



MANUSKRIP

**PENGELOLAAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMELIHARAAN KESEHATAN
PADA KELUARGA Tn. W DENGAN GIZI KURANG
DI KELURAHANCANDIREJO UNGARAN**

**Oleh :
ENI PUSPITAWATI
080116A023**

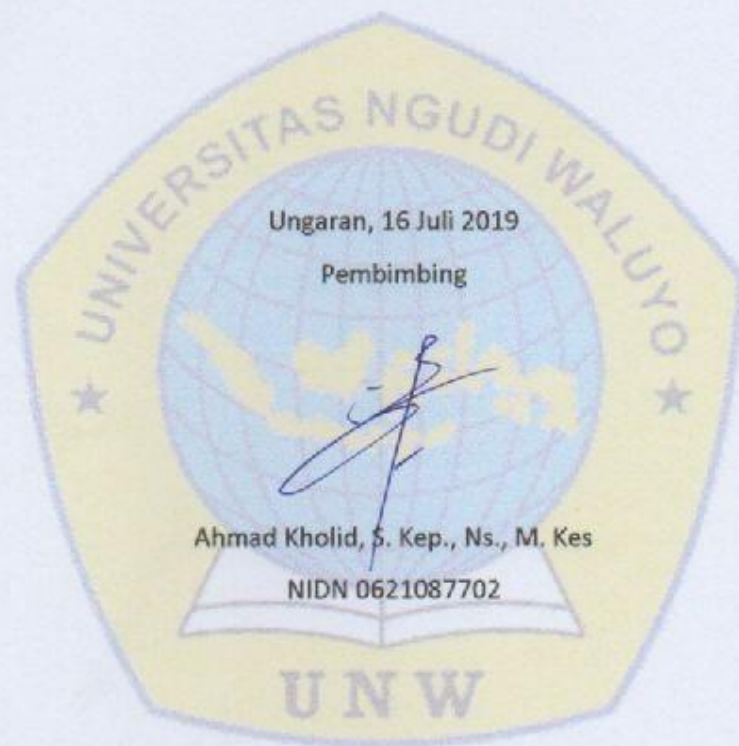
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

Manuskrip yang berjudul "Pengelolaan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Pada Keluarga Tn. W Dengan Gizi Kurang di Kelurahan Candirejo Ungaran" disetujui oleh pembimbing Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Ngudi Waluyo, disusun oleh :

Nama : Eni Puspitawati

NIM : 080116A023



**PENGELOLAAN KETIDAKEFEKTIFAN PEMELIHARAAN KESEHATAN PADA
KELUARGA Tn. W DENGAN GIZI KURANG
DI KELURAHAN CANDIREJO UNGARAN**

Eni Puspitawati*, Ahmad Kholid**

Universitas Ngudi Waluyo

enysyantik4@gmail.com

ABSTRAK

Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan adalah ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan/atau mencari bantuan untuk mempertahankan kesehatan. Tujuan penulisan ini untuk mendeskripsikan pengelolaan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan pada keluarga Tn. W dengan gizi kurang di kelurahan Candirejo Ungaran.

Pemberian asuhan keperawatan pada keluarga Tn. W khususnya An. M dilakukan selama 2 hari dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Pada tahap pengkajian, penulis melakukan dengan metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Implementasi yang sudah dilakukan adalah melakukan pengkajian penilaian KPSP usia 24 bulan dan menjelaskan pendidikan kesehatan pada keluarga Tn. W mengenai gizi kurang dan kandungan susu kotak dengan menggunakan media lembar balik dan leaflet.

Hasil pengelolaan didapatkan masalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan, keluarga memperhatikan dan melakukannya, keluarga memperhatikan dan faham, keluarga dan klien mampu mengikuti arahan yang diberikan untuk memelihara kesehatan pada penderita gizi kurang.

Saran bagi keluarga diharapkan pola hidup sehat untuk menjaga kesehatan dengan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di sekitarnya serta mampu melaksanakan tugas dan fungsi keluarga.

Kata kunci : ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

Kepustakaan : 34 (2010-2018)

ABSTRACT

The ineffectiveness of health care is the inability to identify, manage, and / or seek help to maintain health. The purpose of this paper is to describe the management of the ineffectiveness of health care on the family of Mr. W with malnutrition at Candirejo village Ungaran.

The provision of nursing care to the family of Mr. W especially child M was conducted for 2 days starting from the assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation stages.

At the assessment stage, the writer conducted interviews, observation, and physical examination. The implementation that had been done was conducting an KPSP assessment of the 24-month and explaining health education to the family of Mr. W regarding malnutrition and the content of milk by flipchart media and leaflets.

The results of the management found the problem of ineffectiveness of health care, family pay attention and understand the instruction, family and client are able to follow directions given to maintain health in patients with malnutrition.

Suggestions for families are expected to have a healthy lifestyle to maintain health by using existing health care facilities in the neighborhood and carry out family duties and functions.

Keywords : The Ineffectiveness of health care

Literature : 34 (2010-2018)

Latar Belakang

Masa balita adalah masa perkembangan fisik dan mental yang pesat. Pada masa ini otak balita telah siap menghadapi berbagai stimulasi seperti berjalan dan berbicara lebih lancar. Perlunya perhatian lebih dalam tumbuh kembang diusia balita didasarkan fakta bahwa kurang gizi yang terjadi pada masa emas ini bersifat *irreversible* (tidak dapat pulih). Makanan seimbang pada usia ini perlu diterapkan karena akan mempengaruhi kualitas pada usia dewasa dan selanjutnya (Marmi 2013 dalam Kinasih, dkk. 2016 dalam Azizah 2017).

Masalah gizi secara garis besar merupakan dampak dari ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran zat gizi (nutritional imbalance), yaitu asupan yang melebihi keluaran gizi tersebut atau

sebaliknya pada saat memilih bahan makanan yang salah untuk disantap. Adanya penyakit kronis, berat badan lebih dan kurang, karies dentis, serta alergi juga dapat menyebabkan kurang gizi. Salah satu masalah kurang gizi yang masih terjadi yaitu gizi kurang (Arisman, 2009 dalam Azizah 2017).

Gizi kurang merupakan gangguan kesehatan akibat kekurangan atau ketidakseimbangan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, aktivitas berfikir dan semua hal yang berhubungan dengan kehidupan (Khaidirmuhaj, 2009 dalam Hasdianah, dkk. 2014).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi gizi buruk – kurang secara nasional cenderung flutuatif, pada status gizi kurang mengalami peningkatan sebesar 0,9% dari tahun 2007 yaitu sebesar

13,0% menjadi 13,9% pada tahun 2013 dan kembali mengalami penurunan pada tahun 2018 sebesar 0,1% menjadi 13,8%. Sementara prevalensi gizi buruk yaitu 5,4% pada tahun 2007, mengalami peningkatan pada tahun 2013 yaitu sebesar 5,7% dan kembali mengalami penurunan pada tahun 2018 sebesar 3,9%. Target RPJMN pada tahun 2019 sebesar 17% dari data Risesdas 2018 yaitu sebesar 17,7%.

Secara umum prevalensi gizi buruk di Indonesia adalah 5,4% dan gizi kurang 13,0% atau 18,4% untuk gizi buruk dan gizi kurang. Bila dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi pada rencana pembangunan jangka menengah (RPJM) tahun 2015 sebesar 20% dan target MDG's untuk Indonesia sebesar 18,5%, maka secara nasional target-target tersebut sudah terlampaui. Berdasarkan jenis kelamin, gizi buruk pada laki-laki sedikit lebih tinggi dibandingkan perempuan.

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pemantauan status gizi (PSG) Dinas Kesehatan Jawa Tengah pada tahun 2017 prevalensi balita yang mengalami gizi kurang sebesar 14,0%. Presentase gizi kurang pada anak balita umur 0 – 23 bulan menurut kabupaten/kota terutama pada kota Semarang pada tahun 2017 yaitu sebesar 5,9%, sedangkan status gizi kurang pada anak balita umur 0 – 59 bulan tahun 2017 sebesar 6,8% lebih sedikit dari pada balita usia 0 – 23 bulan.

Balita kurang gizi pada awalnya ditandai oleh adanya sulit makan. Gejala ini sering tidak diperhatikan oleh pengasuh,

padahal bila hal ini berjalan lama akan menyebabkan berat badan anak tidak meningkat atau bila ditimbang hanya meningkat sekitar 200 gram setiap bulan. Padahal ideal berat badan balita sehat peningkatannya diatas 500 gram setiap bulan. Selera makan yang rendah bukan hanya karena gangguan penyakit saja tetapi bisa juga diakibatkan jenis dan bentuk makanan balita yang kurang diperhatikan (Adiningsih, 2010 dalam Azizah, 2017).

Banyak faktor yang menjadi penyebab terjadinya angka gizi kurang, antara lain faktor kemiskinan, pendidikan dan pengetahuan orang tua, pola asuh orang tua, makanan pendamping, infeksi dan penyakit penyerta seperti HIV/AIDS, kondisi psikologi anak, keamanan negara, terbatasnya fasilitas kesehatan, tidak diberikannya ASI eksklusif, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), nutrisi pada masa kehamilan. Pada faktor ini keluarga berkewajiban untuk menanamkan budaya hidup sehat kepada setiap keluarga (Jamra & Bankar, 2013; Pei, Ren & Yam, 2014; Ghazi, Musta, Isa & Abdalqader, 2013; McDonald, Kupka, Manji, Okuma, Bosch, Aboud, 2012; Kumar & Singh, 2013; Lastanto, 2015).

Keluarga adalah unit sosial terkecil dari sebuah masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya, yang tinggal dalam satu rumah dan saling berinteraksi (Ratnawati, 2017). Keluarga memiliki lima tugas kesehatan utama yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, merawat

anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, menciptakan suasana rumah yang sehat, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya (independen) (Muhlisin, 2012). Kelima tugas keluarga tersebut harus dijalankan dengan baik, jika tidak dijalankan akan mengakibatkan masalah kesehatan salah satunya adalah gizi kurang.

Masalah kesehatan gizi kurang dapat terjadi karena kurangnya pemahaman anggota keluarga terhadap pemeliharaan kesehatan.

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan Pengelolaan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Pada Keluarga Tn. W Dengan Gizi Kurang.

METODE

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan kasus. Pengelolaan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan dilakukan selama 2 hari sengan teknik data berupa wawancara dan observasi secara langsung kepada pasien dan keluarga.

HASIL

Hasil pengelolaan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan pada keluarga Tn. W dengan gizi kurang keluarga mampu merawat keluarganya lebih efektif.

PEMBAHASAN

Berdasarkan tinjauan kasus yang telah dilakukan, pada bab ini penulis akan membahas dan menguraikan masalah yang muncul saat pengelolaan Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Pada Keluarga Tn. W Dengan Gizi Kurang

di Kelurahan Candirejo Ungaran, pengelolaan kasus dilakukan selama 2 hari mulai tanggal 21 Januari 2019 sampai 22 Januari 2019 dan dilakukan evaluasi menyeluruh 1 hari pada tanggal 22 Januari 2019. Adapun pembahasan dimulai dari pengkajian, diagnosa utama, intervensi, implementasi dan evaluasi dan untuk lebih jelasnya akan diuraikan dalam pembahasan satu persatu sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Tujuan dari pengkajian adalah untuk mendapatkan data yang komprehensif (Tarwoto & Wartonah, 2015). Pengkajian ini dilakukan pada hari Senin, 21 Januari 2019 pada pukul 10.00 WIB, di kelurahan Candirejo Rt 05 Rw 03 Ungaran. Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan metode autoanamnesa, karena menggunakan metode langsung (autoanamnesa) lebih baik dibandingkan pendekatan tidak langsung (allowanamnesa).

Dari hasil pengkajian penulis mendapat data sebagai berikut: identitas: An. M berumur 3 tahun dan bertempat tinggal di Kelurahan Candirejo Rt 05 Rw 03 Ungaran. Pada saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik Ny. S mengatakan anaknya susah untuk diajak makan dan terkadang An. M meminta makanan yang hanya disukai saja dan An. M tidak suka makan sayur. An. M mengalami

gizi kurang sejak usia 8 bulan hingga saat ini An. M berusia 3 tahun dengan berat badan 10,2 kg. Hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan pada An. M yaitu BB 10,2 kg, TB 80,3 cm Suhu 38,1°C, An. M tampak kurus, konjungtiva anemis, warna rambut kehitaman, kulit tampak kering.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarag mengacu pada P-E-S diimana untuk problem (P) dapat digunakan tipologi dan etiologi (E) berkenan dengan 5 tugas keluarga dalam hal kesehatan/keperawatan menurut (Friedman, 2010 dalam Azizah, 2017). Pada perumusan diagnosa yang didapatkan dari analisa data berdasarkan data subyektif dan obyektif.

Masalah yang didapatkan adalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan sumber daya tidak cukup, data ini didukung oleh data subyektif: Ny. S mengatakan sudah mengetahui bahwa An. M berada pada kondisi berat badannya yang kurang. Ny. S mengatakan terkadang kebutuhan gizi anaknya tidak terpenuhi. Ny. S mengatakan An. M jarang diajak keluar rumah untuk bersosialisai dengan lingkungan sekitar, hanya saja terkadang tetangganya berkunjung ke rumah Tn. W dan hampir setiap hari An. M berada dirumah dan hanya bermain bersama kakak dan orangtuanya. Ny. S mengatakan sudah pernah

diajarkan bagaimana cara pembuatan susu modisko tetapi Ny. S tidak pernah mempraktikkan hal tersebut. Ny. S mengatakan kegiatan sehari – hari dilakukan oleh Ny. S sendiri dikarenakan Tn. W bekerja shift , meskipun Tn. W berada dirumh tetapi Tn. W beristirahat sehingga terkadang dalam memberikan makanan Ny. S masak seadanya untuk memenuhi pemenuhan makanan sehari – hari. Sedangkan data obyektif yang mendukung yaitu: An. M tampak lemah, BB 10,2 kg, TB 80,3 cm, konjungtiva anemis dan kulit tampak kering.

3. Intervensi Keperawatan

Menurut Widyanto (2014), perencanaan asuhan keperawatan komunitas disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan. Rencana keperawatan yang telah disusun harus mencakup perumusan tujuan, rencana tindakan keperawatan spesifik yang telah akan dilakukan serta kriteria hasil untuk menilai pencapaian tujuan.

Dari diagnosa yang telah ditetapkan dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x45 menit, maka masalah masalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan dapat berkurang dengan kriteria hasil Pengetahuan: Perilaku Kesehatan, praktik gizi yang sehat; layanan peningkatan kesehatan; layanan perlindungan kesehatan. Sehingga telah disusun

perencanaan keperawatan yaitu bimbingan antisipatif. Bimbingan antisipatif adalah persiapan pasien untuk mengantisipasi perkembangan dan situasi krisis (Bulecheck, 2013).

Perencanaan dari bimbingan antisipatif antara lain : Berikan informasi mengenai harapan – harapan yang realistis terkait dengan perilaku pasien; Latih teknik yang digunakan untuk beradaptasi terhadap perkembangan situasi krisis dengan klien secara tepat; Sediakan bahan rujukan yang tersedia untuk klien secara tepat; Jadwalkan kunjungan terkait dengan perkembangan situasi dan strategi yang tepat; Libatkan keluarga maupun orang terdekat klien jika memungkinkan.

4. Implementasi keperawatan

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2015), implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan ini mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan selama 2 hari yaitu: pada hari ke-1 melakukan pengkajian penilaian KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan) pada anak usia 3 tahun dengan menyediakan alat dan bahan untuk melakukan penilaian KPSP tersebut. 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 pertanyaan singkat yang ditujukan kepada para orangtua dan dipergunakan sebagai alat untuk melakukan skrining pendahuluan perkembangan anak usia 3 bulan sampai 72 bulan (Prasida, 2015 dalam Eko Wati, 2016). Pada hasil skrining KPSP, pada An. M yang berumur 3 tahun dan dilakukan skrining KPSP usia 24 bulan. Hasil dari skrining An. M mampu melakukan semua aktivitas.

Pada implementasi hari ke-2 yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi kurang dan memberikan pengetahuan tentang kandungan pada susu kotak (susu formula). Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, di mana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam individu, kelompok, atau masyarakat itu sendiri (Wahid Iqbal M & Nurul Chayatin, 2009:9-10, dalam Purnama sari, 2013).

Pada hasil implementasi Ny. S selaku ibu An. M sudah mengetahui kandungan susu kotak yang diberikan kepada An. M, hanya saja Ny. S mengikuti apa yang disukai oleh anaknya tersebut sehingga susu

tersebut masih diberikan meskipun terkadang Ny. S membatasi dalam pemberian susu kotak tersebut. Pada saat diberikan pendidikan kesehatan tentang kandungan susu kotak Ny. S sudah memahami dan akan mengontrol pemberian susu kotak tersebut setiap sehari 1 susu kotak.

5. Evaluasi

Setelah melakukan pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan dan implementasi maka langkah terakhir adalah evaluasi. Evaluasi hasil yang didapat setelah pengelolaan selama 2 hari terhadap kriteria hasil menunjukkan bahwa adanya upaya An. M dalam mengkaji penilaian KPSP anak usia 24 bulan sudah tercapai sebagian. Ny. S dan keluarga mengatakan sudah memahami dan mengetahui pendidikan kesehatan tentang gizi kurang. Namun terkadang Ny. S belum mampu mengontrol kebiasaan An. M dalam mengkonsumsi susu kotak dalam sehari – hari, sehingga perlu pemantauan lebih ketat dalam upaya tidak membiasakan An. M untuk mengkonsumsi susu kotak setiap hari.

SIMPULAN

Dari hasil yang telah dilakukan penganalisaan data, penulis merencanakan tindakan keperawatan dan melakukan implementasi selama 2 pertemuan dengan durasi 40 menit setiap pertemuan. Implementasi dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pada

keluarga Tn. W melalui materi yang ada agar meningkatkan pengetahuan menjadi lebih efektif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil yang baik yaitu masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

Adiningsih, S. (2010). *Waspada! Gizi Balita Anda*. Jakarta : PT Elex Medika Komputindo.

Azizah, P, N. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Balita Diwilayah Kerja Puskesmas Lubuk Kilangan*. <https://www.scribd.com/document/377573662/Putri-Nur-Azizah-D-III-Keperawatan-2017-x>, diakses pada tanggal 20 Januari 2019 Jam 22.00 WIB.

Bulecheck, dkk. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC). 6 th Edition*. Missouri : Elseiver Mosby.

Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2017). *Buku Saku Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2017*. http://www.kemas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Buku-Saku-Nasional-PSG-2017_975, diakses pada tanggal 15 Januari 2019 Jam 11.20 WIB.

Eko, W, D. (2016). *Pengetahuan Guru PAUD Tentang KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan) Sebagai Alat Deteksi Tumbuh Kembang Anak*. <http://journals.ums.ac.id/index.php/varidika/article/download/3028/1966>, diakses pada

tanggal 21 April 2019 Jam
12.48 WIB.

- Friedman, M, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Hasdianah, Handu. S., & Nurwijayanti. (2014). *Gizi, Pemantapan Gizi, Diet dan Obesitas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Jamra, V. & Bankwar, V. (2013). Effect of Short Term Community Based Intervention to Reduce The Prevalence of Under Nutrition In Under Five Children. *Niatjl Community Med*, 4(3): 413-417.
- Kementerian Kesehatan. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpp_2018/Hasil%20Riskesdas%202018, diakses pada tanggal 15 Januari 2018 Jam 11.15 WIB.
- Lastanto. (2015). *Analisis faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Balita Gizi Kurang Di Wilayah Kerja Puskesmas Cebongan*. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/21/01-gdl-lastantoni-1047-1-skripsi-f.pdf>, diakses pada tanggal 29 Januari 2019 Jam 20:57 WIB.
- Muhlisin. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Purnama, S. (2013). *Pendidikan Kesehatan Sekolah Sebagai Proses Perubahan Perilaku Siswa*. <https://journals.uny.ac.id/index.php/jpii/article/viewFile/3017/2510>, diakses pada tanggal 21 April 2019 Jam 13.00 WIB.
- Ratnawati, E. (2017). *Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tarwoto & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi: 4. Jakarta.
- Widyanto. (2014). *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Sorowajan.
- Hasdianah, Handu. S., & Nurwijayanti. (2014). *Gizi, Pemantapan Gizi, Diet dan Obesitas*. Yogyakarta : Nuha Medika.