

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian dilakukan pada hari Senin, tanggal 20 bulan Januari tahun 2020 Pukul 19.40

WIB di Rumah Tn. L di Candirejo

A. Hasil

a. Pengkajian

a. Pengkajian kepala keluarga

1) Identitas kepala keluarga

- a) Nama : Tn. L
- b) Umur : 27 Tahun
- c) Agama : Islam
- d) Suku : Jawa
- e) Pendidikan : S2 (M. SI)
- f) Pekerjaan : Pendidik (Guru Privat)
- g) Alamat : Candirejo
- h) No. Telp : 081328094XXX

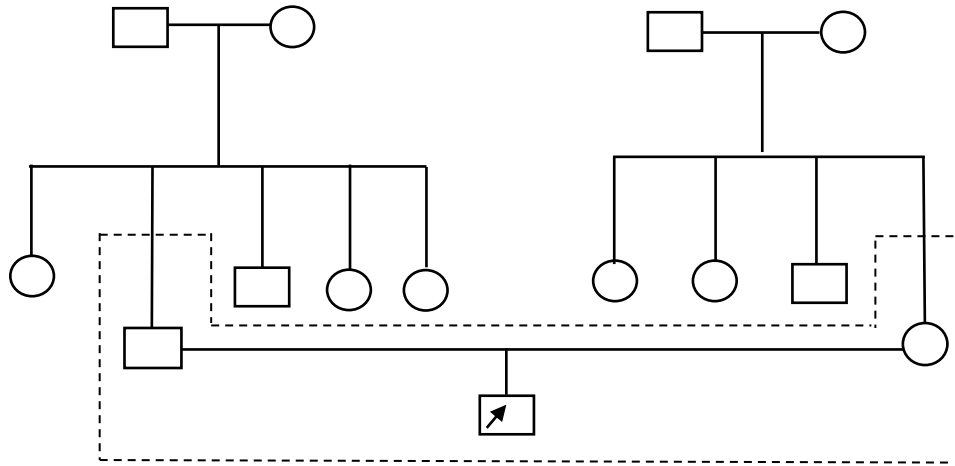
2) Komponen keluarga

Tabel 3.1 Komponen Keluarga Tn. L

No	Nama	P/L	Usia/ tgl lahir	Hub. Dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Status Kesehatan
1	Tn. L	L	27 Tahun	Kepala Keluarga	S2	Pendidik (Guru Privat)	Sehat
2	Ny. I	P	27 Tahun	Istri	SMA	IRT	Sehat
3	An. B	L	20 Bulan	Anak	Tidak Sekolah / Belum	Tidak Ada	Sakit

3) Genogram

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. L



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Pasien



: Tinggal serumah

Keterangan :

Tn. L merupakan anak kedua dari lima bersaudara dan menikah dengan Ny. I anak keempat dari empat bersaudara. Tn. L dan Ny. I sudah menikah sejak tiga tahun yang lalu dan sudah memiliki satu orang anak laki-laki berusia 20 bulan. Namun, di rumah Tn. L terdiri dari dua puluh satu orang, karena Tn. L memiliki pondok pesantren dengan jumlah delapan belas anak asuh, sebelas diantaranya anak asuh perempuan sedangkan sisanya tujuh anak laki-laki.

4) Tipe keluarga

a) Jenis tipe keluarga

Tipe keluarga Tn. L yaitu *nuclear family*, karena Tn. L hanya tinggal bersama istri dan anaknya.

b) Kendala/masalah yang terjadi/yang dihadapi dengan tipe tersebut

Masalah yang dihadapi di keluarga Tn. L adalah banyaknya orang yang tinggal bersama dalam satu rumah, yaitu tiga orang dari keluarga Tn. L dan delapan belas orang anak-anak asuh yang terdiri dari sebelas anak perempuan dan tujuh anak laki-laki dengan rentan usia sekolah antara usia 6 tahun sampai usia 18 tahun. Ny. I mengatakan bahwa ia harus menyelesaikan sendiri beberapa pekerjaan rumah tangga, terkadang ia dibantu oleh anak asuhnya yang sudah besar untuk bersih-bersih rumah, mencuci piring dan membantu untuk menyetrika baju dari anak asuh yang masih kecil serta Ny. I harus mengasuh anaknya dan anak asuhnya yang lain. Ny. I sering merasa capek dan lelah akibat aktivitas yang banyak serta mengalami tekanan darah rendah. Ny. I mengatakan bahwa ketika ia capek dan merasa marah biasanya yang jadi imbasnya adalah anaknya untuk mengungkapkan segala kekesalannya. Ny. I juga sering tidak kebagian makan karena sudah habis dimakan oleh anak-asuhnya.

5) Suku Bangsa

Ny. I mengatakan bahwa keluarga TN. L berasal dari suku Jawa dan bahasa yang biasa digunakan keluarganya adalah bahasa Jawa dan bahasa Indonesia, serta keluarga Tn. L tidak percaya dengan dukun, namun menggunakan perhitungan weton pada saat melakukan sesuatu.

6) Agama yang dianut, kegiatan keagamaan dan persepsi terhadap agama serta kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

Tn. L mengatakan bahwa keluarganya beragama Islam dan tidak ada yang menganut kepercayaan yang lain. Keluarga Tn. L taat menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan. Keluarga Tn. L mengatakan bahwa sakit adalah ujian dari Allah dan tidak percaya dengan dukun atau orang pintar, sehingga memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan adalah sebuah ikhtiar untuk kesembuhan.

7) Status sosial dan Ekonomi Keluarga

Tabel 3.2 Status Sosial dan Ekonomi Keluarga Tn. L

NO	URAIAN	PEMASUKAN	PENGELUARAN	SALDO
	UANG HASIL KERJA TN. L	Rp.2.500.000		Rp.2.500.000
	DONATUR	Rp.7.000.000		Rp.9.500.000
1	Biaya makan sehari-hari		Rp. 3.000.000	Rp.6.500.000
2	Listrik		Rp. 300.000	Rp.6.200.000
3	PAM dan Sampah		Rp. 100.000	Rp.6.100.000
	Kebutuhan sehari-hari (sabun, sampo dan lain-lain)		Rp. 250.000	Rp.5.850.000
	Uang saku anak sekolah			
5	17 anak		Rp. 2.900.000	Rp.2.950.000
6	Gas		Rp. 150.000	Rp.2.800.000
7	Bensin motor dan mobil		Rp. 350.000	Rp.2.450.000
8	Uang jajan anak		Rp. 150.000	Rp.2.300.000
9	Pampers		Rp. 100.000	Rp.2.200.000
10	Uang sosial		Rp. 100.000	Rp.2.100.000
JUMLAH				Rp.2.100.000

Ny. I mengatakan bahwa yang mencari nafkah dalam keluarganya yaitu hanya Tn. L saja yang bekerja sebagai pendidik. Penghasilan yang didapatkan cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Penghasilan Tn. L kurang lebih Rp. 2.500.000,- yang didapatkan dari bekerjanya sebagai pendidik, serta uang yang didapatkan dari anak asuh yang mondok di pesantrennya dan bantuan

santunan maupun sedekah dari warga ±Rp.7.000.000. Harta benda yang dimiliki oleh keluarga Tn. L adalah 1 mobil, 1 sepeda motor, 1 kulkas, 1 Televisi, 1 laptop, 1 printer, 1 kipas angin, 1 setrika dan peralatan rumah tangga lainnya. Keluarga Tn. L termasuk kategori keluarga mampu. Keluarga Tn. L tidak mempunyai asuransi kesehatan, seperti BPJS, Kartu Indonesia Sehat (KIS), Jamkesmas maupun Jamkesda.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Tahap perkembangan keluarga Tn. L adalah tahap perkembangan keluarga dengan (*childbearing family*) balita berusia 20 bulan. Dimana anak Tn. L untuk saat ini berusia 20 bulan atau masih dibawah usia 30 bulan. An. B merupakan anak yang aktif. Hasil pemeriksaan KPSP An. B skornya adalah 8 (perkembangan anak meragukan).

2) Tahap Keluarga yang Belum Terpenuhi, penyebab dan Kendalanya

Keluarga Tn. L mengatakan bahwa berat badan dan tinggi badan anaknya tidak sesuai dengan anak seusianya. Selain itu, Ny. I mengatakan bahwa anaknya sulit makan sudah sejak dahulu dan tidak tahu apa penyebabnya, tiba-tiba anak tidak mau makan dan berlanjut sampai sekarang, sudah diperiksa dan sudah dicoba berbagai cara agar anak mau makan namun tetap saja An. B tidak mau, saat itu sudah dicoba diberikan madu dan minyak ikan si anak mau makan. Setelah itu, ia tidak mau makan lagi. An. B lebih suka makan-makanan keripik. Ny. I mengatakan An. B mungkin hanya makan 1-2 sendok makan saja, setelah itu ia hanya makan lauknya saja misalnya sayur (wortel) dan itu pun sudah digunakan berbagai cara agar anak teralihkan misalnya dengan mengajaknya jalan-jalan sembari digendong. Keluarga Tn. L mengatakan bahwa mungkin si

anak tidak mau makan karena orang tua tidak rutin memberikannya penambah nafsu makan.

3) Riwayat Kesehatan Inti

a) Bagaimana keluarga terbentuk

Tn. L dan Ny. I menikah pada tahun 2017, anak pertama lahir pada tanggal 28 April 2018 bernama An. B. An. B lahir cukup bulan yaitu usia kehamilan 9 bulan dengan berat badan lahir 2900 Gram dengan persalinan normal di RSUD Ungaran.

b) Riwayat keluarga saat ini

Ny. I mempersepsikan bahwa saat ini anaknya menderita kekurangan gizi, dikatakan kurang gizi karena anak memiliki berat badan dan tinggi badan tidak sesuai dengan anak usianya. Pada saat posyandu bulan Januari ini didapatkan data bahwa An. B mengalami penurunan berat badan yang sebelumnya pada bulan Desember berat badannya lebih besar dengan data berat badan (BB): 9 Kg menjadi 8,6 Kg atau mengalami penurunan berat badan sekitar 0,4 Kg serta tidak mengalami peningkatan tinggi badan atau tetap dengan data tinggi badan (TB): 78 Cm. Ny. I mengatakan belum mengetahui gizi yang seimbang yang dibutuhkan pada balita atau anak seusianya. Keluarga Tn. L masih tampak bingung dan bertanya-tanya mengenai gizi seimbang tersebut. Keluarga Tn. L mengatakan bahwa berkeinginan menyiapkan dan membuatkan makanan yang dianjurkan setelah diberi pendidikan kesehatan (Penkes). Data pemeriksaan pada An. B, TB: 78 cm, BB: 8,6 Kg, Lingkar Lengan Atas (Lila): 9 Cm, Suhu: 36,8°C.

c) Riwayat Penyakit Keturunan

Ny. I mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menurun seperti: hipertensi, diabetes melitus dan tidak ada yang menderita penyakit menular seperti: tuberkulosis dan hepatitis.

d) Riwayat masing masing anggota keluarga

Tabel 3.3 Riwayat Anggota Keluarga Tn. L

No	Nama	Umur	BB	Keadaan kesehatan	Status imunisasi (BCG/Polio/DPT/HB/Campak)	Masalah kesehatan	Tindakan yang telah dilakukan
1	Tn. L	27 Tahun	55 Kg	Sehat	Tidak Terkaji	Sehat	Menjaga Kesehatan
2	Ny. I	27 Tahun	60 Kg	Sehat	Tidak Terkaji	Sehat	Menjaga kesehatan
3	An. B	9 Bulan	8,6 Kg	Sakit	Lengkap	Sakit	Pemeriksaan bidan/ Posyandu

e) Sumber Pelayanan yang dimanfaatkan

Keluarga Tn. L mengatakan sumber pelayanan yang dimanfaatkan keluarga ketika ada anggota keluarganya yang sakit ringan dibawa ke bidan desa dekat rumahnya, jika belum sembuh biasanya dibawa ke RSUD Ungaran untuk pemeriksaan lebih lanjut.

f) Riwayat Kesehatan Keluarga Sebelumnya

Riwayat kesehatan dalam keluarga Tn. L tidak ada yang mempunyai penyakit yang sama dengan An. B seperti kekurangan gizi dan baru terjadi kali ini. Ny. I mengatakan bahwa ia sudah mencoba berbagai cara agar anak mau makan yaitu dengan diberikan madu dan minyak ikan, pada saat itu ada perubahan dan An. B mau makan, tetapi lama kelamaan si anak tidak mau lagi.

g) Hubungan antar keluarga, konflik pasangan dan lain-lain

Ny. I mengatakan hubungan antar keluarga baik, jika ada konflik antar pasangan diselesaikan secara baik-baik.

c. Pengkajian Keluarga

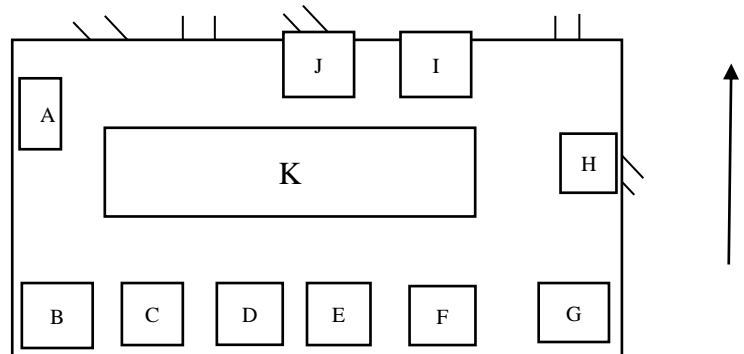
1) Karakteristik Rumah

- a) Luas rumah : 6 x 10 m²
- b) Tipe rumah : Semi Permanen
- c) Kepemilikan : Kontrak
- d) Jumlah dan ratio kamar: 6 kamar
- e) Ventilasi jendela : Terdapat 3 jendela di rumah Tn. L rutin dibuka pada siang hari. Namun, tidak sesuai dengan jumlah ruangan yang tersedia serta masing-masing kamar tidak terdapat jendela, kecuali kamar yang dekat dengan teras. Ventilasi disetiap kamar yang lain hanya lewat pintu saja tidak ada penambahan jendela. Ventilasi hanya terdapat di dapur, kamar tidur putri III dan jendela dekat pintu teras.
- f) Pemanfaatan ruangan : Pemanfaatan ruangan kurang optimal, terdapat 6 kamar, 5 kamar digunakan untuk anak asuh (3 kamar putri dan 2 kamar putra), 1 kamar untuk Tn. L, 2 kamar mandi, 1 gudang, 1 ruang tamu bergabung dengan ruang keluarga dan dapur yang terletak dibelakang. Kelembaban udara di rumah Tn. L terlalu lembab karena tidak ada

ventilasi udara yang mencukupi untuk udara masuk dan keluar.

- g) Septic tank : Terdapat 1 septic tank tertutup
- h) Sumber air : Menggunakan air PDAM
- i) Kamar mandi/WC : Terdapat 2 kamar mandi
- j) Sampah : Diambil petugas kebersihan setiap 3 hari sekali
- k) Kebersihan lingkungan : Kebersihan lingkungan sekitar rumah kurang bersih, di samping rumah Tn. L ada tetangga yang memelihara sapi, sehingga bau kotorannya tercium sampai di rumah Tn. L dan di rumah terdapat banyak lalat.

l) Denah rumah



Bagan 3.2 Denah Rumah Tn. L

Ket :

|| : Pintu

\\ : Jendela

A : Kamar Tidur I (Putra)

B : Kamar mandi I (Putra)

C : Gudang

F : Kamar Tn. L

G : Kamar Mandi II

H : Dapur

I : Kamar Tidur II (Putra)

J : Kamar Tidur III (Putri)

- D : Kamar Tidur I (Putri) K : Ruang tamu dan Ruang keluarga
E : Kamar Tidur II (Putri)

Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

- 1) Kebiasaan : Kebiasaan yang ada di lingkungan Tn. L yaitu melaksanakan kegiatan yasinan yang dilakukan setiap malam minggu, Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) dilaksanakan pada hari minggu sore, serta tahlilan setiap ada orang yang meninggal.
- 2) Aturan : Aturan yang ada di lingkungan setempat yaitu ketika ada tamu yang menginap 1x24 jam wajib melapor kepada ketua Rukun Tetangga (RT) atau Rukun Warga (RW) setempat.
- 3) Kebersihan : Kerja bakti kebersihan lingkungan dilakukan setiap hari minggu pagi.
- 4) Budaya : Jika ada warga yang sakit dan masuk rumah sakit, biasanya warga yang lain menjenguk bersama-sama atau jika ada yang meninggal ikut membantu dalam proses pemakaman dan dilakukan tahlilan.

2) Mobilitas Geografis Keluarga

Ny. I mengatakan apabila suaminya bekerja biasanya menggunakan motor, namun bila mengantar anak asuhnya sekolah dan bepergian jauh biasanya menggunakan mobil. Tetapi, bila ke warung sekitar rumah yang jaraknya tidak terlalu jauh biasanya berjalan kaki.

3) Sistem Pendukung

Keluarga Tn. L senang dengan keadaan kelompok dan organisasi yang ada di sekitar karena saling membantu ketika ada yang kesusahan atau terkena musibah warga saling bergotong-royong.

d. Struktur Keluarga

1) Pola/cara Komunikasi Keluarga

Ny. I mengatakan komunikasi dalam keluarga sehari-hari menggunakan bahasa Jawa dan bahasa Indonesia, hubungan antar keluarga baik. Jika ada masalah dimusyawarahkan untuk mencari solusinya.

2) Komunikasi dilakukan dengan cara terbuka, siapa yang paling berperan, siapa pengambil keputusan

Ny. I mengatakan pola komunikasi di keluarga Tn. S menggunakan pola komunikasi terbuka tidak ada hambatan dalam berkomunikasi. Apabila ada salah satu anggota keluarga yang menghadapi masalah, maka dimusyawarahkan bersama untuk mencari solusinya. Biasanya yang mengambil keputusan dalam keluarga yaitu Tn. L sendiri selaku kepala keluarga.

3) Struktur Peran Keluarga

a) Tn. L

Peran informal : Pendidik, pencari nafkah dan anggota masyarakat

Peran formal : Kepala keluarga, suami dan ayah bagi anaknya

b) Ny. I

Peran informal : Anggota masyarakat

Peran formal : Istri, ibu rumah tangga, ibu bagi anaknya

c) An.B

Peran informal : Anggota keluarga

Peran formal : Anak dari Tn.L dan Ny.I

4) Nilai dan norma keluarga

Ny. I mengatakan keluarganya saling menghormati satu sama lain. Norma yang ada dalam lingkungan dipatuhi oleh keluarganya dan norma yang berlaku di lingkungan sekitar yaitu menghormati orang lain dan menghormati orang yang lebih tua.

5) Hambatan peran dan menjalankan peran ganda

Ny. I mengatakan harus mampu membagi waktu antara ibu rumah tangga dengan segala pekerjaan di rumah yang dilakukan sendiri dan sibuk mengurus anak serta anak-anak asuhnya.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Tn. L mengatakan selalu menanamkan sikap saling menghargai orang lain, mendukung kepada setiap anggota keluarga dan mengajarkan anaknya untuk berhubungan dengan orang lain, seperti memperkenalkan diri dan sopan terhadap siapa saja dan membantu orang lain yang membutuhkan pertolongan serta mengajarkan anaknya untuk mandiri dan tidak gampang mengeluh.

2) Fungsi sosial

Keluarga Tn. L mengatakan hubungan dengan tetangga berjalan dengan baik, tidak ada pertengkaran dengan tetangga sekitar, hidup rukun dan saling gotong royong. Kegiatan kemasyarakatan yang diikuti oleh keluarga adalah yasinan setiap malam minggu dan PKK setiap hari minggu sore.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

Ny. I mengatakan rutin melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan kepada anaknya setiap bulannya ke posyandu. Namun, pada bulan ini An. B mengalami penurunan berat badan yang semula BB: 9 Kg (bulan Desember) turun menjadi BB: 8,6 Kg (bulan Januari) serta tidak ada penambahan tinggi badan TB: 78 Cm, Lila: 9 Cm, Suhu: 36,8°C.

4) Fungsi Reproduksi

Ny. I mengatakan saat ini ia mengikuti program Keluarga Berencana (KB) susuk sejak ia memiliki anak. Selama KB Ny. I tidak pernah mengalami menstruasi dan berencana menambah momongan lagi setelah anak pertama ini berusia 5 tahun.

5) Fungsi Ekonomi

a) Upaya pemenuhan sandang pangan

Ny. I mengatakan pemenuhan kebutuhan sandang pangan diberikan dengan penghasilan suami yang bekerja sebagai pendidik.

b) Pemanfaatan sumber yang ada di masyarakat

Keluarga Tn. L mengatakan keluarganya memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat seperti pelayanan kesehatan (Bidan Desa).

f. Stress dan Koping Keluarga

1) Stressor jangka pendek

Keluarga Tn. L mengatakan saat ini keluarganya memiliki masalah tentang kesehatan yaitu An. B yang mengalami kekurangan gizi yang sudah terjadi sejak dulu karena An. B sulit jika disuruh makan, serta merasa khawatir jika terjadi sesuatu kepada anaknya. Ny. I mengatakan bahwa ia kadang merasa kecapekan dan kelelahan jika harus mengurus sendiri pekerjaan rumah akibatnya anak

kadang menjadi imbas kemarahan ibunya, belum lagi jika Ny. I sering tidak kebagian lauk untuk makan karena sudah habis untuk makan anak asuhnya.

2) Stressor jangka panjang

Keluarga Tn. L mengatakan masih khawatir dengan kondisi anaknya bila si anak terus menerus tidak mau makan, karena bisa menyebabkan anaknya mengalami sakit-sakitan dan tidak dapat tumbuh dan berkembang seperti teman seusianya serta adanya perubahan psikologi yang terjadi pada ibu karena harus mengurus sendiri, tetapi Ny. I mengatakan bahwa dirinya ikhlas menjalani ini karena mau tidak mau Ny. I yang melakukan dan menganggap jika sesuatu yang baik pasti dibalas dengan kebaikan juga.

3) Respon keluarga terhadap stressor

Ny. I mengatakan keluarganya saling memberi dukungan dan yakin jika kondisi An. B baik-baik saja dan menganggap bila anak tumbuh kecil itu karena faktor keturunan dari ayahnya.

4) Strategi koping

Ny. I mengatakan percaya jika anaknya akan tumbuh dan berkembang sesuai dengan anak seusianya asalkan anaknya mau makan dengan lahap dan selalu menerima dengan lapang dada jika ada hal-hal kurang baik itu terjadi.

5) Strategi adaptasi disfungsi

Keluarga Tn. L mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit, keluarga saling membantu untuk merawatnya serta menghadapi masalah dengan usaha dan doa.

g. Harapan Keluarga

1) Terhadap masalah kesehatan

Keluarga Tn. L mengatakan mengharapkan anaknya mau makan dengan mudah, lahap dan dapat tumbuh sesuai dengan usianya dan masalah kekurangan gizi pada anaknya teratasi.

2) Petugas kesehatan yang ada

Ny. I mengatakan berharap petugas kesehatan yang ada dapat membantu anaknya dalam mengatasi masalah kesehatan kekurangan gizi. Ny. I mengatakan bahwa pernah diberi saran dari bidan jika menyuapi anaknya dengan mengajaknya jalan-jalan dan digendong serta memberikan saran untuk menyapihnya anaknya agar anak mau makan, namun keluarga Tn. L menolak dan akan tetap memberikan ASI-nya sampai anak berusia 2 tahun.

h. Pemeriksaan Fisik

Tabel 3.4 Pemeriksaan Fisik Keluarga Tn. L

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga		
		Tn. L	Ny. L	An. B
1.	Kesadaran	Composmentis	Composmentis	Composmentis
2.	TTV :			
	TD	110/ 80 mmhg	90/ 70 mmhg	Tidak Terkaji
	Suhu	36,4°C	36,2°C	36,8°C
	Nadi	77 x/menit	83x/menit	100x/menit
	Pernafasan	20x/menit	21 x/menit	33x/menit
3.	BB dan TB	55 Kg / 160 Cm	60 Kg / 155 Cm	8,6 Kg / 78 Cm
4.	Kepala	Bentuk Mesocephal, Kepala bersih, tidak ada luka, rambut warna hitam	Bentuk Mesocephal, Kepala bersih, tidak ada luka	Bentuk Mesocephal, Kepala bersih, tidak ada luka, rambut warna hitam
5.	Mata	Simetris kanan dan kiri, Sklera tidak ikterik konjungtiva tidak anemis.	Simetris kanan dan kiri, Sklera tidak ikterik konjungtiva, mata terlihat mengantuk dan	Simetris kanan dan kiri, Sklera tidak ikterik konjungtiva

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga					
		Tn. L		Ny. L		An. B	
				terdapat	adanya		
				lingkaran hitam di			
				sekitar mata			
6.	Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan	ada	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan	ada	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan	ada
7.	Telinga	Tidak ada lesi, bentuk simetris kanan dan kiri, pendengaran baik, tidak terdapat serumen		Tidak ada lesi, bentuk simetris kanan dan kiri, pendengaran baik, tidak terdapat serumen		Tidak ada lesi, bentuk simetris kanan dan kiri, pendengaran baik, tidak terdapat serumen	
8.	Mulut	Mukosa lembab, bersih, bersih	bibir gigi lidah	Mukosa lembab, bersih, bersih	bibir gigi lidah	Mukosa lembab, bersih, bersih	bibir gigi lidah
9.	Hidung	Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan		Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan		Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan	
10.	Paru-paru Inspeksi	Simetris, tidak ada tarikan intercosta, Tidak ada nyeri tekan,		Simetris, ada tarikan intercosta	tidak tarikan	Simetris, tidak ada tarikan intercosta	
	Palpasi	Sonor Vesikuler		Tidak ada nyeri tekan		Tidak ada nyeri tekan	
	Perkusi Auskultasi			Sonor Vesikuler		Sonor Vesikuler	
11.	Jantung Inspeksi	Ictus cordis tak tampak		Ictus cordis tak tampak		Ictus cordis tak tampak	
	Palpasi	Ictus cordis tak teraba		Ictus cordis tak teraba		Ictus cordis tak teraba	
	Perkusi Auskultasi	Redup S1 dan S2 reguler		Redup S1 dan S2 reguler		Redup S1 dan S2 reguler	
12.	Abdomen Inspeksi	Abdomen datar, tidak ada luka, tidak ada lesi		Abdomen datar, tidak ada luka, tidak ada lesi		Abdomen datar, tidak ada luka, tidak ada lesi	
	Auskultasi	Bising usus 14x/ menit		Bising usus 12x/ menit		Bising usus 16x/ menit	
	Palpasi						

No	Jenis Pemeriksaan	Nama Anggota Keluarga		
		Tn. L	Ny. L	An. B
	Perkusi	Tidak ada nyeri tekan Tympani	Tidak ada nyeri tekan Tympani	Tidak ada nyeri tekan Tympani
13.	Kulit dan kuku	Kulit bersih, turgor kulit baik, CRT < 2 detik, tidak sianosis	Kulit bersih, turgor kulit baik, CRT < 2 detik, tidak sianosis	Kulit bersih, turgor kulit baik, CRT < 2 detik, tidak sianosis
14.	Ekstremitas	Tidak terdapat lesi, tidak ada edema, dapat bermobilisasi	Tidak terdapat lesi, tidak ada edema, dapat bermobilisasi	Tidak terdapat lesi, tidak ada edema, dapat bermobilisasi

i. Pengkajian Status Nutrisi An. B

1) Antropometri

- a) Berat Badan : 8,6 Kg
- b) LILA (Lingkar Lengan Atas): 9 cm
- c) Tinggi badan: 78 cm
- d) Suhu Tubuh : 36,8°C

2) *Biochemical*

Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium.

3) *Clinical Assessment*

Klien tampak pendek dan kurus, penyebaran rambut merata, warna hitam.


4) Diit

Makan 3kali/hari, habis 1-2 sendok makan, komposisi yang dimakan: nasi, sayur, telur, dan minum air putih atau teh.

j. Pemeriksaan Tambahan

1) KPSP An. B usia 20 bulan

Tabel 3.5 KPSP An. B usia 20 bulan

No	Pemeriksaan		Ya	Tidak
1	Tanpa bantuan, apakah anak dapat bertepuk tangan atau melambai-lambai? Jawab TIDAK bila ia membutuhkan bantuan.	Sosialisasi dan kemandirian	Ya	
2	Apakah anak dapat mengatakan "papa" ketika ia memanggil/melihat ayahnya, atau mengatakan "mama" jika memanggil/melihat ibunya?	Bicara dan Bahasa	Ya	
3	Apakah anak dapat berdiri sendiri tanpa berpegangan selama kira-kira 5 detik?	Gerak kasar	Ya	
4	Apakah anak dapat berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik atau lebih?	Gerak kasar	Ya	
5	Tanpa berpegangan atau menyentuh lantai, apakah anak dapat membungkuk untuk memungut mainan di lantai kemudian berdiri kembali?	Gerak kasar		Tidak
6	apakah anak dapat menunjukkan apa yang diinginkannya tanpa menangis atau merengek? Jawab YA bila ia menunjuk, menarik atau mengeluarkan suara yang menyenangkan.	Sosialisasi dan kemandirian	Ya	
7	Apakah anak dapat berjalan di sepanjang ruangan tanpa jatuh atau terhuyung-huyung?	Gerak kasar		Tidak
8	Apakah anak dapat mengambil benda kecil seperti kacang, kismis, atau potongan biskuit dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk seperti pada gambar?	Gerak halus	Ya	
				
9	Jika anda menggelindingkan bola ke anak, apakah ia menggelindingkan/melemparkan kembali bola pada anda?	Gerak halus, sosialisasi dan kemandirian	Ya	
10	Apakah anak dapat memegang sendiri cangkir/gelas dan minum dari tempat tersebut tanpa tumpah?	Sosialisasi dan kemandirian	Ya	

Hasil pemeriksaan KPSP An. B adalah 8 (Perkembangan anak meragukan)

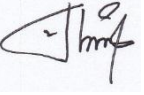
B. Diagnosis Keperawatan Keluarga

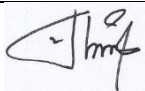
a. Analisa Data

Nama KK : Tn. L

Tgl pengkajian : 20 Januari 2020

Tabel 3.6 Analisa Data Keluarga Tn. L

Hari/ tanggal/jam	Data fokus	Etiologi	Masalah	Nama/TTD
Senin,20 Januari 2020 20.00 WIB	<p>DS:</p> <p>a. Ny. I mengatakan bahwa berat badan dan tinggi badan anak tidak sesuai dengan anak seusianya.</p> <p>b. Ny. I mengatakan anaknya sulit makan bahkan tidak mau makan sudah dari dulu.</p> <p>c. Keluarga Tn. L mengatakan anaknya lebih suka makan-makanan yang gurih “keripik “daripada nasi.</p> <p>d. Ny. I mengatakan anaknya kalau makan hanya habis 1-2 sendok saja, tetapi jika makan diluar (jajan) bisa habis 10-13 sendok makan.</p> <p>e. Keluarga Tn. L mengatakan sudah mencoba beberapa cara agar anaknya mau makan, misalnya diberi madu dan minyak ikan.</p> <p>f. Ny. I mengatakan diberi saran dari bidan desa untuk menyapih anaknya, namun keluarga menolak dan tetap akan memberikan asi-nya sampai berusia 2 tahun.</p> <p>g. Keluarga Tn. L mengatakan belum mengerti gizi seimbang yang dibutuhkan anak balita.</p>	Kurang pengetahuan tentang program terapeutik	Ketidakefektifan manajemen kesehatan (00078)	 Kurnia

Hari/ tanggal/jam	Data fokus	Etiologi	Masalah	Nama/TTD
	<p>Do:</p> <p>a. Keluarga tampak bertanya-tanya mengenai gizi seimbang agar bisa diberikan oleh anak.</p> <p>Antropometri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB :78 Cm - BB : 8,6 Kg - Lila : 9 Cm - Suhu : 36,8°C <p>b. Keluarga tampak ingin mengetahui cara memberikan makan yang ditepat agar anak tertarik untuk makan.</p> <p>c. Hasil pemeriksaan KPSP An. B adalah 8 (meragukan)</p>			
Senin, 20 Januari 2020 20.00 WIB	<p>DS:</p> <p>a. Keluarga Tn. L mengatakan bahwa yang tinggal dirumah Tn. L berjumlah 21 orang yang terdiri dari 3 keluarga inti dan 18 anak asuh</p> <p>b. Ny. I mengatakan bahwa ia harus menyelesaikan sendiri semua pekerjaan rumah, misalnya memasak dan mengurus anak.</p> <p>c. Ny. I mengatakan kadang ia tidak kebagian makan, karena kehabisan dimakan anak asuhnya.</p> <p>DO:</p> <p>a. Ny. I terlihat lelah dan kecapekan.</p> <p>b. Ny. I terlihat mengantuk dan terlihat adanya lingkaran hitam disekitar mata</p>	Perubahan peran keluarga	Penurunan koping keluarga (00074)	 Kurnia

b. Diagnosis Keperawatan

- 1) Ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang program terapeutik (00078)
- 2) Penurunan koping keluarga berhubungan dengan perubahan peran keluarga (00074)

c. Memprioritaskan Diagnosa

- 1) Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Berhubungan dengan Kurang Pengetahuan Tentang Program Terapeutik (00078)

Tabel 3.7 Scoring Diagnosa Pertama

NO	KRITERIA	SKOR	1.	BOBOT	JUMLAH
1	Sifat Masalah Skala:				
	a. Tidak/Kurang Sehat	3		1	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$
	b. Ancaman	②			
	c. Keadaan Sejahtera	1			
2	Kemungkinan masalah Dapat Diubah:			2	
	a. Mudah	①			$\frac{1}{2} \times 2 = 1$
	b. Sebagian	0			
	c. Tidak Dapat				
3	Potensi Masalah untuk Dicegah			1	
	a. Tinggi	②			$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$
	b. Cukup	1			
	c. Rendah				
4	Menonjolnya Masalah	②		1	
	a. Berat, Segera	1			
	b. Ada Masalah Tapi Tak Perlu Segera Ditangani				$\frac{2}{2} \times 1 = 1$
	c. Masalah Tak Dirasakan	0			
TOTAL					3 $\frac{1}{3}$

2) Penurunan Koping Keluarga Berhubungan dengan Perubahan Peran Keluarga
(00074)

Tabel 3.8 Scoring Diagnosa Kedua

NO	KRITERIA	SKOR	2.	BOBOT	JUMLAH
1	Sifat Masalah Skala:				
	a. Tidak/Kurang Sehat	③		1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$
	b. Ancaman	2			
	c. Keadaan Sejahtera	1			
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah:			2	
	a. Mudah	①			$\frac{1}{2} \times 2 = 1$
	b. Sebagian	0			
	c. Tidak Dapat				
3	Potensi Masalah untuk Dicegah			1	
	a. Tinggi	3			
	b. Cukup	2			$\frac{1}{3} \times 1 = \frac{1}{3}$
	c. Rendah	①			
4	Menonjolnya Masalah			1	
	a. Berat, Segera	2			
	b. Ada Masalah Tapi Tak Perlu Segera Ditangani	①			$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$
	c. Masalah Tak Dirasakan	0			
TOTAL					2 $\frac{5}{6}$

1) Skoring Penentuan Prioritas DX Keperawatan Keluarga

Tabel 3.9 Scoring Penentuan Prioritas DX Keperawatan Keluarga

No dx	Diagnosa/ problem	Skor	Pembenaran
1	Ketidakefektifan manajemen kesehatan b/d kurang pengetahuan tentang program terapeutik	$3\frac{1}{3}$	Keluarga ini sudah ada masalah kesehatan, keluarga cukup kooperatif, informasi mudah ditangkap oleh keluarga dan memerlukan penanganan segera untuk memperoleh informasi tentang gizi seimbang, karena jika tidak segera ditangani akan mengancam kesehatan anak.
2	Penurunan koping keluarga b/d perubahan peran keluarga	$2\frac{5}{6}$	Penurunan koping keluarga karena banyak anggota yang ditampung, namun kurang dalam pengasuhan menyebabkan fungsi dan peran anggota keluarga kurang efektif. Sifat masalah yang timbul jika tidak segera ditangani bisa menyebabkan keadaan psikologis Ny. I tidak sehat atau terganggu serta potensi rendah untuk dicegah.

2) Prioritas Dx Keperawatan

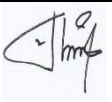
Tabel 3.10 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Prioritas	Dx kep	Skor
1	Ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang program terapeutik (00078)	$3\frac{1}{3}$
2	Penurunan koping keluarga berhubungan dengan perubahan peran keluarga (00074)	$2\frac{5}{6}$

d. Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga

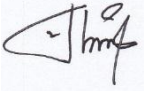
Nama KK: Tn. L

Table 3.11 Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. L

No DX	Hari/tgl	Tujuan	Kriteria	Standar	Intervensi	Nama& ttd
1	Selasa, 21 Januari 2020 10.00 WIB	Setelah dilakukan kunjungan keperawatan keluarga diharapkan klien menjelaskan tentang gizi seimbang dan dapat meningkatkan kesehatan dalam keluarga	NOC 1823 Pengetahuan (Promosi kesehatan) a. Perilaku yang meningkatkan kesehatan dari skala 1 (tidak ada pengetahuan) menjadi skala 3 (Pengetahuan sedang) b. Pemeriksaan kesehatan yang direkomendasikan dari skala 2 (Pengetahuan terbatas) menjadi skala 4 (Pengetahuan banyak) c. Praktik gizi yang sehat dari skala 1 (tidak ada pengetahuan) menjadi skala 4 (pengetahuan banyak) d. Sumber informasi peningkatan kesehatan terkemuka dari skala 2 (Pengetahuan terbatas) menjadi skala 4 (Pengetahuan banyak)	Pengetahuan: Keluarga dapat mengetahui sumber-sumber makanan yang dibutuhkan tubuh Sikap: Keluarga dapat menyiapkan dan mempratikkan mengenai makanan yang seimbang Psikomotor: Keluarga dapat mencegah kurang gizi keadaannya semakin memburuk	NIC 5510 Pendidikan kesehatan 1. Tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku kesehatan saat ini 2. Rumuskan tujuan dalam program pendidikan kesehatan 3. Rencanakan tindak lanjut jangka panjang untuk memperkuat perilaku kesehatan atau adaptasi terhadap gaya hidup 4. Libatkan Individu, keluarga dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan	 Kurnia

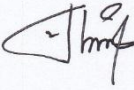
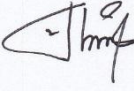
e. Implementasi

Tabel 3.12 Catatan Keperawatan Keluarga Tn. L

Tanggal dan waktu	No dx	Implementasi	Nama & ttd perawat
Rabu, 22 Januari 2020 10.30 WIB	1	a. Menentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku kesehatan saat ini	Kurnia
10.35 WIB		b. Merumuskan tujuan dalam program pendidikan kesehatan	
10.37 WIB		c. Menjelaskan mengenai Pendidikan kesehatan tentang gizi kurang dan gizi seimbang	
10.55 WIB		d. Mengajukan untuk makan buah dan sayur setiap hari	
		e. Mengajukan untuk membuat makanan kreasi/karakter, agar anak tertarik untuk makan	
		f. Melakukan pengkajian ulang pemeriksaan KPSP pada anak	
Kamis, 23 Januari 2020 11.07 WIB	1	a. Menentukan pengetahuan kesehatan dan perilaku kesehatan	 Kurnia
11.09 WIB		b. Menjelaskan mengenai pendidikan kesehatan tentang modisco dan formula bubur tempe	
11.12 WIB		c. Menyediakan alat dan bahan untuk pembuatan modisco dan formula bubur tempe	
11.45 WIB		d. Mengajarkan cara pembuatan modisco dan formula bubur tempe	
11.50 WIB		e. Mengajukan keluarga untuk memberikan makanan tambahan seperti kacang hijau	
12.05 WIB		f. Mengajukan untuk membuat makanan semenarik mungkin, seperti nasi dibentuk kucing, dan dihiasi dengan sayur dan lauk	
		g. Mengajukan untuk mencoba hal-hal yang sudah diajarkan tadi, supaya anak mau makan	
		h. Mengajukan keluarga menimbang anak setiap bulannya untuk memantau pertumbuhan dan perkembangannya di posyandu atau pelayanan kesehatan.	
12.07 WIB		i. Mengajukan untuk memberikan makanan kepada anak sedikit namun sering	

f. Evaluasi

Tabel 3.13 Catatan Perkembangan Keluarga Tn. L

Tanggal dan waktu	No dx	Evaluasi	Nama & ttd
Rabu, 22 Januari 2020 11.05 WIB	1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ny. I mengatakan sebelumnya belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang gizi kurang dan gizi seimbang pada balita b. Ny. I mengatakan sudah paham mengenai gizi-gizi yang dibutuhkan anaknya serta dapat menyebutkan macam-macam gizi seimbang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ny. I tampak kooperatif dan mampu menjawab pertanyaan yang diberikan, meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian gizi seimbang 2. Syarat gizi seimbang 3. Sumber – sumber gizi seimbang b. An. B tampak duduk dipangkuan ibunya c. Keluarga mampu menjelaskan kembali pertanyaan yang diberikan, sehingga dapat diukur dari kriteria hasil dari skala 1 menjadi skala 3 <p>A: Masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rencanakan tindak lanjut jangka panjang untuk memperkuat perilaku kesehatan atau adaptasi terhadap gaya hidup 2. Libatkan Individu, keluarga dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan 	 Kurnia
Kamis, 23 Januari 2020 12.15 WIB	1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ny. I mengatakan sebelumnya tidak pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang manfaat dari modisco dan formula bubur tempe b. Ny. I mengatakan sudah paham atas penjelasannya tentang modisco dan formula bubur tempe dan dapat menyebutkan manfaat, bahan-bahan yang dibutuhkan serta cara pembuatannya c. Ny. I ingin mencoba cara yang sudah diajarkan tadi (modisco, bubur tempe, makanan berkarakter), agar anak tertarik makan 	 Kurnia

Tanggal dan waktu	No dx	Evaluasi	Nama & ttd
		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ny. I tampak kooperatif dan mampu menjawab pertanyaan yang diberikan, meliputi: <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengertian modisco dan formula bubur tempe 2. Keuntungan dari modisco dan formula bubur tempe 3. Alat dan bahan yang dibutuhkan 4. Cara pembuatan b. Ny. I tampak semangat untuk mencoba cara tersebut c. An. B tampak mencoba makanan berkaraker/kreasi tersebut meskipun hanya 1 sendok dan mencoba 1 sendok modisco, tetapi tidak pada bubur tempe d. Keluarga mampu menjelaskan kembali pertanyaan yang diberikan, sehingga dapat diukur dari kriteria hasil dari skala 1 menjadi skala 3 e. Keluarga begitu antusias ketika mempraktekkan cara pembuatan modisco dan formula tempe, hal ini menunjukkan adanya perkembangan praktik gizi dari skala 1 menjadi 4 <p>A: Masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p>	

B. Pembahasan

Berdasarkan pengelolaan kasus yang telah dilakukan, pada bab ini penulis akan membahas tentang pengelolaan ketidakefektifan manajemen kesehatan pada keluarga Tn. L khususnya pada An. B dengan gizi kurang di Kelurahan Candirejo Ungaran. Penulis akan membandingkan masalah yang muncul dengan teori yang ada mengenai diagnosa keperawatan hingga evaluasi berdasarkan dari pengkajian pada tanggal 20 Januari 2020 dan pelaksanaan yang telah dilakukan penulis pada tanggal 22 Januari sampai 23 Januari 2020. Pengelolaan ini dilakukan melalui beberapa tahap proses keperawatan antara lain pengkajian, perumusan diagnosa atau prioritas masalah, intervensi, implementasi hingga tahap evaluasi.

Pembahasan merupakan proses analisis yang dilakukan oleh penulis setelah terlaksananya proses keperawatan untuk melihat adanya persamaan atau kesesuaian teori-teori yang ada dengan proses pelaksanaan keperawatan yang dilakukan di lapangan. Selain itu, untuk membandingkan adanya kesenjangan ataupun persamaan dari teori dan kasus yang telah dilakukan. Dalam pembahasan ini akan dibahas mulai dari tiap-tiap proses yaitu mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Pada pembahasan penulis mengemukakan argumentasi dan analisisnya pada seluruh proses keperawatan yang telah dilakukan. Selain itu, pada bab ini penulis akan membahas diagnosa lain selain diagnosa utama. Adapun permasalahan tersebut akan dibahas lebih lanjut dibawah ini.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan hal pertama yang penulis lakukan untuk melakukan pengelolaan keperawatan pada keluarga Tn. L. Hal ini sesuai dengan konsep teori dimana pengkajian merupakan tahap awal dan utama dari proses keperawatan dan sekaligus merupakan suatu proses pengumpulan informasi yang

berkesinambungan, dianalisis dan diinterpretasikan serta diidentifikasi secara mendalam sesuai dengan data yang diperoleh. Sumber data pengkajian diperoleh dari anamnesa (wawancara), pengamatan (observasi), pemeriksaan fisik anggota keluarga dan data yang diperoleh lalu dokumentasi. Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan, ukuran atau penilaian mengenai keadaan keluarga dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, aturan, harapan, teori dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan (Dion & Betan, 2015).

Pengkajian keperawatan keluarga merupakan pengumpulan data yang bertujuan untuk memperoleh informasi yang dilakukan secara sistematis sehingga dapat mengidentifikasi data yang penting mengenai keluarga yang dikelola oleh penulis sehingga dapat diketahui kebutuhan keluarga yang dibinanya. Tahap pengkajian ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosa keperawatan dengan tepat dan benar, selanjutnya akan berpengaruh dalam menentukan perencanaan keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Dalam beberapa pengertian teori tentang pengkajian, dimana pengkajian harus dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya, maka dalam proses pengkajian yang dilakukan oleh penulis menggunakan format pengkajian keluarga. Pengkajian dalam asuhan keperawatan keluarga meliputi identitas keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, karakteristik keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan coping keluarga, harapan keluarga, serta pemeriksaan fisik anggota keluarga (Friedman, 2010).

Pengumpulan data dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai masalah yang dihadapi keluarga pasien sehingga dapat menegakkan diagnosa serta dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah kesehatan yang terjadi menyangkut aspek fisik, psikologis, sosial, ekonomi, spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhi. Pengumpulan data dapat melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Menurut Ruhyat dalam Sugiyono (2013) wawancara adalah salah satu metode pengumpulan data dalam sebuah penelitian dimana proses untuk memperoleh informasi tersebut dilakukan secara langsung atau pelaksanaannya terjadi proses tanya jawab. Sumber pengumpulan data juga diperoleh dari pengamatan atau observasi. Sesuai konsep teori untuk pengumpulan data melalui pengkajian, penulis menggunakan metode observasi ditempat tinggal, wawancara dengan anggota keluarga, wawancara dengan bidan desa serta ke anggota keluarga lainnya yang masih dalam satu generasi. Menurut Afiyanti dan Rachmawati (2014) observasi dapat dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, misalnya melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran dalam melakukan metode ini menggunakan alat tensi dan stetoskop. Bisa juga dilakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan secara langsung data yang menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki atau dikenal dengan *head to toe*. Pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung pengkajian anemnesis.

Pengkajian ini dilakukan pada hari Senin, 20 Januari 2020 pada pukul 19.40 WIB, di kelurahan Candirejo Rt 04 Rw 02 Ungaran. Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan metode *autoanamnesa* (langsung), karena metode ini lebih baik dibandingkan *allowanamnesa* (tidak langsung).

Dalam pengumpulan data ini penulis melakukan pengkajian langsung melalui wawancara langsung kepada keluarga Tn. L yaitu wawancara dilakukan dengan Ny. I berusia 27 tahun. Hasil pengkajian langsung didapatkan bahwa Ny. I mengatakan anak tidak nafsu makan. Nafsu makan adalah keinginan untuk makan makanan. Menurut Grilo dan Mitchell (2010) tidak nafsu makan merupakan tidak memiliki keinginan yang sama untuk makan seperti biasa. Hal ini dapat ditandai tidak mau makan, penurunan berat badan yang tidak disengaja, bahkan tidak merasa lapar sama sekali. Demikian juga menurut penulis *Anoreksia*/penurunan nafsu makan dapat disebabkan karena kurang diperhatikannya pola asuh, asah, asihnya orang tua terhadap anak atau karena keadaan lingkungan yang tidak begitu bersih dan kurang pengetahuan orang tua dalam memperhatikan gizi anak.

Menurut Maryunani (2010) kurangnya pengetahuan orang tua terutama ibu mengenal status gizi anak disebabkan karena tingkat pengetahuan yang rendah atau kurangnya kepedulian orang tua terhadap anak hal ini dibuktikan dengan Tn. L dan Ny. I memiliki pondok dengan jumlah anak asuh yang cukup banyak sehingga masalah gizi atau asupan makanan yang dimakan anak seusianya tidak begitu diperhatikan dan kurangnya keterampilan ibu dalam menyajikan makanan. Menurut Ali (2010) dalam sebuah keluarga rendahnya tingkat pengetahuan, kemauan dan kemampuan keluarga memicu terjadinya respon sakit pada anggota keluarga, misalnya pada orang yang sakit dan sakitnya parah baru dibawa ke pelayanan kesehatan sehingga akan memperparah penyakit tanpa adanya pencegahan terhadap resiko komplikasi. Ny. I juga mengatakan anaknya juga mengalami penurunan berat badan (BB) dan tidak mengalami peningkatan tinggi badan (TB). Berat badan adalah ukuran tubuh untuk mengetahui status gizi dan tumbuh kembang anak yang ditimbang dalam keadaan berpakaian.

Sedangkan, tinggi badan adalah antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Teori ini sependapat dengan Noorbaya (2019), berat badan merupakan hasil peningkatan/penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh antara tulang, otot, lemak, cairan tubuh dan lain-lain. Hal ini diperkuat dengan teori dari Carprnito (2010) berat badan 10%-20% atau lebih rendah dari tinggi badan yang ideal dan struktur tubuh. Hal tersebut didukung dari pengukuran BB An. B, BB An. B 8,6 kg. Menurut rumus untuk menghitung berat badan anak usia diatas 1 tahun: $2n + 8$, (n = umur anak dalam tahun) (Behrman, 1992 dalam Soetjningsih, 2014). Berat badan An. B seharusnya: $2 \times 1,8 + 8 = 11,6$ kg.

Menurut analisa penulis kurangnya asupan nutrisi pada anak balita dapat menyebabkan gizi kurang ditandai juga dengan BB yang tidak sesuai dengan usia balita. Lain halnya dengan penelitian Nuzula (2016), menjelaskan bahwa status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) yang disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu berat badan per umur (BB/U) atau *underweight*, tinggi badan per umur (TB/U) atau *stunting*, dan berat badan per tinggi badan (BB/TB) atau *wasting*. Hal ini dibuktikan dengan An.B saat ini berusia 20 bulan dengan berat badan 8,6 Kg dan tinggi badan 78 Cm. Dari data objektif An. B terlihat kecil/pendek dan kurus dengan BB 8,6 kg. Berdasarkan tabel NCHS (*National Centre for Health Statistics*) berat badan anak laki-laki usia 20 bulan normalnya adalah 9,4-14,3 kg. Sehingga berat badan An. B saat ini termasuk gizi kurang karena dalam tabel *NCHS* berat anak laki-laki usia 20 bulan termasuk gizi kurang yaitu 8,1-9,3 kg.

Data yang diperoleh saat wawancara Ny. I mengatakan bahwa An. B tidak memiliki KMS (Kartu Menuju Sehat), namun An. B setiap bulan menimbang BB,

dimana BB mengalami peningkatan dan penurunan setiap bulan. Pada penimbangan 1 bulan terakhir mengalami penurunan BB. Selain itu, pada saat pengkajian An. B tampak rewel, kaki dan tangannya kecil, rambut kemerahan. Menurut Carpenito (2009) tanda yang mengarah pada ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan masalah balita gizi kurang adalah asupan makanan yang tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan, sehingga menyebabkan penurunan berat badan dan kaki tampak kecil. Menurut penulis nutrisi atau makanan adalah kebutuhan bagi manusia, terutama bagi balita karena masa balita disebut juga masa keemasan, dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keinderaan, berpikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Selain itu, masa balita merupakan masa vital, khususnya sampai usia dua tahun, karena adanya perubahan yang cepat dan mencolok. Oleh karena itu, adanya masa vital ini, masa pemeliharaan gizi sangat penting untuk diperhatikan. Jika tidak, mengganggu proses pertumbuhan secara maksimal.

Menurut Supariasa (2013) bayi yang tidak cukup mendapatkan asupan gizi dan pola asuh yang tidak baik akan menjadi balita yang kurang gizi. Anak balita yang mengalami kurang gizi dan apabila terjadi dalam kurun waktu yang relatif lama tidak cukup mendapatkan asupan gizi akan menjadi anak usia sekolah dan remaja yang mengalami gangguan pertumbuhan. Selain itu, keluarga An. B mengalami penurunan nafsu makan (susah makan). Menurut penulis susah makan adalah menurunnya keinginan atau ketertarikan terhadap makanan yang dilihat, sensasi atau rangsangan untuk makan. Gejala ini sering tidak diperhatikan oleh pengasuh, padahal bila hal ini berjalan lama akan menyebabkan berat badan anak tidak meningkat atau bila ditimbang hanya meningkat sekitar 200 gram

setiap bulan. Padahal idealnya balita sehat peningkatannya di atas 500 gram per bulan.

Selera makan yang rendah bukan hanya karena gangguan penyakit saja tetapi bisa juga diakibatkan jenis dan bentuk makanan balita yang kurang diperhatikan. Dari gejala tersebut, sehingga berdampak pada balita baik dampak jangka pendek maupun jangka panjang (Adiningsih, 2010). Kemudian, Ny. I mempersepsikan bahwa An. B memiliki badan kecil itu dihubungkan dengan keluarga dari ayahnya yang memiliki tubuh kurus dan kecil. Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan yang dapat dikemukakan karena perasaan, kemampuan berpikir, pengalaman-pengalaman individu tidak sama, maka dari itu hasil persepsi mungkin akan berbeda antara individu yang satu dengan individu lainnya. Hal ini diperkuat dengan pendapat dari Khairani (2012) dengan pengertian diatas persepsi merupakan suatu proses yang diterima oleh individu melalui panca indera.

Proses mental yang terjadi pada diri manusia yang akan menunjukkan bagaimana kita melihat, mendengar, merasakan, memberi, serta meraba (kerja indra) disekitar. Selain itu, menurut penulis faktor anak terhadap pertumbuhan disebabkan adanya keturunan gen. Gen adalah unit pewarisan sifat bagi organisme makhluk hidup. Faktor genetik atau keturunan disebutkan memberikan pengaruh terhadap metabolisme tubuh seseorang dan secara tidak langsung mempengaruhi berat badan. Gen berperan dalam memberikan instruksi kepada tubuh untuk merespon perubahan dari sekitarnya. Namun, faktor tersebut tidak berdiri sendiri dalam mempengaruhi berat badan seseorang dan

dipengaruhi oleh faktor lain seperti asupan gizi (nutrisi), aktivitas fisik dan sebagainya (Henuhili, 2010).

Hal ini dibuktikan dengan An. B terlihat pada saat dilakukan pengkajian ekstremitas didapat bahwa An. B sudah mampu berjalan sendiri tanpa bantuan dan pada pengkajian KPSP An. B usia 20 bulan hasil pemeriksaannya adalah 8 (perkembangan anak meragukan) karena tidak terpenuhinya sebagian pada pengkajian gerak kasar pada pengkajian tersebut. KPSP adalah instrument pemeriksaan perkembangan anak yang disusun Kementerian Kesehatan RI. Kuesioner ini berisi 9-10 pertanyaan tentang kemampuan perkembangan yang telah dicapai anak, sesuai kelompok usianya (Reska, Catharine, & Bernie, 2016).

Data lain yang menunjukkan An. B mengalami gizi kurang yaitu, Ny. I mengatakan jika An. B senang makan makanan seperti keripik dan jika diberi makan nasi ia hanya mau makan 1-2 sendok saja setelah itu ia menolaknya. Adapun kecenderungan anak menyukai makanan tertentu seperti cemilan makanan ringan dan faktor ibu karena kurang memperhatikan makanan anaknya disebabkan karena kelelahan dan stress sehingga An. B juga belum pernah diberikan kreasi makanan dari ibunya agar si anak mau makan. Menurut penulis, kelelahan merupakan kondisi yang ditandai dengan perasaan lelah dan menurunkan kesiagaan serta berpengaruh terhadap produktivitas kerja. Sedangkan, menurut (Robbins, 2001 dalam Nugraheni, 2018) stress adalah gangguan pada tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan, yang dipengaruhi baik oleh lingkungan maupun penampilan individu didalam lingkungan tersebut.

2. Diagnosis Keperawatan

Proses yang dilakukan oleh penulis setelah melakukan pengkajian adalah mengelompokkan data-data yang ada, selanjutnya penulis akan melakukan analisis untuk ditegakkan diagnosa keperawatan pada keluarga Tn. L. Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (NANDA 2015-2017).

Hasil analisis pengkajian yang ditemukan penulis pada keluarga Tn. L ada beberapa data yang merujuk sesuai dengan ketidakefektifan manajemen kesehatan karena Ny. I belum mengetahui bagaimana cara pemberian makan pada anak yang mengalami gizi kurang (pengertian gizi kurang dan gizi seimbang, kandungan gizi yang dibutuhkan oleh anak dan pemberian makan makanan setiap hari dan penanganan balita yang mengalami gizi kurang) dengan dibuktikan adanya data keluarga pasien saat diberikan beberapa pertanyaan jawaban tidak sesuai, sehingga keluarga pasien ingin lebih mengetahui tentang ciri-ciri anak dengan gizi kurang, gizi-gizi seimbang yang dibutuhkan pada balita, cara yang efektif untuk meningkatkan berat badan anak.

Ketidakefektifan manajemen kesehatan adalah ketidakmampuan pengaturan dalam kebiasaan hidup sehari-hari untuk melakukan pengobatan penyakit dan lainnya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik. Menurut Wilkinson (2016) ketidakefektifan manajemen kesehatan merupakan ketidakmampuan mengidentifikasi mengelola dan/atau mencari bantuan untuk memelihara kesehatannya. Selain itu, ketidakefektifan manajemen kesehatan adalah pola mengatur dan mengintegrasikan ke dalam kehidupan sehari-hari rejimen terapeutik untuk pengobatan penyakit dan gejala

sisanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu (NANDA 2018-2020).

Batasan karakteristik untuk menegakkan diagnosis ketidakefektifan manajemen kesehatan menurut Herdman, T. H., & Kamitsuru, S (2018) antara lain: kegagalan melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko, kesulitan dengan regimen yang diprogramkan, pilihan yang tidak efektif dalam hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan, kesulitan ekonomi, ketidakberdayaan, ketidakcukupan petunjuk untuk bertindak, kompleksitas regimen terapeutik, kompleksitas sistem pelayanan kesehatan, konflik keluarga, konflik pengambilan keputusan, kurang dukungan sosial, kurang pengetahuan tentang program terapeutik, persepsi hambatan, persepsi kerentanan. Data yang penulis kumpulkan memenuhi 80% batasan karakteristik diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan

Keluarga Tn. L tidak mengenal masalah kesehatan yang ada, hal ini terjadi karena dari pihak keluarga belum mengetahui tentang penyakit yang dialami An. B dan tindakan-tindakan yang harus dilakukan agar An. B gizinya dapat terpenuhi. Keluarga tidak mengenal masalah kesehatan yang ada. Hal ini bisa dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya pengetahuan. Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai gizi kurang dapat disebabkan karena tingkat pendidikan keluarga yang masih rendah. Tingkat pendidikan berkaitan dengan pengetahuan dan merupakan tahap awal untuk bertindak serta untuk menentukan langkah berikutnya.

Pada keperawatan keluarga pengetahuan merupakan hal yang utama dan terlebih dahulu dilaksanakan karena diharapkan keluarga mengetahui dulu tentang penyakitnya agar bisa merawat anggota keluarga yang sakit. Berkaitan

dengan keluarga karena kurang pengetahuan tentang program terapeutik maka perlu untuk diberikan pendidikan kesehatan untuk memelihara kesehatan masing-masing keluarga terutama kesehatan An. B

Diagnosa keperawatan ini muncul berdasarkan hasil pengkajian penulis pada keluarga Tn. L ditemukan data subjektif bahwa Tn. L dan keluarga tidak mengetahui penyakit An. B. Keluarga memerlukan penanganan segera untuk memperoleh informasi tentang gizi seimbang, karena jika tidak segera ditangani akan mengancam kesehatan anak. Jika gangguan gizi kurang dibiarkan lama secara patofisiologi pada anak balita (12-59 bulan) adalah mengalami kekurangan energi protein, anemia gizi besi, gangguan akibat kekurangan yodium (GAKI) dan kurang vitamin A. Kekurangan sumber dari empat di atas pada anak balita dapat menghambat pertumbuhan, mengurangi daya tahan tubuh sehingga rentan terhadap penyakit infeksi, mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan, penurunan kemampuan fisik, gangguan pertumbuhan jasmani dan mental, stunting, kebutaan serta kematian pada anak balita (Rahma Faiza, 2007 dalam Alamsyah, Mexitalia, & Margawati, 2015)

Data yang diperoleh memperkuat penulis untuk merumuskan diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang program terapeutik. Sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul pada keluarga Tn. L adalah kurang pengetahuan tentang program terapeutik anggota keluarga. Kurang pengetahuan tentang program terapeutik adalah ketidaktahuan keluarga mengenai fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah (Friedman, 1998 dalam Dion dan Betan, 2013).

Teori Pudiastuti (2011), yang menjelaskan bahwa rendahnya pengetahuan orang tua terhadap penyakit dapat mengakibatkan perhatian dan kasih sayang orang tua pada anak menurun sehingga pola makan dan asupan nutrisi anak tidak optimal. Melalui pengenalan penyakit yang diderita oleh anak serta akibat yang ditimbulkan dapat menambah pengetahuan keluarga serta menumbuhkan kesadaran orang tua untuk dapat merawat anak yang mengalami gizi kurang. Sedangkan, menurut penulis kurang pengetahuan tentang program terapeutik diakibatkan oleh ketidaktahuan tentang fakta, rasa takut bila masalah diketahui baik secara sosial (seperti dicap oleh masyarakat, hilang penghargaan), secara ekonomi dan psikis.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan disebut merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Hal ini sejalan dengan yang disampaikan (Bulechek, 2013) Intervensi merupakan proses penyusunan strategi atau rencana keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan klien yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnose keperawatan. Perencanaan mencakup penentuan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan.

Dalam memprioritaskan masalah dengan menggunakan metode skoring. Metode skoring tersebut terdiri dari 4 komponen yaitu sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah dapat dicegah dan menonjolnya masalah. Tiap-tiap komponen mempunyai bobot yang berbeda. Penentuan skoring dilakukan bila diagnosa keperawatan lebih dari satu, yang

disusun berurutan dari skor tertinggi sampai skor terendah (Bailon dan Maglaya, 1978). Tahap skoring masalah diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan memperoleh skor sebesar $3\frac{1}{3}$ dan merupakan skoring tertinggi dibandingkan diagnosa keperawatan yang lain. Ketidakefektifan manajemen kesehatan memiliki skor tertinggi sehingga menjadi prioritas masalah. Penulis memprioritaskan diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan sebagai diagnosa pertama karena merupakan masalah aktual dan perlu segera ditindaklanjuti. Selain itu, jika penyakit tidak segera diatasi maka An. B maka bisa menyebabkan kematian akibat kekurangan zat-zat makanan yang dibutuhkan oleh tubuh.

Sebelum menyusun rencana keperawatan penulis menetapkan tujuan keperawatan yaitu tindakan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan keperawatan klien. Rencana keperawatan ini disusun pada hari Selasa, 21 Januari 2020 jam 19.00 WIB. Intervensi yang disusun dengan diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang program terapeutik yaitu setelah dilakukan kunjungan tindakan keperawatan diharapkan masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan dapat meningkat dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan banyak). Adapun kriteria hasil yang ditetapkan yaitu klien mampu meningkatkan pengetahuan dengan batasan karakteristik mengubah persepsi yang keliru terhadap masalah dan melakukan perilaku sesuai anjuran.

Keluarga mampu meningkatkan perilaku kesehatan dengan batasan karakteristik dapat menjelaskan perbedaan antara kedua item. Klien mampu meningkatkan pemeriksaan kesehatan dan praktik gizi yang sehat dengan batasan karakteristik mengurangi resiko komplikasi penyakit dan masalah kesehatan serta

menjalankan anjuran yang diberikan. Penulis merencanakan beberapa tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan kurang pengetahuan tentang program terapeutik berdasarkan *Nursing Intervention Classification (NIC)* (5510) antara lain: (1) Tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku kesehatan saat ini, (2) Rumuskan tujuan dalam program pendidikan kesehatan, (3) Rencanakan tindak lanjut jangka panjang untuk memperkuat perilaku kesehatan atau adaptasi terhadap gaya hidup, (5) Libatkan individu, keluarga dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan.

Intervensi keperawatan yang pertama yaitu tentukan pengetahuan kesehatan dan gaya hidup perilaku saat ini tujuan dari rencana tindakan ini yaitu untuk mengetahui seberapa paham keluarga tentang masalah gizi kurang untuk mengevaluasi pengetahuan keluarga mengenai pemahaman status gizi pada An. B dan gizi seimbang serta mengetahui pola hidup keluarga sehari-hari. Menurut Rahim (2014) dalam penelitiannya menyatakan bahwa tingkat konsumsi energi dan protein merupakan faktor langsung yang mempengaruhi status gizi balita sehingga dapat dikatakan keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi zat gizi yang dikonsumsi sehari-hari. Ketidaktahuan ibu dapat menyebabkan kesalahan pemilihan makanan terutama untuk anak balita, sehingga zat-zat gizi dalam kualitas dan kuantitas tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (Julita, 2011).

Intervensi keperawatan yang kedua yaitu merumuskan tujuan dalam program pendidikan kesehatan. Menurut (Notoatmodjo, 2012 dalam Nurmala, 2018) pengetahuan merupakan hasil yang dihasilkan setelah individu melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu, yang tingkat pengukurannya dapat

dilakukan melalui wawancara. Intervensi yang ditetapkan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan adalah menentukan pengetahuan kesehatan. Intervensi kepada keluarga Tn. L khususnya pada An.B yaitu mengkaji pengetahuan kesehatan. Intervensi ini diberikan dengan melihat masalah yang dihadapi oleh keluarga Tn. L khususnya pada An. B. Intervensi keperawatan dalam masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan yaitu dukung dengan diberikannya promosi kesehatan. Menurut (*WHO* dalam Nurmala, 2018) promosi kesehatan adalah proses yang mengupayakan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan faktor kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya, pengetahuan proses penyakit tersebut menurut penulis yaitu tindakan mengkaji tingkat pengetahuan keluarga dan memberikan edukasi kepada keluarga klien.

Tindakan tersebut juga dapat menambah wawasan kepada klien baik kepada individu, keluarga maupun kelompok masyarakat. Pendidikan kesehatan yang diberikan adalah pendidikan kesehatan tentang gizi kurang, serta pendidikan kesehatan gizi pada anak dengan gizi kurang. Penulis menegakkan 4 intervensi sesuai dengan *NIC*. Penegakan intervensi ini dianalisa penulis sangat perlu untuk diaplikasikan kepada klien seperti pendidikan kesehatan yang berguna untuk meningkatkan pengetahuan pada klien dan keluarga untuk menjaga ketidakefektifan manajemen kesehatan pada keluarga dengan gizi kurang.

Intervensi keperawatan yang ketiga yaitu libatkan individu, keluarga dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan. Menurut penulis perilaku kesehatan adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, makanan serta lingkungan. Selain itu, keterlibatan keluarga

dalam perawatan pasien yaitu keluarga mau ikut andil dalam mengembangkan perawatan saling berhubungan dan saling pengaruhi satu sama lain. Partisipasi keluarga dalam mendukung perawatan kesehatan yaitu: keluarga mampu menentukan diet untuk anak yang menderita gizi kurang, keluarga mampu mengatur pola makan didalam keluarga (Moorhead, 2013). Oleh karena itu, penulis mengajak keluarga untuk berdiskusi tentang perencanaan dan rencana implementasi dalam pendemonstrasian pembuatan modisco, formula bubur tempe. Tujuan tindakan tersebut agar keluarga mengetahui perawatan apa yang harus diberikan serta untuk menambah pengetahuan keluarga.

Intervensi keperawatan yang keempat adalah merencanakan tindak lanjut jangka panjang untuk memperkuat perilaku kesehatan atau adaptasi terhadap gaya hidup. Penulis melakukan rencana keperawatan dengan memberikan motivasi keluarga dalam perawatan anak gizi kurang secara berkesinambungan. Tujuannya agar keluarga selalu memberikan dukungan kepada klien dan bantuan karena peran keluarga itu sangat penting dan proses penyembuhan dapat berjalan dengan cepat. Menurut Perdana (2017) dukungan keluarga sangat berpengaruh karena keluarga merupakan suatu kelompok yang mempunyai peranan yang sangat penting dalam mencegah, mengadaptasi dan mengembangkan atau memperbaiki masalah kesehatan dalam keluarga. Sedangkan, intervensi yang kelima yaitu diskusikan gaya hidup sehat yang mudah dilakukan terkait dengan gizi kurang. Oleh karena itu, dengan berdiskusi keluarga dapat mengetahui bahwa kekurangan gizi yang terjadi pada An. B yang diderita oleh anggota keluarganya dapat dikontrol asalkan keluarga dapat melakukan perawatan dengan baik.

4. Implementasi Keperawatan

Setelah melakukan rencana keperawatan penulis melakukan tindakan keperawatan atau implementasi dari intervensi yang telah disusun. Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan. Menurut Tarwoto dan Wartonah (2015) implementasi merupakan tindakan keperawatan yang mencakup tindakan memandirikan keluarga dan tindakan kolaborasi. Sehubungan dengan teori tersebut penulis mendefinisikan implementasi sebagai tindakan keperawatan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya yang bertujuan untuk menciptakan keinginan merubah pada keluarga dan memandirikan keluarga .

Setelah penulis menetapkan perencanaan yang akan dilakukan, penulis mulai melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan selama 2 hari, dilakukan pada hari Rabu, 22 Januari 2020 sampai hari Kamis, 23 Januari 2020 dengan kurun waktu 2 kali pertemuan dalam setiap pertemuan dengan durasi kurang lebih 30 menit. Pada hari Rabu, 22 Januari 2020 mulai pukul 10.30 WIB, tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis adalah mengkaji pengetahuan keluarga tentang penyakit, berdiskusi dengan keluarga bahwa keluarga tidak mengetahui tentang bagaimana penanganan pada balita yang mengalami gizi kurang dan tidak mengetahui tentang gizi-gizi seimbang yang diperlukan pada balita, hal ini dibuktikan dengan keluarga belum mampu menjawab pertanyaan dari penulis tentang makanan seimbang, fungsi gizi seimbang, komplikasi jika kekurangan gizi. Data yang didapatkan adalah keluarga mengatakan tidak memahami tentang gizi kurang dan gizi seimbang pada balita serta cara perawatan anggota keluarga yang mengalami gizi kurang.

Kurangnya pengetahuan keluarga disebabkan karena pendidikan dan penyuluhan yang kurang tentang gizi pada balita. Menurut Notoatmodjo (2012) pengetahuan seseorang erat kaitannya dengan pendidikan yang diperoleh baik secara formal maupun informal. Selain itu, implementasi yang dilakukan yaitu, memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga mengenai masalah gizi seimbang sesuai kebutuhan serta menyediakan informasi tentang masalah gizi kurang dan perawatannya. Hasil yang didapat adalah keluarga dapat menjelaskan kembali materi tentang gizi seimbang dan cara perawatannya dengan diberikan beberapa pertanyaan oleh penulis setelah dilakukan pendidikan kesehatan serta menggunakan panduan leaflet yang diberikan oleh penulis, keluarga Tn. L tampak antusias saat dilakukan penyuluhan dan berdiskusi.

Pemberian pendidikan kesehatan kepada masyarakat merupakan suatu proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi dan perilaku kesehatan, kemudian melakukan tindakan yang sesuai dengan informasi yang didapatkan tersebut agar sasaran pendidikan kesehatan menjadi lebih memahami dan dapat menerapkan ilmu pengetahuannya. Pendidikan kesehatan disini berorientasi pada kegiatan pemberian informasi dan perubahan perilaku dan sikap perorangan. Teori ini didukung oleh Green (1980) perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dari orang tua atau masyarakat yang bersangkutan, disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Kholid, 2012).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi dan perilaku kesehatan, kemudian melakukan tindakan yang sesuai dengan informasi yang didapatkan tersebut agar sasaran

pendidikan kesehatan menjadi lebih memahami dan lebih sehat. Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar sasaran mampu menerapkan ilmu pengetahuan sesuai dengan kebutuhan mereka sendiri untuk mengatasi permasalahan yang mereka hadapi, dengan sumber daya yang dimiliki, serta adanya dukungan dari luar dan mampu memutuskan kegiatan yang tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat (Sari & Nurrohmah, 2019).

Keberhasilan pendidikan kesehatan juga dapat didukung dengan adanya alat bantu atau media untuk membantu memudahkan penyampaian pesan atau materi yang ingin disampaikan. Salah satu media pendidikan kesehatan yang digunakan oleh peneliti adalah media lembar balik. Pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah perilaku individu, keluarga, serta masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi sehat. Perilaku yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan atau dari perilaku negatif ke perilaku yang positif. Perilaku-perilaku yang perlu diubah misalnya adalah pola asah, asih dan asuhnya dalam lingkungan keluarga dan lain sebagainya.

Implementasi yang dilakukan pada klien gizi kurang dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan adalah menjelaskan untuk cara mengendalikan gizi kurang dengan memberikan penyuluhan, mendiskusikan pentingnya perawatan tindak lanjut medis secara teratur. Alasan penulis melakukan tindakan tersebut karena pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 Januari 2020 yang dikeluhkan keluarga yaitu keluarga tidak tahu gizi kurang dan gizi seimbang yang dibutuhkan pada balita. Implementasi keperawatan terakhir yaitu melakukan pengkajian pemeriksaan KPSP kepada An.

B. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) merupakan salah satu alat skrining/deteksi yang diwajibkan oleh Depkes untuk digunakan di tingkat pelayanan kesehatan primer. Kuesioner Pra skrining Perkembangan atau disebut KPSP merupakan suatu daftar pelayanan singkat yang ditujukan kepada para orang tua dan digunakan sebagai alat untuk melakukan skrining pendahuluan perkembangan anak usia 3 bulan sampai dengan 72 bulan. Tujuan skrining/pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP adalah untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan (Dewi, 2019).

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada hari Kamis, 23 Januari 2020 pukul 11.00 WIB tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis adalah memberikan pendidikan kesehatan tentang modisco dan formula bubur tempe serta mengaplikasikannya pembuatannya dan memberikan salah satu contoh makanan kreasi agar tampak menarik dan anak bisa tertarik untuk makan diberikan kepada keluarga Tn. L. Implementasi dilakukan pada keluarga Tn. L diantaranya pada keluarga dengan cara menyajikan makanan yang menarik sehingga nafsu makan balita meningkat dan diperagakan cara pembuatan modisco.

Metode penanganan masalah gizi kurang sebagai upaya meningkatkan kesejahteraan anak. Salah satu upaya menurunkan angka kejadian gizi kurang yaitu dengan diadakannya pelatihan pembuatan PMT (Pemberian Makanan Tambahan) modisco telah melakukan penanganan terhadap masalah gizi kurang melalui makanan tambahan yaitu modisco (modifikasi makanan tambahan) untuk pemulihan gizi buruk berupa kombinasi gula, susu dan minyak goreng/margarine selama empat bulan dapat menaikkan berat badan anak penderita malnutrisi dan dampaknya dapat menurunkan angka balita gizi kurang (Susanti, Devi, & Katmawanti, 2018).

Peningkatan pengetahuan yang diperoleh ibu karena materi yang disampaikan dengan metode ceramah disertai dengan tanya jawab mengenai PMT modisco serta demonstrasi pembuatan PMT modisco mudah dimengerti oleh ibu. Prosedur pembuatan PMT modisco dirasa tidak terlalu susah, ada tiga bahan dasar modisco yang dalam pelatihan disingkat dengan susu, gula dan margarine (SGM) (Susanti, 2018). Pelatihan pembuatan PMT modisco memberikan hasil yang baik dalam meningkatkan pengetahuan ibu. Pelatihan dilaksanakan dalam rangka memberikan pengetahuan, agar ibu mampu membuat PMT modisco sendiri dirumah untuk menurunkan angka kejadian gizi kurang untuk mencegah gizi buruk. Cara membuat segelas PMT modisco III, yang biasa diberikan untuk balita dengan status gizi kurang, penggunaan susunya 1 ¼ sdm, margarin ½ sdm dan gula 1 ¼ sdt dengan tambahan 100 ml air dan menjadi 110 ml larutan modisco per gelas setelah dicampurkan (Susanti, 2018). Respon pasien setelah diberikan pendidikan kesehatan keluarga mampu menjelaskan kembali dan mempraktekkan tentang diet yang sehat untuk anak balita.

Pembuatan modisco dilakukan juga demonstrasi pembuatan formula bubur tempe. Bubur tempe merupakan salah satu makanan fermentasi tradisional warisan nenek moyang yang terbukti mempunyai nilai gizi tinggi dan dapat digunakan sebagai sumber protein yang murah. Salah satu upaya penanganan penyakit diare yaitu dengan mengkonsumsi bubur tempe. Pemberian bubur tempe kepada penderita diare ini dapat mempersingkat durasi diare akut serta mempercepat pertambahan berat badan setelah menderita diare akut. Tempe sebagai bahan dasar pembuatan bubur dipilih karena tempe merupakan bahan pangan tradisional yang mudah didapat dan murah, tempe mengandung komponen fungsional probiotik dan prebiotik, serat larut, asam

lemak omega 3 polyunsaturated, konjugasi asam linoleat, antioksidan pada tanaman, vitamin dan mineral, beberapa protein, peptida dan asam amino seperti phospholipid (Sari & Nurrohmah, 2019).

Metode pelaksanaan kegiatan penyuluhan keluarga yang dilakukan menggunakan metode pendidikan kesehatan tentang penyakit gizi kurang dan demonstrasi tentang cara membuat bubur tempe dengan media dan bahan pembuatan bubur tempe. Media dan bahan pembuatan bubur tempe antara lain blender, tempe kukus, garam, gula air, mentega, sendok dan mangkuk (Sari & Nurrohmah, 2019). Pada An. B implementasi yang dilakukan yaitu membuat nasi yang dicampur dengan kecap, wortel, buncis, jagung manis, brokoli sebagai telinga lalu dihiasi nugget dan potongan telur dibagian badan dan jagung sebagai mata. Implementasi selanjutnya memotivasi keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan nafsu makan anak serta menganjurkan keluarga memberikan makanan sedikit tapi sering, menghadirkan makanan yang menarik bagi anak dan menghidangkn makanan yang hangat sesuai selera.

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

Implementasi keperawatan yang terakhir yaitu: mengulang kembali pengetahuan keluarga mengenai masalah gizi seimbang, memberikan dukungan motivasi keluarga dalam pemenuhan gizi pada An. B secara berkesinambungan serta mendiskusikan gaya hidup sehat yang mudah dilakukan terkait dengan anak gizi kurang. Hasil yang diperoleh adalah keluarga menjelaskan tentang diet gizi seimbang pada An. B keluarga juga mengatakan akan selalu mendukung An. B agar masalah kesehatan yang dialami An. B tidak terjadi berkepanjangan selain itu keluarga juga mengatakan sudah mengerti pentingnya pengontrolan BB dan TB yang dilakukan setiap bulan di posyandu secara rutin agar masalah kesehatan gizi kurang yang dialami An. B dapat terkontrol.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Proses terakhir yang dilakukan oleh penulis adalah melakukan evaluasi dari setiap implementasi yang telah dilakukan. Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, evaluasi berguna untuk melihat keberhasilan atau tidaknya perawat setelah implementasi dilakukan. Bila tidak atau belum berhasil, perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan keluarga, untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan klien/keluarga.

Tahapan evaluasi juga dikembangkan dengan adanya dukungan anggota keluarga serta bagaimana respon keluarga terhadap intervensi yang telah diimplementasikan dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan (Riasmini, 2017). Indikator keberhasilan pelatihan yaitu dengan adanya evaluasi kegiatan pelatihan yang dilakukan dengan membandingkan tingkat pengetahuan dan pemahaman peserta pelatihan

sebelum dan sesudah pelatihan (Widyasanti, 2016). Oleh karena itu, proses ini digunakan untuk menentukan mudah atau sulitnya dalam melaksanakan evaluasi. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan atau evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai tujuan tercapai. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Dion dan Betan, 2015).

Evaluasi hasil yang didapat setelah pengelolaan selama 2 hari kepada keluarga Tn. L, penulis melakukan evaluasi akhir pada Kamis, 23 Januari 2020 pukul 12.15 WIB masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang program terapeutik sudah teratasi sebagian. Keluarga sudah memahami konsep dan teori mengenai gizi kurang dan gizi seimbang sekitar 80% dari keseluruhan pertanyaan yang diberikan. Hal ini dibuktikan saat diberikan pertanyaan, misalnya: Apa pengertian dari gizi kurang dan gizi seimbang pada balita?, Apa penyebab anak mengalami tidak nafsu makan?, Siapa yang menjadi sasaran utama dalam pemberian makanan tambahan modisco?, Apa saja komponen zat gizi yang harus dipenuhi balita pada masa pertumbuhan?, Apa saja keuntungan pemberian makanan tambahan modisco dan bubur tempe? dan bagaimana cara meningkatkan berat badan balita yang mengalami gizi kurang?

Sekian dari pertanyaan yang diberikan keluarga Tn. L dapat menjelaskan kembali materi dan konsep tentang pengertian gizi kurang dan gizi seimbang, tanda gejala, penanggulangan gizi kurang serta dapat menjelaskan kembali 3 kandungan zat gizi yang diperlukan oleh balita, pemberian makan-makanan sehari-hari pada anak balita dan pembuatan modisco dan bubur tempe untuk

memperbaiki gizi pada balita yang menderita gizi kurang. Masalah gizi kurang sendiri tidak bisa diatasi dengan waktu yang singkat dan pada pelaksanaan tindakan keperawatan disini keluarga baru memperoleh pendidikan kesehatan dan planingnya yaitu anjurkan kepada keluarga untuk memberikan makanan sedikit tapi sering dan memeriksakan kesehatan secara rutin ke posyandu setiap satu bulan.

Metode pelatihan dengan demonstrasi dan praktik memberikan keefektivitasan yang bermakna terhadap peningkatan pengetahuan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rapiasih, 2010) menyimpulkan bahwa ada peningkatan pengetahuan sesudah diadakan pelatihan dengan presentase sebelum 14,12 % dan sesudah 71,00 % peningkatan sebesar 56,88%. Hal tersebut sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu meningkatkan perilaku kesehatan tentang kebersihan lingkungan dari skala 1 (tidak ada pengetahuan) menjadi skala 3 (pengetahuan sedang), mempraktikan gizi yang sehat dari skala 1 (tidak ada pengetahuan) menjadi skala 4 (pengetahuan banyak), meningkatnya sumber informasi dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi skala 3 (pengetahuan sedang) dan pemeriksaan kesehatan yang dirokomendasikan dari skala 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan banyak) dibuktikannya saat diberikan pertanyaan.

Hasil asuhan keperawatan dengan hasil pembelajaran sebelumnya membuktikan bahwa adanya kesesuaian terhadap hasil yang dicapai yaitu masalah teratasi sebagian. Dalam proses peningkatan pengetahuan pada keluarga Tn. L, penulis menemukan faktor pendukung yang memudahkan penulis untuk menyelesaikan masalah tersebut. Faktor pendukungnya yaitu dari pihak keluarga Tn. L sangat kooperatif, memperhatikan bahkan sering mengajukan

pertanyaan yang keluarga Tn. L belum dipahami. Faktor penghambat pada penyelesaian masalah ini yaitu pada saat dilakukan pendidikan kesehatan, tidak semua anggota keluarga khususnya Tn. L sebagai ayah dari An. B tidak ada dapat mengikuti pendidikan kesehatan karena kesibukannya.

Penyuluh memahami jika akan kurangnya pengetahuan tersebut dengan diberikan pendidikan kesehatan serta liflet, lembar balik dan dengan adanya tempat pelayanan kesehatan seperti Pustu dan Puskesmas terdekat menjadi peluang yang dimiliki oleh keluarga tersebut untuk memperoleh suatu informasi dan memudahkan klien dan keluarga untuk menambah wawasan tentang penanganan gizi kurang pada balita dan manajemen kesehatan.