

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 Kebutuhan Dasar Manusia, 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. Kebutuhankeselamatan 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 berartidengan 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 Kebutuhan Dasar Manusia. Istilah gizi berasal dari bahasa arab *gizawiyang* berarti nutrisi. Oleh para ahli istilah tersebut diubah menjadi gizi. Gizi adalah substansi organik dan ono organik yang ditemukan dalam makanan dan dibutuhkan oleh tubuh agar dapat berfungsi dengan baik. Menurut BKKBN (1988) Kebutuhan gizi seseorang ditentukan oleh faktor usia, jenis kelamin, jenis kegiatan, dan sebagainya (BKKBN, 1988)

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

b. Elemen nutrient / zatgizi

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 tubuhnya 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 energi
 - b) Pemberian rasa manis pada makanan
 - c) Penghemat protein
 - d) Pengatur metabolisme lemak
 - e) Membantu pengeluaran feses tubuh
- 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 yaitu dengan meningkatkan tekanan osmotik koloid serta keseimbangan asam basa
 - b) Pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh
 - c) Pengaturan metabolisme dalam bentuk enzim dan hormone
 - d) Sumber energy 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 energy, mencegah kehilangan panas yang berlebihan dari tubuh, dan melindungi organ-organ lunak dari kekerasantubuh
- 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 tranfor aktif. tubuh (Haswita, 2017)

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. 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

e. Faktor berat badan

Menurut (Almatsier,2005) Kebutuhan energi untuk AMB 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: 13 Pesan Dasar Gizi Seimbang 1994

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 nutrisitubuh

2. Kelebihan nutrisi

- a. Suatu keadaan yang dialami seseorang yang mempunyai resiko peningkatan BB akibat asupan kebutuhan metabolisme tubuh
- b. Tanda klinis: BB lebih dari 10%BB ideal, obesitas, aktivitas menurun dan monoton, lipatan kulit trisept 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, HDL, dan VLDL
5. Diabetes mellitus yaitu gangguan kebutuhan nutrisi yang ditandai dengan adanya gangguan metabolisme karbohidrat akibat kekurangan insulin atau penggunaan karbohidrat secara berlebihantubuh
 6. Hipertensi yaitu gangguan nutrisi yang disebabkan oleh berbagai masalah pemenuhan kebutuhan nutrisitubuh
 7. Penyakit jantung koroner yaitu gangguan nutrisi yang sering disebabkan oleh adanya peningkatan kolesterol darah dan merokotubuh
 8. Kanker yaitu pengkonsumsian lemak secara berlebihantubuh
 9. Anoreksia nervosa yaitu penurunan berat badan secara mendadak dan berkepanjangan yang ditandai dengan konstipasi, pembengkakan badan, nyeritubuh abdomen, kedinginan

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan preventif, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010).

2. Tipe keluarga

Berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai keluarga tradisional dan non tradisional adalah sebagai berikut :

a. Keluarga tradisional

1) Keluarga inti

Keluarga inti terdiri dari seorang ayah yang mencari nafkah, ibu yang mengurus rumah tangga dan anak (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Padila (2012), keluarga inti adalah keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orang tua campuran atau orang tua tiri.

2) Keluarga adopsi

Adopsi merupakan sebuah cara lain untuk membentuk keluarga. Dengan menyerahkan secara sah tanggung jawab sebagai orang tua adopsi, biasanya menimbulkan keadaan saling menguntungkan baik bagi orang tua maupun anak. Di satu pihak orang tua adopsi mampu memberisuhandankasihsayangnyapadaanak adopsinya, sementara anak adopsi diberi sebuah keluarga yang sangat menginginkan mereka (Friedman, 2010).

3) Keluarga besar (Extended Family)

Keluarga dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak/adik, dan keluarga dekat lainnya. Anak-anak kemudian dibesarkan oleh generasi dan memiliki pilihan model pola perilaku yang akan membentuk pola perilaku mereka (Friedman, 2010). Sedangkan menurut (Padila, 2012), keluarga besar terdiri dari keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan.

4) Keluarga orang tua tunggal

Keluarga orang tua tunggal adalah keluarga dengan ibu atau ayah sebagai kepala keluarga. Keluarga orang tua tunggal tradisional adalah keluarga dengan kepala rumah tangga duda/janda yang bercerai, ditelantarkan, atau berpisah. Keluarga orang tua tunggal nontradisional adalah keluarga yang kepala keluarganya tidak menikah (Friedman, 2010).

5) Dewasa lajang yang tinggal sendiri

Kebanyakan individu yang tinggal sendiri adalah bagian dari beberapa bentuk jaringan keluarga yang longgar. Jika jaringan ini tidak terdapat kerabat, jaringan ini dapat terdiri atas teman-teman. Hewan peliharaan juga dapat menjadi anggota keluarga yang penting (Friedman, 2010).

6) Keluarga orang tua tiri

Keluarga yang pada awalnya mengalami proses penyatuan yang kompleks dan penuh dengan stress. Banyak penyesuaian yang perlu dilakukan dan sering kali individu yang berbeda atau subkelompok keluarga yang baru terbentuk ini beradaptasi dengan kecepatan yang tidak sama (Friedman, 2010).

7) Keluarga Binuklir

Keluarga yang terbentuk setelah perceraian yaitu anak merupakan anggota dari sebuah sistem keluarga yang terdiri atas dua rumah tangga inti, maternal dan paternal dengan keragaman dalam hal tingkat kerjasama dan waktu yang dihabiskan dalam setiap rumah tangga (Friedman, 2010)

3. Struktur keluarga

Ada empat struktur keluarga menurut (Friedman, 2010) adalah struktur peran, struktur nilai keluarga, proses komunikasi dan struktur kekuasaan dan pengambilan keputusan.

a. Struktur peran.

Peran adalah perilaku yang dikaitkan dengan seseorang yang memegang sebuah posisi tertentu, posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu system social.

b. Struktur nilai keluarga.

Nilai keluarga adalah suatu system ide, perilaku dan keyakinan tentang nilai suatu hal atau konsep yan secara sadar maupun tidak sadar mengikat anggota keluarga dalam kebudayaan sehari-hari atau kebudayaan umum.

c. Proses komunikasi.

Proses komunikasi ada dua yaitu proses komunikasi fungsional dan proses komunikasi disfungsional.

1) Proses komunikasi fungsional.

Komunikasi fungsional dipandang sebagai landasan keberhasilan keluarga yang sehat, dan komunikasi fungsional didefenisikan sebagai pengirim dan penerima pesan yang baik isi maupun tingkat intruksi pesan yang langsung dan jelas, serta kelarasan antara isi dan tingkai intruksi.

2) Proses komunikasi disfungsional.

Sama halnya ada cara berkomunikasi yang fungsional, gambaran dari komunikasi disfungsional dari pengirim dan penerima serta komunikasi disfungsional juga melibatkan pengirim dan penerima.

d. Struktur kekuasaan dan pengambilan keputusan.

Kekuasaan keluarga sebagai arakteristik system keluarga adalah kemampuan atau potensial, actual dari individu anggota keluarga yang lain. Terdapat 5 unit berbeda yang dapat dianalisis dalam karakteristik kekuasaan keluarga yaitu : kekuasaan pernikahan (pasangan orang dewasa), kekuasaan orang tua, anak, saudara kandung dan kekerabatan. Sedangkan pengambil keputusan adalah teknik interaksi yang

digunakan anggota keluarga dalam upaya mereka untuk memperoleh kendali dan bernegosiasi atau proses pembuatan keputusan.

Lain halnya menurut (Padila,2012), struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Ada beberapa struktur keluarga yang ada di Indonesia diantaranya adalah :

1) Patrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.

2) Matrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.

3) Matriloka

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.

4) Patrilokal

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

5) Keluarga kawin

Hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

4. Fungsi keluarga

Menurut (Friedman,2010), lima fungsi keluarga menjadi saling berhubungan erat pada saat mengkaji dan melakukan intervensi dengan keluarga. Lima fungsi itu adalah :

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun berkelanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Saat ini,

ketika tugas sosial dilaksanakan di luar unit keluarga, sebagian besar upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Manfaat fungsi afektif di dalam anggota keluarga dijumpai paling kuat di antara keluarga kelas menengah dan kelas atas, karena pada keluarga tersebut mempunyai lebih banyak pilihan. Sedangkan pada keluarga kelas bawah, fungsi afektif sering terhiraukan. Balita yang seharusnya mendapatkan perhatian dan kasih sayang yang cukup, pada keluarga kelas bawah hal tersebut tidak didapatkan balita terutama pada pola makan balita. Sehingga dapat menyebabkan gizi kurang pada balita tersebut (Friedman, 2010).

b. Fungsi sosialisasi dan status sosial

Sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat menurut (Lislie dan Korman,1989) dalam (Friedman, 2010). Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul suami-ayah dan istri-ibu. Karena fungsi ini semakin banyak diberikan di sekolah, fasilitas rekreasi dan perawatan anak, serta lembaga lain di luar keluarga, peran sosialisasi yang dimainkan keluarga menjadi berkurang, tetapi tetap penting. Orang tua tetap menyediakan pondasi dan menurunkan warisan budayanya ke anak-anak mereka. Dengan kemauan untuk bersosialisasi dengan orang lain, keluarga bisa mendapatkan informasi tentang pentingnya asupan gizi, penyakit yang ditimbulkan dan pencegahan terjadinya gizi kurang untuk anak khususnya balita (Friedman, 2010).

c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan (yang

mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga. Kurangnya kemampuan keluarga untuk memfasilitasi kebutuhan balita terutama pada asupan makanan dapat menyebabkan balita mengalami gizi kurang (Friedman, 2010).

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:

- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
- b) Keuntungan yang didapat
- c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
- d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
- e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

d. Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga masyarakat yaitu : menyediakan anggota baru untuk masyarakat menurut (Lislie dan Korman,1989) dalam (Friedman, 2010). Banyaknya jumlah anak dalam suatu keluarga menyebabkan kebutuhan keluarga juga meningkat terutama pada kebutuhan makan anak. Karena tidak terpenuhinya kebutuhan makanan anak mengakibatkan anak mengalami gizi kurang (Friedman, 2010).

e. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Pendapatan keluarga yang terlalurendahmenyebabkankeluargatidakmampumembeli kebutuhangizianak, sehinggaanakmengalamigizikurang (Friedman, 2010).

5. Tahapan dan tugas keluarga

a. Tahap I : keluarga pasangan baru (beginning family)

Pembentukan pasangan menandakan permulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai ke hubungan intim yang baru. Tahap ini juga disebut tahap pernikahan. Tugas perkembangan keluarga tahap I adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan dan merencanakan sebuah keluarga (Friedman, 2010)

b. Tahap II : keluarga kelahiran anak pertama (childbearing family)

Mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai bayi berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci dalam siklus kehidupan keluarga. Tugas perkembangan keluarga disini adalah setelah hadirnya anak pertama, keluarga memiliki beberapa tugas perkembangan penting. Suami, istri, dan anak harus mempelajari peran barunya, sementara unit keluarga inti mengalami pengembangan fungsi dan tanggung jawab (Friedman, 2010).

c. Tahap III: keluarga dengan anak prasekolah (families with preschool)

Tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 2, 5 tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saat ini dapat terdiri dari tiga sampai lima orang, dengan posisi pasangan suami-ayah, istri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putri-saudara perempuan. Tugas perkembangan keluarga saat ini berkembang baik secara jumlah maupun kompleksitas. Kebutuhan anak prasekolah dan anak kecil lainnya untuk mengeksplorasi dunia di sekitar mereka, dan kebutuhan orang tua akan privasi diri, membuat rumah dan jarak yang adekuat menjadi masalah utama. Peralatan dan fasilitas juga harus aman untuk anak-anak (Friedman, 2010).

d. Tahap IV: keluarga dengan anak sekolah (families with school children)

Tahap ini dimulai pada saat tertua memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun, dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas, sekitar usia 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga yang maksimal dan hubungan akhir tahap ini juga maksimal menurut Duvall dan Miller (1985 dalam Friedman, 2010). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah keluarga dapat mensosialisasikan anak-anak, dapat meningkatkan prestasi sekolah dan mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan (Friedman, 2010).

e. Tahap V : keluarga dengan anak remaja (families with teenagers)

Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak tetap tinggal di rumah pada usia lebih dari 19 atau

20 tahun. Anak lainnya yang tinggal dirumah biasanya anak usia sekolah. Tujuan keluarga pada tahap ini adalah melonggarkan ikatan keluarga untuk memberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yang lebih besar dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa muda menurut Duvall dan Miller (1985 dalam Friedman, 2010). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab seiring dengan kematangan remaja dan semakin meningkatnya otonomi (Friedman, 2010).

- f. Tahap VI: keluarga melepaskan anak dewasa muda (launching center families)

Tahap ini dimulai pada saat perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan “kosongnya rumah”, ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah. Tahap ini dapat cukup singkat atau cukup lama, bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum menikah tetap tinggal di rumah setelah mereka menyelesaikan SMU atau kuliahnya. Tahap perkembangan keluarga disini adalah keluarga membantu anak tertua untuk terjun ke dunia luar, orang tua juga terlibat dengan anak terkecilnya, yaitu membantu mereka menjadi mandiri (Friedman, 2010).

- g. Tahap VII : orang tua paruh baya (middle age families)

Tahapan ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiunan atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini dimulai ketika orang tua berusia sekitar 45 tahun sampai 55 tahun dan berakhir dengan persiunannya pasangan, biasanya 16 sampai 18 tahun kemudian. Tahap perkembangan keluarga pada tahap ini adalah wanita memprogramkan kembali energi mereka dan bersiap-siap untuk hidup dalam kesepian dan sebagai pendorong anak mereka yang sedang berkembang untuk lebih mandiri (Friedman, 2010).

- h. Tahap VIII : keluarga lanjut usia dan pensiunan

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat pensiun salah satu atau kedua pasangan,

berlanjutsampaikehilangansalahsatupasangan, danberakhirdengankematian pasangan yang lain menurut Duvall dan Miller (1985 dalam Friedman, 2010). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan. Kembali ke rumah setelah individu pensiun/berhenti bekerja dapat menjadi problematik (Friedman, 2010).

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam survival (bertahan hidup) pasien dan dalam aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif dan preventif perawatan kesehatan. Profesi keperawatan telah mengidentifikasi proses pemecahan masalah yang menggabungkan unsur yang paling diinginkan dari seni keperawatan dengan unsur yang paling relevan dari sistem teori, dengan menggunakan metode ilmiah (Dongoes et al, 2012).

1. Konsep asuhan keperawatan kebutuhan nutrisi

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Semua data-data dikumpul secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini, pengakajian harus dilkaukan secara komperhensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual klien. Tujuan dari pengkajian menetapkan data dasar dan mengumpulkan informasi terkait dengan kebutuhan dan masalah kesehatan. Dalam pengumpulan data metode yang digunakan adalah wawancara, observasi , dan pemeriksaan fisik (Tarwoto & wartoah, 2015).

a. Riwayat makanan

Riwayat makanan meliputi informasi atau keterangan tentang pola makanan, tipe makanan yang dihindari atau diabaikan, makanan yang lebih disukai, yang dapat digunakan membantu merencanakan jenis makanan untuk sekarang dan rencana makanan untuk masa selanjutnya.

b. Kemampuan makan

Beberapa hal yang perlu dikaji dalam hal kemampuan makan, antara lain kemampuan mengunyah, menelan, dan makan sendiri tanpa bantuan orang lain.

c. Pengetahuan tentang nutrisi

Aspek lain yang sangat penting dalam pengkajian nutrisi adalah tingkat pengetahuan pasien mengenai kebutuhan nutrisi yaitu nafsu makan, jumlah asupan, tingkat aktivitas, dan pengonsumsi obat.

d. Penampilan fisik

Penampilan fisik dapat dilihat dari hasil pemeriksaan head to toe. Survei keseluruhan pemeriksaan fisik memberi petunjuk yang bermanfaat bagi status nutrisi.

e. Pengukuran

Dalam mengkaji status nutrisi pasien akan digunakan pendekatan ABCD

1) Antropometric measurement (pengukuran antropometri)

Anthropometric adalah suatu sistem pengukuran ukuran dari susunan tubuh dan bagian khusus tubuh. Ditinjau dari sudut gizi antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis pengukuran antara lain:

a) Berat Badan (BB)

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting pada bayi baru lahir. Berat badan juga menggambarkan jumlah dari protein, lemak, air, dan mineral pada tulang. Cara mengukur berat badan adalah:

$$BB = (TB-100) - 10\% (TB-100)$$

Sedangkan untuk berat badan ideal kriterianya adalah:

1. >110% dari berat standar : gemuk
2. 90% - 110% dari berat badan standar : ideal/gemuk
3. 70% - 90% dari berat badan standar : sedang

4. <70% dari berat badan standar : sangat kurus

b) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan merupakan parameter yang paling penting bagi keadaan sekarang. Jika tinggi badan tidak dapat diukur dengan klien berdiri, rentang lengan, atau jarak dari ujung jari ke ujung jari dengan diulurkan penuh pada tingkat bahu kurang lebih ketinggian untuk orang dewasa.

c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA adalah suatu cara untuk mengetahui risiko kekurangan energy protein (KEP) wanita subur. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Ambang batas wanita usia muda dengan risiko kekurangan energi kronik di Indonesia dalam 23, 5 cm. Apabila kurang dari angka tersebut mempunyai risiko kekurangan energy kronis

a) Dietary history

Faktor yang perlu dikaji dalam riwayat konsumsi nutrisi/diet klien:

Tabel 2.2
Riwayat Konsumsi Nutrisi/Diet

Pola diet/makan	Vegetarian, tidak makan ikan, dll
Kebiasaan makan	Makan bersama-sama, makan sambil mendengarkan music, makan sambil menonton televisi, dll
Pemasukan cairan	Jumlah cairan tiap hari yang diminum, jenis minuman, jarang minum, dll
Problem diet	Sukar menelan, kesulitan mengunyah, dll
Aktivitas fisik	Jenis pekerjaan, waktu bekerja siang/malam, perlu makanan tambahan atau tidak
Makanan kesukaan	Suka makan manis, suka makanan pedas, dll
Riwayat kesehatan	Adanya penyakit diabetes mellitus, adanya alergi, dll
Pengetahuan tentang nutrisi	Penentuan tingkat pengetahuan klien mengenai kebutuhan nutrisi

b. Diagnosa

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) diagnosa keperawatan yang akan muncul pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah sebagai berikut:

- 1) Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
 - a) Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme
 - b) Faktor resiko: Kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi dan psikologis
 - c) Gejala dan tanda mayor
Subjektif : tidak tersedia
Objektif : berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal
 - d) Gejala dan tanda minor
Subjektif:
 - a. Cepat kenyang setelah makan
 - b. Kram/nyeri abdomen
 - c. Nafsu makan menurun
 Objektiv:
 - a. Bising usus hiperaktif
 - b. Otot pengunyah lemah
 - c. Otot menelan lemah
 - d. Membran mukosa pucat
 - e. Sariawan
 - f. Serum albumin turun
 - g. Rambut rontok berlebih
 - h. Diare
- 2) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus

- a) Definisi: Kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang dengan kelompok usia
- b) Gejala dan tanda mayor
Subjektif: tidak tersedia

Objektif :

1. Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia (fisik,bahasa,motorik,psicososial)
2. Pertumbuhan fisik terganggu

c) Gejala dan tanda minor

Subjektif: tidak tersedia

Objektif:

1. Tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia
2. Afek datar
3. Respon sosial lambat
4. Kontak mata terbatas
5. Nafsu makan menurun
6. Lesu
7. Mudah marah
8. Regresi
9. Pola tidur terganggu (pada bayi)

b. Intervensi

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

Tabel 2.3
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defisit Nutrisi (2018)

No	Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1	Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan	Manajemen Nutrisi: a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi makanan yang disukai disukai c. Identifikasi kebutuhan kalori. d. Monitor berat badan e. Lakukan oral hygiene sebelum makan. f. Fasilitasi menentukan program diet dengan piramida makanan. g. Menganjurkan untuk menyajikan makanan secara menarik.	Promosi Berat Badan: a. Identifikasi kemungkinan penyebab berat badan kurang b. Monitoring adanya mual dan muntah c. Monitoring berat badan d. Monitoring albumin, limfosit, dan elektrolit serum e. Berikan pujian pada pasien atau keluarga untuk peningkatan yang dicapai

No	Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
		h. Mengajukan makanan tinggi serat, tinggi kalori, dan tinggi protein. i. Berikan suplemen makanan. j. Kolaborasi dengan ahli gizi	f. Jelaskan jenis makanan yang bergizi namun terjangkau

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

Tabel 2.4
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Gangguan Tumbuh Kembang (2018)

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan defisiensi stimulus	<p>Perawatan perkembangan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak 2. Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukkan bayi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan sentuhan seminimal mungkin pada bayi 2. Berikan sentuhan bersifat gentle dan tidak ragu 3. Minimalkan nyeri 4. Minimalkan kebisingan ruangan 5. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal 6. Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 	<p>Promosi perkembangan anak</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan khusus anak dengan teman sebaya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi hubungan anak dengan teman sebaya 2. Dukung anak berinteraksi dengan anak lain 3. Dukung anak mengekspresikan perasaannya secara positif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan nama benda yang ada di obyek 2. Ajarkan teknik asertif pada anak dan remaja <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujuk konseling bila perlu

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

c. Implementasi

Perawat perlu bersikap fleksibel dalam mengimplementasikan setiap rencana penyuluhan karena rencana tersebut mungkin perlu direvisi. Klien mungkin berhenti lebih cepat dari yang diperkirakan atau klien terlalu cepat dihadapkan pada begitu banyak pertanyaan, atau faktor eksternal mungkin mengganggu. Pedoman penyuluhan, saat mengimplementasikan penyuluhan, perawat mungkin akan merasa bahwa pedoman berikut bermanfaat:

- 1) Hubungan yang konstruktif dan saling menerima antar pengajar dan peserta didik merupakan hal yang penting.
- 2) Waktu yang optimal untuk tiap sesi sangat bergantung pada peserta didik.
- 3) Perawat pengajar harus dapat berkomunikasi secara jelas dan ringkas.
- 4) Menggunakan kosa kata orang awam akan meningkatkan komunikasi.
- 5) Kecepatan untuk masing-masing sesi belajar juga dapat mempengaruhi pembelajaran.
- 6) Lingkungan dapat menghambat atau membantu proses belajar.

d. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses final dan berkelanjutan, ketika klien, perawat dan individu pendukung menilai apa yang telah dipelajari. Proses evaluasi belajar dinilai berdasarkan hasil pembelajaran yang telah ditentukan sebelumnya dalam fase perencanaan proses penyuluhan. Jadi hasil tidak hanya untuk mengarahkan rencana penyuluhan, tetapi juga sebagai kriteria hasil untuk evaluasi (Kozier et al, 2011). Kriteria hasil kebutuhan nutrisi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.5
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)
Kriteria Hasil Status Nutrisi

Kriteria	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Porsi makanan 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
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).

Tabel 2.6
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)
Kriteria Hasil Status Perkembangan

Kriteria hasil	Menurun	Cukup meningkat	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Keterampilan/perilaku sesuai usia	1	2	3	4	5
Kemampuan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Respon sosial	1	2	3	4	5

Sumber : (PPNI, SLKI, 2018).

2. Tinjauan asuhan keperawatan keluarga

Menurut teori/model *family centre Friedman*, pengkajian asuhan keperawatankeluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu :

a. Pengkajian

1) Data umum

- 1) Identitas, kepala keluarga
 - a) Nama kepala keluarga
 - b) Umur (KK)
 - c) Pekerjaan kepala keluarga
 - d) Pendidikan kepala keluarga
 - e) Alamat dan nomer telepon
- 2) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.7
Komposisi Anggota Keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber : Achjar, 2010

3) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi.

4) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala masalah yang terjadi Menurut (Sussman,1974) dan (Maclin,1988), tipe keluarga dibedakan berdasarkan keluarga tradisional dan non tradisional

a. Keluargatradisional

- 1) Keluargainti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama
- 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 di rumah 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
- 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

- 5) Suku bangsa
 - a) Asal suku bangsa keluarga
 - b) Bahasa yang dipakai keluarga
 - c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 6) Agama
 - a) Agama yang dianut keluarga
 - b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
- 7) 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)
- 8) Aktifitas rekreasi keluarga

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

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Menurut(Duvall,1985) dan (Mc.Godrick,1989) 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 dimulaiketika anak pertama berusia 6 tahun dan dimulai sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun dimana merupakan awal dari masa remaja (Dubai, 1997)
- 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

3) 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 (SPAL)
 - f) Air bersih
 - g) Pengeluaran sampah
 - h) Kepemilikan rumah
 - i) Kamar mandi/wc
 - 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

4) 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 (Setiadi, 2008).

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)

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 (Setiadi, 2008).

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Setiadi, 2008).

5) Fungsikeluarga

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).

6) Stress dan koping 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 (Setiadi, 2008).

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).

3) Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

7) 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 4-8minggu, 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 nafasmeningkat

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 terapeutic

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 usiakehamilan
- c. Turgor kulit, lidah kering
- d. Adanya aseton dalam urine

8) Harapan keluarga

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

b. Analisa Data

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 terhada masalah yang dialami
 - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - f) Informasi yang salah
 - 3) ketidakmampuankeluarga 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:
 - a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang didapat
 - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga
- Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses scoring:

Tabel 2.8
Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

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

Sumber : *Setiadi, 2008*

Skoring

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

Diagnosa yang mungkin muncul :

- a. Defisit nutrisi pada keluarga Bapak M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah gizi kurang
- b. Gangguan tumbuh kembang pada keluarga Bapak M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memberikan stimulasi pada balita

c. 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).

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi dari masalah keperawatan yang sering muncul. Langkah-langkah dalam rencana keperawatan keluarga adalah:

a. Menentukan sasaran atau goal

Sasaran adalah tujuan umum yang merupakan tujuan akhir yang akan dicapai melalui segala upaya, dimana masalah (problem) digunakan untuk memutuskan tujuan akhir (TUM)

b. Menentukan tujuan atau objektif

Objektif merupakan pernyataan yang lebih spesifik atau lebih terperinci tentang hasil yang diharapkan dari tindakan perawatan yang akan dilakukan, dimana penyebab (etiologi) digunakan untuk merumuskan tujuan (TUK)

c. Menentukan pendekatan dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan

Dalam memilih tindakan keperawatan sangat tergantung pada sifat masalah dan sumber-sumber yang tersedia untuk memecahkan masalah

d. Menentukan kriteria dan standar kriteria

Kriteria merupakan tanda atau indicator yang digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan, sedangkan standar menunjukkan tingkat performance yang diinginkan untuk membandingkan bahwa perilaku yang menjadi tujuan tindakan keperawatan telah tercapai

Standar mengacu kepada 5 tugas keluarga sedangkan kriteria mengacu kepada 3 hal, yaitu:

1. Pengetahuan (kognitif)

Intervensi ditunjukkan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi, dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga

2. Sikap (afektif)

Intervensi ini ditunjukkan untuk membantu keluarga dalam berespon emosional, sehingga dalam keluarga terdapat perubahan sikap terhadap masalah yang dihadapi

3. Tindakan (psikomotor)

Intervensi ini ditunjukkan untuk membantu anggota keluarga dalam perubahan perilaku yang merugikan ke perilaku yang menguntungkan (Gusti, Salvari. 2013)

d. Implementasi

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

e. Evaluasi

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). (Achjar, 2010).

D. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi gizi kurang

Gizi (nutrition) adalah proses organism menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digest, absorpsi (penyerapan), transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan, untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal organ-organ, serta menghasilkan energy (Pudiasuti, 2011).

Gizi kurang atau kurang gizi (sering kali disebut malnutri) muncul akibat asupan energy dan makronutrien yang tidak memadai. Pada

beberapa orang kurang gizi juga terkait dengan defisiensi mikronutrien nyata ataupun subklinis (Webster-Gandy, 2014).

2. Etiologi

Penyebab gizi kurang pada anak menurut Pudiastuti (2011), antara lain adalah:

a. Pola makan yang salah

Asupan gizi dari makanan sangat berpengaruh besar pada pertumbuhan balita. Jumlah makanan yang dikonsumsi oleh balita harus diperhatikan, pola makan yang salah dapat menyebabkan balita mengalami gizi kurang

b. Anak sering sakit dan perhatian yang kurang

Perhatian dan kasih sayang orangtua pada anak sangat dibutuhkan pada masa perkembangan anak. Rendahnya perhatian dan kasih sayang orang tua pada anak menyebabkan makan anak tidak terkontrol.

c. Infeksi penyakit

Adanya penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan/kondisi balita terutama pada balita yang asupan gizinya tidak terkontrol dengan baik.

d. Kurangnya asupan gizi

Rendahnya asupan gizi pada anak menyebabkan anak mengalami gizi kurang sehingga pertumbuhan tubuh dan otak anak terganggu.

e. Berbagai hal buruk yang berkaitan dengan kemiskinan

Status ekonomi yang terlalu rendah menyebabkan keluarga tidak mampu memberikan asupan makanan yang cukup pada anak sehingga penyakit mudah berkembang di tubuh anak.

3. Penilaian pertumbuhan fisik pada balita

Penilaian pertumbuhan fisik pada anak menurut (Hidayat, 2008), dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri (tabel dan kurva terlampir pada lampiran 7 dan 8), pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan radiologi, diantaranya :

a. Pengukuran antropometri

Pengukuran antropometri ini meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan (panjang badan), lingkar kepala, dan lingkar lengan atas. Dalam pengukuran antropometri terdapat dua cara dalam pengukuran yaitu pengukuran berdasarkan usia dan pengukuran tidak berdasarkan usia, diantaranya :

1) Pengukuran berat badan

Pengukuran berat badan digunakan untuk menilai hasil peningkatan semua jaringan yang ada pada tubuh, misalnya tulang, otot, lemak, organ tubuh, dan cairan tubuh sehingga dapat diketahui status keadaan gizi atau tumbuh kembang anak. Adapun cara menentukan berat badan sebagai berikut :

- a) Penilaian berat badan berdasarkan usia menurut WHO dengan standar NCHS (National Center for Health Statistics) yaitu menggunakan persentil sebagai berikut : persentil ke 50-3 dikatakan normal, sedangkan persentil < 3 termasuk kategori malnutrisi.
- b) Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan menurut WHO yaitu menggunakan persentase dari median sebagai berikut : antara 80 – 100 % dikatakan malnutrisi sedang dan < dari 80% dikatakan malnutrisi akut.
- c) Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan menurut standar baku NCHS yaitu menggunakan persentil sebagai berikut : persentil 75 – 25 dikatakan normal, persentil 10 – 5 dikatakan malnutrisi sedang dan < persentil 5 dikatakan malnutrisi berat.

2) Pengukuran tinggi badan

Pengukuran ini digunakan untuk menilai gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. Penilaian tinggi badan berdasarkan usia menurut WHO dengan standar baku NCHS yaitu menggunakan persentase dari median sebagai berikut : > 90 % dikatakan normal, sedangkan < 90 % dikatakan malnutrisi kronis (abnormal).

3) Pengukuran lingkar kepala

Pengukuran lingkaran kepala ini digunakan sebagai salah satu parameter untuk menilai pertumbuhan otak. Penilaian ini dapat mendeteksi secara dini apabila terjadi pertumbuhan otak mengecil yang abnormal yang dapat mengakibatkan adanya retardasi mental atau pertumbuhan otak membesar yang abnormal yang dapat disebabkan oleh penyumbatan pada aliran cairan sebrospinalis.

4) Pengukuran lingkaran lengan atas

Klasifikasi pengukuran status gizi bayi/anak menurut Irianto (2014), berdasarkan lingkaran lengan atas, yang sering dipergunakan adalah mengacu kepada standar Wolanski, klasifikasinya adalah sebagai berikut.

- a) Gizi baik, apabila LILA bayi/anak menurut umurnya lebih dari 85% standar Wolanski.
- b) Gizi kurang, apabila LILA bayi/anak menurut umurnya berada diantara 70, 1% - 85% standar Wolanski.
- c) Gizi buruk, apabila LILA bayi/anak menurut umurnya 70% atau kurang dari standar Wolanski.

Pengukuran status gizi bayi/anak berdasarkan lingkaran lengan atas secara terperinci adalah menggunakan tabel seperti berikut :

Tabel 2.9
Standar Baku Lingkaran Lengan Atas (LILA)

USIA		STANDAR	85%	70%
Tahun	Bulan	(Dalam cm)	(Dalam cm)	(Dalam cm)
0	6-8	14, 75	12, 50	10, 50
0	9-11	15, 1	13, 25	11, 00
1-		16, 0	13, 50	11, 25
2-		16, 25	13, 75	11, 50

(Sumber: Irianti, 2014)

b. Pemeriksaan fisik

Penilaian terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak dapat juga ditentukan dengan melakukan pemeriksaan fisik, melihat bentuk tubuh, membandingkan bagian tubuh dan anggota gerak lainnya, serta memeriksa lengan atas dan melihat warna rambut (Hidayat, 2008).

4. Kategori status gizi

Kategori status gizi menurut DEPKES (2011), berdasarkan Z-score (Simpangan Baku) dibagi menjadi 3 diantaranya:

- a. Kategori BB/U
 - 1) Kategori gizi buruk ; jika Z-score $< - 3, 0$
 - 2) Kategori gizi kurang ; jika Z-score $> - 3, 0$ s/d Z-score $< - 2, 0$
 - 3) Kategori gizi baik ; jika Z-score $> - 2, 0$ s/d Z-score $< 2, 0$
 - 4) Kategori gizi lebih ; jika Z-score $> - 2, 0$
- b. Kategori TB/U
 - 1) Kategori sangat pendek ; jika Z-score $< - 3, 0$
 - 2) Kategori pendek ; jika Z-score $> - 3, 0$ s/d Z-score $< - 2, 0$
 - 3) Kategori normal ; jika Z-score $> - 2, 0$
- c. Kategori BB/TB-PB

Tabel 2.10
Kategori Status Gizi Secara Klinis Dan Antropometri

Status Gizi	Klinis	Antropometri (BB/TB-PB)
Gizi buruk	Tampak sangat kurus dan atau edema pada kedua punggung kaki sampai seluruh tubuh	$< - 3, 0$ SD **)
Gizi kurang	Tampak kurus	$< - 3, 0$ SD - $< - 2, 0$
Gizi baik	Tampak sehat	- 2 SD - 2 SD
Gizi lebih	Tampak gemuk	> 2 SD

(BB/TB-PB)

Sumber: DEPKES, 2011

Catatan:

**)Mungkin BB/TB-PB $> - 3$ SD bila terdapat edema berat (seluruh tubuh)

5. Faktor pendukung terjadinya gizi kurang

Menurut (Webster-Gandy,2012), dalam kebanyakan kasus ada berbagai faktor penyebab kurang gizi. Kesadaran akan beberapa faktor pendukung tertentu merupakan langkah pertama dalam pencegahan yang sangat berharga. Berikut penjelasan singkatnya.

- a. Asupan gizi menurun
 - 1) Ketidaksediaan makanan yang tidak memadai (kuantitatif ataupun kualitatif):
 - a) Pasien diasuh di ruang isolasi sehingga baki makanan mungkin saja ditinggalkan di luar kamar atau di tempat yang tidak terjangkau pasien

- b) Kelaparan berulang yang disengaja, misalnya harus berpuasa peroral karena menjalani berbagai macam pemeriksaan atau terapi
 - c) Koordinasi motorik lambat sehingga perlu bantuan saat makan
 - d) Hidangan yang tidak sesuai dengan budaya pasien, misalnya menyediakan makanan halal yang tidak halal bagi orang islam
 - e) Makanan tidak menggugah selera atau berkualitas buruk
- 2) Anoreksia (kehilangan nafsu makan):
- a) Dampak penyakit, misalnya akibat kanker, infeksi, inflamasi,
 - b) Mual dan muntah
 - c) Masalah psikologi, misalnya akibat depresi, kecemasan, kesepian
 - d) Dampak pengobatan, misalnya akibat kemoterapi
- 3) Gangguan makan:
- a) Gangguan gigi
 - b) Perubahan pengecap dan pembau
 - c) Mulut kering atau nyeri
 - d) Sesak nafas
 - e) Gangguan menelan
- 4) Absorpsi nutrient menurun
- a) Sekresi saluran cerna tidak mencukupi, termasuk empedu dan semua enzim saluran cerna, misalnya akibat kekurangan enzim pancreas
 - b) Kerusakan permukaan absorptif di saluran cerna, misalnya akibat penyakit crohn
 - c) Reaksi + fistula saluran cerna
 - d) Komplikasi terapi obat
- 5) Kebutuhan meningkat
- a) Hipermetabolisme terkait penyakit, misalnya akibat sirosis hati, beberapa kanker
 - b) Infeksi
 - c) Akibat terapi, misalnya pembedahan

- d) Peningkatan kehilangan, misalnya melalui saluran cerna, urine, kulit, nafas atau drainase bedah.

6. Akibat gizi kurang

Dampak kurang gizi bervariasi mulai dari subklinis, yakni tidak ada gangguan klinis sama sekali sampai kematian dan bergantung pada jenis, lama, derajat kesehatan pasien, ketidakcukupan gizi, usia, status gizi, dan kesehatan pasien (Webster-Gandy, 2012).

Menurut (Webster-Gandy, 2012), dalam kebanyakan kasus, ada berbagai faktor penyebab kurang gizi. Kesadaran akan beberapa faktor pendukung tertentu merupakan langkah pertama dalam pencegahan yang sangat berharga. Berikut penjelasan singkatnya:

a. Asupan gizi menurun

- 1) Ketersediaan makanan yang tidak memadai (kuantitatif atau kualitatif):
 - a) Pasien diasuh di ruang isolasi sehingga baki makanan mungkin saja ditinggalkan di luar kamar atau ditempat yang tidak terjangkau pasien.
 - b) Kelaparan berulang yang disengaja, mis. , harus berpuasa perorak karena menjalani berbagai macam pemeriksaan atau terapi
 - c) Koordinasi motorik lambat sehingga perlu bantuan saat makan
 - d) Hidangan yang tidak sesuai dengan budaya pasien, mis menyediakan makanan yang tidak halal bagi orang Islam atau bukan kosher bagi orang Yahudi.
 - e) Makanan tidak menggugah selera atau berkualitas buruk
- 2) Anoreksia (kehilangan nafsu makan):
 - a) Dampak penyakit, mis. akibat kanker, infeksi, inflamasi.
 - b) Mual dan muntah.
 - c) Masalah psikologi, mis. akibat depresi, kecemasan, kesepian.
 - d) Dampak pengobatan, mis. akibat kemoterapi.
- 3) Gangguan makan:
 - a) Gangguan gigi-geligi
 - b) Perubahan pengecap dan pembau

- c) Mulut kering atau nyeri
 - d) Sesak napas
 - e) Gangguan menelan
- 4) Absorpsi nutrisi menurun
- a) Sekresi saluran cerna tidak mencukupi, termasuk empedu dan semua enzim saluran cerna, mis. akibat kekurangan enzim pankreas.
 - b) Kerusakan permukaan absorptif di saluran cerna, mis. akibat penyakit Crohn.
 - c) Reseksi + fistula saluran cerna. d) Komplikasi terapi obat.
- 5) Kebutuhan meningkat
- a) Hipermetabolisme terkait penyakit, misalnya akibat sirosis hati, beberapa kanker.
 - b) Infeksi
 - c) Akibat terapi, misalnya setelah pembedahan.
 - d) Peningkatan kehilangan, misalnya melalui saluran cerna, urine, kulit, napas, atau drainase bedah.
 - e) Peningkatan aktivitas, baik sadar maupun tidak sadar, mis. akibat penyakit Parkinson.

7. Kebutuhan gizi

Kebutuhan gizi seseorang adalah jumlah yang diperkirakan cukup untuk memelihara kesehatan pada umumnya. Secara garis besar, kebutuhan gizi ditentukan oleh usia, jenis kelamin, aktivitas, berat badan, dan tinggi badan. Status gizi balita dapat dipantau dengan menimbang anak setiap bulan dan dicocokkan dengan Kartu Menuju Sehat (KMS) (Proverwati dan Wati, 2011).

a. Kebutuhan energi

Kebutuhan energi bayi dan balita relatif besar dibandingkan dengan orang dewasa, sebab pada usia tersebut pertumbuhannya masih sangat pesat. Kecukupannya akan semakin menurun seiring dengan bertambahnya usia. Menurut (Almatsier, 2013), kebutuhan energi pada

anak 0-6 bulan 350 kkal, umur 7-11 bulan 650 kkal, umur 1-3 tahun 1000 kkal, dan umur 4-6 tahun 1550 kkal.

b. Kebutuhan zat pembangun protein

Secara fisiologis, balita sedang dalam masa pertumbuhan sehingga kebutuhannya relatif lebih besar daripada orang dewasa. Namun, jika dibandingkan dengan bayi usianya kurang dari satu tahun, kebutuhannya relatif lebih kecil. Menurut Almatsier (2013), kebutuhan protein pada anak umur 0-6 bulan 10gr, umur 7-11 bulan 16gr, umur 1-3 tahun 25gr, dan umur 4-6 tahun 39gr.

c. Kebutuhan zat pengatur

Kebutuhan air bayi dan balita dalam sehari berfluktuasi seiring dengan bertambahnya usia. Almatsier (2013), kebutuhan zat pengatur anak, yaitu:

Tabel 2.11
Kebutuhan Zat Pengatur Anak

Kebutuhan zat pengatur	0-6 bulan	7-11 bulan	1-3 tahun	4-6 tahun
Vit. A (RE)	375	400	400	450
Vit. D (mcg)	5	5	5	5
Vit. E (mg)	4	5	6	7
Vit. K (mcg)	5	10	15	20
As. Folat (mcg)	65	80	150	200
Vit. B12 (mcg)	0, 4	0, 5	0, 9	1, 2
Vit. C (mg)	40	40	40	45
Kalsium (mg)	200	400	500	500
Fosfor (mg)	100	225	400	400
Magnesium (mg)	25	55	50	90
Fe (mg)	0, 5	7	8	9
Iodium (mcg)	90	120	120	120
Seng (mg)	1, 3	7, 9	8, 3	10, 3

Untuk pertumbuhan dan perkembangan, balita memerlukan enam zat gizi utama yaitu karbohidrat, protein, lemak, mineral, dan air. Menurut Proverwati dan Wati (2011), keenam zat gizi utama digunakan oleh tubuh anak untuk:

- 1) Menghasilkan tenaga yang digunakan oleh anak untuk melakukan berbagai kegiatan seperti belajar, berolahraga, bermain, dan aktivitas lain yang disebut dengan zat tenaga. Zat makanan yang sumber tenaga utama adalah karbohidrat dan lemak. Makanan yang

mengandung karbohidrat adalah beras, jagung, gandum dan kentang sedangkan makanan yang mengandung lemak adalah mentega, keju, kelapa, dan lemak hewani.

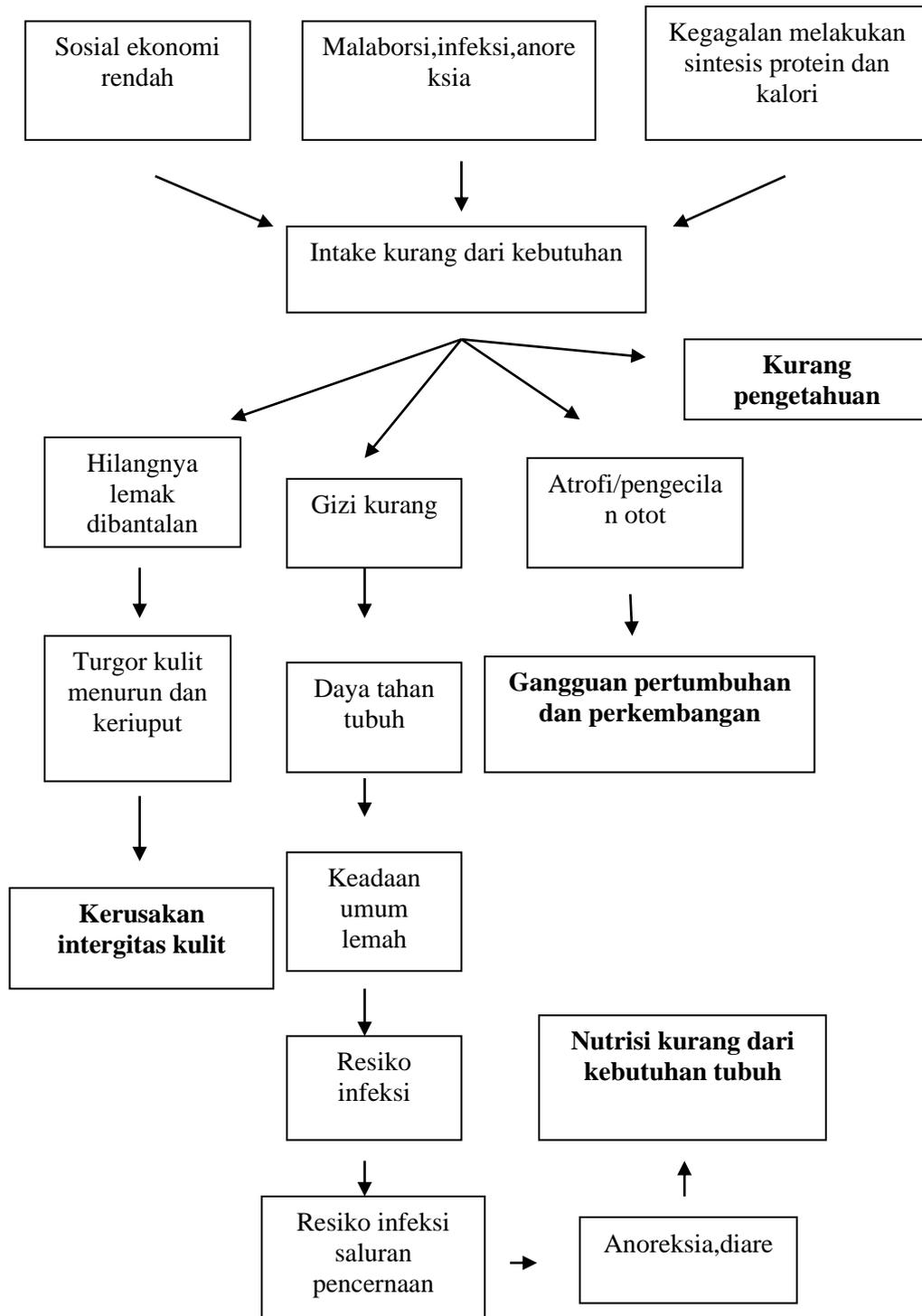
- 2) Membangun jaringan tubuh dan mengganti jaringan tubuh yang rusak disebut dengan zat pembangun. Zat makanan yang merupakan zat pembangun adalah protein. Makanan yang mengandung banyak protein adalah tahu, tempe, telur, daging, dan ikan.
- 3) Mengatur kegiatan-kegiatan yang terjadi di dalam tubuh disebut dengan zat pengatur. Zat makanan yang merupakan zat pengatur adalah vitamin, mineral, dan air. Makanan yang mengandung banyak vitamin, mineral dan air adalah sayur-sayuran dan buah-buahan.

8. Patofisiologi gizi kurang

Gizi kurang biasanya terjadi pada anak usia dibawah 5 tahun. Tidak tercukupinya makanan dengan gizi seimbang serta kondisi kesehatan yang kurang baik dengan kebersihan yang buruk mengakibatkan balita atau anak-anak menderita gizi kurang yang dapat bertambah menjadi gizi buruk jika tidak terintervensi dengan cepat dan tepat. Karena rendahnya penghasilan keluarga sehingga keluarga tidak mampu mencukupi kebutuhan balita dan keluarga tidak memberikan asuhan pada balita secara tepat dan dapat menyebabkan terjadinya gizi kurang (Waryana, 2016).

Pada anak gizi kurang dapat mengakibatkan lapisan lemak dibawah kulit berkurang, daya tahan tubuh balita menurun, dan produksi albumin juga menurun sehingga balita mudah terkena infeksi dan mengalami keterlambatan perkembangan. Balita dengan gizi kurang juga mengalami peningkatan kadar asam basa pada saluran pencernaan menyebabkan balita mengalami diare sehingga masalah keperawatan yang muncul ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Waryana, 2016).

9. Pathawy gizi kurang



(Sumber: Nanda NIC-NOC,2015)

Gambar 2.1
Pathway Gizi Kurang

10. Komplikasi gizi kurang

Menurut (Suardi dan Rita,2010), komplikasi gizi kurang diantaranya:

- a. Kwashiorkor (kekurangan karbohidrat):
Diare, infeksi, anemia, gangguan tumbuh kembang, hipokalemia, dan hipernatremia.
- b. Marasmus (kekurangan protein):
Infeksi, tuberculosis, parasitosis, disentri, malnutrisi kronik, gangguan tumbuh kembang.
- c. Marasmus-kwashiorkor (kekurangan karbohidrat dan protein):
Terjadi edema, kelainan rambut dan kelainan kulit

11. Penatalaksanaan gizi kurang

Gizi kurang terjadi akibat kurangnya asupan gizi pada anak, yang bila tidak ditangani secara tepat, cepat dan komperhensif dapat mengakibatkan terjadinya gizi buruk.

Menurut (Webster-Gandy,2012), ada bukti kuat yang menunjukkan bahwa bantuan gizi mampu menambah asupan protein dan energi, memperbaiki berat badan dan mengurangi penurunan berat badan diantaranya adalah:

- a. Penilaian
Disaat kurang gizi didiagnosis, penilain gizi secara menyeluruh harus dilakukan guna mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan menjadi dasar terapi.
- b. Akses makanan
Setelah penilaian jelas terlihat bahwa diperlukan beberapa tindakan nonteknis yang relative mudah untuk membantu mereka yang kurang gizi mendapat makanan yang sesuai.
- c. Pemberian suplemen menggunakan makanan
Modifikasi atau penyediaan makanan dan minuman menggunakan bahan makanan yang sudah umum dapat meningkatkan asupan energy dan zat gizi yang besar bagi banayk pasien.

- d. Pemberian suplemen menggunakan suplemen gizi khusus per oral. Suplemen gizi per oral siap guna disebut sip feeds dapat digunakan bersama forifikasi makanan untuk menutupi kekeurangan jika seseorang tidak mengasup cukup makanan.