

II. Ukuran Antropometri

21 .BB saat ini	 gram
32. PB/TB saat ini	 cm

III. Perilaku Keluarga Terhadap Perawatan Kesehatan Anak Berilah tanda ($\sqrt{\ }$) pada setiap pilihan yang sesuai dengan pendapat anda :

: Sangat Setuju

S : Setuju

TS: Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
23.	Saya datang posyandu menimbangkan anak setiap bulan				
24.	Saya memberikan anak ASI saja (ASI eksklusif sampai dengan umur 2 bulan)				
25.	Saya memberikan anak makanan tambahan ketika berumur 1 bulan				
26.	Suami memberikan berbagai jenis makanan kepada anak				
27.	Saya tidak memberikan ikan dan sayur ketika anak makan				
28.	Saya memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan				
29.	Saya memberikan anak ASI sampai 2 tahun				
30.	Saya menyapih anak ketika umur 12 bulan				
31.	Saya memberikan anak MP-ASI (makanan selain ASI) ketika berumur 6 bulan				
32.	Saya memberikan anak makanan bergizi seimbang setiap hari				
33.	Saya memberikan makanan bervariasi pada anak setiap makan				
34.	Saya mencuci tangan anak dengan sabun setiap kali mau makan				
35.	Saya selalu menyimpan makanan dengan cara ditutupi				

IV. Data kesehatan keluarga

A. status imunisasi

Isilah kolom dengan tanda (√) pada kolom yang disediakan

No	Jenis imunisasi	I	II	III	IV	Keterangan
36.	BCG					
37.	DPT					
38.	HPV					
39.	Polio					
40.	Campak					

B.Riwayat penyakit anggota keluarga dalam 3 bulan terakhir Petunjuk: berilah tanda centang ($\sqrt{}$) pada kolom yang sesuai

No	Keluhan	Ayah	Ibu	Anak 1	Anak 2	Anggota klg lain
41	Batuk- pilek					
42	Diare					
43	TBC					
44	Demam berdarah					
45						

OBSERVASI

V. Lingkungan Fisik (diisi oleh surveyor) 46. Apakah keluarga memiliki jamban? () ya () Tidak 47. Jenis tempat pembuangan air limbah rumah tangga yang digunakan adalah..... () Tertutup () Terbuka 48. Cara pengolahan sampah adalah.... () dibakar () ditimbun () dibuang ke empat sampah (TPA) 49. Apakah sumber air minum dan untuk memasak keluarga adalah..... () Sungai () Sumur () PAM 50. Apakah bahan utama pembuatan lantai rumah adalah..... () Tanah () Semen () Porselin/ubin 51. Berapakah luas kamar tidur dibandingkan dengan penghuni..... () Tidak padat luas kamar tidur 4,5 m per penghuni () Padat luas kamar tidak 4,5 m per penghuni 52. Luas rumah: m^2 53. Jumlah anggota keluarga:....orang 54. Kepemilikan rumah: () sewa , () numpang, () milik sendiri 55. Jenis rumah: () Permanen, () semi permanen, () tidak permanen 56. Ventilasi : () kurang dari 10% luas lantai, () 10% luas lantai, () lebih dari 10% luas lantai 57. Penerangan () kurang dari 20% luas lantai, () 20% luas lantai, () lebih dari 20% luas lantai 58. Luas ruangan untuk ruang gerak anggota keluarga: () kurang dari 5 m² per orang, () 5 m² per orang, () lebih dari 5 m² per orang.

Wawancara (Keluarga)

- a. Riwayat penyakit
 - 1. Apakah anak sering sakit?
 - 2. Jika ya, penyakit apa yang sering diderita?
 - 3. Kemana keluarga membawa anak berobat?
 - 4. Apakah anak mempunyai riwayat penyakit paru-paru atau flek?
 - 5. Jika Ya (pertanyaan no 4) apakah sudah berobat ?
 - 6. Jika Belum (pertanyaan no 4) apakah ada pengobatan pilihan lain (alternatif)?
 - 7. Jika menggunakan pengobatan alternatif, jenis pengobatannya apa? Apakah anak sembuh ?
- b. Pengaruh budaya terhadap balita
 - 1. Apakah ada pantangan makanan selama hamil?
 - 2. Jiya Ya (pertanyaan no. 1), sebutkan jenisnya dan alasannya?
 - 3. Apakah pantangan makanan selama hamil, juga berlaku bagi ibu menyusui?
 - 4. Jika Ya (pertanyaan No. 3) sebutkan jenis dan alasannya?
 - 5. Apakah pantangan juga berlaku bagi balita?

PEDOMAN INTERVIEW PENGELOLAAN GIZI BALITA

A. Pihak Petugas Kesehatan

1. Perencanaan

- a. Bagaimana sistem perencanaan program gizi Dinas Kesehatan Kota Depok?
- b. Kapan perencanaan program gizi dilaksanakan?
- c. Apa tujuan program gizi Dinkes Kota Depok?
- d. Kendala apa yang dihadapai dalam perencanaan program gizi Dinkes Kota Depok?
- e. Darimana sumber dana untuk pelaksanaan program gizi Dinkes Kota Depok?
- f. Apa saja program gizi Dinkes Kota Depok?

2. Pengorganisasian

- a. Siapa penanggungjawab program gizi Dinkes Kota Depok?
- b. Apakah ada struktur organisasi dan pembagian tugas dengan jelas?

3. Pelaksanaan

- a. Siapa pelaksana program gizi Dinkes Kota Depok?
- b. Apakah pelaksanaan program gizi Dinkes Kota Depok sesuai dengan perencanan?
- c. Kendala apa yang dihadapai dalam pelaksanaan program Gizi Dinkes Kota Depok?
- d. Apakah pelaksanaan program gizi Dinkes Kota Depok melibatkan lintas sektor dan program?
- e. Bila ya, sektor dan program mana saja yang terlibat dan bagaimana pelaksanaannya?

4. Monitoring Evaluasi

- a. Apakah dilakukan monitroing dan evaluasi pelaksanaan program gizi Dinkes Kota Depok?
- b. Bila ya siap dan kapan dilaksanakan?
- c. Kendala apa yang dihadapi dalam monitoring dan evaluasi program gizi Dinkes Kota Depok?
- d. Apakah program yang telah dilaksanakan mencapai target?
- e. Bila tidak penyebabnya apa?

B. Pihak Puskesmas

1. Perencanaan

- a. Bagaimana sistem perencanaan program gizi di puskesmas Tugu?
- b. Kapan perencanaan program gizi dilaksanakan?
- c. Apa tujuan program gizi di Puskesmas Tugu?
- d. Kendala apa yang dihadapi dalam perencanaan gizi di Puskesmas Tugu?
- e. Darimana sumber dana untuk pelaksanaan program gizi Puskesmas Tugu?
- f. Apa saja program gizi Puskesmas Tugu?

g. Apakah perencanaan program gizi melibatkan unsur masyarakat?

2. Pengorganisasian

- a. Siapa penanggungjawab program gizi Puskesmas Tugu?
- c. Apakah ada struktur organisasi dan pmebgian tugas dengan jelas?

3. Pelaksanaan

- a. Siapa pelaksanan program gizi Puskesmas Tugu?
- b. Apakah pelaksanaan program gizi Puskesmas Tugu sesuai dengan perencanan?
- c. Kendala apa yang dihadapai dalam pelaksanaan program gizi di Puskesmas Tugu?
- d. Apakah pelaksanaan program gizi Puskesmas Tugu melibatkan lintas sektor dan program?
- f. Bila ya, sektor dan program mana saja yang terlibat dan bagaimana pelaksanannya?
- g. Apakah ada acuan indikator status gizi balita?
- h. Bila ya apakah sesuai dengan pelaksanaan di posyandu?

4. Monitoring Evaluasi

- a. Apakah dilakukan monitroing dan evaluasi pelaksanaan program gizi Puskesmas Tugu?
- f. Bila ya siapa dan kapan dilaksanakan?
- b. Kendala apa yang dihadapi dalam monitoring dan evaluasi program gizi posyandu?
- g. Apakah program yang telah dilaksanakan mencapai target?
- h. Bila tidak penyebabnya apa?

C. Kader Kesehatan

1. Perencanaan

- a. Bagaimana sistem perencanaan program gizi di posyandu?
- b. Kapan perencanaan program gizi dilaksanakan?
- c. Apa tujuan program gizi di posyandu?
- d. Kendala apa yang dihadapai dalam perencanaan program gizi di posyandu?
- e. Darimana sumber dana untuk pelaksanaan program gizi di posyandu?
- f. Apa saja program gizi yang dilaksanakan di posyandu?

2. Pengorganisasian

- a. Siapa penanggungjawab program gizi di posyandu?
- d. Apakah ada struktur organisasi dan pembagian tugas dengan jelas?

3. Pelaksanaan

- a. Siapa pelaksana program gizi di posyandu?
- b. Apakah pelaksanaan program gizi di posyandu sesuai dengan perencanan?
- c. Kendala apa yang dihadapai dalam pelaksanaan program gizi di posyandu?
- d. Apakah kader melaksanakan pendidikan kesehatan di posyandu?
- e. Bila ya, bagaimana cara penyampian informasi kesehatan?

4. Monitoring Evaluasi

- a. Apakah petugas puskesmas melakukan monitroing dan evaluasi pelaksanaan program gizi di posyandu?
- b. Bila ya siapa dan kapan dilaksanakan?
- c. Apakh ibu hamil dan menyusi juga dilayani di posyandu?
- d. Bila tidak penyebabnya apa?
- e. Apakah semua balita yang ada berkunjung ke posyandu
- f. Bila tidak penyebabnya apa?
- g. Apakah kader melakukan kunjungan rumah bagi keluarga yang memilik balita dengan masalah gizi?
- h. Bila tidak alasannya apa?
- i. Apakah kader merujuk balita dengan kurang gizi?
- j. Bila tidak alasannya apa?

DAFTAR RIWAYAT HIDUP SINGKAT

Nama

Fransiska Bittikaka

Tempat, tanggal lahir

Rantepao, 26 Oktober 1962

Jenis kelamin Agama

Perempuan

Islam

Pekerjaan Staf Dosen Program Pendidikan Ners

Uncen

Alamat Rumah

Jl. Raya Sentani (Edelweiz House) Belakang Toko

Sejahtera Abepura Jayapura Papua

Alamat Institusi

Jl. Raya Sentani Abepura

Riwayat Pendidikan

1. SMA Yohanes XX III Merauke lulus tahun 1982

2. D 3 Keperawatan Uncen lulus 1986

3. S1 Keperawatan UGM lulus tahun 2003

4. S2 Universitas Indonesia lulus tahun 2011

5. Ners Spesialis Keperawatan Komunitas Lulus Tahun

2012

Riwayat pekerjaan

RSUD Merauke, tahun 1986 – 1992 RSUD Abepura, tahun 1992-1999

Poltekes Jayapura, tahun 1999-2008

Universitas Cenderwasih, tahun 2008 sampai sekarang

Karya Tulis Ilmiah yang dipublikasikan

- 1. Asuhan keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Perkemahan (sebagai penulis kedua) tahun 2006.
- 2. Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan, tahun 2009.
- Keperawatan 3. Asuhan Klien Dengan Sistem Metabolik tahun 2009.

Tulis Karya Lain

- Ilmiah 1. Faktor –faktor yang mempengarhi kejadian Plebitis di RSU Dr., Sardjito Yogyakarta tahun 2002 (Skripsi)
 - 2. Evaluasi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Tiga Rumah Sakit Kota Jayapura tahun 2007 (Risbinakes)
 - 3. Hubungan Karakeristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu Di Kelurahan kota Baru Abepura Jayapura tahun 2011 (Tesis)
 - 4. Pos Balita Sehat Sebagai Upaya Pemberdayaan Dalam Meningkatkan Status Gizi Balita Di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok tahun 2012 (KIA)