

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Pengertian

Kekurangan Energi Protein (KEP) merupakan keadaan tidak cukupnya masukan protein dan kalori yang dibutuhkan oleh tubuh atau dikenal dengan nama maramus dan kwasiokor. Kwasiokor disebabkan oleh kekurangan protein baik dari segi kualitas maupun segi kuantitas, sedangkan marasmus disebabkan oleh kekurangan kalori dan protein. (Aziz Alimul Hidayat, 2006)

Kurang Energi Protein (KEP) ialah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan gangguan penyakit tertentu. Anak disebut KEP apabila berat badannya kurang dari 80%. (Suparisa, 2002)

Kurang Energi Protein ialah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh kurangnya konsumsi energi protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi (AKG). (Dep. Kes. RI 2004)

2.1.2 Etiologi

Faktor - faktor yang dapat menyebabkan Kurang Energi Protein menurut Nazirudin, 2007 adalah sebagai berikut :

- a). Sosial ekonomi yang rendah
- b). Sukar atau mahal nya makanan yang baik
- c). Kurangnya pengetahuan orang tua mengenai gizi yang baik

d). Kepercayaan dan kebiasaan yang salah terhadap makanan

e). Faktor infeksi pada anak

2.1.3 Patofisiologi

Asupan energi protein yang di peroleh dari makanan kurang, padahal untuk kelangsungan hidup jaringan, tubuh memerlukan energi yang di dapat dari konsumsi makanan yang cukup, karena asupan makanan yang kurang maka untuk memenuhi kebutuhan energi tubuh menggunakan cadangan protein dalam tubuh.

Terjadinya kwasiokor dapat diawali oleh faktor makanan yang kadar proteinnya kurang dari kebutuhan tubuh sehingga akan kekurangan asam amino esensial dalam serum yang diperlukan dalam pertumbuhan dan perbaikan sel. Kemudian produksi albumin dalam hati pun berkurang, sehingga berbagai kemungkinan terjadi hipoproteinemia yang dapat menyebabkan asites, gangguan mata, kulit dan lain-lain.

Sedangkan terjadinya marasmus juga dapat disebabkan faktor makanan dengan kadar kalori dan protein yang kurang dari kebutuhan tubuh, sehingga dapat terjadi atropi jaringan khususnya pada lapisan subkutan dan akhirnya kelihatan kurus seperti orang tua. (A. Aziz Alimul Hidyat, 2006)

2.1.4 Klasifikasi KEP

a). KEP ringan

Bila hasil penimbangan berat badan pada KMS (Kartu Menuju Sehat) terletak pada warna kuning

b). KEP sedang

Bila hasil penimbangan berat badan pada KMS (Kartu Menuju Sehat) terletak di bawah garis merah (BGM)

c). KEP berat

Bila hasil penimbangan BB/U <60% baku median WHO-NCHS. Pada KMS tidak ada garis pemisah antara KEP berat atau gizi buruk dengan KEP sedang, sehingga untuk menentukan KEP berat atau gizi buruk digunakan tabel BB/U baku median WHO-NCHS.

2.1.5 Gejala Klinis

Secara klinis KEP terdapat dalam 3 tipe yaitu :

- a). Kwashiorkor, ditandai dengan : edema, yang dapat terjadi di seluruh tubuh, wajah sembab dan membulat, mata sayu, rambut tipis, kemerahan seperti rambut jagung, mudah dicabut dan rontok, cengeng, rewel dan apatis, pembesaran hati, otot mengecil (hipotrofi), bercak merah ke coklatan di kulit dan mudah terkelupas (crazy pavement dermatosis), sering disertai penyakit infeksi terutama akut, diare dan anemia.
- b). Marasmus, ditandai dengan : sangat kurus, tampak tulang terbungkus kulit, wajah seperti orang tua, cengeng dan rewel, kulit keriput, jaringan lemak sumkutan minimal/tidak ada, perut cekung, iga gambang, sering disertai penyakit infeksi dan diare.
- c). Marasmus kwashiorkor, campuran gejala klinis kwashiorkor dan marasmus.

2.1.6 Penatalaksanaan Kurang Energi Protein menurut Lab. UPF, 2007 adalah

sebagai berikut:

- a) Bila ada dehidrasi maka atasi dulu
- b) Pemberian diid (tinggi kalori tinggi protein)
- c) Pemberian makanan tambahan berupa formula yang mudah di cerna, murah, pekat kalori, protein medisco I,II,III memenuhi syarat-syarat tersebut.
- d) Bila ada intoleransi, mulailah dengan sub sistem yang di encerkan (2-5, 5-7,5) + glukosa 5 % di susul dengan medisco ½, I, II, III.
- e) Bila perlu beri tranfusi sel darah merah padat (PRC) atau plasma
- f).Pengobatan penyakit penyerta/penyebab, bila lemah ada hipotermi, hipotensi dan gangguan pembekuan darah, ada kemungkinan infeksi kuman gram negatif serta endotoksemia.
- g).Terapi : gestamin 1-7.5 mg/kg perhari di bagi 2 kali atau amikasin 15 mg/kg/hari dibagi 3 kali
- h).Penyuluhan ibu disertai demonstrasi cara pemberian makanan pada Kurang Energi Protein
- i) Kontrol di layanan kesehatan terdekat

2.1.7 Dampak Masalah

Dampak masalah yang timbul pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita KEP dapat berupa gangguan bio, psikis, sosial dan spiritual terhadap individu, keluarga dan masyarakat.

2.1.7.1 Dampak individu

Pada individu akan terjadi perubahan berupa:

- a). Aspek biologis

KEP dapat mempengaruhi daya tubuh, hal ini disebabkan karena tercukupinya Nutrisi dalam tubuh, sehingga akan mempengaruhi mudahnya terjangkit penyakit infeksi.

b). Aspek psikologis

Pada klien dengan kasus KEP mempengaruhi metabolisme darah yang sangat berperan pada kinerja organ tubuh. Hal ini dapat dilihat dengan anak sering rewel.

c). Aspek sosiologis

Terganggunya sistem organ tubuh akan mempengaruhi anak dalam melakukan aktifitas sehingga anak tampak malas dan juga mempengaruhi pergaulannya dengan teman sebayanya.

2.1.7.2 Dampak pada keluarga

Diperlukannya perhatian yang bersifat khusus pada klien dengan KEP sehingga mengurangi aktifitas keluarga dalam kesehariannya.

2.1.7.3 Dampak pada masyarakat

Menurunnya daya tahan tubuh pada klien dengan KEP mempermudah timbulnya infeksi sehingga mengakibatkan klien sering sakit-sakitan. Hal ini akan untuk bergaul dengan klien karena takut ketularan. Hal ini bukan dikarenakan takut terhadap KEPnya, dimana KEP bukanlah penyakit yang menular, namun lebih dikarenakan tertular infeksi dari penyakit yang di bawah, seperti pilek, batuk dsb.

2.2. Tinjauan Teori Penerapan Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Balita dengan KEP

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian menggunakan pendekatan community as partner meliputi :
data inti dan data sub sistem.

A. Data Inti komunitas meliputi :

1. Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas

- a. Lokasi
- b. Batas wilayah/wilayah

2. Data demografi

- a. Jumlah penderita KEP
- b. Berdasarkan jenis kelamin
- c. Berdasarkan kelompok penderita KEP

Balita, Anak-anak, Remaja, Dewasa.

Pada umumnya usia ≤ 3 tahun lebih banyak yang menderita KEP atau gizi buruk.

B. Data sub sistem

1. Data lingkungan fisik

- a. Fasilitas umum dan kesehatan

1) Fasilitas umum

Sarana kegiatan kelompok, meliputi : Karang taruna,
Pengajian, Ceramah agama, PKK.

2) Tempat perkumpulan umum

Balai desa, RW, RT, Rumah Kader, Masjid/Mushola.

3) Fasilitas kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan, presentasi pemakaian sarana atau fasilitas kesehatan. Puskesmas, Rumah sakit, Para dokter swasta, Praktek kesehatan lain.

4) Kebiasaan check up kesehatan

2. Ekonomi

a. Karakteristik pekerjaan

b. Penghasilan rata-rata perbulan

3. Keamanan dan transportasi

a. Keamanan :

1) Diet makan

Kebiasaan tidak makan sayur-sayuran, Kebiasaan tidak makan buah-buahan, Kebiasaan makan makanan yang kurang bergizi, Lain-lain.

2) Kepatuhan terhadap diet

3) Struktur organisasi : ada / tidak ada

4) Terdapat kepala desa dan perangkatnya

5) Ada organisasi karang taruna

- 6) Kelompok layanan kepada masyarakat (pkk, karang taruna, posyandu balita)
- 7) Kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan : tidak ada / ada (Sebutkan)
- 8) Kebijakan pemerintah khusus untuk penyakit KEP : ada / belum ada
- 9) Peran serta partai dalam pelayanan kesehatan : ada / belum ada

4. Sistem komunikasi

- a) Fasilitas komunikasi yang ada

Radio, TV, Telepon/handphone, Majalah/koran.

- b) Fasilitas komunikasi yang menunjang untuk kelompok Balita dengan KEP

1. Poster tentang diit KEP
2. Leaflet tentang penanganan KEP
3. Kegiatan yang menunjang kegiatan KEP

5. Penyuluhan oleh kader dari masyarakat dan oleh petugas kesehatan dari Puskesmas Pendidikan

Distribusi pendudukan berdasarkan tingkat pendidikan formal :
SD, SLTP, SLTA, Perguruan tinggi.

6. Rekreasi

Tempat wisata yang biasanya dikunjungi untuk rekreasi.

2.3 Konsep Balita

2.3.1 Pengertian Balita

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak di bawah lima tahun (Muaris.H, 2006).

Menurut Sutomo. B. dan Anggraeni. DY, (2010), Balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik. Namun kemampuan lain masih terbatas.

Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan di masa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut *golden age* atau masa keemasan.

2.3.2 Karakteristik Balita

Menurut karakteristik, balita terbagi dalam dua kategori yaitu anak usia 1 – 3 tahun (batita) dan anak usia prasekolah (Uripi, 2004). Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif, artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan ibunya. Laju pertumbuhan masa batita lebih besar dari masa usia pra-sekolah sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif besar. Namun perut yang masih lebih kecil menyebabkan jumlah makanan yang mampu diterimanya dalam sekali makan lebih kecil dari anak yang usianya lebih besar. Oleh karena itu, pola makan yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi sering.

Pada usia pra-sekolah anak menjadi konsumen aktif. Merka sudah dapat memilih makanan yang disukainya. Pada usia ini anak mulai bergaul dengan lingkungannya atau bersekolah playgroup sehingga anak mengalami beberapa perubahan dalam perilaku. Pada masa ini anak akan mencapai fase gemar memprotes sehingga mereka akan mengatakan “tidak” terhadap setiap ajakan. Pada masa ini berat badan anak cenderung mengalami penurunan, akibat dari aktivitas yang mulai banyak dan pemilihan maupun penolakan terhadap makanan.

Diperkirakan pula bahwa anak perempuan relative lebih banyak mengalami gangguan status gizi bila dibandingkan dengan anak laki-laki (BPS, 1999)

2.3.3. Tumbuh Kembang Balita

Secara umum tumbuh kembang setiap anak berbeda-beda, namun prosesnya senantiasa melalui tiga pola yang sama, yakni:

1. Pertumbuhan dimulai dari tubuh bagian atas menuju bagian bawah (*sefalokaudal*).

Pertumbuhannya dimulai dari kepala hingga ke ujung kaki, anak akan berusaha menegakkan tubuhnya, lalu dilanjutkan belajar menggunakan kakinya.

2. Perkembangan dimulai dari batang tubuh ke arah luar.

Contohnya adalah anak akan lebih dulu menguasai penggunaan telapak tangan untuk menggenggam, sebelum ia mampu meraih benda dengan jemarinya

3. Setelah dua pola di atas dikuasai, barulah anak belajar mengeksplorasi keterampilan-keterampilan lain. Seperti melempar, menendang, berlari dan lain-lain.

Pertumbuhan pada bayi dan balita merupakan gejala kuantitatif. Pada konteks ini, berlangsung perubahan ukuran dan jumlah sel, serta jaringan intraseluler pada tubuh anak. Dengan kata lain, berlangsung proses multiplikasi organ tubuh anak, disertai penambahan ukuran-ukuran tubuhnya.

Hal ini ditandai oleh:

- a. Meningkatnya berat badan dan tinggi badan.
- b. Bertambahnya ukuran lingkar kepala.

- c. Muncul dan bertambahnya gigi dan geraham.
- d. Menguatnya tulang dan membesarnya otot-otot.
- e. Bertambahnya organ-organ tubuh lainnya, seperti rambut, kuku, dan sebagainya.

Penambahan ukuran-ukuran tubuh ini tentu tidak harus drastis. Sebaliknya, berlangsung perlahan, bertahap, dan terpola secara proporsional pada tiap bulannya. Ketika didapati penambahan ukuran tubuhnya, artinya proses pertumbuhannya berlangsung baik. Sebaliknya jika yang terlihat gejala penurunan ukuran, itu sinyal terjadinya gangguan atau hambatan proses pertumbuhan. Cara mudah mengetahui baik tidaknya pertumbuhan bayi dan balita adalah dengan mengamati grafik penambahan berat dan tinggi badan yang terdapat pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Dengan bertambahnya usia anak, harusnya bertambah pula berat dan tinggi badannya. Cara lainnya yaitu dengan pemantauan status gizi. Pemantauan status gizi pada bayi dan balita telah dibuatkan standarisasinya oleh *Harvard University* dan *Wolanski*. Penggunaan standar tersebut di Indonesia telah dimodifikasi agar sesuai untuk kasus anak Indonesia.

Perkembangan pada masa balita merupakan gejala kualitatif, artinya pada diri balita berlangsung proses peningkatan dan pematangan (*maturasi*) kemampuan personal dan kemampuan sosial.

a. Kemampuan personal ditandai pendaaygunaan segenap fungsi alat-alat pengindraan dan sistem organ tubuh lain yang dimilikinya. Kemampuan fungsi pengindraan meliputi ;

- 1) Penglihatan, misalnya melihat, melirik, menonton, membaca dan lain-lain.
- 2) Pendengaran, misalnya reaksi mendengarkan bunyi, menyimak pembicaraan dan lain-lain.
- 3) Penciuman, misalnya mencium dan membau sesuatu.
- 4) Peraba, misalnya reaksi saat menyentuh atau disentuh, meraba benda, dan lain-lain.
- 5) Pengecap, misalnya menghisap ASI, mengetahui rasa makanan dan minuman.

Pada sistem tubuh lainnya di antaranya meliputi :

- 1) Tangan, misalnya menggenggam, mengangkat, melempar, mencoret-coret, menulis dan lain-lain.
- 2) Kaki, misalnya menendang, berdiri, berjalan, berlari dan lain-lain.
- 3) Gigi, misalnya menggigit, mengunyah dan lain-lain.
- 4) Mulut, misalnya mengoceh, melafal, teriak, bicara, menyanyi dan lain-lain.

- 5) Emosi, misalnya menangis, senyum, tertawa, gembira, bahagia, percaya diri, empati, rasa iba dan lain-lain.
- 6) Kognisi, misalnya mengenal objek, mengingat, memahami, mengerti, membandingkan dan lain-lain.
- 7) Kreativitas, misalnya kemampuan imajinasi dalam membuat, merangkai, menciptakan objek dan lain-lain.

b. Kemampuan sosial.

Kemampuan sosial (sosialisasi), sebenarnya efek dari kemampuan personal yang makin meningkat. Dari situ lalu dihadapkan dengan beragam aspek lingkungan sekitar, yang membuatnya secara sadar berinteraksi dengan lingkungan itu. Sebagai contoh pada anak yang telah berusia satu tahun dan mampu berjalan, dia akan senang jika diajak bermain dengan anak-anak lainnya, meskipun ia belum pandai dalam berbicara, ia akan merasa senang berkumpul dengan anak-anak tersebut. Dari sinilah dunia sosialisasi pada lingkungan yang lebih luas sedang dipupuk, dengan berusaha mengenal teman-temannya itu.

Kebutuhan Utama Proses Tumbuh Kembang

Dalam proses tumbuh kembang, anak memiliki kebutuhan yang harus terpenuhi, kebutuhan tersebut yakni ;

- a. Kebutuhan akan gizi (asuh);
- b. Kebutuhan emosi dan kasih sayang (asih); dan c. Kebutuhan stimulasi dini (asah) (PN.Evelin dan Djamaludin. N. 2010).

c. Pemenuhan kebutuhan stimulasi dini (asah).

a. Pemenuhan kebutuhan gizi (asuh).

Usia balita adalah periode penting dalam proses tubuh kembang anak yang merupakan masa pertumbuhan dasar anak. Pada usia ini, perkembangan kemampuan berbahasa, berkeaktifitas, kesadaran social, emosional dan inteligensi anak berjalan sangat cepat. Pemenuhan kebutuhan gizi dalam rangka menopang tumbuh kembang fisik dan biologis balita perlu diberikan secara tepat dan berimbang. Tepat berarti makanan yang diberikan mengandung zat-zat gizi yang sesuai kebutuhannya, berdasarkan tingkat usia. Berimbang berarti komposisi zat-zat gizinya menunjang proses tumbuh kembang sesuai usianya. Dengan terpenuhinya kebutuhan gizi secara baik, perkembangan otaknya akan berlangsung optimal. Keterampilan fisiknya pun akan berkembang sebagai dampak perkembangan bagian otak yang mengatur sistem sensorik dan motoriknya. Pemenuhan kebutuhan fisik atau biologis yang baik, akan berdampak pada sistem imunitas tubuhnya sehingga daya tahan tubuhnya akan terjaga dengan baik dan tidak mudah terserang penyakit.

b. Pemenuhan kebutuhan emosi dan kasih sayang (asih).

Kebutuhan ini meliputi upaya orang tua mengekspresikan perhatian dan kasih sayang, serta perlindungan yang aman dan nyaman

kepada si anak. Orang tua perlu menghargai segala keunikan dan potensi yang ada pada anak. Pemenuhan yang tepat atas kebutuhan emosi atau kasih sayang akan menjadikan anak tumbuh cerdas secara emosi, terutama dalam kemampuannya membina hubungan yang hangat dengan orang lain. Orang tua harus menempatkan diri sebagai teladan yang baik bagi anak-anaknya. Melalui keteladanan tersebut anak lebih mudah meniru unsur-unsur positif, jauhi kebiasaan. memberi hukuman pada anak sepanjang hal tersebut dapat diarahkan melalui metode pendekatan berlandaskan kasih sayang.

c. Pemenuhan kebutuhan stimulasi dini (asah).

Stimulasi dini merupakan kegiatan orangtua memberikan rangsangan tertentu pada anak sedini mungkin. Bahkan hal ini dianjurkan ketika anak masih dalam kandungan dengan tujuan agar tumbuh kembang anak dapat berjalan dengan optimal.

Stimulasi dini meliputi kegiatan merangsang melalui sentuhan-sentuhan lembut secara bervariasi dan berkelanjutan, kegiatan mengajari anak berkomunikasi, mengenal objek warna, mengenal huruf dan angka. Selain itu, stimulasi dini dapat mendorong munculnya pikiran dan emosi positif, kemandirian, kreativitas dan lain-lain. Pemenuhan kebutuhan stimulasi dini secara baik dan benar dapat merangsang kecerdasan majemuk (*multiple intelligences*) anak. Kecerdasan majemuk ini meliputi, kecerdasan linguistic, kecerdasan logis-matematis, kecerdasan spasial, kecerdasan kinestetik, kecerdasan musical,

kecerdasan intrapribadi (intrapersonal), kecerdasan interpersonal, dan kecerdasan naturalis.

2.3.4 Status Gizi

2.3.4.1. Definisi Status Gizi

Menurut Soekirman (2000) status gizi adalah keadaan kesehatan akibat interaksi antara makanan, tubuh manusia dan lingkungan hidup manusia. Selanjutnya, Suhardjo, (2003) menyatakan bahwa status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat dari pemakaian, penyerapan dan penggunaan makanan.

Sedangkan menurut Supariasa, IDN. Bakri, B. & Fajar, I. (2002), status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari status tubuh yang berhubungan dengan gizi dalam bentuk variable tertentu. Jadi intinya terdapat suatu variable yang diukur (misalnya berat badan dan tinggi badan) yang dapat digolongkan ke dalam kategori gizi tertentu (misalnya ; baik, kurang, dan buruk).

Status gizi menjadi indikator ketiga dalam menentukan derajat kesehatan anak. Status gizi yang baik dapat membantu proses pertumbuhan dan perkembangan anak untuk mencapai kematangan yang optimal. Gizi yang baik juga dapat memperbaiki ketahanan tubuh sehingga diharapkan tubuh akan bebas dari segala penyakit. Status gizi ini dapat membantu untuk mendeteksi lebih dini risiko terjadinya masalah

kesehatan. Pemantauan status gizi dapat digunakan sebagai bentuk antisipasi dalam merencanakan perbaikan status kesehatan anak.

2.3.4.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi

Faktor yang menyebabkan kurang gizi telah diperkenalkan UNICEF dan telah digunakan secara internasional, yang meliputi beberapa tahapan penyebab timbulnya kurang gizi pada anak balita, baik penyebab langsung, tidak langsung, akar masalah dan pokok masalah. Berdasarkan Soekirman dalam materi Aksi Pangan dan Gizi nasional (Depkes RI, 2000), penyebab kurang gizi dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang baik tetapi karena sering sakit diare atau demam dapat menderita kurang gizi. Demikian pada anak yang makannya tidak cukup baik maka daya tahan tubuh akan melemah dan mudah terserang penyakit. Kenyataannya baik makanan maupun penyakit secara bersama-sama merupakan penyebab kurang gizi
- b. Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga dalam jumlah yang cukup dan baik mutunya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktunya, perhatian dan dukungan

terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal baik fisik, mental, dan sosial. Pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh seluruh keluarga. Faktor-faktor tersebut sangat terkait dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan ketrampilan keluarga. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan terdapat kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak dan keluarga makin banyak memanfaatkan pelayanan yang ada. Ketahanan pangan keluarga juga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan, dan daya beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan

2.3.4.3. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi adalah interpretasi dari data yang didapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang berisiko atau dengan status gizi buruk (Hartriyanti dan Triyanti, 2007).

Tujuan penilaian status gizi menurut Hammond (2004) antara lain:

- 1) Mengidentifikasi individu yang membutuhkan dukungan nutrisi cukup
- 2) Mempertahankan status gizi seseorang
- 3) Mengidentifikasi penatalaksanaan medis yang sesuai
- 4) Memonitor efektivitas intervensi yang telah dilakukan.

Menurut Supariasa, et al (2002), penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung.

a. Penilaian secara langsung.

Penilaian status gizi secara langsung dibagi menjadi empat penilaian yaitu: (Supariasa, et all, 2002):

- 1) Antropometri
- 2) Klinis
- 3) Biokimia
- 4) Biofisik

b. Penilaian secara tidak langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dibagi menjadi 3 yaitu: (Supariasa, et all 2002). Adapun uraian dari ketiga hal tersebut adalah:

- 1) Survey konsumsi makanan
- 2) Statistik vital
- 3) Faktor ekologi

2.3.4.4. Jenis dan Parameter Status Gizi

Dalam menentukan status gizi harus ada ukuran baku (*reference*). Baku antropometri yang sekarang digunakan di Indonesia adalah baku *World Health Organization – National Centre for Health Stastics* (WHO-NCHS) sesuai rekomendasi pakar gizi dalam pertemuannya di Bogor tahun 2000. Selain itu juga dapat digunakan baku rujukan yang dibuat oleh Departemen Kesehatan RI. Departemen Kesehatan RI membuat baku rujukan penilaian status gizi anak balita yang terpisah antara anak laki-laki dan perempuan. Kriteria jenis kelamin inilah yang membedakan baku WHO-NCHS dengan

baku Harvard. Baku rujukan penilaian status gizi menurut Depkes RI terlampir dalam lampiran.

Parameter antropometri untuk penilaian status gizi berdasarkan parameter :

a. Umur.

Umur sangat memegang peranan dalam penentuan status gizi, kesalahan penentuan akan menyebabkan interpretasi status gizi yang salah. Hasil penimbangan berat badan maupun tinggi badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Kesalahan yang sering muncul adalah adanya kecenderungan untuk memilih angka yang mudah seperti 1 tahun; 1,5 tahun; 2 tahun. Oleh sebab itu penentuan umur anak perlu dihitung dengan cermat. Ketentuannya adalah 1 tahun adalah 12 bulan, 1 bulan adalah 30 hari. Jadi perhitungan umur adalah dalam bulan penuh, artinya sisa umur dalam hari tidak diperhitungkan (Depkes, 2004).

Rumus antropometri anak (Soetjningsih. 1998) yang berhubungan dengan umur :

1) Berat Badan

$$\text{Umur 1 – 6 bulan} = \text{BBL (gr)} + (\text{usia} \times 600 \text{ gr})$$

$$\text{Usia 7 – 12 bulan} = \text{BBL (gr)} + (\text{usia} \times 500 \text{ gr}) \text{ atau } (\text{usia} / 2) + 3$$

$$\text{Umur 1- 6 tahun} = 2n + 8$$

2) Tinggi badan

$$\text{Umur 1 tahun} = 1,5 \times \text{panjang badan lahir}$$

$$\text{Umur 2 – 12 tahun} = \text{umur (tahun)} \times 6 + 77$$

Kriteria status gizi berdasarkan pengukuran tersebut dibandingkan dengan NCHS adalah :

- 1) Gizi baik, jika BB menurut umur $> 80\%$ standart WHO – NCHS.
- 2) Gizi kurang, jika BB menurut umur $61\% - 80\%$ standart WHO – NCHS.
- 3) Gizi buruk jika BB menurut umur $\leq 60\%$ standart WHO - NCHS

b. Berat Badan

Berat badan merupakan salah satu ukuran yang memberikan gambaran massa jaringan, termasuk cairan tubuh. Berat badan merupakan pengukuran yang terpenting pada bayi baru lahir. Dan hal ini digunakan untuk menentukan apakah bayi termasuk normal atau tidak (Supriasa, et al, 2001).

Penentuan berat badan dilakukan dengan cara menimbang. Alat yang digunakan sebaiknya memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- (1) Mudah digunakan dan dibawa dari satu tempat ke tempat lain,
- (2) Mudah diperoleh dan relatif murah harganya,
- (3) Ketelitian penimbangan maksimum 0,1 kg,
- (4) Skalanya mudah dibaca,
- (5) Aman untuk menimbang balita.

2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Komunitas

Pengkajian keperawatan komunitas merupakan suatu proses tindakan untuk mengenal komunitas. Orang-orang yang berada di komunitas merupakan mitra dan berperan di dalam proses keperawatan kesehatan komunitas. Tujuan

keperawatan dalam mengkaji komunitas adalah mengidentifikasi faktor positif dan negatif yang berbenturan dengan masalah kesehatan dari masyarakat hingga sumber daya yang dimiliki komunitas dengan tujuan merancang strategi untuk promosi kesehatan. Pengkajian suatu komunitas dimulai dengan mengidentifikasi sistem yang ada di dalamnya, perlu diingat, bahwa sistem adalah keseluruhan unit yang berfungsi karena saling tergantungnya bagian tersebut. Komunitas juga merupakan keseluruhan kesatuan fungsi karena saling ketergantungan antar bagian atau subsistem.(Ferry Efendi, 2009)

Keperawatan komunitas adalah suatu bidang dalam keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitas secara menyeluruh, terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai satu kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal, sehingga dapat mandiri dalam upaya kesehatannya (Mubarok, 2006)

2.4.1 Tugas Perawat Komunitas

1. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai pengelolaan Kekurangan Energi Protein (KEP) secara mandiri secara berkala,
2. Intervensi perilaku,
3. Konseling dan coaching pengelolaan KEP secara mandiri

2.4.2 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas

1. Peran pada individu atau keluarga

Peran perawat komunitas pada individu dan keluarga adalah:

a). Peran sebagai pendidik

Perawat komunitas memberikan pendidikan kesehatan baik pada preventi primer, sekunder maupun tersier agar keluarga dan masyarakat dapat mengelola KEP secara mandiri.

b). Peran sebagai pelaksana kesehatan

Perawat komunitas juga memberikan intervensi keperawatan langsung kepada pasien penderita KEP sebagai individu, keluarga, kelompok dan populasi.

c). Peran sebagai administrasi

Perawat kesehatan masyarakat diharapkan dapat mengelola berbagai kegiatan pelayanan kesehatan puskesmas dan masyarakat sesuai dengan beban tugas dan tanggung jawab yang diemban kepadanya.

d). Peran konselor

Peran komunitas melakukan konseling untuk membantu penderita KEP dalam memilih penyelesaian masalah yang sedang dihadapi.

e). Peran konsultan

Peran komunitas membantu klien untuk memahami dan membantu komunitas dalam mengambil keputusan yang tepat. Perawat komunitas berlaku sebagai konsultan bagi individu, keluarga dan kelompok penderita KEP.

f). Peran sebagai peneliti

Peran sebagai peneliti ditunjukkan oleh perawat komunitas dengan berbagai aktivitas penelitian, mengaplikasikan hasil riset dalam praktik keperawatan, mengumpulkan data, merancang dan mendesiminasikan hasil riset.(Komang Ayu,2011)

Perawat komunitas berperan sebagai peneliti. Riset keperawatan dilakukan untuk memperkuat dasar-dasar keilmuan dalam kegiatan praktik klinik, pendidikan dan manajemen keperawatan pada agregat penderita KEP (Ross dan Smith, 2003).

g).Peran Manajerial

Perawat komunitas dapat mengkaji dan mengidentifikasi kebutuhan kesehatan klien, merancang keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien, mengawasi dan mengevaluasi dampak terhadap pelayanan yang diberikan. Perawat perlu menunjukkan kemampuan dalam mengidentifikasi sumber-sumber yang ada di komunitas, memotivasi, dan melakukan koordinasi dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan pada komunitas.

h).Peran Kolaborator

Perawat komunitas bekerjasama dengan berbagai profesi kesehatan (dokter, ahli gizi, fisioterapis, dokter gigi), organisasi yang berada di komunitas (TP-PKK, posbindu, LLI, Perkumpulan Penderita KEP, atau Klub Jantung Sehat Yayasan Jantung Indonesia), sekolah, dan pemerintah (Dinas Kesehatan, Dinas Sosial)

i). Peran Advokator

Advokasi pada penderita KEP bertujuan untuk membantu penderita agar dapat mengelola KEP secara mandiri. Peran advokasi, yaitu: selaku penasehat bagi individu, keluarga dan kelompok penderita KEP, memberikan informasi mengenai layanan kesehatan bagi penderita KEP, dan mengupayakan sistem pelayanan kesehatan yang responsive terhadap kebutuhan penderita KEP.

2.4.3 Proses Keperawatan Komunitas

Proses keperawatan komunitas adalah suatu metode ilmiah dalam keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan sebagai cara terbaik dalam memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai respons manusia dalam menghadapi masalah kesehatan. (Ferry Efendi, 2009).

2.4.4 Tujuan Dan Fungsi Proses Keperawatan

1. Tujuan

Tujuan melakukan proses keperawatan dalam komunitas adalah:

- 1). Memperoleh hasil asuhan keperawatan yang bermutu, efektif, efisien sesuai dengan permasalahan yang terjadi dimasyarakat.
- 2). Meningkatkan status kesehatan masyarakat.

2. Fungsi

Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.

2.5 Penerapan Asuhan Keperawatan Komunitas

Model keperawatan komunitas yang digunakan adalah model *Health Care System* Betty Neuman. Model ini dikembangkan menjadi model *Community as partner* Anderson dan Mc. Farlane (2000). Model ini menekankan partisipasi aktif masyarakat dalam meningkatkan dan mencegah masalah kesehatan (Komang Ayu, 2011)

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis terhadap masyarakat untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat baik individu, keluarga atau kelompok yang menyangkut permasalahan pada fisiologis, psikologis, social ekonomi, maupun spiritual dapat ditentukan (Mubarok, 2006)

Pengkajian terdiri dari atas dua bagian utama yaitu inti komunitas (*core*) dan delapan subsistem yang melengkapinya.(Komang Ayu, 2011).

a). Inti komunitas menjelaskan kondisi penduduk yang dijabarkan dalam demografi, vital statistic, sejarah komunitas, nilai dan keyakinan, serta riwayat komunitas.

b). Delapan subsistem meliputi lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, layanan kesehatan dan social, komunikasi, ekonomi dan rekreasi. Delapan subsistem yang harus dikaji:

1). Data Lingkungan Fisik

a). Tempat tinggal yang dapat mempengaruhi kesehatan

b). Batas-batas wilayah

- c). Luas daerah
- d). Denah atau peta wilayah
- e). Iklim
- f). Jumlah dan kepadatan penduduk
- g). Kesehatan lingkungan dan kegiatan penduduk sehari-hari

2). Pelayanan Kesehatan dan Social

a). Pelayanan kesehatan

- (1). Ketersediaan layanan kesehatan
- (2). Bentuk layanan
- (3). Jenis layanan
- (4). Sumber daya alam (Dokter atau Kader)
- (5). Karakteristik konsumen
- (6). Statistik
- (7). Pembayaran
- (8). Waktu pelayanan
- (9). Pemanfaatan dan keterjangkauan

b). Pelayanan social

Pusat pembelanjaan (pasar, toko, swalayan)

3). Subsistem Ekonomi

- (a). Jenis pekerjaan
- (b). Jumlah penghasilan
- (c). Status pekerjaan
- (d). Sumber penghasilan

- (e). Jumlah penduduk miskin
- (f). Keberadaan industri
- (g). Bantuan dana untuk pemeliharaan kesehatan.

4). Subsistem komunikasi

- (a). Orang-orang yang berpengaruh
- (b). Media komunikasi yang digunakan dalam komunitas,
- (c). Keikutsertaan dalam pendidikan kesehatan
- (d). Bagaimana biasanya komunitas memperoleh informasi tentang kesehatan
- (e). Perkumpulan atau wadah komunitas

5). Subsistem Pendidikan

- (a). Status pendidikan komunitas
- (b). Ketersediaan dan keterjangkauan sarana pendidikan
- (c). Fasilitas pendidikan yang ada dikomunitas
- (d). Jenis pendidikan
- (e). Tingkat pendidikan dan komunitas yang buta huruf.

6). Subsistem Rekreasi

- (a). Kebiasaan rekreasi
- (b). Sarana penyaluran bakat komunitas
- (c). Aktifitas diluar rumah termasuk dalam mengisi waktu luang
- (d). Jenis rekreasi yang dapat dimanfaatkan oleh komunitas

7). Komponen politik dan pemerintahan

- (a). Situasi politik dan pemerintahan dikomunitas

(b). Peraturan kebijakan pemerintah daerah terkait kesehatan komunitas

(c). Adanya program kesehatan yang ditujukan pada peningkatan kesehatan komunitas

8). Keamanan dan transportasi

(a). Keamanan : sistem keamanan, penanggulangan kebakaran, penanggulangan bencana, penanggulangan polusi, udara, air dan tanah

(b). Transportasi : kondisi jalan, jenis transportasi yang dimiliki, sarana transportasi yang ada

2.5.2 Analisis Data

Analisa adalah kemampuan untuk mengaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat apakah itu masalah kesehatan atau masalah keperawatan. Tujuan analisa data adalah:

1) Menetapkan kebutuhan komunitas

2) Menetapkan kekuatan

3) Mengidentifikasi pola respon komunitas

4) Mengidentifikasi kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan

2.5.3 Diagnosa Keperawatan Komunitas Pada Kelompok Dengan KEP

Setelah dilakukan pengkajian yang sesuai dengan data-data yang dicari, maka kemudian dikelompokkan dan dianalisis seberapa besar stressor

yang mengancam masyarakat dan seberapa berat reaksi yang timbul pada masyarakat tersebut. Berdasarkan hal tersebut diatas dapat disusun diagnosa keperawatan komunitas dari : masalah kesehatan, karakteristik populasi, karakteristik lingkungan.

Contoh :

1. Ketidakmampuan keluarga balita menggunakan pelayanan kesehatan berhubungan dengan pengetahuan masyarakat yang kurang.
2. Kurangnya kesadaran keluarga balita tentang masalah kesehatan balita berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga balita tentang kesehatan dan gizi pada balita.
3. Ketidapatuhan keluarga balita untuk memeriksakan kesehatan ke Puskesmas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga balita tentang kesehatan gizi pada balita
4. Kurangnya pengetahuan keluarga balita tentang KEP atau gizi buruk berhubungan dengan kurangnya kemampuan keluarga balita dalam mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan, serta pengaturan gizi yang seimbang pada balita.

2.5.4 Prioritas masalah

Dalam menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat dan keperawatan perlu mempertimbangkan berbagai faktor sebagai kriteria, diantaranya adalah:

- 1) Perhatikan masyarakat

- 2) Prevalensi kejadian
- 3) Berat ringannya masalah
- 4) Kemungkinan masalah untuk diatasi
- 5) Tersedianya sumber daya masyarakat
- 6) Aspek politis

Dalam menyusun atau mengurutkan masalah atau diagnosis komunitas sesuai dengan prioritas (penapisan) yang digunakan dalam keperawatan komunitas

Tabel 2.1 Skoring diagnosis keperawatan komunitas (Ayu, 2011)

Masalah Keperawatan	A	B	C	D	E	F	G	H	TOTAL

Keterangan:

A : Resiko keparahan

B : Minat masyarakat

C : Kemungkinan diatasi

D : Waktu

E : Dana

F : Fasilitas

G: Sumber daya

Pembobotan:

1. Sangat rendah

2. Rendah

3. Cukup

4. Tinggi

5. Sangat tinggi

H: Tempat

2.5.5 Perencanaan Keperawatan

1. Diagnosa 1 : Ketidakmampuan keluarga balita menggunakan pelayanan kesehatan berhubungan dengan pengetahuan keluarga balita yang kurang.

a. Tujuan

1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Keluarga Balita di RW II mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang disediakan secara efektif.

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Keluarga Balita di RW II mampu:

a) Mengetahui manfaat berobat ke fasilitas kesehatan yang ada.

b) Mampu meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan posyandu balita.

b. Kriteria Hasil

1) Kegiatan pelayanan posyandu balita dapat berjalan secara efektif.

2) a) Meningkatkan derajat kesehatan balita

b) Keluarga Balita menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu palita secara rutin.

c. Intervensi

1. Motivasi keluarga balita untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu Balita secara rutin.
2. Beri penyuluhan tentang KEP atau gizi buruk serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindaklanjuti.
3. Kerjasama dengan lintas sektor : Kader dan Tokoh Masyarakat untuk rutin menghadiri Posyandu Balita agar jadi contoh kepada Keluarga Balita setempat.

d. Penanggung Jawab

1. Ketua Kader Balita
2. Bidan setempat
3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

f. Tempat Pelaksanaan : Rumah Kader Balita di RW II Kelurahan Manyar Sabrangan

g. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

h. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2. Diagnosa 2 : Kurangnya kesadaran keluarga balita tentang masalah kesehatan balita berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga balita tentang kesehatan dan gizi pada balita.

a. Tujuan

1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Balita di RW II Kelurahan Manyar Sabrangan rutin untuk memeriksakan kesehatannya pada Puskesmas, Posyandu atau Pustu setempat serta patuh dalam pengobatan.

2) Tujuan jangka pendek :

Kelompok Balita di RW II Kelurahan Manyar Sabrangan mampu:

a) Keluarga balita mengetahui tentang manfaat, jadwal dan kegiatan posyandu.

b) Keluarga balita mampu meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan posyandu.

b. Kriteria Hasil

1) Kegiatan pelayanan posyandu balita dapat berjalan secara efektif serta kunjungan posyandu meningkat sampai dengan 100 % dalam kurun waktu 1 tahun.

2) Keluarga balita mampu menyebutkan manfaat posyandu balita dengan benar, jadwal posyandu balita di RW II dan kegiatan posyandu balita.

3) Keluarga balita menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu balita secara rutin.

c. Intervensi

1. Koordinasi dengan Petugas Puskesmas

2. Koordinasi dengan kader dalam persiapan tempat, waktu dan peralatan penyuluhan.
3. Lakukan persiapan tempat dan waktu untuk penyuluhan.
4. Motivasi keluarga balita untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu balita secara rutin.
5. Beri penyuluhan tentang Gizi atau KEP serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindaklanjuti.
6. Kerjasama dengan lintas sektor : Petugas Puskesmas dan Kader dalam pelaksanaan posyandu balita.

d. Penanggung Jawab

1. Ketua Kader Balita
2. Bidan setempat
3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

f. Tempat Pelaksanaan : Rumah Kader Balita RW II Kelurahan Manyar Sabrangan

g. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

h. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

3. Diagnosa 3 : Ketidakpatuhan keluarga balita untuk memeriksakan kesehatan ke Puskesmas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga balita tentang kesehatan gizi pada balita

a. Tujuan

1) Tujuan jangka panjang :

Kelompok Keluarga Balita RW II Kelurahan Manyar Sabrangan menyadari tentang pengetahuan tentang kesehatan gizi pada balita.

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Keluarga Balita di RW II Kelurahan Manyar Sabrangan mampu:

- a) Mengerti penyebab kurangnya pengetahuan tentang gizi atau KEP yang terjadi pada balita.
- b) Keluarga balita mampu menjaga kesehatan bagi balitanya.

b. Kriteria Hasil

- 1) Keluarga balita patuh memeriksakan balitanya ke Puskesmas dan mampu menyebutkan perubahan apa yang terjadi pada balitanya.
- 2) Mampu menjelaskan penyebab kurangnya pengetahuan tentang gizi atau KEP yang terjadi pada balita

c. Intervensi

1. Koordinasi dengan kader balita dalam persiapan tempat, waktu dan peralatan penyuluhan.
2. Lakukan persiapan tempat dan waktu untuk penyuluhan.
3. Beri penyuluhan tentang gizi atau KEP yang terjadi pada balita.

4. Beri leaflet tentang gizi atau KEP untuk membantu pemahaman para keluarga balita.
5. Kerjasama dengan lintas program dan sektor : kader balita setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan balita.

d. Penanggung Jawab

1. Ketua Kader Balita
2. Bidan setempat
3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

f. Tempat Pelaksanaan : Ruma Kader Balita di RW II Kelurahan Manyar Sabrangan

g. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

h. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

4. Diagnosa 4 : Kurangnya pengetahuan keluarga balita tentang KEP atau gizi buruk berhubungan dengan kurangnya kemampuan keluarga balita dalam mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan, serta pengaturan gizi yang seimbang pada balita.

a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang :

Kelompok keluarga balita di RW II menerapkan cara pemeliharaan, pengolahan serta pengaturan gizi yang

seimbang pada balita yang diajarkan dalam kehidupan sehari - hari.

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Keluarga Balita RW II mampu:

- a) Mengetahui komposisi menu untuk gizi pada balita.
- b) Mampu menyebutkan apa saja macam-macam gizi buruk
- c) Mengerti tentang pengertian gizi buruk atau KEP

b. Kriteria Hasil

- 1) Keluarga balita dapat menjelaskan tentang pengertian KEP
- 2) Keluarga balita mengerti dan menerapkan komposisi menu untuk gizi dalam kehidupan sehari - hari.
- 3) Mampu memperagakan perawatan terhadap balita dengan kasus KEP

c. Intervensi

1. Kerjasama dengan lintas program sektor : Petugas Puskesmas dalam hal penyuluhan.
2. Koordinasi dengan kader balita dalam persiapan tempat, waktu dan peralatan penyuluhan.
3. Kerjasama dengan kader balita untuk meneruskan pendidikan kesehatan komposisi menu gizi pada setiap kegiatan posyandu.
4. Lakukan persiapan tempat dan waktu untuk penyuluhan

5. Beri penyuluhan tentang gizi pada penderita KEP.

d. Penanggung Jawab

1. Ketua Kader Balita

2. Bidan setempat

3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X dan X Bulan X 2012

f. Tempat Pelaksanaan : Rumah Kader Balita RW II

Kelurahan Manyar Sabrangan

g. Metode : Diskusi dan Tanya Jawab

h. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2.5.6 Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Subekti (2005) pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok-kelompok yang ada dimasyarakat, tokoh-tokoh masyarakat dan bekerja sama dengan pimpinan formal dimasyarakat, Puskesmas, Dinas Kesehatan atau sektor terkait lainnya yang meliputi kegiatan :

1. *Promotif*

1) Pelatihan kader kesehatan

2) Penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan

3) Standart nutrisi yang baik

4) Penyediaan perumahan

5) Tempat-tempat rekreasi

6) Konseling perkawinan

7) Pendidikan seks dan masalah-masalah genetika

8) Pemeriksaan kesehatan secara periodik

2. *Preventif*

1) Keselamatan dan kesehatan kerja

2) Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan

3) Pemberian nutrisi khusus

4) Pengamanan atau penyimpanan barang, bahan yang berbahaya

5) Pemeriksaan kesehatan secara berkala

6) Imunisasi khusus pada kelompok khusus

7) Personal hygiene dan kesehatan lingkungan

8) Perlindungan kecelakaan kerja dan keselamatan kerja

9) Menghindari dari sumber alergi

3. Pelayanan kesehatan langsung

1) Pelayanan kesehatan posyandu lansia

2) Home care

3) Rujukan

4) Pembinaan pada kelompok-kelompok dimasyarakat

2.5.7 Penilaian/evaluasi keperawatan

Menurut Falen (2010) evaluasi merupakan nilai terhadap program yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan tujuan semula dan dijadikan dasar untuk evaluasi merupakan nilai terhadap program yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan tujuan semula dan dijadikan dasar untuk memodifikasi

rencana berikutnya. Evaluasi proses dan evaluasi hasil. Sedangkan fokus dari evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas adalah :

1. Relevansi atau hubungan antara kenyataan yang ada dengan target pelaksanaan.
2. Perkembangan atau kemajuan proses : kesesuaian dengan perencanaan, peran staf atau pelaksanaan tindakan, fasilitas pelaksanaan dan jumlah peserta.
3. Efisiensi biaya. Bagaimana pencarian sumber dana dan penggunaanya serta keuntungan program.
4. Efektifitas kerja. Apakah tujuan tercapai dan apakah klien atau masyarakat puas terhadap tindakan yang dilaksanakan.
5. Dampak. Apakah status kesehatan meningkat setelah dilaksanakan tindakan, apa perubahan yang terjadi dalam 6 bulan atau 1 tahun.