

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow dalam Potter dan Perry (1997) dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut (A.Aziz : 2015).

a. Kebutuhan Fisiologis (Physiologis Needs)

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar yang 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. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya. Sedangkan Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.

- 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 akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.

- e. Kebutuhan Aktualisasi Diri (Needs for Self Actualization)

Kebutuhan ini meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengenal 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

Istilah gizi berasal dari bahasa arab gizawi yang berarti nutrisi. Oleh para ahli istilah tersebut diubah menjadi gizi. Gizi adalah substansi organik dan anorganik yang ditemukan dalam makanan dan dibutuhkan oleh tubuh agar dapat berfungsi dengan baik. Kebutuhan gizi seseorang ditentukan oleh faktor usia, jenis kelamin, jenis kegiatan, dan sebagainya.

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

Nutrisi adalah zat - zat gizi atau zat lainnya yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, termasuk keseluruhan proses dalam tubuh manusia dalam menerima makanan atau bahan dari lingkungan dan menggunakan bahan – bahan tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuh,

serta mengeluarkan sisanya. Nutrisi juga dapat dikatakan sebagai ilmu tentang makanan, zat – zat gizi, dan zat – zat lain yang terkandung, aksi, reaksi, serta keseimbangan yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit (Tarwoto & Wartonah, 2015 : 55).

b. Elemen nutrient / zat gizi

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 reabsorpsi. 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 energy 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 energy
- b) Pemberian rasa manis pada makanan

- c) Penghemat protein
- d) Pengatur metabolisme lemak
- e) Membantu pengeluaran feses tubuh (Haswita, 2017)

3) Protein

Protein merupakan unsure zat gizi yang sangat berperan dalam penyusunan senyawa-senyawa penting seperti enzim, hormone dan antibody. 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
- b) Pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh
- c) Pengaturan metabolisme dalam bentuk enzim dan hormone Sumber energy di samping karbohidrat dan lemak
- d) Dalam bentuk kromosom, protein berperan sebagai tempat menyimpan dan meneruskan sifat-sifat keturunan tubuh (Haswita, 2017)

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 penyusun hormone seperti biosintesis hormone steroidPembentukan jaringan adipose atau jaringan lemak. Jaringan ini berfungsi menyimpan

cadangan energy, 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 (Haswita, 2017).

Tabel 2. 1
Jenis Mineral, Sumber, dan Fungsi

Jenis Mineral	Sumber	Fungsi
Kalsium	Susu	Pembentukan gigi dan tulang, aktivitas neuromuskular, dan koagulasi darah
Fosfor	Telur, daging, dan susu	Penyangga pembentukan gusi dan tulang
Yodium	Garam beryodium dan makanan laut	Pengaturan metabolisme tubuh dan memperlancar pertumbuhan
Besi	Hati, telur, dan daging	Komponan hemoglobin, dan membantu oksidasi dalam sel
Magnesium	Biji – bijian, susu, dan daging	Pengaktifan enzim, pembentukan gigi dan tulang, serta membantu kegiatan neuromuskular
Zink	Makanan laut dan hati	Bahan pembentuk enzim dan insulin

c. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan zat gizi

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. Karakteristik status nutrisi

1) Body Mass Index (BMI)

Merupakan ukuran dari gambaran berat badan seseorang dengan tinggi badan. BMI dihubungkan dengan total lemak dalam tubuh dan sebagai panduan untuk mengkaji kelebihan berat badan (over weight) dan obesitas tubuh.

Rumus BMI diperhitungkan :

$$\frac{BB(kg)}{TB(m)^2} \quad \text{atau} \quad \frac{BB(pon) \times 704,5}{TB(inci)^2}$$

2) Ideal Body Weight (IBW)

Merupakan perhitungan berat badan optimal dalam fungsi tubuh yang sehat. Berat badan ideal adalah jumlah tinggal dalam sentimeter dikurangi 100 dan dikurangi 10% dari jumlah itu tubuh.

3) Lingkar lengan atas

Lingkar lengan atas memberikan gambaran keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. Yang mana pada pengukurannya dilakukan pada bagian jarak antara olekranon dan tonjolan akromion. Yang

kemudian hasilnya dikatakan normal jika $> 23,5$ cm dan kekurangan energi kronis (KEK) jika hasilnya $< 23,5$ cm tubuh.

e. Gizi Prakonsepsi

1) Pengertian Gizi Prakonsepsi

Wanita prakonsepsi adalah wanita usia subur yang siap menjadi seorang ibu, dimana kebutuhan gizi pada masa ini berbeda dengan masa anak-anak, remaja, ataupun lanjut usia (Puli dkk, 2014). Masa pranikah dapat dikaitkan dengan masa prakonsepsi, karena setelah menikah wanita akan segera menjalani proses konsepsi. Masa prakonsepsi merupakan masa sebelum kehamilan. Periode prakonsepsi adalah rentang waktu dari tiga bulan hingga satu tahun sebelum konsepsi dan idealnya harus mencakup waktu saat ovum dan sperma matur, yaitu sekitar 100 hari sebelum konsepsi. Status gizi WUS atau wanita pranikah selama tiga sampai enam bulan pada masa prakonsepsi akan menentukan kondisi bayi yang dilahirkan. Prasayarat gizi sempurna pada masa prakonsepsi merupakan kunci kelahiran bayi normal dan sehat (Susilowati & Kuspriyanto, 2016).

Rhode Island Departement of Health (2012) menyimpulkan bahwa wanita prakonsepsi merupakan wanita yang siap menjadi ibu, merencanakan kehamilan dengan memperhatikan kesehatan diri atau kesehatan reproduksi, kesehatan lingkungan, serta pekerjaannya. Oleh sebab itu, masa prakonsepsi ini harus diawali dengan hidup sehat, seperti memperhatikan makanan yang dimakan oleh calon ibu.

Perawatan prakonsepsi juga merupakan suatu langkah-langkah penilaian dan intervensi yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan memodifikasi resiko medis, perilaku, dan sosial kesehatan wanita, serta hasil kehamilannya dari sebelum konsepsi (Hadar dan Safirah, 2014). *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) mengidentifikasi empat tujuan untuk meningkatkan kesehatan prakonsepsi di antaranya yaitu:

- a) Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan prakonsepsi.

- b) Meyakinkan bahwa semua wanita usia subur bisa menerima pelayanan perawatan prakonsepsi yang akan memungkinkan mereka akan kesehatan yang optimal.
- c) Mengurangi resiko lahir cacat.
- d) Mengurangi hasil kehamilan yang merugikan (Rhode Island Departement of Health, 2012).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa masalah keselamatan dan kesehatan janin memiliki keterkaitan dengan kesehatan dan status gizi remaja perempuan yang akan menjadi ibu, remaja perempuan sebagai calon pengantin juga harus memperhatikan status gizinya dengan baik, tidak kurus dan tidak anemia atau kekurangan gizi lainnya. Dalam rangka menyelamatkan 1000 HPK, perlu adanya kebijakan yang mencegah menikah di usia muda, sehingga perlu adanya kebijakan sinkronisasi antara Undang-undang No. 1 tahun 1974 dan Undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, sehingga usia minimal menikah perempuan dapat ditingkatkan menjadi 18 tahun (Kemenkes RI, 2013).

2) Pentingnya Gizi Prakonsepsi

Gizi yang optimal pada masa prakonsepsi berperan sangat penting dalam proses pembuahan dan kehamilan. Keadaan kesehatan dan status gizi ibu hamil sesungguhnya ditentukan jauh sebelumnya, yaitu pada masa dewasa dan masa sebelum hamil (prakonsepsi) atau selama menjadi wanita usia subur (WUS) (Indriani dkk. 2013).

Kecukupan gizi ibu hamil akan mempengaruhi kondisi janin dalam tumbuh kembangnya selama kehamilan, menurunkan risiko kesakitan pada bayi, menunjang fungsi optimal dari alat-alat reproduksi dan meningkatkan produksi sel telur dan sperma yang berkualitas. Menurut Bappenas (2011) status gizi janin dalam kandungan dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil, bahkan status gizi ibu pada saat sebelum hamil.

Kurang gizi pada janin akan menyebabkan bayi berat lahir rendah (BBLR) karena sejak dalam kandungan janin sudah mengalami

kegagalan pertumbuhan (foetal growth retardation). Bayi dengan kondisi kekurangan gizi apabila asupan gizinya tidak segera diperbaiki maka akan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangannya, kondisi ini akan berlanjut sampai dewasa. Salah satu cara untuk memutus siklus ini adalah dengan cara perbaikan gizi pada masa prakonsepsi, setidaknya ada dua alasan utama mengapa calon ibu harus menjaga kondisi gizi sebelum hamil, yaitu:

- a) Gizi yang baik akan menunjang fungsi optimal alat-alat reproduksi, seperti lancarnya proses pematangan sel telur, produksi sel telur dengan kualitas baik, dan proses pembuahannya yang sempurna.
- b) Gizi yang baik berperan penting dalam mempersiapkan cadangan nutrisi bagi tumbuh kembang janin. Bagi calon ibu, gizi yang cukup dan seimbang memengaruhi kondisi kesehatan secara menyeluruh pada masa pembuahan (konsepsi) dan kehamilan.
- c) Pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya mengonsumsi sumber makanan yang bergizi selama masa prakonsepsi adalah satu penyebab kekurangan gizi pada calon ibu. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran seimbang, pola makan yang tidak teratur, konsumsi berlebihan terhadap satu atau beberapa jenis makanan, konsumsi junkfood dan diet berlebihan pada masa prakonsepsi harus dihindari sebelum terlambat (Susilowati & Kuspriyanto, 2016).

3) Kebutuhan Gizi pada Wanita Prakonsepsi

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi. Penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal dari organ- organ serta menghasilkan energi (Supariasa, 2014).

Zat-zat gizi yang dapat memberikan energi adalah karbohidrat, lemak, dan protein, oksidasi zat-zat gizi ini menghasilkan energi yang diperlukan tubuh untuk melakukan kegiatan atau aktivitas. Ketiga zat gizi termasuk zat organik yang mengandung karbon yang dapat

dibakar, jumlah zat gizi yang paling banyak terdapat dalam pangan dan disebut juga zat pembakar (Almatsier : 2011).

Pedoman Gizi Seimbang merupakan pedoman untuk konsumsi makan sehari-hari yang harus mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah (porsi) yang sesuai dengan kebutuhan setiap orang atau kelompok umur, mengandung berbagai zat gizi (energi, protein, vitamin dan mineral), serta dapat dijadikan sebagai pedoman makan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan mempertahankan berat badan normal.

Secara umum terdapat pesan khusus gizi seimbang yang perlu diperhatikan bagi calon pengantin adalah mengonsumsi aneka ragam makanan untuk memenuhi kebutuhan energinya. Hal tersebut meliputi konsumsi zat gizi makro dan mikro (karbohidrat, protein, vitamin dan mineral) yang akan digunakan sebagai proses pertumbuhan tubuh yang cepat, peningkatan volume darah dan peningkatan hemoglobin dalam darah yang berguna untuk mencegah anemia yang disebabkan karena kehilangan zat besi selama proses menstruasi. Berikut merupakan anjuran Angka Kecukupan Gizi bagi WUS yang telah ditetapkan Kemenkes:

Tabel 2. 2
Angka kecukupan gizi bagi WUS

Zat Gizi	13-15 tahun	16-18 tahun	19-29 tahun	30-49 tahun
Energi (kkal)	2050	2100	2250	2150
Protein (g)	60	65	60	60
Folat (meg)	40	40	40	40
B6 (mg)	1,3	1,3	1,3	1,3
B12 (mg)	4,0	4,0	4,0	4,0
Besi (mg)	15	15	18	18

Sumber: PMK No. 28 Th 2019.

Gizi yang memengaruhi prakonsepsi adalah karbohidrat, lemak, protein, asam folat, vitamin A, E, dan B12, mineral zinc, besi, kalsium, dan omega-3. Pasangan yang akan melangsungkan pernikahan sebaiknya mulai mengubah pola makan menjadi teratur dan baik

selambat-lambatnya enam bulan sebelum kehamilan. Hal ini dapat membantu memperbaiki tingkat kecukupan gizi pasangan (Susilowati & Kuspriyanto, 2016).

Berikut pola makan yang disarankan pada pasangan prakonsepsi untuk mengonsumsi dalam jumlah yang mencukupi :

- a) Karbohidrat : yang disarankan adalah kelompok polisakarida (seperti nasi, jagung, sereal, umbi-umbian) dan disarankan membatasi konsumsi monosakarida (seperti gula, sirup, makanan, dan minuman yang tinggi gula).
- b) Protein : Kekurangan protein pada tingkat berat akan memperlambat perkembangan hormone endokrin sehingga kemampuan untuk mengikat hormone androgen rendah. Makanan yang kaya protein bisa diperoleh dari telur, daging, tempe, dan tahu.
- c) Vitamin C : berperan penting untuk fungsi indung telur dan pembentukan sel telur. Selain sebagai antioksidan (bekerja sama dengan vitamin E dan β -karoten), vitamin C berperan melindungi sel-sel organ tubuh dari serangan radikal bebas (oksidan) yang memengaruhi kesehatan reproduksi.
- d) Asam Folat : Kecukupan nutrisi asam folat dapat mengurangi resiko bayi lahir kecacatan system saraf dengan neural tube defect (NTD) seperti spina bifida sebanyak 70%.
- e) Vitamin B6 : Sumber vitamin B6 antara lain ayam, ikan, ginjal, beras merah, kacang kedelai, kacang tanah, pisang, dan kol.
- f) Vitamin D diproduksi dari dalam tubuh dengan bantuan sinar matahari, selain itu dapat diperoleh dari susu, telur, mentega, keju, minyak ikan, ikan tuna, dan ikan salmon.
- g) Zinc : sangat penting untuk calon ibu karena zinc membantu produksi materi genetik ketika pembuahan terjadi. Menjaga asupan zinc sesuai AKG, yaitu 15 mg/hari dapat membantu menjaga sistem reproduksi berfungsi normal.
- h) Zat besi : Kekurangan zat besi pada calon ibu dapat menyebabkan anemia dengan menunjukkan gejala lelah, sulit konsentrasi, dan

gampang infeksi. Juga dapat mengurangi resiko ibu hamil mengalami defisiensi anemia gizi besi yang dapat membahayakan ibu dan kandungannya. (Susilowati & Kuspriyanto, 2016).

4) Permasalahan Gizi Pada Masa Prakonsepsi

Masalah gizi yang terjadi pada wanita usia subur (WUS) dapat berakibat intergenerasi. Siklus intergenerasi dari gagal tumbuh, pertama kali dijelaskan oleh The Second Report on The World Nutrition Situation yang menjelaskan bahwa bagaimana siklus gagal tumbuh berawal dari keadaan gizi calon ibu yang buruk. Teori tersebut menyebutkan bahwa Wanita Usia Subur (WUS) yang mengalami Kurang Energi Kronik (KEK) akan memiliki resiko untuk melahirkan bayi BBLR dari pada wanita yang tidak KEK. Anak yang lahir dengan kondisi BBLR akan mengalami kegagalan dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Demikian halnya dengan anak perempuan yang lahir dengan kondisi BBLR maka kemungkinan memiliki postur tubuh pendek lebih besar. Cara untuk memutus mata rantai tersebut adalah dengan memperbaiki status gizi WUS sehingga bayi yang dilahirkan nantinya akan sehat dan normal.

Kerusakan di awal kehidupan akan menimbulkan gangguan permanen, juga dapat mempengaruhi generasi berikutnya, dimana perempuan yang memiliki postur tubuh pendek, kelak akan melahirkan bayi BBLR pula nantinya (Filla, 2015). Berat-ringannya gagal tumbuh bergantung pada status gizi sebelum dan selama kehamilan, keadaan kekurangan zat gizi, serta lamanya WUS itu sendiri mengalami kekurangan gizi. Gagal tumbuh dapat menyebabkan BBLR, kurangnya jumlah sel-sel otak dan ukuran kepala, rendahnya ukuran organ-organ tubuh yang lain, perubahan sel-sel utama tubuh, dan perubahan proses biokimia, serta kematian. Namun jika anak tersebut lahir dan bertahan hidup, maka perubahan yang bersifat permanen terhadap struktur tubuh, fisiologi dan metabolisme akan menjadi predisposisi untuk mengalami penyakit kardiovaskular (jantung, hioertensi), gangguan metabolik dan endokrin pada saat usia dewasa.

Nutrisi yang tidak adekuat pada WUS akan mengakibatkan manifestasi penyakit seperti kurang energi protein (KEK) yang akan mengakibatkan anemia dan defisiensi zat mikronutrien, sehingga akan berdampak buruk bagi calon ibu, janin, maupun bayi yang akan dilahirkan. Dampak selanjutnya adalah tingginya risiko terjadinya pendarahan, osteomalasia, dan kelelahan yang berlebihan serta mudah terkena infeksi selama kehamilan (Fauziyah, 2012).

f. Faktor – faktor yang mempengaruhi status gizi

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 secara cukup tubuh.

5) Ekonomi

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

g. Masalah kebutuhan nutrisi

1) Keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa(normal) atau risiko penurunan berat badan akibat ketidakcukupan asupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme tubuh.

2) Tanda klinis : BB 10-20% dibawah normal, TB dibawah ideal, adanya kelemahan dan nyeri tekan pada otot, adanya penurunan albumin serum.

Penyebab : disfagia, nafsu makan menurun, penyakit infeksi dan kanker, penurunan absorbs nutrisi tubuh.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Kebutuhan Nutrisi

1. Pengkajian

Pengkajian kebutuhan nutrisi merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam asuhan keperawatan di rumah sakit. Pengkajian nutrisi meliputi pengumpulan informasi tentang status nutrisi dan untuk menentukan adanya masalah kebutuhan nutrisi (Ahmad & Nita, 2013:69).

Ada tiga tujuan pengkajian kebutuhan nutrisi yaitu mengidentifikasi adanya defisiensi nutrisi dan pengaruhnya terhadap status kesehatan, mengumpulkan informasi khusus untuk membuat rencana asuhan keperawatan tentang nutrisi dan menilai efektifitas asuhan keperawatan dan kemungkinan memodifikasi asuhan keperawatan tentang nutrisi jika diperlukan. Selain itu, pengkajian nutrisi bertujuan untuk mengidentifikasi adanya kelebihan nutrisi yang beresiko terhadap obesitas, diabetes mellitus, penyakit jantung, hipertensi dan untuk mengidentifikasi kebutuhan nutrisi pasien (Ahmad & Nita, 2013: 69).

a. Riwayat Keperawatan dan Diet

Pengkajian masukan makanan dan pola makan meliputi pengkajian dan informasi terhadap makanan yang sering dikonsumsi, persiapan makanan dan kebiasaan makan. Pola makanan dan kebiasaan makanan dipengaruhi oleh budaya, latar belakang etnik, status sosial ekonomi dan aspek psikologi (Ahmad & Nita, 2013: 102).

Pengkajian riwayat diet dilakukan dengan mengkaji jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi pasien selama 24 jam. Meliputi jumlah dan jenis karbohidrat, protein, lemak, sayur-sayuran, buah-buahan, air dan mineral. Agar informasi yang diperoleh dari pasien tepat dan akurat, perawat harus menggunakan bahasa yang dapat dipahami oleh pasien. Demikian pula bentuk-bentuk pertanyaan yang diajukan kepada pasien diusahakan agar mudah dimengerti (Ahmad & Nita, 2013: 102). Oleh karena itu, perawat perlu memperhatikan latar belakang pendidikan

pasien. Berikut ini, diuraikan jenis-jenis pertanyaan yang dapat digunakan dalam pengkajian riwayat diet, yaitu :

Tabel 2. 3
Wawancara Kesehatan Terkait Nutrisi

No.	Pengkajian	Pertanyaan	Pemeriksaan Fisik
1.	Asupan makanan dan nutrient	- Berapa kali saudara makan dalam sehari ? - Kapan saja waktunya ? - Berapa banyak setiap kali makan ? - Apakah ada diet khusus ? - Siapa yang mengolah dan menyiapkan makanan ?	- Inspeksi rongga mulut, kondisi kulit, rambut dan kuku
2.	Pola dan riwayat diet	- Makanan apa yang disukai ? - Adakah alergi makanan ? - Gangguan yang terjadi pada tubuh akibat makanan tersebut seperti apa ? - Apakah mengalami perubahan rasa makanan ? - Ada masalah untuk mengunyah atau menelan ?	- Observasi kemampuan menelan, - observasi jumlah makanan yang dikonsumsi
3.	Perubahan Berat Badan	- Apakah mengalami perubahan nafsu makan ? - Apakah mengalami perubahan berat badan ? - Perubahan berat badan karena program atau apa ?	- Observasi berat badan, - observasi tanda-tanda malnutrisi (luka pada sudut mulut, stomatitis).
4.	Kulit	- Apakah pernah merasa ada perubahan pada kulit seperti kulit kering ?	- Observasi warna kulit, kelembapan dan perubahan pigmen.

b. Faktor Yang Mempengaruhi Diet

1) Status Kesehatan

Kesehatan seseorang berpengaruh besar terhadap kebiasaan makan. Sariawan atau gigi yang sakit seringkali membuat individu memilih makanan yang lembut. Tidak jarang, orang dengan kesulitan menelan, mencoba untuk memilih menahan lapar daripada makan.

2) Kultur dan Kepercayaan

Budaya cukup menentukan jenis makanan yang sering dikonsumsi. Demikian pula letak geografis mempengaruhi makanan yang diinginkan. Sebagai contoh : nasi untuk orang-orang Asia dan Orientalis, paste (pasta) untuk orang-orang Italia, curry (kari) untuk orang-orang India merupakan jenis makanan pokok, selain makanan tradisional lain yang mulai ditinggalkan.

3) Status Sosial Ekonomi

Pilihan seseorang terhadap jenis dan kualitas makan turut dipengaruhi oleh status sosial ekonomi dan sosial. Sebagai contoh: orang miskin dan menengah ke bawah di desa tidak sanggup membeli makanan jadi yang mahal, buah dan sayuran yang mahal. Pendapatan akan membatasi seseorang untuk mengkonsumsi ikan dan daging yang bermutu.

4) Faktor Psikologis

Respons stress pada individu berbeda, ada individu yang mengalami stress akan meningkatkan nafsu makan, namun juga sebaliknya tidak nafsu makan.

5) Informasi yang salah tentang makanan dan cara berdiet

Pengetahuan yang kurang tentang manfaat makanan tinggi dapat mempengaruhi pola konsumsi makanan. Hal tersebut dapat disebabkan oleh kurangnya informasi sehingga dapat terjadi kesalahan dalam memahami kebutuhan gizi.

6) Agama/Kepercayaan

Agama atau kepercayaan juga mempengaruhi jenis makanan yang dikonsumsi. Sebagai contoh : agama Islam dan agama Yahudi Orthodox mengharamkan daging babi. Agama Roma Katolik melarang makan daging setiap hari, dan beberapa aliran agama (melarang pemeluknya untuk mengonsumsi teh, kopi atau alkohol).

7) Personal Preference

Hal-hal yang disukai dan tidak disukai sangat berarti dan berpengaruh terhadap kebiasaan makan seseorang. Orang seringkali

memulai kebiasaan makanannya, sejak dari masa kanak-kanak sampai masa dewasa. Misalnya : Ayah tidak suka makan kari, begitu juga anak laki-lakinya.

8) Rasa lapar, nafsu makan dan rasa kenyang

Rasa lapar umumnya merupakan sensasi yang tidak menyenangkan karena berhubungan dengan kekurangan makanan. Sebaliknya, nafsu makan merupakan sensasi yang menyenangkan berupa keinginan seseorang untuk makan. Sedangkan, rasa kenyang merupakan perasaan puas karena telah memenuhi keinginannya untuk makan (Ahmad & Nita, 2013: 103).

c) Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan fisik : apatis, lesu, anak tampak kurus
- 2) Berat badan : kurus (underweight)
- 3) Otot : flaksial/lemah, tonus kurang, tenderness, tidak mampu bekerja
- 4) Sistem saraf : bingung, rasa terbakar, paresthesia, refleks menurun
- 5) Fungsi gastrointestinal : anoreksia, konstipasi, diare, flatulensi, pembesaran liver / lien
- 6) Kardiovaskuler : denyut nadi lebih dari 100 kali / menit, irama abnormal, tekanan darah rendah/tinggi
- 7) Rambut : perubahan tekstur menjadi lebih tipis, kasar, tampak kemerahan maupun kecoklatan, mudah rontok
- 8) Kulit : kering, hiperpigmentasi
- 9) Area mulut : keilosis, stomatitis angularis, atrofi papil
- 10) Mata : konjungtiva pucat, kering, exotismus, tanda-tanda infeksi
- 11) Kuku : koilonikia atau kuku sendok
- 12) Kaki : adakah edema pada kedua punggung kaki
- 13) Abdomen : hepatomegaly, distensi abdomen, perut kembung, bising usus melemah/meninggi, tanda asites
- 14) Tanda defisiensi vitamin A pada mata
- 15) Tanda dehidrasi dan tanda syok

Tabel 2. 4
Pemeriksaan fisik yang berhubungan dengan status nutrisi

No	Pemeriksaan	Tanda Nutrisi Baik	Tanda Nutrisi Kurang Baik	Kemungkinan Kekurangan
1.	Penampilan Umum	Responsif	Lesu, apatis, kakeksia, penampilan kakeksia	a. kalori b. air c. vitamin A
2.	Berat Badan	Berat badan sesuai untuk tinggi badan, usia dan bentuk tubuh	Penampilan obesitas atau underweight	Protein
3.	Postur Tubuh	Postur tegak, lengan dan tungkai lurus	Bahu kendur, dada cekung, punggung bungkuk	Vitamin D
4.	Massa Otot	Massa otot berkembang baik, tonus otot baik, kekuatan otot baik	Tonus tidak berkembang baik, nyeri, edema, dan kekuatan otot kurang	Kalsium
5.	Kontrol system syaraf	Rentang perhatian baik, psikologis stabil	Kurang perhatian, iritabilitas, bingung, parathesia, reflex menurun	Vitamin B12
6.	Fungsi gastro-intestinal	Nafsu makan baik, eliminasi normal	Anoreksia, konstipasi atau diare	a. thiamin b. garam dapur (NaCl)
7.	Fungsi kardiovaskuler	Denyut dan irama jantung normal	Tachycardia, pembesaran jantung, tekanan darah meningkat	a. vitamin K b. thiamin c. pyridoxine dan zat besi
8.	Vitalitas umum	Bertenaga, kebiasaan tidur baik, penampilan baik	Mudah lelah, kurang energy, mudah tertidur, lesu dan apatis	Karbohidrat
9.	Rambut	Bersinar, kuat, tidak mudah patah atau rontok, kulit kepala sehat	Kusam, kusut, kering, tipis, depigmentasi, rontok	Protein
10.	Kulit	Kulit halus lembab dan warna baik	Kasar, kering, bersisik, pucat	a. niasin, riboflavin lin, biotin b. lemak c. asam as d. pirodoksin
11.	Wajah dan leher	Warna merata: halus, merah muda, penampilan sehat tidak ada bengkak	Penampilan berminyak, bersisik, bengkak	Sayur dan Buah
12.	Bibir	Halus, warna baik, lembab dan tidak pecah-pecah	Penampilan kering, bersisik, ada lesi pada sudut mulut.	a. riboflavin b. niacin, asam folic, vitamin B12 atau zat besi

d) Laboratorium

- 1) Albumin (N: 4-5,5 mg/100 ml) Nilai serum albumin adalah indikator penting status nutrisi dan sintesa protein.
- 2) Transferin (N: 170-25 mg/100 ml) Nilai serum transferrin adalah parameter lain yang digunakan dalam mengkaji status protein visceral.
- 3) Hb dan Ht (N: laki laki: 14-17 gr/dl wanita: 12-15 gr/dl dan laki laki: 40-54% wanita: 37-47%)
- 4) Hemoglobin (Hb) dan Hematokrit (Ht) adalah pengukuran yang mengindikasikan defisiensi berbagai bahan nutrisi.
- 5) BUN (N: 10-20 mg/100 ml).
- 6) Ekskresi kreatinin untuk 24 jam (N: laki-laki: 0,6-1,3 mg/100 ml, wanita: 0,5-1,0 mg/100ml)

2. **Diagnosis Keperawatan**

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 Edisi 1 Cetakan III (Revisi) diagnosa pasien dengan masalah nutrisi, diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Defisit nutrisi

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab : Kurangnya asupan makanan, Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, Peningkatan kebutuhan metabolisme , Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi), Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan).

Gejala dan Tanda Mayor

SubjektifObjektif

(tidak tersedia)

Berat badan menurun minimal
10% di bawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif Objektif

1) Cepat kenyang setelah makan1. Bising usus hiperaktif

2) Kram/nyeri abdomen

3) Nafsu makan menurun

Otot mengunyah lemah

Otot menelan lemah

Membran mukosa pucat

Sariawan

Serum albumin turun

Rambut rontok berlebihan

Diare

Kondisi Klinis Terkait

a) Stroke

b) Parkinson

c) *Mobius syndrome*

d) Cerebral palsy

e) Cleft lip

f) Cleft palate

g) Amyotrophic lateral sclerosis

h) Kerusakan neuromuscular

i) Luka bakar

j) Kanker

k) Infeksi

l) AIDS

m) Penyakit crohn's

n) Enterokolitis

o) Fibrosis kistik

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada masalah nutrisi tergantung dari diagnosa keperawatan. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018 Intervensi Keperawatan berdasarkan Diagnosa Keperawatan adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 5
Rencana Keperawatan (SDKI, 2018)

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makan, faktor ekonomi Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan deficit nutrisi klien teratasi dengan kriteria hasil : 1. Berat badan membaik 2. Indeks masa tubuh (IMT) membaik 3. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat	Manajemen nutrisi Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik a. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, <i>jika perlu</i> b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f. Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i> g. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i>	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 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

	2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), <i>jika perlu</i> b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>	
--	---	--

4. Implementasi

Implementasi adalah langkah yang dilakukan setelah perencanaan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga dan memandirikan keluarga. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan (Achjar : 2010).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menemukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga setempat sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah keluarga (Achjar, 2010).

Kriteria hasil untuk pasien dengan masalah nutrisi tergantung pada diagnosa keperawatan. Beberapa kriteria yang dapat digunakan :

- Pasien dapat makan tanpa keluhan mual dan muntah.
- BB Normal.
- Berat badan sesuai dengan indeks masa tubuh (IMT) atau berat badan ideal (Ahmad & Nita, 2013: 133).

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga ialah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga

dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Secara umum, tujuan asuhan keperawatan keluarga adalah ditingkatkannya kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri. Sasaran asuhan keperawatan keluarga adalah keluarga-keluarga yang rawan kesehatan, yaitu keluarga yang mempunyai masalah kesehatan atau yang berisiko terhadap timbulnya masalah kesehatan. Sasaran keluarga yang dimaksud adalah individu sebagai anggota keluarga dan keluarga itu sendiri (Suprajitno, 2004).

1. Pengkajian (*assassment*)

a. Data Umum

- 1) Identitas, kepala keluarga
- 2) Umur (KK)
- 3) Pekerjaan kepala keluarga
- 4) Pendidikan kepala keluarga
- 5) Alamat dan nomer telepon
- 6) Komposisi anggota keluarga
 - a) Nama Kepala Keluarga (KK) : Identifikasi siapa nama KK sebagai penanggung jawab penuh dalam keberlangsungan keluarga.
 - b) Alamat dan Telepon : Identifikasi alamat dan nomor telepon yang bisa dihubungi sehingga memudahkan dalam pemberian asuhan keperawatan.
 - c) Pekerjaan dan Pendidikan KK : Identifikasi pekerjaan dan latar belakang pendidikan kepala keluarga dan anggota keluarga.
- 7) Genogram : Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi.
- 8) Tipe keluarga : Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala masalah yang terjadi. Tipe keluarga dibedakan berdasarkan keluarga tradisional dan non tradisional :
 - a) Keluarga tradisional
 - (1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orangtua tiri.

- (2) Keluarga dengan orang tua tunggal (*single parent*) yaitu keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat dari perceraian, pisah atau ditinggalkan.
 - (3) Pasangan inti (keluarga *Dyad*), hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka.
 - (4) Bujang dewasa (*single adult*) yang tinggal sendirian.
 - (5) Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal dirumah dengan anak sudah kawin atau bekerja.
 - (6) Jaringan keluarga besar terdiri dari dua keluarga inti atau lebih atau anggota keluarga yang tidak menikah yang hidup berdekatan dalam daerah geografis.
- b) 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, didasarkan pada hukum tertentu.
 - (3) Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah.
 - (4) Keluarga gay / lesbian adalah pasangan yang berjenis kelamin sama yang hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
 - (5) 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.
- 9) Suku bangsa : Asal suku bangsa keluarga, Bahasa yang dipakai keluarga, Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.
- 10) Agama : Agama yang dianut keluarga, Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan.
- 11) Status sosial ekonomi keluarga : Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga, Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan, Tabungan khusus

kesehatan, Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi).

12)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

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, keluarga baru/pasangan yang belum memiliki anak.

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 : Ukuran rumah (luas rumah), Kondisi dalam dan luar rumah, Kebersihan rumah, Ventilasi rumah, Saluran pembuangan air limbah (SPAL), Air bersih, Pengeluaran sampah, Kepemilikan rumah, Kamar mandi/wc, Denah rumah.
 - 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal : Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja, Aturan dan kesepakatan penduduk setempat, Budaya setempat yang mempengaruhi Kesehatan.
 - 3) Mobilitas geografis keluarga : Apakah keluarga sering pindah rumah, Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress).
 - 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga.
 - 5) Sistem pendukung keluarga
 - Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat. Fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas social atau dukungan dari masyarakat setempat.
- d. Struktur keluarga
 - 1) Pola komunikasi keluarga
 - 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

3) 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?

4) Struktur peran (formal dan informal)

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.

5) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila : 2015).

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

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 coping yang digunakan

Strategi coping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Achjar : 2010).

g. Pengkajian fisik

1) Aktivitas/istirahat

Kelelahan ekstrem, kelemahan, gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolen), kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak.

2) Integritas ego

Faktor stress, perasaan tak berdaya, tak ada kekuatan, menolak, ansietas, takut, marah dan mudah tersinggung.

3) Eliminasi

Penurunan frekuensi urine, oliguria, perubahan warna urine, contoh kuning pekat, merah, coklat.

4) Makanan/cairan

Penurunan berat badan (malnutrisi), rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan amonia).

5) Pernafasan

6) Napas pendek, dispnea, batuk dengan / tanpa sputum kental dan banyak.

7) Seksualitas

Penurunan libido, amenorea, infertilitas, interaksi sosial, kesulitan menentukan kondisi, contoh tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

8) Interaksi sosial

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

h. Harapan keluarga

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

2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul :

Perumusan diagnosis keperawatan dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi masalah (*Problem*), penyebab (*Etiologi*), dan atau tanda (*Sign*). Perumusan diagnosis keperawatan keluarga menggunakan aturan yang telah disepakati, terdiri dari:

- a. Masalah (*problem*, P) adalah suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota (individu) keluarga.
- b. Penyebab (*etiologi*, E) adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dengan mengacu kepada lima tugas keluarga, yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga, memelihara lingkungan, atau memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Tanda (*sign*, S) adalah sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh perawat dari keluarga secara langsung atau tidak yang mendukung masalah dan penyebab.

Tipologi diagnosis keperawatan keluarga dibedakan menjadi tiga kelompok, yaitu:

- 1) Diagnosis aktual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami oleh keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
- 2) Diagnosis risiko/risiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum

terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual dapat terjadi dengan cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.

- 3) Diagnosis potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan.

d. Penilaian (skoring) diagnosis keperawatan

Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Proses scoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978).

Proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan:

- 1) Tentukan skornya sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat.
- 2) Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh}}{\text{Skor tertinggi}} \times \text{bobot}$$

- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5).

Tabel 2. 6
Skoring Diagnosis Keperawatan

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah : a. Tidak/kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensial masalah untuk dicegah : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah : a. Masalah berat, harus segera ditangani b. Ada masalah, tetapi tidak perlu ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber: Bailon & Maglaya (1978) dikutip dalam Buku Asuhan Keperawatan Keluarga, Suprajitno(2004).

3. Perencanaan (*planning*)

Tahap berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stressor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan sekunder dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/ masalah (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S=spesifik, M =*measurable*/ dapat diukur, A=*achievable*/dapat dicapai, R=*reality*, T=*time limited*/ punya limit waktu) (Anderson dan Mc Farlane, 2000 dikutip dalam Achjar, 2010).

4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi (Achjar, 2010).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait program kegiatan, karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton, 1996 dikutip dalam Achjar, 2010).

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian Subjektif (S) adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan. Objektif (O) adalah keadaan objektif yang dapat diidentifikasi

oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan. *Assesment* (A) merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif keluarga yang dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga. *Planning* (P) adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis (Suprajitno, 2004).

D. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Anemia

Anemia merupakan keadaan dimana masa eritrosit dan masa hemaglobin yang beredar tidak memenuhi fungsi nya untuk menyediakan oksigen bagi jaringan tubuh. Secara laboratoris anemia dijabarkan sebagai penurunan kadar hemoglobin serta hitung eritrosit dan hematokrit dibawah normal. (Atika : 2011)

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang timbul akibat kosongnya cadangan besi tubuh, sehingga penyediaan besi untuk eritropoesis berkurang yang pada akhirnya pembentukan hemoglobin berkurang. Anemia jenis ini paling sering ditemukan dinegara tropis. (Wiwik & Andi : 2008 : 49)

Anemia Defisiensi besi adalah bentuk anemia yang paling umum. Sekitar 20% wanita, 50% wanita hamil, dan 3% dari pria tidak punya cukup zat besi dalam tubuh mereka. Besi merupakan bagian penting dari hemoglobin, yang merupakan protein pembawa oksigen dalam darah. Tubuh biasanya mendapatkan besi melalui diet dan daur ulang besi dari sel darah merah yang sudah tua. Tanpa besi, darah tidak dapat membawa oksigen secara efektif. Oksigen diperlukan untuk setiap sel dalam tubuh supaya berfungsi normal (Atikah : 2011 : 53-55).

2. Etiologi

Anemia defisiensi besi dapat disebabkan oleh rendahnya masukan besi, gangguan absorpsi, serta kehilangan besi akibat perdarahan menahun.

Tabel 2. 7
Prevalensi Anemia Defisiensi Besi

	Afrika	Amerika Latin	Indonesia
Laki Dewasa	6 %	3 %	16 – 50 %
Vanita Tak Hamil	20 %	17 – 21 %	25 – 48 %
Vanita Hamil	60 %	39 – 46 %	46 – 92 %

- a. Kehilangan besi sebagai akibat perdarahan menahun yang dapat berasal dari:
 - 1) Saluran cerna : akibat dari tukak peptik kanker lambung, kanker kolon, divertikulus, hemoroid, dan infeksi cacing tambang.
 - 2) Saluran genitalia wanita : menoragi atau metroragi
 - 3) Saluran kemih : hematuria
 - 4) Saluran nafas : hemoptoe
- b. Faktor nutrisi : akibat kurangnya jumlah besi total dalam makanan atau kualitas besi yang tidak baik (makanan banyak mengandung serat, rendah vitamin C dan rendah daging).
- c. Kebutuhan besi meningkat : seperti pada prematuritas anak dalam masa pertumbuhan dan masa kehamilan.
- d. Gangguan absorpsi besi : gastrektomi, kolitis kronis.

3. Patofisiologi

Perdarahan menahun menyebabkan kehilangan besi, sehingga cadangan besi makin menurun. Apabila cadangan kosong maka keadaan ini disebut *iron depleted state*. Apabila kekurangan besi berlanjut terus, maka penyediaan besi bagi eritropoesis berkurang, sehingga menimbulkan gangguan pada bentuk eritrosit, tetapi anemia secara klinis belum terjadi, keadaan ini disebut *iron deficient erythropoesis*. Selanjutnya timbul anemia hipokromik mikrositer, sehingga disebut sebagai *iron deficiency anemia*. Pada saat ini juga terjadi kekurangan besi pada epitel serta pada beberapa enzim yang dapat menimbulkan gejala pada kuku, epitel mulut dan faring, serta berbagai gejala lainnya.

4. Penyebab

Penyebab defisiensi besi adalah

- a. Pendarahan : Jika pendarahan berlebihan atau terjadi selama periode waktu tertentu (kronis), tubuh tidak akan dapat mencukupi kebutuhan zat besi atau cukup disimpan untuk menghasilkan hemoglobin yang cukup dan atau sel darah merah untuk menggantikan apa yang hilang.
- b. Kurangnya asupan makanan : Wanita pra-hamil dan hamil secara rutin diberikan suplemen zat besi untuk mencegah komplikasi ini. Bayi yang baru lahir yang menyusui dari ibu kekurangan cenderung mengalami anemia defisiensi besi juga.
- c. Gangguan penyerapan : Kondisi tertentu mempengaruhi penyerapan zat besi dari makanan pada saluran gastrointestinal (GI) dan dari waktu ke waktu dapat mengakibatkan anemia.

Anemia defisiensi juga dapat disebabkan oleh gangguan penyerapan zat besi dalam makanan karena : Penyakit Celiac, Crohn's disease, Operasi bypass pada lambung, Konsumsi antasida.

Penyebab lain anemia kekurangan zat besi meliputi :

- a. Perdarahan menstruasi yang berat, panjang, atau sering
- b. Tidak menerima cukup zat besi dalam diet (misalnya, jika seorang adalah vegetarian yang ketat)

Orang dewasa berisiko tinggi untuk anemia termasuk :

- a. Mereka yang menggunakan aspirin, ibuprofen, atau obat-obatan arthritis untuk waktu yang lama
- b. Wanita yang sedang hamil atau menyusui yang memiliki kadar zat besi yang rendah
- c. Seniors
- d. Wanita usia subur

5. Gejala Klinis

Gejala anemia defisiensi dapat digolongkan menjadi tiga golongan besar berikut ini :

- a. Gejala umum anemia yang disebut juga sebagai sindrom anemia dijumpai pada anemia defisiensi jika kadar hemoglobin turun di bawah 7-8 g/dl.

Gejala ini berupa badan lemah, lesu, cepat lelah, mata berkunang-kunang, serta telinga mendenging. Pada anemia defisiensi besi, karena terjadi penurunan kadar hemoglobin secara perlahan-lahan, sering kali sindrom anemia tidak terlalu mencolok dibandingkan dengan anemia lain yang penurunan kadar hemoglobinnnya lebih cepat.

b. Gejala khas akibat defisiensi besi

Gejala yang khas dijumpai pada defisiensi besi dan tidak dijumpai pada anemia jenis lain adalah sebagai berikut:

- 1) Koilorikia → kuku sendok (spoon nail) kuku menjadi rapuh, bergaris-garis vertikal, dan menjadi cekung sehingga mirip seperti sendok.
- 2) Atrofi papila lidah → permukaan lidah menjadi licin dan mengilap karena papil lidah menghilang.
- 3) Stomatitis angularis → adanya peradangan pada sudut mulut, sehingga tampak sebagai bercak berwarna pucat keputihan.
- 4) Disfagia → nyeri menelan karena kerusakan epitel hipofaring.
- 5) Atrofi mukosa gaster sehingga menimbulkan aklorida.

c. Gejala penyakit dasar

Pada anemia defisiensi besi dapat dijumpai gejala-gejala penyakit yang menjadi penyebab anemia defisiensi. Misalnya pada anemia akibat penyakit cacing tambang dijumpai dispepsia, parotis membengkak, dan kulit telapak tangan berwarna kuning.

6. Pemeriksaan Laboratorium

Kelainan laboratorium pada kasus anemia defisiensi besi yang dapat dijumpai adalah sebagai berikut : (Wiwik Handayani, Andi Sulisty Haribowo : Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Hematologi : 2008 : 52)

- a. Kadar hemaglobin (HB) dan indeks eritrosit. Didapatkan anemi mikrositer hipokromik dengan penurunan kadar Hb mulai dari ringan sampai berat, RDW meningkat yang menunjukkan anisositosis. Indeks eritrosit sudah dapat mengalami perubahan sebelum kadar Hb menurun. Apusan darah menunjukkan anemia mikrositer hipokromik, anisositosis, poikilositosis anulosit, leukosit dan trombosit normal, retikulosit rendah.

- b. Kadar besi serum menurun < 50 mg/dl, total iron binding capacity (TIBC) meningkat > 350 mg/dl, dan saturasi transferin $< 15\%$.
- c. Kadar serum feritin. Jika terdapat inflamasi, maka feritin serum sampai dengan 60 Ug/dl.
- d. Protoporfirin eritrosit meningkat (> 100 Ug/dl).
- e. Sumsum tulang. Menunjukkan hiperplasia normoblastik dengan normoblast kecil-kecil dominan.

7. Penatalaksanaan Medis

Terapi pada anemia defisiensi besi dapat berupa terapi-terapi berikut ini :
(Wiwik Handayani : 2008 : 52-53)

a. Terapi Kausal

Terapi kausal bergantung pada penyebabnya, misalnya pengobatan cacing tambang, hemoroid, dan menoragi.

b. Pemberian Preparat Besi untuk Mengganti Kekurangan Besi dalam Tubuh

Pemberian preparat besi biasanya diberikan secara per oral atau parenteral

1) Besi per oral

Pengobatan melalui oral jelas aman dan murah dibandingkan dengan parenteral. Besi melalui oral harus memenuhi syarat bahwa tiap tablet atau kapsul berisi 50-100 mg besi elemental yang mudah dilepaskan dalam lingkungan asam, mudah diabsorpsi dalam bentuk fero, dan kurang efek samping. Ada empat bentuk garam besi yang dapat diberikan melalui oral. yaitu sulfat, glukonat, fumarat, dan suksinat. Efek samping yang terjadi biasanya pirosis dan konstipasi. Pengobatan diberikan sampai enam bulan setelah kadar Hb normal untuk mengisi cadangan besi tubuh.

2) Besi Parenteral

Diberikan bila ada indikasi seperti malabsorpsi, kurang toleransi melalui oral, klien kurang kooperatif, dan memerlukan peningkatan Hb secara cepat (pre operasi, hamil trimester terakhir).

Preparat yang tersedia adalah *iron dextran complex* dan *iron sorbitol citic acid complex* yang dapat diberikan secara IM dalam atau IV. Efek samping pada pemberian intramuskular biasanya sakit pada bekas

suntikan sedangkan pemberian intravena bisa terjadi renjatan atau tromboplebitis.

c. Pengobatan Lain

Pengobatan lain yang biasanya digunakan adalah sebagai berikut :

- 1) Diet → sebaiknya diberikan makanan bergizi yang tinggi protein terutama protein hewani.
- 2) Vitamin C → diberikan 3 ×100 mg per hari untuk meningkatkan absorpsi besi.
- 3) Transfusi darah → indikasi pemberian transfusi darah pada anemia kekurangan besi adalah:

Adanya penyakit jantung anemik, anemia yang simptomatik, penderita memerlukan peningkatan kadar Hb yang cepat. Makanan yang banyak mengandung zat besi antara lain :

(Atikah Proverawati : 2011 : 61)

- a) Telur (kuning telur)
- b) Ikan
- c) Legum (kacang polong dan kacang-kacangan)
- d) Daging (hati adalah sumber tertinggi)
- e) Unggas
- f) Kismis
- g) Whole-roti gandum

8. Prognosis

Dengan pengobatan yang dilakukan, hasilnya cenderung akan menjadi baik. Biasanya, jumlah sel darah akan kembali normal dalam jangka waktu 2 bulan (Atikah : 2011 : 61).

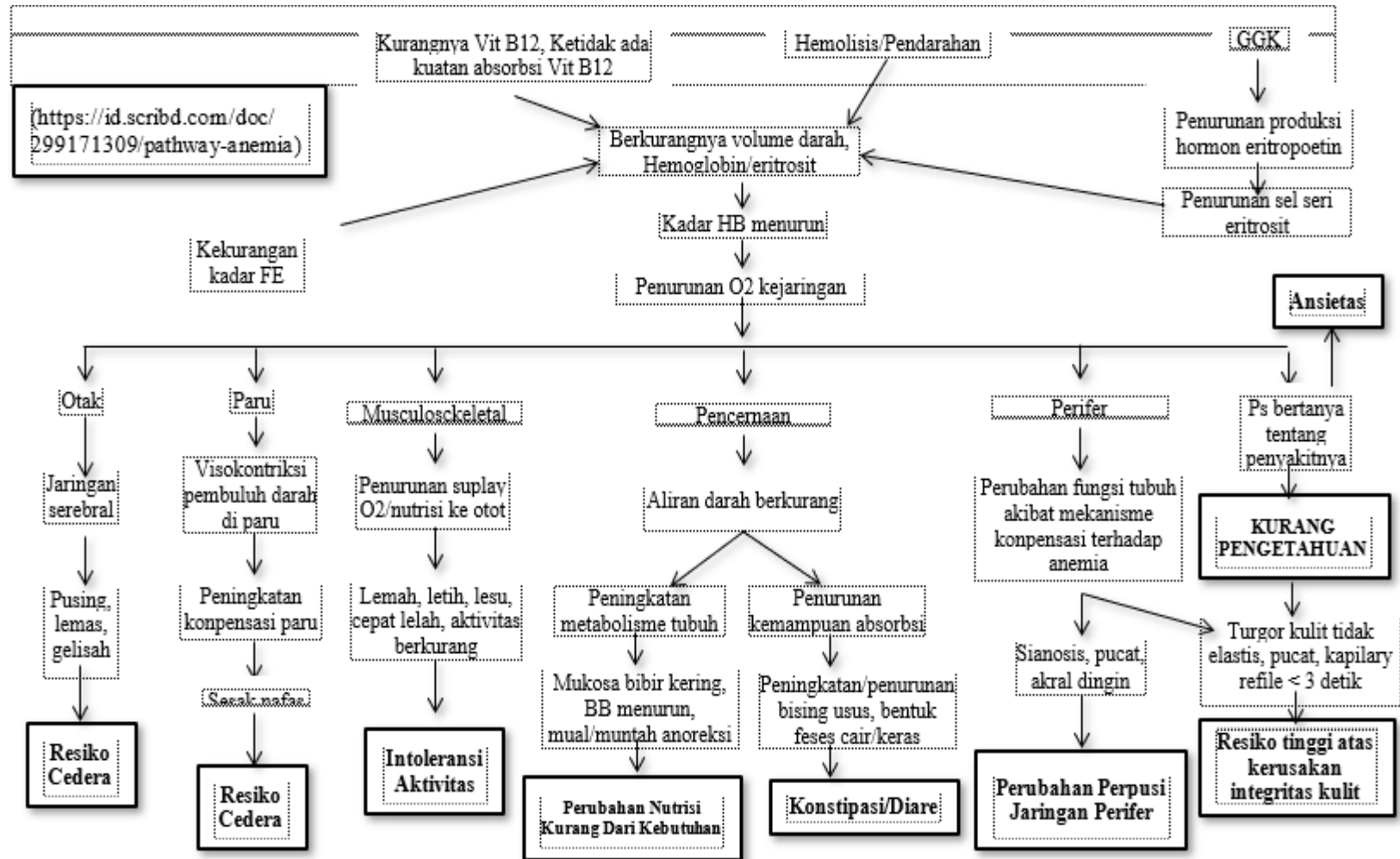
9. Kemungkinan Komplikasi

Biasanya tidak ada komplikasi. Namun, anemia defisiensi besi mungkin dapat kembali terjadi, lakukan kontrol rutin tindak lanjut dengan penyedia layanan kesehatan. Anak-anak dengan gangguan ini mungkin lebih beresiko untuk terserang infeksi (Atikah: 2011 : 62).

10. Pencegahan

Diet pada semua orang harus mencakup zat besi yang cukup. Daging merah, hati, dan kuning telur merupakan sumber penting zat besi. Tepung, roti dan beberapa sereal yang diperkaya dengan besi baik untuk pencegahan. Jika tidak mendapatkan cukup zat besi dalam diet, maka dapat dilakukan cukup zat besi dalam diet, maka dapat dilakukan suplementasi zat besi. Selama periode tertentu yang membutuhkan zat besi tambahan (seperti kehamilan dan menyusui), maka jumlah zat besi dalam diet harus ditingkatkan atau dengan suplementasi zat besi (Atikah : 2011 : 62).

Gambar 2.1
Pathway anemia



E. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Konsep Keluarga

a. Definisi

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami istri anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya. Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggotanya. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan.

b. Tipe Keluarga

Dalam sosiologi keluarga, berbagai bentuk keluarga digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk tradisional dan nontradisional atau sebagai bentuk normatif dan nonnormative serta bentuk keluarga varian. Bentuk keluarga varian digunakan untuk menyebut bentuk keluarga yang merupakan variasi dari bentuk normatif yaitu semua bentuk deviasi dari keluarga inti tradisional. Berikut akan dijelaskan beberapa bentuk keluarga yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan keluarga:

1) Keluarga tradisional

- a) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.
- b) Keluarga dengan orang tua tunggal (*single parent*) yaitu bentuk keluarga yang di dalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga ini adalah bentuk keluarga dimana kepala keluarga adalah janda karena cerai

- atau ditinggal mati suaminya, sedangkan varian nontradisional dari keluarga ini adalah single adult yaitu kepala keluarga seorang perempuan atau laki-laki yang belum menikah dan tinggal sendiri
- c) Pasangan inti (keluarga *Dyad*), hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka.
 - d) Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal dirumah dengan anak sudah kawin atau bekerja.
 - e) *Commuter Family* yaitu keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugs dan pada kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam satu rumah.
 - f) *Reconstituted Nuclear* yaitu pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam satu rumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru. Pada umumnya, bentuk keluarga ini terdiri dari ibu dengan anaknya dan tinggal bersama ayah tirinya.
 - g) *Extended Family*/ keluarga besar adalah satu bentuk keluarga di mana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya. Tipe keluarga ini biasanya bersifat sementara dan terbentuk atas dasar persamaan dan terdiri dari beberapa keluarga inti yang seacara adil menghargai ikatan-ikatan keluarga besar.

2) Keluarga non tradisional

- a) *Communal/Commune family* adalah keluarga dimana dalam satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama, dalam penyediaan fasilitas. Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada daerah perkotaan dimana penduduknya padat.
- b) *Unmarried Parental Child* adalah keluarga yang terdiri dari ibu anak, tidak ada perkawinan dan anaknya dari hasil adopsi.
- c) *Cohabiting Couple* merupakan keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

d) *Institutional* adalah keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti. Sebenarnya keluarga ini tidak cocok untuk disebut sebagai sebuah keluarga, tetapi mereka sering mempunyai sanak saudara yang mereka anggap sebagai keluarga sehingga sebenarnya terjadi jaringan yang berupa kerabat (Sulistyo Andarmoyo, 2012 :2-9).

c. Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) dalam Efendi dan Makhfudli (2009) tersebut adalah :

1) Mengetahui 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 mengetahui 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 kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengetahui 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) Mempertahankan 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

Tahapan dan tugas perkembangan keluarga dapat diuraikan menjadi delapan tahap siklus kehidupan keluarga berikut tugas perkembangannya

- 1) Tahap keluarga pemula (beginning family) Keluarga baru/pasangan yang belum memiliki anak.

Tugas perkembangan keluarga :

- a) Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- b) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- c) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
- d) Menetapkan tujuan bersama
- e) Persiapan menjadi orang tua
- f) Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan, dan menjadi orang tua).

- 2) Tahap keluarga sedang mengasuh anak (child bearing) Keluarga dengan anak pertama berusia < 30 bulan.

Study klasik le master (1957) dari 46 orang tua dinyatakan 17% tidak bermasalah selebihnya bermasalah dalam hal :

- a) Suami merasa diabaikan
- b) Peningkatan perselisihan dan argument
- c) Interupsi dalam jadwal kontinu
- d) Kehidupan seksual dan sosial terganggu dan menurun

Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah :

- (1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (integritas bayi dalam keluarga).
- (2) Rekonsiliasi tugas – tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.
- (3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- (4) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orang tua, kakek dan nenek.

(5) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.

(6) Konseling KB post partum 6 minggu.

(7) Menata ruang untuk anak.

(8) Menyiapkan biaya *child bearing*.

(9) Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga.

(10) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

3) Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan – 6 tahun.

Tugas perkembangan keluarga :

- a) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
- b) Mensosialisasikan anak
- c) Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
- d) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua – anak) serta hubungan diluar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
- e) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
- f) Pembagian tanggung jawab
- g) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

4) Tahap keluarga anak pertama berusia 6 – 13 tahun

Tugas perkembangan keluarga :

- a) Mensosialisasikan anak – anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
- b) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- c) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
- d) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- e) Menyediakan aktivitas untuk anak.

- 5) Tahap keluarga dengan anak remaja keluarga dengan anak pertama berusia 13 – 20 tahun

Tugas perkembangan keluarga :

- a) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
- b) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
- c) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak – anak
- d) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga.

- 6) Tahap keluarga dengan anak dewasa Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah.

Tugas perkembangan keluarga :

- a) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak – anaknya
- b) Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- c) Membantu orang tua lanjut usia dan sakit – sakitan dari suami atau istri
- d) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru dimasyarakat
- e) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- f) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak – anaknya.

- 7) Tahap keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Tugas perkembangan keluarga :

- a) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua (lansia dan anak – anak)
- c) Memperkokoh hubungan perkawinan

- 8) Persiapan masa tua atau pension

9) Tahap keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga :

- a) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
- b) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- c) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- d) Mempertahankan hubungan perkawinan
- e) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- f) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- g) Melakukan *life review* masalah (Padila, 2015 : 48-53).