

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow. Wolf et al, (1984) menyatakan dalam kutipan buku Mubarak (2005) hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

a. Kebutuhan fisiologis (*physiologis needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang kekurangan makanan, keselamatan, dan cinta biasanya akan berusaha memenuhi kebutuhan akan makanan sebelum memenuhi kebutuhan akan cinta. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi, urine dan alvi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperature tubuh dan kebutuhan seksual

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis, maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi, bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing

- c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*)

Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial

- d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*)

Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain

- e. Kebutuhan aktualisasi diri (*needs for self actualization*)

Kebutuhan ini meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri) belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif, mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya.

2. Konsep kebutuhan dasar nutrisi

a. Definisi nutrisi

Menurut Kozier (2004) dikutip dalam buku Haswita (2013) istilah gizi berasal dari bahasa arab *gizawi* yang berarti nutrisi. Oleh para ahli istilah tersebut diubah menjadi gizi. Gizi adalah substansi organik dan non organik yang ditemukan dalam makanan dan dibutuhkan oleh tubuh agar dapat berfungsi dengan baik. Menurut BKKBN (1988) dikutip dalam buku Haswita (2013) kebutuhan gizi seseorang ditentukan oleh faktor usia, jenis kelamin, jenis kegiatan, dan sebagainya

Menurut Haswita (2017) nutrisi adalah bahan organik dan an organik yang terdapat dalam makanan dan dibutuhkan oleh tubuh agar dapat berfungsi dengan baik. Nutrisi dibutuhkan oleh tubuh untuk memperoleh energi bagi aktivitas tubuh, membentuk sel dan jaringan tubuh, serta mengatur berbagai proses kimia di dalam tubuh

b. Elemen nutrient/zat gizi

Menurut Haswita (2017) nutrien merupakan elemen penting untuk proses dan fungsi tubuh. Ada 6 kategori makanan yaitu: air, karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.

1) Air

Air merupakan media transport nutrisi dan sangat penting bagi kehidupan sel-sel tubuh dan merupakan komponen terbesar penyusun tubuh (50%-70% tubuh manusia adalah air) Setiap hari sekitar 2 liter air masuk kedalam tubuh kita melalui minum, sedangkan cairan digestif yang di produksi oleh berbagai organ saluran pencernaan sekitar 8-9 liter sehingga 10-11 liter cairan beredar dalam tubuh. Namun demikian, dari 10-11 liter air yang ada di dalam tubuh hanya 5-200 ml yang dikeluarkan melalui feses dan sisanya di reabsorbsi. Kebutuhan asupan air akan meningkat jika terjadi peningkatan pengeluaran air, misalnya keringat, diare atau muntah. Air dapat masuk ke dalam tubuh melalui air minum, makanan, buah dan sayuran. Fungsi air di dalam tubuh antara lain:

- a) Sebagai alat angkut berbagai senyawa, baik nutrient maupun sisa-sisa metabolisme
- b) Sebagai media berbagai reaksi kimia dalam tubuh
- c) Mengatur suhu tubuh

2) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi tubuh. Karbohidrat akan terurai dalam bentuk glukosa yang dimanfaatkan tubuh dan kelebihan glukosa akan disimpan di hati dan di jaringan otot dalam bentuk glikogen. Fungsi karbohidrat di dalam tubuh adalah:

- a) Sumber energi
- b) Pemberian rasa manis pada makanan
- c) Penghemat protein
- d) Pengatur metabolisme lemak
- e) Membantu pengeluaran feses tubuh

3) Protein

Protein merupakan unsur zat gizi yang sangat berperan dalam penyusunan senyawa-senyawa penting seperti enzim, hormon dan antibodi. Sumber protein dapat berupa hewani (berasal dari binatang seperti susu, daging, telur, hati, udang, kerang, ayam dan sebagainya) ataupun dari jenis nabati (berasal dari tumbuhan seperti jagung, kedelai, kacang hijau, tepung terigu dan sebagainya) Fungsi protein adalah:

- a) Dalam bentuk albumin berperan dalam keseimbangan cairan yaitu dengan meningkatkan tekanan osmotik koloid serta keseimbangan asam basa
- b) Pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh
- c) Pengaturan metabolisme dalam bentuk enzim dan hormon
- d) Sumber energi di samping karbohidrat dan lemak
- e) Dalam bentuk kromosom, protein berperan sebagai tempat menyimpan dan meneruskan sifat-sifat keturunan tubuh

4) Lemak

Lemak atau lipid merupakan sumber energi yang menghasilkan jumlah kalori lebih dasar daripada karbohidrat dan protein. Sumber lemak dapat berasal dari nabati dan hewani, lemak nabati mengandung lebih banyak asam lemak tak jenuh seperti kacang-kacangan, kelapa dan lainnya. Sedangkan, lemak hewani banyak mengandung asam lemak jenuh dengan rantai panjang seperti pada daging sapi, kambing dan lain-lain. Fungsi lemak dalam tubuh adalah:

- a) Sumber energi, setiap 1 gram lemak menyediakan energi sebesar 9 kkal
- b) Melarutkan vitamin sehingga dapat diserap oleh usus
- c) Penyusun hormone seperti biosintesis hormone steroid
- d) Pembentukan jaringan adipose atau jaringan lemak. Jaringan ini berfungsi menyimpan cadangan energi, mencegah

kehilangan panas yang berlebihan dari tubuh, dan melindungi organ-organ lunak dari kekerasan tubuh

5) Vitamin

Vitamin merupakan senyawa organik yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah kecil agar tetap sehat. Vitamin diklasifikasi menjadi 2 yaitu: pertama vitamin larut dalam lemak seperti vitamin A, D, E dan K. Kedua vitamin yang larut dalam air seperti: vitamin B dan C tubuh

6) Mineral

Mineral merupakan salah satu unsur makanan yang dibutuhkan oleh tubuh karena berperan dalam berbagai macam kegiatan tubuh. Umumnya mineral diserap dengan mudah oleh usus dinding usus halus secara difusi atau transpor aktif tubuh

c. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan zat gizi

Menurut Haswita (2017) beberapa hal penting yang mempengaruhi kebutuhan zat gizi adalah:

1) Ukuran tubuh

Orang yang bertubuh besar memerlukan zat gizi lebih banyak dari orang bertubuh kecil tubuh

2) Usia

Pada usia remaja yang banyak aktivitas dan terjadi pertumbuhan yang pesat akan lebih banyak membutuhkan zat pembangun dan zat tenaga dibanding yang sudah mulai tua tubuh

3) Jenis kelamin

Pada usia tertentu pria membutuhkan lebih banyak zat gizi dari pada wanita karena aktivitasnya atau karena ukuran tubuh yang lebih besar. Untuk zat gizi tertentu kadang wanita memerlukan lebih banyak daripada pria tubuh

4) Pekerjaan

Perbedaan pekerjaan terutama pekerjaan yang memerlukan banyak kekuatan otot akan lebih banyak memerlukan zat gizi daripada pekerjaan yang memerlukan otak tubuh

5) Keadaan hamil dan menyusui

Ibu hamil dan menyusui memerlukan lebih banyak zat gizi dari pada wanita dalam keadaan tidak hamil atau menyusui. Hal ini dikarenakan pertumbuhan janin dalam kandungan, persediaan makanan bayi pada waktu dilahirkan serta bahan persiapan air susu ibu tubuh

d. Faktor yang mempengaruhi asupan nutrisi seseorang

1) Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang tentang manfaat makanan bergizi dapat mempengaruhi pola konsumsi makan tubuh

2) Prasangka atau mitos

Prasangka buruk terhadap beberapa jenis bahan makanan bergizi tinggi dapat mempengaruhi gizi seseorang tubuh

3) Kebiasaan

Adanya kebiasaan yang merugikan atau pantangan terhadap makanan tertentu dapat mempengaruhi status gizi tubuh

4) Kesukaan

Kesukaan yang berlebihan terhadap suatu jenis makanan dapat mengakibatkan kurangnya variasi makanan, sehingga tubuh tidak memperoleh zat-zat yang dibutuhkan dibutuhkan secara cukup tubuh

5) Ekonomi

Status ekonomi dapat mempengaruhi perubahan status gizi karena penyediaan makanan bergizi membutuhkan pendanaan yang tidak sedikit tubuh

e. Faktor berat badan

Menurut Almatier (2005) kebutuhan energi untuk AMB (angka metabolisme basal) diperhitungkan menurut berat badan normal atau ideal. Cara menetapkan berat badan ideal yang sederhana dengan menggunakan rumus Brocca, yaitu:

Berat badan ideal (kg) = (Tinggi badan dalam cm – 100) – 10%

Cara lain menilai berat badan adalah dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan rumus:

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m}^2\text{)}}$$

Tabel 2.1
Kategori Batas Ambang IMT

	Kategori	Batas Ambang
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	<17, 0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17, 0 – 18, 5
Normal		>18, 5 – 25, 0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	>25, 0 – 27, 0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	>27, 0

Sumber: Almtsier, 2005

f. Masalah kebutuhan nutrisi

1) Kekurangan nutrisi

- a) Keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa (normal) atau risiko penurunan berat badan akibat ketidakcukupan asupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme tubuh
- b) Tanda klinis: BB 10-20% dibawah normal, TB dibawah ideal, adanya kelemahan dan nyeri tekan pada otot, adanya penurunan albumin serum
- c) Penyebab: disfagia, nafsu makan menurun, penyakit infeksi dan kanker, penurunan absorbs nutrisi tubuh

2) Kelebihan nutrisi

- a) Suatu keadaan yang dialami seseorang yang mempunyai risiko peningkatan BB akibat asupan kebutuhan metabolisme tubuh
- b) Tanda klinis: BB lebih dari 10% BB ideal, obesitas, aktivitas menurun dan monoton, lipatan kulit trisep lebih dari 15 mm pada pria dan 25 mm pada wanita tubuh
- c) Penyebab: perubahan pola makan, penurunan fungsi pengecap

3) Obesitas: Bb yang mencapai >20% bb normal

4) Malnutrisi

Malnutrisi adalah suatu keadaan terganggunya kemampuan fungsional atau defisiensi integritas struktural atau perkembangan yang disebabkan oleh ketidaksesuaian antara suplai nutrisi esensial untuk jaringan tubuh dengan kebutuhan biologis spesifik. Malnutrisi dapat disebabkan oleh:

- a) *Under nutrition*, disebabkan karena kekurangan pangan secara relatif atau absolute selama periode tertentu
 - b) *Specific deficiency*, disebabkan karena kekurangan zat gizi tertentu, misalnya kekurangan vitamin A, yodium, Fe dan lain lain
 - c) *Over nutrition*, disebabkan karena kelebihan konsumsi pangan untuk periode tertentu
 - d) *Imbalance*, disebabkan karena disporposi zat gini, misalnya kolesterol terjadi karena seimbangnya, LDL (*low density lipoprotein*) HDL (*high density lipoprotein*), dan VLDL (*very low density lipoproteins*)
- 5) Diabetes melitus yaitu gangguan kebutuhan nutrisi yang ditandai dnegan adanya gangguan metabolisme karbohidrat akibat kekurangan insulin atau penggunaan karbohidrat secara berlebihan tubuh
- 6) Hipertensi yaitu gangguan nutrisi yang disebabkan oleh berbagai masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi tubuh
- 7) Penyakit jantung koroner yaitu gangguan nutrisi yang sering disebabkan oleh adanya peningkatan kolesterol darah dan merokok tubuh
- 8) Kanker yaitu pengkonsumsian lemak secara berlebihan tubuh
- 9) Anoreksia nervosa yaitu penurunan berat badan secara mendadak dan berkepanjangan yang ditandai dengan konstipasi, pembengkakan badan, nyeri tubuh abdomen, kedinginan

3. Kebutuhan nutrisi pada ibu hamil

a. Definisi

Menurut Hutahaean (2013) kata gizi berasal dari bahasa Arab yaitu *ghidza* yang berarti makanan. Bagi ibu hamil, gizi sangat diperlukan antara lain:

- 1) Menyediakan energi yang cukup kalori untuk kebutuhan kesehatan ibu dan pertumbuhan janin
- 2) Menyediakan semua kebutuhan ibu dan janin meliputi protein, lemak, vitamin dan mineral
- 3) Menghindari adanya pengaruh negatif bagi ibu dan janin
- 4) Mendukung metabolisme tubuh ibu dalam memelihara berat badan sehat, kadar gula darah dan tekanan darah yang normal

b. Faktor yang mempengaruhi gizi ibu hamil

1) Usia ibu hamil

Ibu hamil yang berusia lebih muda akan membutuhkan lebih banyak energi dibandingkan dengan usia yang lebih tua

2) Berat badan ibu hamil

Berat badan lebih ataupun kurang dari rata-rata untuk usia tertentu merupakan faktor penentu jumlah zat makanan yang harus dicukupi selama hamil

3) Suhu lingkungan

Suhu tubuh dipertahankan pada 36,5-37°C yang digunakan untuk metabolisme optimum. Lebih besar perbedaan suhu tubuh dan lingkungan berarti lebih besar pula masukan energi yang diperlukan

4) Pengetahuan ibu hamil tentang zat gizi

Perencanaan dan penyusunan makanan ibu atau wanita dewasa mempunyai peranan yang penting. Faktor yang mempengaruhi perencanaan dan penyusunan makanan yang sehat dan seimbang antara lain:

- a) Kemampuan keluarga dalam membeli makanan

b) Pengetahuan tentang zat gizi yang akan memacu ibu hamil untuk mengonsumsi gizi seimbang

5) Kebiasaan dan pandangan ibu terhadap makanan

Biasanya ibu lebih memperhatikan kebutuhan makanan untuk keluarga dibandingkan untuk dirinya sendiri. Ibu hamil sebaiknya memeriksa kehamilannya, minimal empat kali selama kehamilan untuk mengetahui kondisinya ibu dan janin berhubungan dengan gizi ibu hamil

6) Aktivitas

Makin banyak aktivitas yang dilakukan, maka makin banyak pula energi yang dibutuhkan oleh tubuh yang didapat dari gizi ibu hamil tersebut

7) Status kesehatan

Pada saat kondisi tidak sehat maka asupan energi tetap harus diperhatikan melalui konsumsi gizi ibu hamil yang seimbang

8) Status ekonomi

Status ekonomi sangat mempengaruhi pemilihan makanan. Makin tinggi tingkat perekonomian ibu hamil, maka makin besar kemungkinan ibu hamil untuk mendapatkan asupan gizi seimbang untuk kehamilannya

c. Dampak kekurangan gizi ibu hamil

Menurut Hutahaean (2013) dampak kekurangan gizi ibu hamil sebagai berikut:

1) Anemia

Anemia dapat didefinisikan sebagai kondisi dengan kadar Hb berada dibawah normal. Anemia defisiensi besi merupakan salah satu gangguan yang paling sering terjadi selama kehamilan. Ibu hamil umumnya mengalami deplesi besi sehingga hanya memberi sedikit besi kepada janin yang dibutuhkan untuk metabolisme besi yang normal. Selanjutnya mereka akan menjadi anemia pada saat kadar hemoglobin ibu turun sampai dibawah 11gr/dl selama trimester tiga. Kekurangan zat besi dapat menimbulkan gangguan

atau hambatan pada pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak. Anemia gizi besi dapat mengakibatkan kematian janin dalam kandungan, abortus, catat bawaan, BBLR, serta anemia pada bayi yang dilahirkan, hal ini menyebabkan mordibitas dan mortalitas ibu serta kematian perinatal secara bermakna lebih tinggi. Pada ibu hamil yang menderita anemia berat dapat meningkatkan risiko mordibitas dan mortalitas, kemungkinan melahirkan bayi BBLR dan prematur juga lebih besar, sehingga ibu hamil dianjurkan mengonsumsi tambahan zat besi atau makanan yang mengandung zat besi seperti hati ayam dan lain-lain

2) Kenaikan berat badan yang rendah selama hamil

Rata-rata kenaikan berat badan selama hamil di Negara maju 12-14 kg. Bila hamil kurang gizi kenaikan berat badan hanya 7-8kg berakibat melahirkan BBLR. Akan tetapi, berdasarkan perkembangan terkini juga disampaikan bahwa ternyata penambahan berat badan selama kehamilan tidak terlalu mempengaruhi berat badan janin, karena ada kalanya ibu yang penambahan berat badannya cukup ternyata berat badan janinnya masih kurang dan ada juga ibu yang penambahan berat badannya kurang selama kehamilan tetapi berat badan janinnya sesuai

3) Ngidam (pica) dan mual muntah berlebihan selama kehamilan (hiperemesis gravidarum)

Mual dan muntah yang berlebihan yang sampai menyebabkan ibu pingsan dan lemah memerlukan penanganan khusus. Namun, biasanya emesis ini hanya terjadi pada awal awal-awal kehamilan saat kebutuhan gizi janin belum terlalu besar

d. Kebutuhan gizi ibu hamil

Menurut Hutahaean (2013) kebutuhan gizi ibu hamil terdiri dari:

1) Karbohidrat atau energi

Kebutuhan energi pada ibu hamil bergantung pada berat badan sebelum hamil dan pertambahan berat badan selama kehamilan, karena adanya peningkatan basal metabolisme dan pertumbuhan

janin yang pesat terutama pada trimester dua dan tiga, direkomendasikan penambahan jumlah kalori 283-300 kalori pada trimester dua dan tiga. Dampak kekurangan energy adalah pertumbuhan dalam janin terhambat yang disebut *intra-uterine growth restriction* (IUGR) bahkan dampak lebih parah dapat mengakibatkan kematian. Pada trimester satu energy masih sedikit dibutuhkan, pada trimester dua energi dibutuhkan untuk penambahan darah, perkembangan uterus, pertumbuhan massa mammae dan penimbunan lemak sedangkan pada trimester tiga energi dibutuhkan untuk pertumbuhan janin dan plasenta. Sumber energi adalah hidrat arang seperti beras, jagung, gandum, kentang, ubi-ubian dan lain-lain

2) Protein

Tambahan protein diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormon, penambahan cairan darah ibu serta persiapan laktasi. Sebanyak 2/3 dari protein yang dikonsumsi sebaiknya berasal dari protein hewani yang mempunyai nilai biologis tinggi. Tambahan protein yang diperlukan selama kehamilan sebanyak 12g/hari. Sumber protein hewani terdapat pada daging, ikan, unggas, telur, kerang dan sumber protein nabati banyak terdapat pada kacang-kacangan

3) Lemak

Lemak besar sekali manfaatnya untuk cadangan energi tubuh ibu tidak mudah merasa lelah. Pertumbuhan dan perkembangan janin selam kandungannya membutuhkan lemak sebagai sumber kalori utama. Lemak merupakan sumber tenaga yang vital, selain itu juga digunakan untuk pertumbuhan jaringan plasenta. Pada kehamilan yang normal, kadar lemak dalam aliran darah akan meningkat pada akhir trimester tiga. Tubuh ibu hamil menyimpan lemak yang akan mendukung persiapannya untuk menyusui setelah bayi lahir. Makanan ibu sebelum dan selama kehamilan berperan penting dalam ketersediaan asam lemak esensial pada simpanan jaringan lemak ibu. Jenis-jenis asam lemak:

- a) Asam lemak omega 3 yaitu lemak linoleat, yang terdiri atas asam eikosapentaenoat (EPA) dan asam deosaheptaenoat (DHA)
- b) Asam lemak omega 6 yaitu lemak linoleat (LNA), yang di dalam tubuh dikonversi menjadi asam lemak arakidonat

4) Vitamin

- a) Asam folat dan vitamin B12 (sianokolabim)

Asam folat berfungsi untuk memenuhi kebutuhan volume darah janin dan plasenta (pembentukan sel darah), vitamin B12 merupakan faktor penting pada metabolisme protein. Dalam bahan makanan asam folat dapat diperoleh dari hati, sereal, kacang kering, asparagus, bayam, jus jeruk, dan padi-padian. Asam folat dianjurkan untuk dikonsumsi sebanyak 300-400mcg/hari untuk mencegah anemia megaloblastik serta mengurangi risiko defek tabung neural jika dikonsumsi sebelum dan selama 6 minggu pertama kehamilan

- b) Vitamin B6 (piridoksin)

Penting untuk pembuatan asam amino dalam tubuh. Vitamin B6 juga diberikan untuk mengurangi keluhan mual-mual pada ibu hamil

- c) Vitamin C (asam askorbat)

Kekurangan atau defisiensi vitamin C dapat mengakibatkan keracunan kehamilan dan juga ketuban pecah dini (KPD). Vitamin C berguna untuk mencegah terjadinya rupture membrane, sebagai bahan semen jaringan ikat dan pembuluh darah. Fungsi lain dapat meningkatkan absorpsi suplemen besi dan profilaksis perdarahan postpartum. Kebutuhannya 10mg/hari lebih tinggi dari ibu tidak hamil

- d) Vitamin A

Vitamin A berfungsi pada pertumbuhan sel dan jaringan, gigi. Serta tulang, juga penting untuk kesehatan mata, kulit, rambut dan juga mencegah kelainan bawaan. Bila kelebihan

vitamin A dapat mengakibatkan cacat tulang wajah, kepala, otak dan jantung. Sumber vitamin A banyak terdapat pada minyak ikan, kuning telur, wortel, sayuran berwarna hijau, dan buah-buahan berwarna merah. Ibu hamil sebaiknya tidak mengonsumsi bahan makanan yang mengandung vitamin A dosis tinggi. Kebutuhan vitamin A ibu hamil 200 RE (retinol ekivalen)/ hari lebih tinggi daripada ibu tidak hamil

e) Vitamin D

Selama kehamilan, mengonsumsi vitamin D dapat mencegah hipokalsemia, karena vitamin D dapat membantu penyerapan kalsium dan fosfor yang berguna untuk mineralisasi tulang dan gigi. Sumber vitamin D banyak terdapat pada kuning telur, susu, produk susu dan juga dibuat sendiri oleh tubuh dengan bantuan sinar matahari. Vitamin D dapat menembus plasenta sehingga kebutuhan vitamin D pada janin dapat terpenuhi. Bila terjadi defisiensi vitamin D akan menimbulkan ketidaknormalan gigi dan lapisan luar gigi menjadi buruk

f) Vitamin E

Jarang dilaporkan terjadi defisiensi vitamin E. Vitamin E berfungsi pada pertumbuhan sel, jaringan, dan integrasi sel darah merah. Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi vitamin E melebihi 2mg/hari. Defisiensi vitamin E pada binatang percobaan dapat menyebabkan keguguran

g) Vitamin K

Jarang dilaporkan terjadi defisiensi vitamin K. Bila terjadi kekurangan dapat mengakibatkan gangguan perdarahan pada bayi.

5) Mineral

a) Kalsium (Ca)

Jumlah kalsium pada janin sekitar 30 gram, terutama diperlukan pada 20 minggu terakhir kehamilan. Rata-rata setiap

hari penggunaan kalsium pada ibu hamil 0,008 gram dan sebagian besar untuk perkembangan tulang dan janin. Bila asupan kalsium kurang, maka kebutuhan kalsium akan diambil dari gigi dan tulang ibu. Kondisi tersebut tak jarang membuat ibu hamil yang kurang asupan kalsium mengalami karies gigi ataupun keropos serta diikuti dengan nyeri pada tulang dan persendian. Metabolisme kalsium memerlukan vitamin D yang cukup. Namun demikian, ibu yang sering hamil cenderung terjadi defisiensi akibatnya janin menderita kelainan tulang dan gigi. Sumber kalsium terdapat pada susu dan produk susu (yogurt dan keju), ikan, kacang-kacangan, tahu, tempe, dan sayuran berdaun hijau. Konsumsi kalsium yang dianjurkan untuk ibu hamil sebanyak 900-1.2000mg/hari

b) Fosfor

Fosfor berhubungan erat dengan kalsium. Fosfor berfungsi pada pembentukan rangka dan gigi janin serta kenaikan metabolisme kalsium ibu. Jika jumlah di dalam tubuh tidak seimbang sering mengakibatkan kram pada tungkai

c) Zat besi (Fe)

Zat besi merupakan zat yang sangat esensial bagi tubuh. Zat besi berhubungan dengan meningkatnya jumlah eritrosit ibu (kenaikan sirkulasi darah ibu dan kadar Hb) yang mana diperlukan untuk mencegah anemia. Asupan yang tinggi dan berlebihan pada zat besi juga tidak baik karena dapat mengakibatkan konstipasi (sulit buang air besar) dan mual (mual muntah). Zat besi paling baik dikonsumsi antara waktu makan bersama jus jeruk. Konsumsi kopi, teh dan susu dapat mengurangi absorbsi zat besi, sehingga sebaiknya menghindari minum kopi, teh ataupun susu jika akan mengonsumsi zat besi. Sumber zat besi banyak terdapat pada daging merah, ikan, unggas, kacang-kacangan, kerang, *seafood*, dan lain-lain

d) Seng (Zn)

Zat seng berguna dalam pembentukan tulang, selubung saraf, serta tulang belakang. Hasil studi menunjukkan bahwa rendahnya kadar Zn pada ibu ditemukan pada persalinan abnormal dan berat bayi lahir rendah (BBLR < 2.500g). Sumber Zn terdapat pada kerang dan daging. Kadar Zn yang dibutuhkan pada ibu hamil yaitu sebanyak 20 mg/hari atau lebih besar 5 mg daripada kadar wanita dewasa yang hanya 15 mg/hari

e) Fluor

Dalam air minum sebenarnya cukup mengandung fluor. Fluor diperlukan untuk pertumbuhan tulang dan gigi. bila kurang dari kebutuhan, maka gigi tidak terbentuk sempurna dan jika kadar fluor berlebih maka warna dan struktur gigi menjadi tidak normal

f) Yodium

Defisiensi yodium mengakibatkan kretinisme. Jika kekurangan terjadi kemudian, pertumbuhan anak akan terhambat. Tambahan yodium yang diperlukan oleh ibu hamil sebanyak 25 mg/hari

g) Natrium

Kebutuhan natrium meningkat sejalan dengan meningkatnya kerja ginjal. Natrium memegang peranan penting dalam metabolisme air dan bersifat mengikat cairan dalam jaringan sehingga mempengaruhi keseimbangan cairan tubuh pada ibu hamil. Natrium pada ibu hamil bertambah sekitar 3,3 gram/minggu sehingga ibu hamil cenderung menderita edema

e. Menu sehari ibu hamil

Tabel 2.2
Kebutuhan Makanan Ibu Hamil Per Hari

No.	Jenis makanan	Jumlah yang dibutuhkan	Jenis zat gizi
1.	Sumber zat tenaga (karbohidrat)	10 porsi nasi/pengganti 2 sendok makan (sdm) gula 4 sendok makan (sdm) minyak goreng	Karbohidrat
2.	Sumber zat pembangun dan mineral	7 porsi terdiri atas : 2 potong ikan/daging @50g 3 potong tempe/tahu @50-75 g 1 porsi kacang hijau/merah	Protein dan vitamin
3.	Sumber zat pengatur	7 porsi terdiri atas : 4 porsi sayuran berwarna @100 g 3 porsi buah-buahan @100 g	Vitamin dan mineral
4.	Susu	2-3 gelas	Karohidrat, lemak, protein, vitamin dan mineral

Sumber: Hutahaeen, 2013

Tabel 2.3
Bahan Makanan yang Dianjurkan Dalam Sehari

Kelompok Bahan Makanan	Porsi
Roti, sereal, nasi dan mie	6 piring/porsi
Sayuran	3 mangkuk
Buah	4 potong
Susu, yougurt atau keju	2 gelas
Daging, ayam, ikan, telur dan kacang-kacangan	3 potong
Lemak dan minyak	5 sendok the
Gula	2 sendok makan

Sumber: Hutahaeen, 2013

Tabel 2.4
Contoh Menu Hidangan Makanan Dalam Sehari Bagi Ibu Hamil

Bahan Makanan	Porsi hidangan sehari	Jenis hidangan
Nasi	5+1 porsi	Makan pagi: nasi 1, 5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkok dan buah 1 potong sedang. Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi. Selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang. Makan malam: nasi 2, 5 porsi (250 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang. Selingan: susu 1 gelas
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	
Minyak	5 sendok teh	
Gula	2 sendok makan	

Sumber: Hutahaeen, 2013

Tabel 2.5
Takaran Perbandingan Kecukupan Gizi pada Wanita Dewasa
dan Ibu Hamil

No.	Zat gizi	Satuan	Wanita dewasa	Wanita hamil
1.	Energi	Kal	2200	2480
2.	Protein	G	48	60
3.	Vitamin A	RE	500	700
4.	Vitamin D	µg	5	15
5.	Vitamin E	Mg	8	18
6.	Vitamin K	Mg	65	130
7.	Thiamin	Mg	1, 0	1, 2
8.	Riboflavin	Mg	1, 2	1, 4
9.	Niacin	Mg	9	9, 1
10.	Vitamin B12	Mg	1, 0	1, 3
11.	Asam folat	µg	150	200
12.	Piridoksin	Mg	1, 6	3, 8
13.	Vitamin c	Mg	60	70
14.	Kalsium	Mg	500	900
15.	Fosfor	Mg	450	650
16.	Zat besi	Mg	26	46
17.	Seng	Mg	15	20
18.	Yodium	µg	150	175
19.	Selenium	µg	55	70

Sumber: Hutahaeen, 2013

f. Diet hiperemesis

1) Tujuan diet

Menurut Almatsier, 2005 tujuan diet hiperemesis untuk:

- a) Mengganti persediaan glikogen tubuh dan mengontrol asidosis
- b) Secara berangsur memberikan makanan berenergi dan zat gizi yang cukup

2) Syarat diet hiperemesis adalah:

- a) Karbohidrat tinggi, yaitu 75 -80% dari kebutuhan energi total
- b) Lemak rendah, yaitu $\leq 10\%$ dari kebutuhan energi total
- c) Protein sedang, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total
- d) Makanan diberikan dalam bentuk kering: pemberian cairan disesuaikan dengan keadaan pasien, yaitu 7-10 gelas per hari
- e) Makanan mudah dicerna, tidak merangsang saluran cerna, dan diberikan sering dalam porsi kecil

- f) Bila makan pagi dan siang sulit diterima, dioptimalkan makan malam dan selingan malam
 - g) Makanan secara berangsur ditingkatkan dalam porsi dan nilai gizi sesuai dengan keadaan gizi pasien
- 3) Macam diet dan indikasi pemberian
- a) Diet hiperemesis I

Diet hiperemesis I diberikan kepada pasien dengan hiperemesis berat. Makanan hanya terdiri dari roti kering, singkong bakar atau rebus, ubi bakar atau rebus, dan buah-buahan. Cairan tidak diberikan bersama makanan, tetapi 1-2 jam sesudahnya semua zat gizi pada makanan ini kurang kecuali vitamin C, sehingga hanya diberikan selama beberapa hari
 - b) Diet hiperemesis II

Diet hiperemesis II diberikan bila rasa mual dan muntah sudah berkurang. Secara berangsur mulai diberikan bahan makanan yang bernilai gizi tinggi. Minuman tidak diberikan bersama makanan. Pemilihan bahan makanan yang tepat pada tahap ini dapat memenuhi kebutuhan gizi, kecuali kebutuhan energi
 - c) Diet hiperemesis III

Diet hiperemesis III diberikan kepada pasien dengan hiperemesis ringan. Sesuai dengan kesanggupan pasien, minuman boleh diberikan bersama makanan. Makanan ini cukup energi dan semua zat gizi

Tabel 2.6
Gizi yang Dianjurkan Untuk Ibu Hamil yang Mengalami Hiperemesis

	Diet Hiperemesis I	Diet Hiperemesis II	Diet Hiperemesis III
Energi (kkal)	1. 100	1. 700	2. 300
Protein (g)	15	57	73
Lemak (g)	2	33	59
Karbohidrat (g)	259	293	368
Kalsium (mg)	100	300	400
Besi (mg)	9, 5	17, 9	24, 3
Vitamin (RE)	542	2. 202	2. 270
Tiamin (mg)	0, 5	0, 8	1, 0
Vitamin C (mg)	283	199	199
Natrium (mg)	-	267	362

Sumber: Almatier, 2005

Tabel 2.7
Jadwal Makanan dan Menu Ibu Hamil Hiperemesis Tingkat 1

Waktu	Bahan Makanan	Diet Hiperemesis I
		Ukuran Rumah Tangga
Pukul 08. 00	Roti	2 iris
	Jam	1 sdm
Pukul 10. 00	Air Jeruk	1 gls
	Gula Pasir	1 sdm
Pukul 12. 00	Roti	2iris
	Jam	1 sdm
	Papaya	2 ptg sdg
	Gula Pasir	1 sdm
Pukul 14. 00	Air Jeruk	1 gls
	Gula Pasir	1 sdm
Pukul 16. 00	Papaya	1 ptg sdg
Pukul 18. 00	Roti	2 iris
	Jam	1 sdm
	Pisang	1 bh sdg
	Gula Pasir	1 sdm
Pukul 20. 00	Air Jeruk	1 gls
	Gula Pasir	1 sdm

Sumber: Almatier, 2005

Tabel 2.8
Pembagian Bahan Makanan Sehari Diet Hiperemesis II dan III

Waktu	Bahan Makanan	Diet Hiperemesis II		Diet Hiperemesis III	
		Berat (g)	Ukuran Rumah Tangga	Berat (g)	Ukuran Rumah Tangga
Pagi	Roti	40	2iris	40	2 Iris
	Telur Ayam	50	1 Btr	50	1 Sdm
	Margarin	5	½ Sdm	10	1 Sdm
	Jam	10	1 Sdm	10	1 Sdm
Pukul 10. 00	Buah	100	1 Ptg Sdg Papaya	100	1 Ptg Sdg Papaya
	Gula Pasir	10	1 sdm	10	1 sdm
	Biskuit	-	-	20	2 bh
Siang	Beras	75	1 gls nasi	100	1 ½ gls nasi
	Daging	50	1 ptg sdg	50	1 pt sdg
	Tahu	50	1 ½ bh bsr	50	1 ½ bh bsr
	Sayuran	75	¾ gls	75	¼ gls
Pukul 16. 00	Buah	100	1 ptg sdg	100	1 ptg sdg
	Minyak	-	-	5	½ sdm
	Buah	100	1 ptg sdg papaya	100	1 ptg sgd papaya
	Gula Pasir	10	1 sdm	20	2 sdm
	Biskuit	20	2 bh	20	2 bh
	Agar	-	-	2	½ sdm
	Susu	-	-	200	1 gls
Malam	Beras	75	1 gls nasi	100	½ gls nasi
	Ayam	50	1 ptg sdg	50	1 ptg sdg
	Tempe	25	1 ptg sdg	50	2 ptg sdg
	Sayuran	75	¾ gls	75	¾ gls
	Buah	100	1 ptg sdg papaya	100	1 ptg sdg pepya
	Minyak			5	½ sdm
Pukul 20. 00	Roti	40	2 iris	40	2 iris
	Margarin	5	½ sdm	10	1 sdm
	Jam	10	1 sdm	10	1 sdm
	Gula Pasir	10	1 sdm	10	1 sdm

Sumber: Almatsier, 2005

Tabel 2.9
Menu Diet Hiperemesis II

Pagi	Siang	Malam
Roti Panggang Isi Jam	Nasi	Nasi
Telur Rebus	Pegedel Ayam Panggang	Ayam Dan Tempe Bb Semur
	Tahu Bacem	Setup Wortel
	Setup Ayam	Pisang
	Pepaya	
Pukul 10. 00	Pukul 16. 00	Pukul 20. 00
Selada Buah	Selada Buah	Roti Panggang Isi Jam The
	Biskuit	

Sumber: Almatsier, 2005

Menu diet hiperemesis III sama dengan diet hiperemesis II, kecuali pukul 10. 00 dan 16. 00 ditambah dengan biskuit, agar-agar dan susu.

Tabel 2.10
Tanda Kecukupan Gizi Pada Ibu Hamil

No	Kategori	Penampilan
1	Keadaan Umum	Responsive dan gesit
2	Berat Badan	Normal sesuai tinggi badan dan bentuk tubuh
3	Postur Tubuh	Tegak, tungkai dan lengan lurus
4	Otot	Kenyal, kuat sedikit lemak dibawah kulit
5	Saraf	Perhatian baik, tidak mudah tersinggung, refleks normal dan mental stabil
6	Pencernaan	Nafsu makan baik
7	Jantung	Detak, irama jantung dan tekanan darah normal
8	Vitalitas Umum	Ketahanan baik, energik, cukup istirahat, dan penuh semangat
9	Rambut	Mengkilat, kuat, tidak mudah rontokdan kulit kepala normal
10	Kulit	Licin, lembap, dan segar
11	Muka Dan Leher	Warna sama (tidak ada perubahan warna), licin tampak sehat dan segar
12	Bibir	Licin, lembap, tidak pucat dan tidak bengkak
13	Mulut	Tidak ada luka dan selaput merah
14	Gusi	Merah normal tidak ada pendarahan
15	Lidah	Merah normal, licin, tidak ada luka
16	Gigi	Tidak berlubng, tidak nyeri, mengkilat, bersih, tidak ada pendarahan dan lurus dagu normal
17	Mata	Bersnar, bersih, konjungtiva tidak pucat, dan tidak ada pendarahan
18	Kelenjar	Tidak ada pendarahan dan pembesaran
19	Kuku	Keras dan kemerahan
20	Tungkai	Tidak ada bengkak

Sumber: Hutahaeon, 2013

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Konsep Nutrisi

1. Pengkajian

Menurut Ambarwati (2008) status gizi seseorang dengan gangguan status nutrisi dapat dikaji dengan menggunakan pedoman A-B-C-D yaitu:

A: Pengukuran antropometri (*antropometric measurements*)

B: Data biomedis (*biomedical data*)

C: Tanda-tanda klinis status nutrisi (*clinical signs*)

D: Diet (*dietary*)

a. Pengukuran Antropometri

Tujuan pengukuran antropometri adalah mengevaluasi pertumbuhan dan mengkaji status nutrisi serta ketersediaan energi tubuh. Pengukuran ini terdiri atas:

- 1) Tinggi badan, pengukuran tinggi badan pada individu dewasa dan balita dilakukan dalam posisi berdiri tanpa alas kaki, sedangkan pada bayi dilakukan dalam posisi berbaring. Pada pasien cedera dan fraktur tulang belakang pengukuran dilakukan dalam posisi berbaring
- 2) Berat badan, alat ukur yang lazim digunakan untuk mengukur berat badan adalah timbangan manual, meskipun ada pula alat ukur yang menggunakan sistem digital elektrik. Hal-hal yang harus diperhatikan saat mengukur berat badan adalah:
 - (1) Alat serta skala ukur yang digunakan harus sama setiap kali menimbang
 - (2) Pasien ditimbang tanpa alas kaki
 - (3) Pakaian diusahakan tidak tebal dan relatif sama beratnya setiap kali menimbang
 - (4) Waktu penimbangan relative sama, misalnya sebelum dan sesudah makan

Menilai berat badan pasien, kita perlu melibatkan tinggi badan, bentuk rangka, proporsi lemak, otot dan tulang serta bentuk dada pasien. kita juga perlu mengkaji kondisi patologis yang berpengaruh

- terhadap berat badan, seperti edema, splenomegali, asites, gagal jantung atau kardiomegali
- 3) Tebal lipatan kulit, menurut Karnath (1986) dalam kutipan buku Ambarwati (2008) pengukuran ini bertujuan untuk menentukan persentase lemak pada tubuh yang digunakan untuk mengkaji kemungkinan malnutrisi, berat badan normal atau obesitas. Area yang sering digunakan untuk pengukuran adalah lipatan kulit trisep (*tricep skinfold* (TSF)), scapula dan suprailiaka. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah anjurkan klien untuk membuka baju guna mencegah kesalahan pada hasil pengukuran, perhatikan selalu privasi dan rasa nyaman klien, utamakan lengan klien yang tidak dominan, pengukuran TSF dilakukan pada titik tengah lengan atas antara akromion dan olekranon, ketika pengukuran anjurkan klien untuk rileks dan alat yang digunakan adalah caliper
 - 4) Lingkar tubuh, menurut Potter & Perry (1992) dikutip dalam buku Ambarwati (2008) area yang digunakan adalah kepala, dada dan otot bagian tengah lengan atas. Lingkar dada dan kepala digunakan dalam pengkajian pertumbuhan dan perkembangan otak bayi, sedangkan lingkar lengan atas (LLA) dan lingkar otot lengan atas (LOLA) digunakan untuk menilai status nutrisi. LLA diukur dengan menggunakan alat ukur yang umum digunakan tukang jahit (*tape around*). Pengukuran dilakukan pada titik tengah lengan yang tidak dominan. Lingkar pergelangan tangan merupakan area pengkajian yang digunakan untuk menilai bentuk atau kerangka tubuh manusia. Cara mengukurnya, meteran diletakkan disekeliling bagian distal pergelangan tangan dekat prosesus stiloideus. Bila hasil pengukurannya lebih dari 10, 4cm, kerangka atau bentuk tubuh dianggap besar. Jika hasilnya 9, 6-10, 4 cm kerangka atau bentuk dianggap sedang dan jika kurang dari 9, 6 cm dianggap kecil

Tabel 2.11
Standar Ukuran Anthropometri Berdasarkan Kelompok Umur

Tempat Pengukuran	Umur	Rata-Rata	
		Laki-Laki	Perempuan
Pengukuran lingkaran lengan atas	18-24 th	30, 9 cm	27, 0 cm
	25-34 th	32, 3 cm	28, 6 cm
	35-44 th	32, 7 cm	30, 0 cm
	45-54 th	32, 1 cm	30, 7 cm
	55-64 th	31, 5 cm	30, 7 cm
	65-74 th	30, 5 cm	30, 1cm
Pengukuran lipatan kulit trisep	18-24 th	11, 2 cm	19, 4 cm
	25-34 th	12, 6 cm	21, 9 cm
	35-44 th	12, 4 cm	24, 0 cm
	45-54 th	12, 4 cm	25, 4cm
	55-64 th	11, 6 cm	24, 9 cm
	65-74 th	11, 8 cm	23, 3 cm

Sumber: Rahayu & Harnanto, 2016

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien merupakan penilaian kondisi fisik yang berhubungan dengan masalah malnutrisi. Prinsip pemeriksaan ini adalah *head to toe* yaitu dari kepala sampai ke kaki. Selanjutnya dilakukan pengamatan terhadap tanda-tanda atau gejala klinis defisiensi nutrisi

Tabel 2.12
Pengkajian Umum Status Gizi

Area Pemeriksaan	Tanda- Tanda Normal	Tanda Abnormal (Malnutrisi)
Penampilan umum dan vitalitas	Gesit, energik, mampu beristirahat dengan baik.	Apatis, tidak semangat, kelihatan lelah, mudah letih
Berat badan	Dalam rentang normal sesuai usia dan tinggi badan	Berat badan lebih atau berkurang
Rambut	Rambut bercahaya, berminyak, tidak kering	Kering, kusam, warna memudar, rapuh, tipis
Kulit	Lembut, sedikit lembab dan turgor kulit baik	Kering, berlapis atau bersisik, pucat atau berpigmen, ada petekie atau memar, kuranglemak subkutan
Kuku	Merah muda, keras	Rapuh, pucat melengkung atau berbentuk seperti sendok

Area Pemeriksaan	Tanda- Tanda Normal	Tanda Abnormal (Malnutrisi)
Mata	Berbinar, jernih, lembap, dan konjungtiva merah muda	Konjungtiva pucat atau merah, kering, kornea lembut
Lidah	Merah muda, lembap	Bengkak, bewarna merah, dagiing atau magenta, tampilan halus, berurang atau bertambah
Bibir	Lembap dan merah muda	Bengkak pecah-pecah pada sudut bibir
Gusi	Merah muda, lembap	Berbentuk seperti berspons, bengkak, meradang dan mudah berdarah
Otot	Kenyal, berkembang dengan baik	Kurang berbentuk, lemah, mengecil dan lembek
Sistem kardiovaskuler	Nadi, tekanan darah normal dan irama jantung normal.	Frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, irama jantung abnormal (tidak teratur)
Sistem pencernaan	Nafsu makan baik dan eliminasi normal dan teratur	Anorexia, tidak mampu mencerna diare, konstipasi, pembesaran hati
Sistem persyarafan	Reflex normal, waspada, perhatian baik, emosi stabil	Reflex menurun, emosi tidak stabil, kurang perhatian, bingung dan emosi labil
Abdomen	Suara abdomen biasa nya hipoaktif yang merupakan keadaan normal dalam kehamilan), adanya nyeri lepas atau nyeri tekan adanya distensi	Suara hiperaktif, nyeri tekan
Keadaan janin	Pemeriksaan denyut jantung janin, tinggi fundus uterus dan perkembangan janin (apakah sesuai dengan usia kehamilan)	Fundus uteri dan perkembangan janin tidak sesuai usia

Sumber: Mubarak, 2008

c. Pemeriksaan biokimiawi

Menurut Barkaus (1995) dalam kutipan buku Ambarwati (2008) nilai yang umum digunakan dalam pemeriksaan ini adalah kadar total limfosit, albumin serum, zat besi, transferin serum, kreatinin, hemoglobin, hematokrit, keseimbangan nitrogen, dan tes antigen kulit. Hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan risiko status nutrisi

buruk meliputi penurunan hemoglobin dan hemtokrit, penurunan nilai limfosit, albumin serum kurang dari 3, 5 gr/dl dan peningkatan atau penurunan kadar kolesterol

d. Riwayat diet

Menurut Moore dan Mary (1997) dalam kutipan buku Ambarwati (2008) untuk mengetahui riwayat diet seseorang, perawat dapat melakukan wawancara atau kuisioner, untuk mengetahui status gizi, kesehatan, sosial ekonomi dan budaya atau kebiasaan orang tersebut yang berpengaruh terhadap status nutrisinya. Pengkajian riwayat diet dilakukan dengan mengkaji jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi pasien selama 24 jam yang meliputi karbohidrat, protein, lemak, sayur dan buah-buahan, air dan mineral. Analisis diet klien dapat dilakukan dengan menggunakan kelompok makanan harian (*diary food groups*) dan table komposisi makanan (*food composition table*)

2. Diagnosa keperawatan

Menurut PPNI (2017) dikutip dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, diagnosa keperawatan utama yang akan muncul pada klien dengan gangguan kebutuhan nutrisi pada kasus hiperemesis gravidarum adalah sebagai berikut.

1) Defisit nutrisi

Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Faktor risiko:

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Mual muntah
- f) Faktor ekonomi
- g) Faktor psikologi

Gejala dan tanda mayor

- a) Subjektif: tidak tersedia

b) Objektif:

1. Berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor

a) Subjektif:

1. Cepat kenyang setelah makan
2. Kram/nyeri abdomen
3. Nafsu makan menurun

b) Objektif:

1. Bising usus hiperaktif
2. Otot pengunyah lemah
3. Otot menelan lemah
4. Membran mukosa pucat
5. Sariawan
6. Serum albumin turun
7. Rambut rontok berlebih
8. Diare

3. Intervensi keperawatan

Standar intervensi dari diagnosa keperawatan yang akan muncul pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.13
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (mis, stress, keengganan untuk makan)	Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik 6. Monitor asupan makanan	1. Dukungan kepatuhan Program pengobatan 2. Edukasi diet 3. Edukasi kemoterapi 4. Konseling laktasi 5. Konseling nutrisi 6. Konsultasi 7. Manajemen cairan 8. Manajemen demensia 9. Manajemen diare 10. Manajemen eliminasi fekal 11. Manajemen energi 12. Manajemen gangguan makan

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
	7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan fisik Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, <i>jika perlu</i> 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i> 7. Hentikan makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i> 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>	13. Manajemen hiperglikemia 14. Manajemen hipoglikemia 15. Manajemen kemoterapi 16. Manajemen reaksi alergi 17. Pemantauan cairan 18. Pemantauan nutrisi 19. Pemantauan tanda vital 20. Pemberian makanan 21. Pemberian makanan enteral 22. Pemberian makanan parenteral 23. Pemberian obat intravena 24. Terapi menelan

Sumber: (PPNI, Tim Pokja, SIKI DPP, 2018, halaman 200)

4. Implementasi

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Persiapan proses implementasi akan memastikan asuhan keperawatan yang efisien, aman dan aktif. Lima kegiatan persiapan tersebut adalah pengkajian ulang, meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang ada, mengorganisasi sumber daya dan pemberian asuhan, mengantisipasi dan

mencegah komplikasi, serta mengimplementasi intervensi keperawatan (Potter & Perry, 2009)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien. Mengambil tinakan evaluasi untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah terpenuhi bukan untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah terpenuhi bukan untuk melaporkan intervensi keperawatan yang telah dilakukannya. Hasil yang diharapkan merupakan standar penilaian dari perawat untuk melihat apakah tujuan telah terpenuhi dan pelayanan telah berhasil (Potter & Perry, 2009)

Tabel 2.14
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)

Kriteria	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Porsimakanan yang dihabiskan	1	2	3	4	5
Kekuatan otot mengunyah	1	2	3	4	5
Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan untuk meningkat nutrisi	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat	1	2	3	4	5
Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman	1	2	3	4	5
Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman	1	2	3	4	5
Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan	1	2	3	4	5

Kriteria	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Perasaan cepat kenyang	1	2	3	4	5
Nyeri abdomen	1	2	3	4	5
Sariawan	1	2	3	4	5
Rambut rontok	1	2	3	4	5
Diare	1	2	3	4	5
Berat badan	1	2	3	4	5
Indeks Masa Tubuh (IMT)	1	2	3	4	5
Frekuensi makan	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Bising usus	1	2	3	4	5
Tebal lipatan kulit trisep	1	2	3	4	5
Membrane mukosa	1	2	3	4	5

Sumber: (PPNI, SLKI, 2018, halaman 121)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi hiperemesis gravidarum

Menurut Hutahaean (2013) hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan yang terjadi kira-kira sampai umur kehamilan 20 minggu. Ketika umur kehamilan 14 minggu (trimester pertama) mual dan muntah yang dialami ibu begitu hebat. Menurut Mitayani (2009) Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah berlebihan sehingga mengganggu pekerjaan sehari-hari dan keadaan umum menjadi buruk. Mual dan muntah merupakan gangguan yang paling sering ditemui pada kehamilan trimester satu, kurang lebih 6 minggu setelah haid terakhir 10 minggu. Sekitar 60-80% multigravida mengalami mual muntah, namun gejala ini terjadi lebih berat hanya pada 1 diantara 1.000 kehamilan

2. Etiologi hiperemesis gravidarum

Menurut Hutahaean (2013) penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Perubahan-perubahan anatomis pada otak, jantung, hati dan susunan saraf disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lain. Berikut adalah beberapa faktor predisposisi terjadinya mual dan muntah:

- a) Faktor predisposisi yang sering dikemukakan adalah primigravida, molahidatisoda dan kehamilan ganda. Frekuensi yang tinggi pada molahidatisoda dan kehamilan ganda menimbulkan dugaan bahwa faktor hormone memegang peranan, karena pada kedua keadaan tersebut hormone korionik gonadotropin dibentuk berlebihan
- b) Masuknya vili korialis dalam sirkulasi maternal dan perubahan metabolic akibat hamil serta resistensi yang menurun dari pihak ibu
- c) Alergi sebagai salah satu repons dari jaringan ibu terhadap anak, yang disebut sebagai salah satu faktor genetic
- d) Faktor psikologis memegang peranan penting pada penyakit ini walaupun hubungan dengan terjadinya hiperemesis gravidarum belum diketahui dengan pasti. Rumah tangga yang retak, kehilangan pekerjaan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut tanggung jawab sebagai ibu, dapat menyebabkan konflik mental yang dapat memperberat mual dan muntah sebagai ekspresi tidak sadar terhadap keengangan menjadi hamil atau sebagai pelarian karena kesukaran hidup. Tidak jarang dengan memberikan suasana yang baru sudah dapat membantu mengurangi frekuensi muntah ibu

3. Patofisiologi hiperemesis gravidarum

Faktor psikologis memegang peranan penting pada penyakit hiperemesis gravidarum. Walaupun hubungan dengan terjadinya hiperemesis belum diketahui dengan pasti. Penyesuaian terjadi pada kebanyakan ibu hamil, meskipun demikian mual dan muntah dapat berlangsung berbulan-bulan. Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi mual dan muntah pada hamil muda, bila terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan tidak seimbangnya elektrolit dengan alkalosis hipokloremik. Belum jelas mengapa gejala ini hanya terjadi pada sebagian kecil wanita, tetapi faktor psikologis merupakan faktor utama di samping faktor hormonal. Bagi para ibu yang mengalami lambung spastik dengan gejala tidak suka makan dan sering mual sejak sebelum hamil akan mengalami emesis gravidarum yang berat.

Hiperemesis gravidarum ini dapat mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi. Oleh karena oksidasi lemak yang tidak sempurna, terjadilah ketosis dengan tertimbunnya asam aseton-asetik, asam hidroksi butirik dan aseton dalam darah. Kekurangan cairan yang diminum dan kehilangan cairan karena muntah menyebabkan dehidrasi, sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan klorida darah turun, demikian pula klorida urine. Selain itu dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi, sehingga aliran darah ke jaringan berkurang. Hal ini menyebabkan jumlah zat makanan dan oksigen ke jaringan berkurang dan tertimbunlah zat metabolik yang toksik. Berkurangnya kalium karena muntah, bertambahnya eksresi lewat ginjal, serta bertambahnya frekuensi mual-muntah yang lebih banyak, dapat merusak hati dan terjadilah lingkaran seta yang sulit dipatahkan

4. Tanda dan gejala hiperemesis gravidarum

Menurut Hutahaean (2013) Hiperemesis gravidarum, menurut berat ringannya gejala dapat dibagi dalam tiga tingkatan yaitu:

a. Tingkat 1

Mual, muntah yang mempengaruhi keadaan umum penderita, ibu merasa lemas, tidak nafsu makan, bb menurun, nadi meningkat 100 kali permenit, nyeri pada epigastrium, tekanan darah sistol menurun, mata cekung, turgor kulit berkurang, lidah mengering

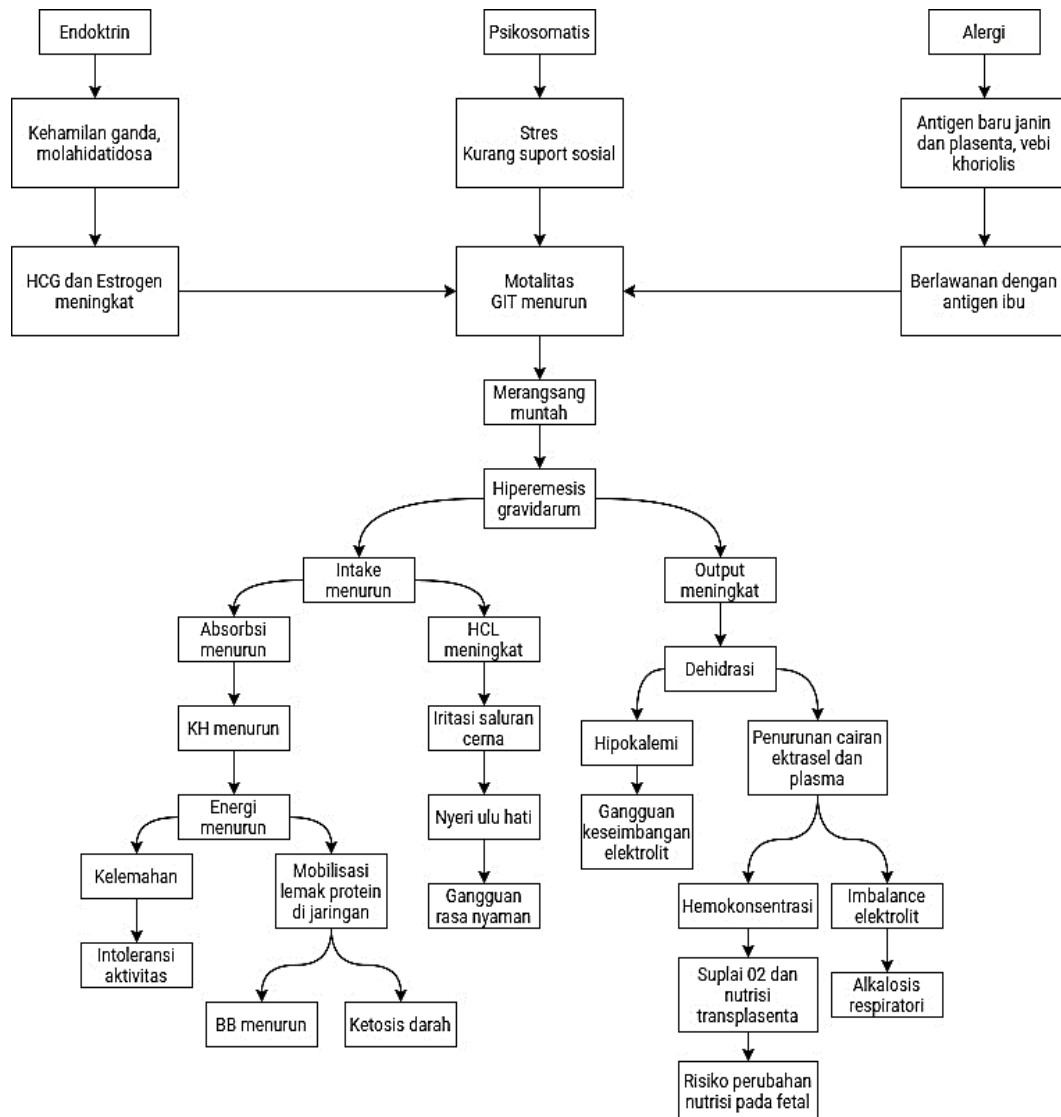
b. Tingkat 2

Tampak lemah dan apatis, turgor kulit berkurang, nadi kecil dan cepat, lidah mongering, mata sedikit ikterus, bb menurun, td menurun, hemokonsentarsi, oliguri, dan konstipasi, tercium bau aseton pada bau mulut

c. Tingkat 3

Keadaan umu lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun, nadi kecil dan cepat, suhu badan meningkat serta tekanan darah menurun. Komplikasi fatal dapat terjadi pada susunan saraf yang dikenal sebagai ensefalopati wernicke dengan gejala nistagmus dan diplopia. Keadaan ini adalah akibat sangat kekurangan zat makanan termasuk vitamin B kompleks. Timbulnya ikterus adalah tanda adanya payah hati

5. Pathway hiperemesis gravidarum



Sumber: Mitayani, 2013

Gambar 2.1.
Pathway Hiperemesis Gravidarum

6. Komplikasi

Menurut Hutahaeen (2013) hiperemesis gravidarum yang dialami oleh ibu hamil dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi. Komplikasi tersebut bisa dari yang ringan hingga berat. Komplikasi terjadi berupa dehidrasi berat, ikterik, takikardi, suhu meningkat, alkalosis, kelaparan, gangguan emosional yang berhubungan dengan kehamilan, serta hubungankeluarga, menarik diri dan depresi

7. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Hutahaean (2013) pada ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum dengan tingkat yang berat dianjurkan untuk mengikuti serangkaian pemeriksaan diagnostik. Hal tersebut dilakukan untuk mengantisipasi terjadinya kegawatan pada janin. Berikut adalah pemeriksaan diagnostik yang biasa dilakukan:

- 1) Pemeriksaan USG, dengan menggunakan waktu yang tepat. Dapat mengkaji usia gestasi janin dan adanya gestasi multiple, mendeteksi abnormalitas janin, serta melokalisasi plasenta
- 2) Pemeriksaan urine, yang meliputi kultur, BUN (*blood urea nitrogen*) serta pendeteksian bakteri
- 3) Pemeriksaan fungsi hepar yang meliputi AST (*aspartat aminotransferase*) ALT (*tes alanine aminotransferase*) dan kadar LDH (*lactate dehydrogenase*)

8. Penatalaksanaan

Menurut Hutahaean (2013) pencegahan hiperemesis gravidarum perlu dilaksanakan dengan jalan memberikan informasi yang benar tentang kehamilan dan persalinan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses fisiologis serta memberikan keyakinan bahwa mual dan terkadang muntah merupakan hal alami pada kehamilan muda dan akan hilang setelah usia kehamilan 4 bulan. Selain itu, ibu hamil juga dianjurkan untuk mengubah pola makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi lebih sering. Ketika bangun pagi dianjurkan untuk tidak segera turun dari tempat tidur, tetapi disarankan untuk makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan. Makanan dan minuman sebaiknya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin sesuai selera ibu

1) Obat-Obatan

Obat-obatan yang dianjurkan untuk dikonsumsi ibu hamil dengan hiperemesis di antaranya meliputi obat sedatif, vitamin, antiemetik dan antihistamin. Obat sedatif yang sering digunakan adalah phenobarbital, sedangkan vitamin yang dianjurkan adalah vitamin B1 dan B6.

Keadaan hiperemesis yang lebih berat dapat diberikan antiemetik seperti disiklomin hidrokloride atau klorpromasin, antihistamin yang dianjurkan seperti dramamin atau avomin.

2) Isolasi

Penatalaksanaan lainnya pada ibu hamil dengan hiperemesis adalah dengan mengisolasi atau menyendirikan ibu dalam kamar yang tenang tetapi cerah dan dengan pertukaran udara yang baik. Tidak diberikan makanan atau minuman selama 24-48 jam. Terkadang dengan isolasi saja gejala-gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.

3) Terapi psikologis

Perlu diyakinkan pada ibu bahwa ketidaknyamanan tersebut dapat dihilangkan, yaitu dengan meminta ibu untuk menghilangkan rasa takut karena kehamilannya, mengurangi pekerjaan sehingga dapat menghilangkan masalah dan konflik yang mungkin saja menjadi latar belakang penyakit ini.

4) Cairan parenteral

Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukosa 5% dalam cairan garam fisiologis sebanyak 2-3 liter per hari. Bila perlu dapat ditambah kalium dan vitamin, khususnya vitamin B kompleks dan vitamin C. Bila kekurangan protein, dapat diberikan pula asam amino secara intravena.

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Konsep keluarga

a. Definisi keluarga

Menurut WHO (1969) dikutip dalam buku Dion dan Betan (2013) keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Menurut UU No. 10 (1992) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami istri anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya. Menurut Sayekti (1994) dikutip dalam buku Dion dan Betan (2013) keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan

hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang belainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga. Menurut Salvicon dan Ara (2005) dikutip dalam buku Dion dan Betan (2013) keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidupnya dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalamnya perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan

b. Tipe keluarga

Menurut Sussman (1974) dan Maclin (1998) dikutip dalam buku Dion dan Betan (2013):

1) Keluarga tradisional

- a) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama
- b) Keluarga dengan orang tua tunggal (*single parent*) yaitu keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat dari perceraian, pisah atau ditinggalkan
- c) Pasangan inti (keluarga *Dyad*), hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka
- d) Bujang dewasa (*single adult*) yang tinggal sendirian
- e) Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal dirumah dengan anak sudah kawin atau bekerja
- f) Jaringan keluarga besar terdiri dari dua keluarga inti atau lebih atau anggota keluarga yang tidak menikah yang hidup berdekatan dalam daerah geografis

2) Keluarga non tradisional

- 1) Keluarga dengan orang tua yang mempunyai anak tetapi tidak menikah (biasanya terdiri dari ibu dan anak saja)
- 2) Pasangan suami istri yang tidak menikah dan telah mempunyai anak
- 3) Keluarga gay/lesbian adalah pasangan yang berjenis kelamin sama yang hidup bersama sebagai pasangan yang menikah
- 4) Keluarga komuni adalah rumah tangga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama

c. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) dalam Efendi dan Makhfudli (2009) dikutip dalam buku Dion dan Betan (2013):

1) Menenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana akan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga dan orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kaon terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah

2) Membuat keputusan tindakan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut, agar dapat memfasilitasi

keluarga dalam membuat keputusan. Berikut hal-hal yang harus dikaji oleh perawat:

- a) Sejauh man kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan
 - c) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang di alami
 - d) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit
 - e) Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - f) Apakah keluarga kurang percaya terhadap petugas kesehatan
 - g) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:
- a) Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis, dan perawatannya
 - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan
 - d) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau financial, fasilitas fisik, psikososial)
 - e) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Mempertahakan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat
- Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:
- a) Sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga
 - b) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
 - c) Pentingnya hygiene sanitasi
 - d) Upaya pencegahan penyakit

- e) Sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi
- f) Kekompakan antar anggota keluarga
- 5) Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat

Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a) Keberadaan fasilitas keluarga
- b) Keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan
- c) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
- d) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
- e) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

d. Tahapan perkembangan dan tugas keluarga

Menurut Duvall (1985) dan Mc. Godrick (1989) dikutip dalam buku Dion dan Betan (2013) tahapan perkembangan keluarga dibagi menjadi 8 tahapan yaitu:

- 1) Tahap I (pasangan keluarga baru/keluarga pemula) keluarga melalui perkawinan. Tugas perkembangannya adalah:
 - a) Membina hubungan intim yang memuaskan kehidupan baru.
 - b) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan lain-lain
 - c) Keluarga berencana
- 2) Tahap II (keluarga anak pertama/*child bearing*)

Tahap ini dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan. Masa ini merupakan masa transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Tugas perkembangannya adalah:

 - a) Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran interaksi, seksual dan kegiatan)
 - b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan
 - c) Membagi peran dan tanggung jawab (peran orang tua terhadap bayi dengan memberi sentuhan dan kehangatan)

- d) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
 - e) Menata ruang untuk anak
 - f) Biaya dana *child bearing*
 - g) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin
- 3) Tahap III (keluarga dengan anak pra sekolah)
- Tahap ini dimulai dari anak pertama berusia 2, 5 tahun sampai 5 tahun. Pada tahap ini anak sudah mulai mengenal kehidupan sosialnya, bergaul dengan teman sebaya, sangat sensitive terhadap pengaruh lingkungan, sangat rawan dalam masalah kesehatan. Tugas perkembangannya adalah:
- a) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga
 - b) Membantu anak bersosialisasi
 - c) Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpenuhi
 - d) Mempertahankan hubungan di dalam maupun di luar keluarga
 - e) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
 - f) Pembagian tanggung jawab
 - g) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembanganak
- 4) Tahap IV (keluarga dengan anak usia sekolah)
- Menurut Dubai (1997) dikutip dalam buku Dion dan Betan (2013) pada tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 6 tahun dan dimulai sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun dimana merupakan awal dari masa remaja (Dion dan Betan, 2013). Tugas perkembangannya adalah:
- a) Keluarga beradaptasi terhadap pengaruh teman dan sekolah anak
 - b) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan diluar rumah, sekolah dan lingkungan yang lebih luas
 - c) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual

- d) Menyediakan aktivitas untuk anak
 - e) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga
 - f) Meningkatkan komunikasi terbuka
- 5) Tahap V (keluarga dengan anak remaja)
- Tahap ini dimulai sejak anak usia 13 tahun sampai 20 tahun. Tahap ini adalah tahap yang paling rawan karena anak akan mencari identitasnya dalam membentuk kepribadiannya, menghendaki kebebasan, mengalami perubahan kognitif dan biologi, menyita banyak perhatian budaya orang muda, oleh karena itu teladan dari orang tua sangat diperlukan. Tugas perkembangannya adalah:
- a) Pengembangan terhadap remaja (memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonom)
 - b) Memelihara komunikasi terbuka
 - c) Memelihara hubungan intim dalam keluarga
 - d) Mempersiapkan perubahan system peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga
- 6) Tahap VI (keluarga dengan anak dewasa muda/tahap pelepasan)
- Tahap ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah orang tuasampai dengan anak terakhir. Tugas perkembangannya adalah:
- a) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
 - b) Mempertahankan keintiman pasangan
 - c) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
 - d) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
 - e) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
 - f) Membantu orang tua suami/istri yang sedang sakit atau memasuki masa tua

- g) Orang tua berperan suami dan istri, kakek nenek
- h) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anaknya

7) Tahap VII (keluarga usia pertengahan)

Tahap ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangannya adalah:

- a) Mempertahankan kesehatan
- b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
- c) Meningkatkan keakraban pasangan
- d) Mempertahankan kesehatan dengan olahraga, pengontrolan berat badan, diet seimbang, istirahat yang cukup
- e) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial dan waktu santai
- f) Memulihkan hubungan antara generasi muda dan tua
- g) Keakraban dengan pasangan
- h) Memulihkan hubungan/kontak dengan anak dan keluarga
- i) Persiapan masa tua/pensiun

8) Tahap VIII (keluarga usia lanjut)

Tahap ini dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun sampai keduanya meninggal. Tugas perkembangannya adalah:

- a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- b) Adaptasi dengan perubahan, kehilangan pasangan, teman dan lain-lain
- c) Mempertahankan keakraban suami istri yang saling merawat
- d) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat
- e) Melakukan *“life review”*

2. Asuhan keperawatan keluarga

Menurut teori/model *Family Centre Friedman* dalam kutipan buku Achjar (2010) pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

a. Pengkajian

1) Data Umum

- a) Identitas, kepala keluarga
 1. Nama kepala keluarga
 2. Umur (KK)
 3. Pekerjaan kepala keluarga
 4. Pendidikan kepala keluarga
 5. Alamat dan nomer telepon
- b) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.15

Komposisi Anggota Keluarga

Nama	Umur	Jenis kelamin	Hubungan	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber: Achjar, 2010

c) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi.

d) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala masalah yang terjadi. Menurut Sussman (1974) dan Maclin (1998) dikutip dalam buku Achjar (2010) tipe keluarga dibedakan berdasarkan keluarga tradisional dan non tradisional

2) Keluarga tradisional

- a) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama

- b) Keluarga dengan orang tua tunggal (*single parent*) yaitu keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat dari perceraian, pisah atau ditinggalkan
 - c) Pasangan inti (keluarga *dyad*), hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka
 - d) Bujang dewasa (*single adult*) yang tinggal sendirian
 - e) Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal dirumah dengan anak sudah kawin atau bekerja
 - f) Jaringan keluarga besar terdiri dari dua keluarga inti atau lebih atau anggota keluarga yang tidak menikah yang hidup berdekatan dalam daerah geografis
- 3) Keluarga non tradisional
- a) Keluarga dengan orang tua yang mempunyai anak tetapi tidak menikah (biasanya terdiri dari ibu dan anak saja)
 - b) Pasangan suami istri yang tidak menikah dan telah mempunyai anak
 - c) Keluarga gay/lesbian adalah pasangan yang berjenis kelamin sama yang hidup bersama sebagai pasangan yang menikah
 - d) Keluarga komuni adalah rumah tangga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama
- 4) Suku bangsa
- a) Asal suku bangsa keluarga
 - b) Bahasa yang dipakai keluarga
 - c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 5) Agama
- a) Agama yang dianut keluarga
 - b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

- 6) Status sosial ekonomi keluarga
 - a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
 - b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
 - c) Tabungan khusus kesehatan
 - d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)

7) Aktifitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya mengunjungi tempat rekreasi namun menonton tv dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Menurut Duvall (1985) dan Mc. Godrick (1989) dikutip dalam buku Dion dan Betan (2013), tahapan perkembangan keluarga dibagi menjadi 8 tahapan yaitu:

- a) Tahap I (pasangan keluarga baru/keluarga pemula)
Dimulai saat individu pria dan wanita membentuk keluarga melalui perkawinan
- b) Tahap II (keluarga anak pertama/*child bearing*)
Tahap ini dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan. Masa ini merupakan masa transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis
- c) Tahap IV (keluarga dengan anak usia sekolah)
Keluarga pada tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 6 tahun dan dimulai sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun dimana merupakan awal dari masa remaja
- d) Tahap V (keluarga dengan anak remaja)
Tahap ini dimulai sejak anak usia 13 tahun sampai 20 tahun
- e) Tahap VI (keluarga dengan anak dewasa muda/tahap pelepasan)
Tahap ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah orang tua sampai dengan anak terakhir

- f) Tahap VII (keluarga usia pertengahan)
Tahap ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal
- g) Tahap VIII (keluarga usia lanjut)
Tahap ini dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun sampai keduanya meninggal
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- 3) Riwayat keluarga inti
 - a) Riwayat terbentuknya keluarga inti
 - b) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular di keluarga)
- 4) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)
 - a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
 - b) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

c. Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
 - a) Ukuran rumah (luas rumah)
 - b) Kondisi dalam dan luar rumah
 - c) Kebersihan rumah
 - d) Ventilasi rumah
 - e) Saluran pembuangan air limbah
 - f) Air bersih
 - g) Pengeluaran sampah
 - h) Kepemilikan rumah
 - i) Kamar mandi
 - j) Denah rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
 - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
 - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
 - c) Budaya setempat yang mempengaruhi Kesehatan

- 3) Mobilitas geografis keluarga
 - a) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - a) Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
- 5) Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah

d. Struktur keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga

Menurut Setiadi (2008) dikutip dalam buku Achjar (2010) menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan apakah hal-hal/masalah dalam keluarga yang menutup diskusi

- 2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah:

- a) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
- b) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu)?
- c) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?

- 3) Struktur peran (formal dan informal)

Menurut Setiadi (2008) dikutip dalam buku Achjar (2010) menjelaskan peran dan masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

- a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
- b) Perasaan saling memiliki
- c) Dukungan terhadap anggota keluarga
- d) Saling menghargai, kehangatan

2) Fungsi sosialisasi

- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

3) Fungsi perawatan kesehatan

- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya jika sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi)
- b) Bila ditemui data maladaptif, langsung dilakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)

f. Stress dan coping keluarga

Menurut Setiadi (2008) dikutip dalam buku Achjar (2010) stressor dan coping keluarga yaitu:

1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu ± 6 bulan dan stressor jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan

- 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor
Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor
- 3) Strategi koping yang digunakan
Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan
- 4) Strategi adaptasi disfungsional
Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan

g. Pengkajian fisik

- 1) Aktivitas/istirahat
Istirahat kurang, terjadi kelemahan, tekanan darah sistol menurun dan denyut nadi meningkat >100 kali per menit
- 2) Integritas ego
Konflik interpersonal keluarga, kesulitan ekonomi, perubahan persepsi tentang kondisinya, dan kehamilan tak direncanakan
- 3) Eliminasi
Perubahan pada konstipasi defekasi, peningkatan frekuensi berkemih dan peningkatan konsentrasi urine
- 4) Makanan/cairan
Mual dan muntah yang berlebihan 4-8 minggu, nyeri epigastrium, penurunan berat badan 5-10 kg, iritasi dan kemerahan pada membrane mukosa mulut, Hb dan Ht rendah, nafas berbau aseton, turgor kulit berkurang, mata cekung dan lidah kering
- 5) Pernafasan
Frekuensi nafas meningkat
- 6) Keamanan
Suhu kadang naik, berat badan lemah, ikterus dan dapat jatuh dalam koma
- 7) Seksualitas
Penghentian menstruasi, bila keadaan ibu membahayakan maka dilakukan abortus terapeutik

8) Interaksi sosial

Perubahan status kesehatan/stressor kehamilan, perubahan peran, respon anggota keluarga yang dapat bervariasi terhadap hospitalisasi dan sakit, serta system pendukung yang kurang

9) Pembelajaran dan penyuluhan

Dasar pembelajaran pada kasus hiperemesis gravidarum adalah sebagai berikut:

- a) Segala yang dimakan dan diminum dimuntahkan, terlebih jika sudah lama berlangsung
- b) Berat badan turun lebih dari 5-10% dari berat badan normal ibu sesuai usia kehamilan
- c) Turgor kulit, lidah kering
- d) Adanya aseton dalam urine

h. Harapan keluarga

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada

3. Analisa data

Menurut Setiadi (2008) dikutip dalam buku Achjar (2010) diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti:

a. Diagnosa sehat/*wellness*

Diagnosa sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

b. Diagnosis ancama (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

c. Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Faktor penyebab
 - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - a) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah dirasakan keluarga
 - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
 - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - f) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
 - a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) Sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
 - a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya hygien sanitasi

- c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- Keberadaan fasilitas kesehatan
 - Keuntungan yang didapat
 - Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses scoring

Tabel 2.16
Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah : ☐ Tidak/kurang sehat ☐ Ancaman kesehatan ☐ Krisis	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah: ☐ Dengan mudah ☐ Hanya sebagian ☐ Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk diubah: ☐ Tinggi ☐ Cukup ☐ Rendah	3 2 1	1
	Menonjolnya masalah: ☐ Masalah berat harus ditangani ☐ Masalah yang tidak perlu segera ditangani ☐ Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber: Setiadi, 2008

Skoring

- Tentukan skor untuk setiap kriteria
- Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- Jumlah skor untuk semua kriteria
- Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Diagnosa yang mungkin muncul:

- a. Gangguan kebutuhan nutrisi pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah hiperemesis gravidarum
- b. Gangguan kebutuhan nutrisi pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien hiperemesis gravidarum
- c. Gangguan kebutuhan nutrisi pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat klien hiperemesis gravidarum
- d. Gangguan kebutuhan nutrisi pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien hiperemesis gravidarum
- e. Gangguan kebutuhan nutrisi pada keluarga bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pada klien hiperemesis gravidarum

4. Intervensi

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus menggunakan SMART (S= spesifik, M= measurable/dapat diukur, A= achievable/dapat dicapai, R= reality, T= time limited/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

Tabel 2.17
Rencana Keperawatan Keluarga pada Pasien Hiperemesis Gravidarum

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga bapak A mengenal masalah kesehatan hiperemesis gravidarum	Setelah dilakukan tindakan keperawatan kunjungan rumah selama 4 hari diharapkan tidak terjadi lagi defisit nutrisi pada keluarga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit keluarga mampu: 1. Mengetahui masalah kesehatan pada keluarga dengan menyebutkan			
		1.1 Keluarga mampu mengenal pengertian defisit nutrisi	Respon verbal	Defisit nutrisi secara umum adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang defisit nutrisi 2. Diskusikan dengan keluarga pengertian defisit nutrisi 3. Tanyakan kembali pada keluarga bila ada yang belum jelas 4. Evaluasi keluarga untuk menjelaskan kembali pengertian defisit nutrisi 5. Beri reinforcement positif pada keluarga
		1.2 Keluarga mampu menyebutkan penyebab defisit nutrisi	Respon verbal	Menyebutkan 4 dari 5 penyebab defisit nutrisi: 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorpsi makanan	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang penyebab defisit nutrisi 2. Diskusikan dengan keluarga penyebab defisit nutrisi 3. Tanyakan kembali pada keluarga bila ada yang belum jelas 4. Evaluasi keluarga untuk menjelaskan kembali penyebab

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				4. Faktor ekonomi misalnya finansial tidak mencukupi 5. Faktor psikologis misalnya keengganan untuk makan	defisit nutrisi 5. Beri reinforcement positif pada keluarga
		1.3 Keluarga mampu menyebutkan tanda dan gejala defisit nutrisi	Respon verbal	Menyebutkan 4 dari 5 dari tanda dan gejala defisit nutrisi: 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang idela 2. Cepat kenyang 3. Kram/nyeri abdomen 4. Nafsu makan menurun 5. Membran mukosa pucat	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang tanda gejala defisit nutrisi 2. Diskusikan dengan keluarga tanda gejala defisit nutrisi 3. Tanyakan kembali pada keluarga bila ada yang belum jelas 4. Evaluasi keluarga untuk menjelaskan kembali tanda gejala defisit nutrisi 5. Beri reinforcement positif pada keluarga
		2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk menangani defisit nutrisi pada keluarga			6.
		2.1 Keluarga mampu menjelaskan dari dampak defisit	Respon verbal	Menjelaskan 2 dampak defisit nutrisi pada ibu hamil: 1. Anemia Kekurangan zat besi dapat menyebabkan anemia sehingga menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak. Pada ibu hamil yang menderita anemia berat kemungkinan melahirkan	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang defisit nutrisi 2. Diskusikan dengan keluarga pengertian defisit nutrisi 3. Tanyakan kembali pada keluarga bila ada yang belum jelas 4. Evaluasi keluarga untuk menjelaskan kembali pengertian defisit nutrisi 5. Beri reinforcement positif pada keluarga

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				bayi BBLR dan premature 2. Mual muntah selama kehamilan (hiperemesis gravidarum) 3. Mual muntah yang berlebihan menyebabkan ibu pingsan dan lemah	
		3.1 Menjelaskan cara merawat pasien defisit nutrisi pada ibu hamil	Respon verbal	Menyebutkan cara merawat pasien defisit nutrisi pada ibu hamil: 1. Meningkatkan asupan nutrisi pada ibu hamil yang mengandung protein, karbohidrat, lemak, vitamin, mineral yang terdiri dari kalsium, fosfor, zat besi, seng flour, yodium dan natrium 2. Menganjurkan makan dalam porsi sedikit tapi sering (5-6 porsi kecil/hari) 3. Memonitor berat badan 4. Memberikan diet hiperemesis seperti roti, bauh, sayuran, daging, lauk sesuai jadwal. Diet hiperemesis bertujuan untuk meningkatkn glikogen dalam tubuh dan mengontrol asidosis secara berangsur dan	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat defisit nutrisi pada ibu hamil 2. Diskusikan dengan keluarga pengertian defisit nutrisi 3. Tanyakan kembali pada keluarga bila ada yang belum jelas 4. Evaluasi keluarga untuk menjelaskan kembali pengertian defisit nutrisi 5. Beri reinforcement positif pada keluarga

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				memberikan makanan yang berenergi dan zat gizi yang cukup 5. Mengajarkan minum asam folat dan B2 yang berfungsi untuk mempertahankan kesehatan syaraf, jantung, otot, serta meningkatkan pertumbuhan dan perbaikan sel sedangkan B2 penting pada metabolisme protein	
		4. Keluarga memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman nyaman bagi pasien defisit nutrisi			
		4.1 Menyebutkan lingkungan yang mendukung untuk pasien defisit nutrisi	Respon verbal	Menyebutkan modifikasi lingkungan bagi pasien defisit nutrisi pada ibu hamil: 1. Menyajikan makanan yang bergizi dengan cara yang bersih 2. Lingkungan yang tenang, dengan pertukaran udara yang baik, bersih bebas dari debu dan kotoran 3. Sampah sampah dan pembuangan yang teratur untuk menghindari mual muntah pada ibu hamil	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang memodifikasi lingkungan pada pasien defisit nutrisi ibu hamil 2. Diskusikan dengan keluarga memodifikasi lingkungan defisit nutrisi pada ibu hamil 3. Tanyakan kembali pada keluarga bila ada yang belum jelas 4. Evaluasi keluarga untuk menjelaskan kembali memodifikasi lingkungan defisit nutrisi pada ibu hamil 5. Beri reinforcement positif pada

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				4. Keadaan lantai tidak licin sehingga risiko jatuh rendah 5. Menghindari aroma-aroma, suara bising yang berlebih yang dapat memicu mual muntah pada ibu hamil	keluarga
		5. Keluarga mampu memnfaatkan pelayanan kesehatan untuk pasien defisit nutrisi pada ibu hamil			
		5.1 Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan	Respon verbal	Faslitas kesehatan yang dapat dikunjungi yang ada di masyarakat yaitu puskesmas, rumah sakit, rumah bersalin, dokter	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat defisit nutrisi pada ibu hamil 2. Diskusikan dengan keluarga pengertian defisit nutrisi 3. Tanyakan kembali pada keluarga bila ada yang belum jelas 4. Evaluasi keluarga untuk menjelaskan kembali pengertian defisit nutrisi 5. Beri reinforcement positif pada keluarga
		5.2 Mampu menjelaskan manfaat fasilitas pelayanan kesehatan untuk menangani defisit nutrisi pada ibu hamil	Respon verbal	Mampu menjelaskan manfaat fasilitas pelayanan kesehatan untuk menangani defisit nutrisi pada ibu hamil yaitu pelayanan kesehatan yang dituju seperti, dokter, bidan, ahli gizi, rumah sakit, puskesmas	1. Motivasi keluarga untuk mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan 2. Beri reinforcement positif pada keluarga

5. Implementasi

Menurut Achjar (2010) implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga

6. Evaluasi

Menurut Achjar (2010) evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Pengukuran efektifitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Evaluasi asuhan keperawatan keluarga didokumentasikan dalam SOAP (*subjektif, objektif, analisis, planning*)