

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Discharge Planning*

2.1.1 Pengertian *Discharge Planning*

Discharge planning merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. *Discharge planning* didapatkan dari proses interaksi ketika keperawatan professional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh pasien saat perencanaan harus berpusat pada masalah pasien yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta keperawatan rutin yang sebenarnya (Nursalam, 2015). *Discharge Planning* adalah proses mempersiapkan klien untuk meninggalkan satu tingkat asuhan ke tingkat yang lain di dalam atau di luar institusi layanan kesehatan saat ini (Kozier, 2011).

Discharge planning sebagai perencanaan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi atau penyakitnya. Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa *discharge palnning* adalah suatu perencanaan pasien pulang dan memberikan pasien informasi tentang bagaimana perawatannya ketika di rumah.

2.1.2 Pemberi Layanan *Discharge Planning*

Discharge planning tidak hanya melibatkan pasien tetapi juga keluarga, orang terdekat, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan dan sosial bekerja sama. Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komperhensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Perry & Potter, 2005).

Seorang yang merencanakan pemulangan atau kordinator asuhan berkelanjutan (*continuing care coordinator*) adalah staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses. *Discharge palnning* bersamaan dengan fasilitas kesehatan menyediakan pendidikan kesehatan dan memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan dan mengimplementasikan.

2.1.3 Penerima Layanan *Discharge Planning*

Semua pasien yang di hospitalisasikan memerlukan *discharge planning* namun ada beberapa kondisi yang menyebabkan pasien beresiko tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan setelah pasien pulang, seperti pasien yang menderita penyakit terminal atau pasien dengan kecacatan permanen (Perry & Potter, 2005).

2.1.4 Tujuan *Discharge Planning*

Menurut Nursalam (2015) tujuan dari dilakukan *discharge planning* adalah sebagai berikut:

1. Untuk menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial, meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga.

2. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien, membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain.
3. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien.
4. Menjelaskan rentang keperawatan antara rumah sakit dan masyarakat.

Perencanaan pulang bertujuan untuk membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan, pencegahan yang harus ditempuh sehingga dapat mengurangi angka kambuh dan penerimaan kembali di rumah sakit, dan terjadi pertukaran informasi antara pasien sebagai penerima pelayanan dengan keperawatan dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit.

Menurut Sarfina (2016) tujuan dilakukan *discharge planning* antara lain untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis dipulangkan ke rumah, menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam proses pemulangan, memfasilitasi proses pemulangan, memfasilitasi proses pemindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien meningkatkan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga. *Discharge planning* memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin berkelanjutan asuhan yang berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif.

2.1.5 Manfaat *Discharge Planning*

Menurut Nursalam (2015) *discharge planning* mempunyai manfaat antara lain sebagai berikut:

1. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapat pelajaran selama di rumah sakit sehingga bisa dimanfaatkan sewaktu di rumah.
2. Tindak lanjut yang sistemis yang digunakan untuk menjamin komunitas keperawatan pasien.
3. Mengevaluasi pengaruh dan intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru.
4. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan untuk melakukan keperawatan rumah.

2.1.6 Prinsip-prinsip *Discharge Planning*

Nursalam (2015) mengemukakan prinsip-prinsip dalam *discharge planning* antara lain sebagai berikut:

1. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.
2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi. Kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi.
3. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif. Perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.

4. Perencanaan pulang harus disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia atau fasilitas yang tersedia dimasyarakat.
5. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk tatanan pelayanan maka perencanaan pulang harus dilakukan.

2.1.7 Keberhasilan *Discharge Planning*

Perry & Potter (2005) mengemukakan keberhasilan dalam melakukan *discharge planning* antara lain sebagai berikut:

1. Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan pengobatan ketika pulang, antisipasi perawatan tingkat lanjut, dan respons jika terjadi kegawatdaruratan.
2. Pendidikan khusus pada keluarga dan pasien untuk memastikan perawatan yang tepat setelah pasien pulang.
3. Berkoordinasi dengan sistem pendukung di masyarakat, untuk membantu pasien dan keluarga membuat koping terhadap perubahan dalam status kesehatan.
4. Melakukan relokasi dan koordinasi sistem pendukung atau memindahkan pasien ke tempat pelayanan kesehatan lain.

2.1.8 Pelaksanaan *Discharge Planning*

Proses *discharge planning* memiliki kesamaan dengan proses keperawatan. Kesamaan tersebut bisa dilihat dari adanya pengkajian pada saat pasien mulai di rawat sampai dengan adanya evaluasi serta dokumentasi dari kondisi pasien selama mendapatkan perawatan di rumah sakit. Pelaksanaan *discharge planning* menurut Perry & Potter (2005) secara lebih lengkap dapat di urut sebagai berikut:

1. Pasien datang atau masuk rumah sakit
 - 1) Sejak waktu penerimaan pasien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pasien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus.
 - 2) Kaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi di rumah, hal-hal yang harus dihindarkan akibat dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
 - 3) Bersama pasien dan keluarga, kaji faktor-faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri (contoh: ukuran kamar, lebar jalan, langkah, fasilitas kamar mandi). (Perawat yang melakukan perawatan di rumah hadir pada saat rujukan dilakukan, untuk membantu pengkajian).

- 4) Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain dalam mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau di tempat pelayanan yang lainnya.
 - 5) Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut.
 - 6) Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang.
 - 7) Tetapkan diagnosa keperawatan dan rencana perawatan yang tepat. Lakukan implementasi rencana keperawatan. Evaluasi kemajuan secara terus menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu sebagai berikut:
 - (1) Pasien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya.
 - (2) Pasien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya.
 - (3) Lingkungan rumah akan menjadi aman.
 - (4) Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah.
2. Persiapan sebelum hari kepulangan pasien
- 1) Anjurkan cara-cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi.
 - 2) Berikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada pasien dan keluarga.
 - 3) Lakukan pendidikan untuk pasien dan keluarga sesegera mungkin setelah pasien di rawat di rumah sakit (contoh: tanda dan gejala, komplikasi, informasi tentang obat-obatan yang diberikan,

penggunaan perawatan medis dalam perawatan lanjutan, diet, latihan, hal-hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit atau operasi yang dijalani). Pasien mungkin dapat diberikan pamflet atau buku.

3. Pada hari kepulangan pasien

- 1) Biarkan pasien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu berkaitan dengan perawatan di rumah (sesuai pilihan).
- 2) Periksa order pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan pesan harus ditulis sedini mungkin.
- 3) Tentukan apakah pasien atau keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah.
- 4) Tawarkan bantuan ketika pasien berpakaian dan mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi jika diperlukan.
- 5) Periksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang pasien yang masih tertinggal. Carilah salinan daftar barang-barang berharga milik pasien yang telah ditandatangani dan minta satpam atau administrator yang tepat untuk mengembalikan barang-barang berharga tersebut kepada pasien. Hitung semua barang-barang berharga yang ada.
- 6) Berikan pasien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya.

- 7) Hubungi kantor keuangan lembaga untuk menentukan apakah pasien masih perlu membayar sisa tagian biaya. Atur pasien atau keluarga untuk pergi ke kantor tersebut.
- 8) Gunakan alat pengangkut barang untuk membawa barang-barang pasien. berikan kursi roda untuk pasien yang tidak bisa berjalan sendiri. Pasien yang meninggalkan rumah sakit dengan mobil ambulans akan dipindahkan dengan kereta dorong ambulans.
- 9) Bantu pasien pindah ke kursi roda atau kereta dorong dengan menggunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar. Iringi pasien masuk ke dalam lembaga dimana sumber transportasi merupakan hal yang diperhatikan.
- 10) Kunci kursi roda. Bantu pasien pindah ke mobil atau alat transportasi lain. Bantu keluarga memindahkan barang-barang pribadi pasien ke dalam kendaraan tersebut.
- 11) Kembali ke unit dan beritahukan departemen penerimaan dan departemen lain yang berwenang mengenai waktu kepulangan pasien.
- 12) Catat kepulangan pasien pada format ringkasan pulang. Pada beberapa institusi pasien akan menerima salinan dari format tersebut.
- 13) Dokumentasikan status masalah kesehatan saat pasien pulang.

2.1.9 Faktor yang Menghambat dalam *Discharge Planning*

Beberapa kondisi yang menyebabkan pasien berisiko tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan setelah pasien mendapatkan perencanaan pulang atau *discharge planning* antara lain (Potter & Perry, 2005):

1. Kurangnya pengetahuan tentang rencana pengobatan.
2. Diagnosa terbaru penyakit kronik kepada pasien.
3. Terjadi operasi besar.
4. Terjadi operasi radikal.
5. Masa penyembuhan yang lama dari penyakit yang diderita atau setelah dilakukan operasi besar.
6. Isolasi sosial.
7. Ketidakstabilan emosional atau mental.
8. Program perawatan di rumah yang kompleks.
9. Kurangnya sumber dana.
10. Kurangnya penyediaan atau ketepatan sumber rujukan.
11. Penyakit terminal.

2.1.10 Proses Pelaksanaan *Discharge Planning*

Proses *discharge planning* mencakup kebutuhan fisik pasien, psikologis, sosial budaya, dan ekonomi. Perry & Potter (2006) membagi proses *discharge planning* atas tiga fase yaitu: akut, transisional, dan pelayanan berkelanjutan. Perhatian utama medis pada masa akut berfokus pada usaha *discharge planning*. Kebutuhan pelayanan fase transisional pada akut selalu terlihat, tetapi tingkat kepentingannya semakin berkurang dan pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan

merencanakan berkelanjutan, kebutuhan perawatan masa depan. Berbeda dengan fase pelayanan pasien mampu untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan. Penyusunan format *discharge palnning* sebagai berikut:

- 1) Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi tentang klien. Pengkajian *discharge palnning* berfokus pada 4 area yang potensial, yaitu pengkajian fisik dan psikososial, status fungsional, kebutuhan *health education* dan konseling.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan didasarkan pada pengkajian *discharge planning*, dikembangkan untuk mengetahui kebutuhan pasien dan keluarga.yaitu mengetahui *problem* (masalah), etiologi (penyebab), *support* sistem (hal yang mendukung pasien sehingga dilakukan *discharge planning*).

3. Perencanaan

Perencanaan pemulangan pasien membutuhkan identifikasi kebutuhan pasien. Kelompok perawat berfokus pada kebutuhan rencana pengajaran yang baik untuk persiapan pulang pasien, yang disingkat dengan METHOD yaitu:

- 1) *Medication* (obat)

Pasien sebaiknya mengetahui obat yang harus dilanjutkan setelah pulang.

2) *Environment* (lingkungan)

Lingkungan tempat pasien akan pulang dari rumah sakit sebaiknya aman. Pasien juga sebaiknya memiliki fasilitas pelayanan yang dibutuhkan untuk kelanjutan perawatannya.

3) *Treatment* (pengobatan)

Perawat harus memastikan bahwa pengobatan dapat berlanjut setelah pasien pulang, yang dilakukan oleh pasien dan anggota keluarga.

4) *Health teaching* (pengajaran kesehatan)

Pasien yang akan pulang sebaiknya diberitahu bagaimana mempertahankan kesehatan, termasuk tanda dan gejala yang mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan tambahan.

5) *Outpatient referral*

Klien sebaiknya mengenal pelayanan dari rumah sakit atau agen komunitas lain yang dapat meningkatkan perawatan yang berkelanjutan.

6) Diet pasien

Sebaiknya pasien dan keluarga diberitahu tentang pembatasan pada dietnya dan pasien sebaiknya mampu memilih diet yang sesuai untuk dirinya.

4. Implementasi

Implementasi dalam *discharge planning* adalah pelaksanaan rencana pengajaran referal. Seluruh pengajaran yang diberikan harus didokumentasikan pada catatan perawatan dan ringkasan pulang

(*discharge summary*). Instruksi tertulis diberikan kepada pasien. Demonstrasi ulang harus memiliki keterbukaan dan melakukannya dengan alat yang digunakan di rumah.

5. Evaluasi

Evaluasi sangat penting dalam proses *discharge planning*. Perencanaan dan penyerahan harus diteliti dengan cermat untuk menjamin kualitas dan pelayanan yang sesuai. Keberhasilan program rencana pemulangan tergantung pada enam variabel:

- 1) Derajat penyakit.
- 2) Hasil yang diharapkan dari perawatan.
- 3) Durasi perawatan yang dibutuhkan.
- 4) Jenis-jenis pelayanan yang diperlukan.
- 5) Komplikasi tambahan.
- 6) Ketersediaan sumber-sumber untuk mencapai pemulihan.

2.1.11 Hal-hal yang Harus Diketahui Klien Sebelum Pulang

Menurut Nursalam (2008) menguraikan hal-hal yang harus diketahui klien sebelum pulang adalah sebagai berikut:

1. Intruksikan tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan serta masalah-masalah atau komplikasi yang dapat terjadi.
2. Informasi tertulis tentang perawatan yang harus dilakukan di rumah.
3. Pengaturan diet khusus dan berharap yang harus dijalankan.
4. Jelaskan masalah yang mungkin muncul dan cara mengantisipasi.

5. Pendidikan kesehatan yang ditunjukkan kepada keluarga maupun klien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi dan lain-lain.
6. Informasi tentang nomor telepon layanan perawatan, dokter, dan kunjungan rumah apabila klien memerlukan.

2.1.12 Unsur-unsur *Discharge Planning*

Discharge Planning Association (2008) mengatakan bahwa unsur-unsur yang harus ada pada sebuah *form* perencanaan pemulangan antara lain:

1. Pengobatan dirumah, mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan dan pengobatan yang harus dihentikan.
2. Daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, frekuensi, dan efek samping umum yang terjadi.
3. Kebutuhan akan hasil test laboratorium yang dianjurkan dan pemeriksaan lain, dengan petunjuk bagaimana untuk memperoleh atau bilamana waktu akan diadakannya.
4. Bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya.
5. Petunjuk perawatan diri (perawatan luka, perawatan kolostomi, ketentuan insulin, dan lain-lain).
6. Kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan. Namun pemberi pelayanan, waktu tanggal dan lokasi setiap janji untuk kontrol.
7. Apa yang harus dilakukann pada keadaan darurat dan nomor telepon setiap institusi yang bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan.

8. Bagaimana mengatur perawatan lanjutan (jadwal pelayanan di rumah, perawat yang menjenguk, dan lain-lain).

2.1.13 Jenis-jenis Pemulangan Pasien

Nursalam (2015) mengemukakan jenis pemulangan pasien antara lain sebagai berikut:

1. *Conditioning discharge* (pulang sementara atau cuti)

Keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi pasien baik dan tidak terdapat komplikasi. Pasien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.

2. *Absolute discharge* (pulang mutlak atau sebenarnya)

Cara ini merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit. Namun apabila pasien perlu dirawat kembali maka prosedur keperawatan dapat dilakukan kembali.

3. *Judicial discharge* (pulang paksa)

Kondisi ini diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi pasien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan keperawatan puskesmas terdekat.

2.1.14 Faktor yang Mempengaruhi *Discharge Planning*

Keberhasilan perencanaan pulang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pribadi perawat dan diri pribadi pasien (Potter & Perry, 2005). Rofi'i (2011). menyatakan bahwa hal-hal yang mempengaruhi *discharge planning* adalah faktor personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, perjanjian dan konsensus.

Faktor personil perencanaan pulang adalah orang-orang yang berkontribusi dalam perencanaan pulang yaitu perawat, dokter, petugas kesehatan di masyarakat, pasien dan anggota keluarga. Perawat sebagai bagian dari personil perencanaan pulang berperan penting dalam keberhasilan perencanaan pulang. Perawat bertanggungjawab untuk berkoordinasi dan mempertahankan hubungan dengan perawatan, fasilitas profesional, dan sumber daya yang diperlukan untuk pemulihan pasien (Rofi'i, 2011).

Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa salah satu langkah-langkah prosedur dalam perencanaan pulang adalah perawat melakukan kolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu lain yang mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau di tempat pelayanan lainnya. Kolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu lain merupakan salah satu bentuk keterlibatan dan partisipasi dari personil dalam perencanaan pulang (Rofi'i, 2011).

Komunikasi adalah sarana untuk menjalin hubungan dengan pasien, keluarga, tim kesehatan lain dan petugas kesehatan di masyarakat. Apabila perawat dapat melakukan komunikasi dengan baik, maka keberhasilan pelaksanaan pulang akan tercapai (Rofi'i, 2011).

Aktivitas perencanaan pulang secara rinci didasarkan pada kehidupan sehari-hari klien / keluarga, dan rencana yang dibuat dalam rentang yang dapat diterima oleh klien (Tomura et al, 2011). Diharapkan setelah pasien masuk ruang rawat inap perawat sudah mempersiapkan kesepakatan yang akan dicapai dalam perencanaan pulang. Komitmen perawat dalam membuat kesepakatan sangat diharapkan untuk keberhasilan suatu perencanaan (Rofi'i, 2011).

2.2 Peran Perawat

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Kusnanto, 2014). Jadi peran perawat adalah suatu cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik, yang telah menyelesaikan pendidikan formalnya, diakui dan diberikan kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab keperawatan secara profesional sesuai dengan kode etik profesinya. Peran yang dimiliki oleh seorang perawat antara lain peran sebagai pelaksana, peran sebagai pendidik, peran sebagai pengelola, dan peran sebagai peneliti (Asmadi, 2008).

Menurut Hasyim dan Prasetyo (2012), perawat merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam sistem, dimana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari profesi yang bersifat konstan. Menurut Konsorium Ilmu Kesehatan peran perawat diantaranya yaitu:

1. Sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*)

Perawat bertugas memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan pendekatan pemecahan masalah yang sesuai dengan kondisi kliennya sesuai metode dan proses keperawatan (Sudarma, 2008). Perencanaan keperawatan yang efektif pada pasien yang dirawat haruslah berdasarkan pada identifikasi kebutuhan pasien dan keluarga. Contoh pemberian asuhan keperawatan meliputi tindakan yang membantu klien secara fisik maupun psikologis sambil tetap memelihara martabat klien. Tindakan keperawatan yang

dibutuhkan dapat berupa asuhan total, asuhan parsial bagi pasien dengan tingkat ketergantungan sebagian untuk membantu klien mencapai kemungkinan tingkat kesehatan dan kesejahteraan tertinggi (Berman, 2010).

2. Sebagai advokat pasien (*client advocate*)

Perawat adalah orang yang dapat dipercaya seperti orang tua, tokoh masyarakat, atau rohaniawan guna memenuhi kebutuhan atau membantu mengatasi masalah klien atau pasiennya (Simmamora, 2009). Selain melakukan tugas utama dalam merawat, perawat juga mampu sebagai advokat keluarga sebagai pembela keluarga dalam beberapa hal seperti dalam menentukan haknya sebagai klien. Dalam peran ini, perawat dapat mewakili kebutuhan dan harapan klien kepada profesional kesehatan lain, seperti menyampaikan keinginan klien mengenai informasi tentang penyakitnya yang diketahui oleh dokter. Perawat juga membantu klien mendapatkan hak-haknya dan membantu pasien menyampaikan keinginan (Berman, 2010).

3. Sebagai pendidik (*educator*)

Perawat berupaya memberikan pendidikan dan pelatihan kepada klien dan keluarganya dalam mengatasi masalah kesehatan dalam ranah keperawatan (Simmamora, 2009). Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, perawat harus mampu berperan sebagai pendidik, sebab beberapa pesan dan cara mengubah perilaku pada pasien atau keluarga harus selalu dilakukan dengan pendidikan kesehatan

khususnya dalam keperawatan. Melalui pendidikan ini diupayakan pasien tidak lagi mengalami gangguan yang sama dan dapat mengubah perilaku yang tidak sehat. Contoh dari peran perawat sebagai pendidik yaitu keseluruhan tujuan penyuluhan pasien dan keluarga adalah untuk meminimalkan stres pasien dan keluarga, mengajarkan mereka tentang terapi dan asuhan keperawatan di rumah sakit, dan memastikan keluarga dapat memberikan asuhan yang sesuai di rumah saat pulang (Kyle & Carman, 2015).

4. Sebagai konsultan (*consultan*)

Perawat bertugas membimbing kliennya sehingga permasalahannya dapat terselesaikan dengan baik atau dapat menghindari perilaku yang maladaptif, mengingat pasien merupakan individu yang kompleks/ yang membutuhkan perhatian dalam perkembangan (Simmamora, 2009).

5. Kolaborasi atau *collaborator*

Peran perawat sebagai kolaborator yaitu perawat bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien (Susanto, 2012).

2.2.1 Faktor Perawat

1. Umur

Usia sangat mempengaruhi motivasi kerja, orang muda lebih rentan terhadap tekanan-tekanan yang ada di dalam lingkungan organisasi sehingga akan mempengaruhi motivasi kerja seseorang, sedangkan

karyawan yang lebih dewasa akan lebih stabil dan matang jiwanya, emosi dan motivasi dalam menghadapi pekerjaan sehari-hari.

2. Jenis kelamin

Salah satu ciri perbedaan manusia adalah perbedaan jenis kelamin yang terbagi atas dua, yaitu jenis kelamin laki-laki dan jenis kelamin perempuan. Seorang pria yang bekerja keras untuk memadukan dan menyeimbangkan tuntutan dan peluang dari karirnya, harus menyesuaikan diri dengan tuntutan tugas dan tuntutan keluarga. Sehingga ia ketika pulang ke rumah sudah dalam keadaan letih perbedaan psikologis antara laki-laki dan perempuan tentunya sangat mempengaruhi karir dan peluang dalam suatu organisasi

3. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya menyebabkan orang lebih mampu dan berusaha menerima posisi yang bertanggungjawab, latar belakang pendidikan akan mempengaruhi motivasi kerjanya, dan beberapa ahli mengatakan bahwa motivasi merupakan determinan kinerja.

4. Pengalaman atau masa kerja

Masa kerja mempengaruhi motivasi dan kepuasan kerja, oleh karena semakin lama masa kerja, oleh karena semakin lama masa kerja akan membuat seseorang cenderung akan semakin mencintai pekerjaan mereka. Orang yang telah lama bekerja dan mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi biasanya lebih tinggi motivasi dan kepuasan

kerjanya dibandingkan dengan mereka yang masih baru dan mempunyai pendidikan yang lebih rendah, sebab mereka memperoleh pekerjaan yang bersifat statis atau kurang jaminan kelanggengan serta gaji yang rendah.

2.3 Konsep Anak

2.3.1 Pengertian Anak

Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan terdapat dalam Undang-undang No.23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Pasal tersebut menjelaskan bahwa, anak adalah siapa saja yang belum berusia 18 tahun dan termasuk anak yang masih didalam kandungan, yang berarti segala kepentingan akan pengupayaan perlindungan terhadap anak sudah dimulai sejak anak tersebut berada didalam kandungan hingga berusia 18 tahun (Damayanti, 2008).

2.3.2 Kebutuhan Dasar Anak

Kebutuhan dasar untuk tumbuh kembang anak secara umum digolongkan menjadi kebutuhan fisik-biomedis (asuh) yang meliputi, pangan atau gizi, perawatan kesehatan dasar, tempat tinggal yang layak, sanitasi, sandang, kesegaran jasmani atau rekreasi. Kebutuhan emosi atau kasih sayang (asih), pada tahun-tahun pertama kehidupan, hubungan yang erat, mesra dan selaras antara ibu atau pengganti ibu dengan anak merupakan syarat yang mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik, mental maupun psikososial. Kebutuhan akan stimulasi mental (asah), stimulasi mental merupakan cikal bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental ini mengembangkan perkembangan mental

psikososial diantaranya kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian dan sebagainya.

2.3.3 Tingkat Perkembangan Anak

Menurut Damaiyanti (2008), karakteristik anak sesuai tingkat perkembangan anara lain adalah sebagai berikut:

1. Usia bayi (0-1 tahun)

Pada masa ini bayi belum dapat mengekspresikan perasaan dan pikirannya dengan kata-kata. Oleh karena itu, komunikasi dengan bayi lebih banyak menggunakan jenis komunikasi non verbal. Pada saat lapar, haus, basah dan perasaan tidak nyaman lainnya, bayi hanya bisa mengekspresikan perasaannya dengan menangis. Walaupun demikian, sebenarnya bayi dapat berespon terhadap tingkah laku orang dewasa yang berkomunikasi dengannya secara non verbal, misalnya memberikan sentuhan, dekapan, dan menggendong dan berbicara lemah lembut.

Ada beberapa respon non verbal yang biasa ditunjukkan bayi misalnya menggerakkan badan, tangan dan kaki. Hal ini terutama terjadi pada bayi kurang dari enam bulan sebagai cara menarik perhatian orang. Oleh karena itu, perhatian saat berkomunikasi dengannya. Jangan langsung menggendong atau memangkunya karena bayi akan merasa takut. Lakukan komunikasi terlebih dahulu dengan ibunya. Tunjukkan bahwa kita ingin membina hubungan yang baik dengan ibunya.

2. Usia pra sekolah (2-5 tahun)

Karakteristik anak pada masa ini terutama pada anak dibawah 3 tahun adalah sangat egosentris. Selain itu anak juga mempunyai perasaan takut ada ketidaktahuan sehingga anak perlu diberi tahu tentang apa yang akan akan terjadi padanya. Misalnya, pada saat akan diukur suhu, anak akan merasa melihat alat yang akan ditempelkan ke tubuhnya. Oleh karena itu jelaskan bagaimana akan merasakannya. Beri kesempatan padanya untuk memegang termometer sampai anak yakin bahwa alat tersebut tidak berbahaya untuknya.

Dari hal bahasa, anak belum mampu berbicara fasih. Hal ini disebabkan karena anak belum mampu berkata-kata 900-1200 kata. Oleh karena itu saat menjelaskan, gunakan kata-kata yang sederhana, singkat dan gunakan istilah yang dikenalnya. Berkomunikasi dengan anak melalui objek transisional seperti boneka. Berbicara dengan orang tua bila anak malu-malu. Beri kesempatan pada yang lebih besar untuk berbicara tanpa keberadaan orang tua. Satu hal yang akan mendorong anak untuk meningkatkan kemampuan dalam berkomunikasi adalah dengan memberikan pujian atas apa yang telah dicapainya.

3. Usia sekolah (6-12 tahun)

Anak pada usia ini sudah sangat peka terhadap stimulus yang dirasakan yang mengancam keutuhan tubuhnya. Oleh karena itu, apabila berkomunikasi dan berinteraksi sosial dengan anak diusia ini harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti anak dan berikan contoh

yang jelas sesuai dengan kemampuan kognitifnya. Anak usia sekolah sudah lebih mampu berkomunikasi dengan orang dewasa. Perbendaharaan katanya sudah banyak, sekitar 3000 kata dikuasai dan anak sudah mampu berpikir secara konkret.

4. Usia remaja (13-18)

Fase remaja merupakan masa transisi atau peralihan dari akhir masa anak-anak menuju masa dewasa. Dengan demikian, pola pikir dan tingkah laku anak merupakan peralihan dari anak-anak menuju orang dewasa. Anak harus diberi kesempatan untuk belajar memecahkan masalah secara positif. Apabila anak merasa cemas atau stres, jelaskan bahwa ia dapat mengajak bicara teman sebaya atau orang dewasa yang ia percaya. Menghargai keberadaan identitas diri dan harga diri merupakan hal yang prinsip dalam berkomunikasi. Luangkan waktu bersama dan tunjukkan ekspresi wajah bahagia.

2.3.4 Tugas Perkembangan Anak

Tugas perkembangan adalah tugas yang harus dilakukan dan dikuasai individu pada tiap tahap perkembangannya. Tugas perkembangan bayi 0-2 adalah berjalan, berbicara, makan makanan padat, kestabilan jasmani. Tugas perkembangan anak usia 3-5 tahun adalah mendapat kesempatan bermain, berkesperimen dan bereksplorasi, meniru, mengenal jenis kelamin, membentuk pengertian sederhana mengenai kenyataan sosial dan alam, belajar mengadakan hubungan emosional, belajar membedakan salah dan benar serta mengembangkan kata hati juga proses sosialisasi.

Tugas perkembangan usia 6-12 tahun adalah belajar menguasai keterampilan fisik dan motorik, membentuk sikap yang sehat mengenai diri sendiri, belajar bergaul dengan teman sebaya, memainkan peranan sesuai dengan jenis kelamin, mengembangkan konsep yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari, mengembangkan keterampilan yang fundamental, mengembangkan pembentukan kata hati, moral dan sekala nilai, mengembangkan sikap yang sehat terhadap kelompok sosial dan lembaga.

Tugas perkembangan anak usia 13-18 tahun adalah menerima keadaan fisiknya dan menerima peranannya sebagai perempuan dan laki-laki, menyadari hubungan-hubungan baru dengan teman sebaya dan kedua jenis kelamin, menemukan diri sendiri berkat refleksi dan kritik terhadap diri sendiri, serta mengembangkan nilai-nilai hidup.

2.4 Konsep Gizi

2.4.1 Pengertian Status Gizi

Gizi adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses kehidupan (Almatsier, 2009). Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses, penyerapan dan penggunaan untuk pertumbuhan, perkembangan dan pemeliharaan kehidupan (Santoso, 2004). Status gizi merupakan suatu keadaan tubuh akibat interaksi antara asupan energi dan protein serta zat-zat gizi esensial lainnya dengan keadaan kesehatan tubuh.

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa status gizi adalah seberapa besar asupan yang dikonsumsi oleh individu dan seberapa besar gizi yang dapat diserap oleh tubuh untuk proses pertumbuhan dan perkembangan.

2.4.2 Macam-macam Status Gizi

Menurut Soetjiningsih (2004) status gizi anak dapat dibedakan menjadi empat yaitu status gizi lebih, status baik, status gizi kurang dan buruk.

1. Status gizi lebih

Penyakit ini bersangkutan dengan energi dalam hidangan yang dikonsumsi relatif terhadap kebutuhan atau penggunaannya. Orang yang kelebihan berat badan biasanya dikarenakan kelebihan jaringan lemak yang tidak aktif. Untuk diagnosis obesitas harus ditemukan gejala klinis obesitas dan didukung dengan pemeriksaan antropometri yang jauh diatas normal. Pemeriksaan yang sering dilakukan adalah BB terhadap tinggi badan, BB terhadap umur dan tebalnya lipatan kulit. Bentuk muka anak yang status gizi lebih atau obesitas tidak proporsional, yaitu hidung dan mulut relatif kecil, dagu ganda, dan biasanya anak lebih cepat mencapai masa pubertas.

2. Status gizi baik

Status gizi baik yaitu keadaan dimana asupan zat gizi sesuai dengan adanya penggunaan untuk aktivitas tubuh. Hal ini diwujudkan dengan adanya keselarasan antara tinggi badan terhadap umur, berat badan terhadap umur dan tinggi badan terhadap berat badan. Anak yang status gizi baik dapat tumbuh dan kembang secara normal dengan bertambahnya

usia. Tumbuh atau pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam hal besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa di ukur dengan ukuran berat, panjang, umur dan keseimbangan metabolik. Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan.

3. Status gizi kurang dan status gizi buruk

Status gizi kurang terjadi karena tubuh kekurangan satu atau beberapa macam zat gizi yang diperlukan. Hal yang menyebabkan status gizi kurang karena kekurangan zat gizi yang dikonsumsi atau mungkin mutunya rendah. Gizi kurang pada dasarnya adalah gangguan pada beberapa segi kesejahteraan perorangan atau masyarakat yang disebabkan oleh tidak terpenuhinya kebutuhan akan zat gizi yang diperoleh dari makanan. Kurang gizi banyak menimpa anak khususnya anak balita yang berusia dibawah lima tahun karena merupakan golongan yang rentan serta pada fase ini kebutuhan tubuh akan zat gizi meningkat karena selain untuk tumbuh juga untuk perkembangan sehingga apabila kurang gizi dapat menimbulkan berbagai penyakit.

Status gizi adalah keadaan fisiologis tubuh yang merupakan akibat dari konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi dalam tubuh, status gizi dapat dibedakan menjadi status gizi buruk, baik, dan lebih (Almatsier, 2009).

1. Gizi seimbang (*balanced nutrition*)

Gizi seimbang merupakan susunana makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman atau variasi makanan, aktivitas fisik, kebersihan, dan berat badan ideal. Prinsip Gizi Seimbang (PGS) divisualisasikan sesuai dengan budaya dan pola makan setempat. Bentuk tumpeng dengan nampannya di Indonesia disebut sebagai Tumpeng Gizi Seimbang (TGS) yang dirancang untuk membantu memilih makanan dengan jenis dan jumlah yang tepat, sesuai dengan berbagai kebutuhan menurut usia (bayi, balita, remaja, dewasa dan usia lanjut) dan sesuai keadaan kesehatan (hamil, menyusui, aktivitas fisik, sakit).

2. Gizi kurang (*undernutrition*)

Gizi kurang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara asupan energi (*energy intake*) dengan kebutuhan gizi. Dalam hal ini terjadi ketidakseimbangan negatif, yaitu asupan lebih sedikit dari kebutuhan. Secara umum, kekurangan gizi menyebabkan beberapa gangguan dalam proses pertumbuhan, mengurangi produktivitas kerja dan kemampuan berkonsentrasi, struktur dan fungsi otak, pertahanan tubuh, serta perilaku.

3. Gizi lebih (*overnutrition*)

Ketidakseimbangan antara asupan energi (*energy intake*) dengan kebutuhan gizi memengaruhi status gizi seseorang. Ketidakseimbangan positif terjadi apabila asupan energi lebih besar dari pada kebutuhan

sehingga mengakibatkan kelebihan berat badan atau gizi lebih. Makanan dengan kepadatan energi yang tinggi (banyak mengandung lemak atau gula yang ditambahkan dan kurang mengandung serat) turut menyebabkan sebagian besar keseimbangan energi yang positif ini. Selanjutnya penurunan pengeluaran energi akan meningkatkan keseimbangan energi yang positif. Faktor penyebabnya adalah aktivitas fisik golongan masyarakat rendah, efek toksis yang membahayakan, kelebihan energi, kemajuan ekonomi, kurang gerak, kurang pengetahuan akan gizi seimbang. Akibat dari kelebihan gizi di antaranya obesitas (energi disimpan dalam bentuk lemak), penyakit degenerative seperti hipertensi, diabetes, jantung koroner, hepatitis, dan penyakit empedu, serta usia harapan hidup semakin menurun.

Penyakit gangguan gizi banyak ditemui pada masyarakat golongan rentan, yaitu golongan yang mudah sekali menderita akibat kekurangan gizi dan juga kekurangan makanan (*deficiency*) misalnya kwashiorkor, busung lapar, marasmus, beri-beri dan lain-lain. Kegemukan (*obesity*), kelebihan berat badan (*over weight*) merupakan tanda gizi salah yang berdasarkan kelebihan dalam makanan (Agus Krisno, 2009).

Keadaan penyakit kekurangan gizi terbagi menjadi dua kelas, yaitu kelas pertama, penyakit kurang gizi primer, contohnya pada kekurangan zat gizi esensial spesifik, seperti kekurangan vitamin C maka penderita mengalami gejala scurvy, kelas yang kedua yaitu penyakit kurang gizi sekunder, contohnya penyakit yang

disebabkan oleh adanya gangguan absorpsi zat gizi atau gangguan metabolisme zat gizi (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2007).

Penyakit-penyakit atau gangguan kesehatan akibat kekurangan atau kelebihan gizi dan merupakan masalah kesehatan masyarakat antara lain adalah:

1. Penyakit KKP (Kurang Kalori Protein)

Kurang kalori protein adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak mencukupi angka kecukupan gizi. Pada pemeriksaan klinis, penderita KKP akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut:

1) Marasmus

- (1) Anak tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit.
- (2) Wajah seperti orang tua.
- (3) Cengeng, rewel.
- (4) Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit, bahkan sampai tidak ada.
- (5) Sering disertai diare kronik atau konstipasi atau susah buang air besar, serta penyakit kronik.
- (6) Tekanan darah, detak jantung, dan pernafasan berkurang.

2) Kwashiorkor

- (1) Oedema umumnya diseluruh tubuh dan terutama pada kaki (*dorsum pedis*).
- (2) Wajahnya membulat dan sembab.

- (3) Otot-otot mengecil, lebih nyata apabila diperiksa pada posisi berdiri dan duduk, anak-anak berbaring terus-menerus.
- (4) Perubahan status mental: cengeng, rewel, kadang apatis.
- (5) Anak sering menolak segala jenis makanan (anoreksia).
- (6) Pembesaran hati.
- (7) Sering disertai infeksi, anemia, dan diare/mencret.
- (8) Rambut berwarna kusam dan mudah dicabut.
- (9) Gangguan kulit berupa bercak merah yang meluas dan berubah menjadi hitam terkelupas (*crazy pavement dermatosis*).
- (10) Pandangan mata anak tampak sayu.

3) Marasmus-kwashiorkor

Tanda-tanda marasmus-kwashiorkor adalah gangguan dari tanda-tanda yang ada pada marasmus dan kwashiorkor.

2. Penyakit kegemukan (obesitas)

Obesitas adalah kelebihan berat badan sebagai akibat dari penimbunan lemak tubuh yang berlebihan. Seseorang yang memiliki berat badan 20% lebih tinggi dari nilai tengah kisaran berat badannya yang normal dianggap mengalami obesitas. Adapun penggolongan obesitas ada tiga kelompok, yaitu:

- 1) Obesitas ringan: kelebihan berat badan 20-40%.
- 2) Obesitas sedang: kelebihan berat badan 41-100%.
- 3) Obesitas berat: kelebihan berat badan > 100%/.

2.4.3 Penilaian Status Gizi

Untuk mengetahui status gizi, yaitu ada tidaknya malnutrisi pada individu atau masyarakat diperlukan Penilaian Status Gizi (PSG). Definisi dari PSG adalah interpretasi dari data yang didapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang beresiko atau dengan status gizi buruk. Metode PSG dibagi dalam tiga kelompok. Kelompok pertama, metode secara langsung yang terdiri dari penilaian dengan melihat tanda klinis, tes laboratorium, metode biofisik, dan pengukuran antropometri. Kelompok kedua, penilaian dengan melihat statistik kesehatan yang biasa disebut PSG tidak langsung karena tidak menilai individu secara langsung. Kelompok ketiga, penilaian dengan melihat variabel ekologi (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat UI, 2010).

Depkes (2005) secara tidak langsung status gizi masyarakat dapat diketahui berdasarkan penilaian terhadap data kuantitatif maupun kualitatif konsumsi pangan. Informasi tentang konsumsi pangan dapat diperoleh melalui survei yang akan menghasilkan data kuantitatif (jumlah dan jenis pangan) dan kualitatif (frekuensi makan dan cara mengolah makanan). Penentuan status gizi dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu secara biokimia, dietetika, klinik, dan antropometri (kaca yang paling umum dan mudah digunakan untuk mengukur status gizi di lapangan). Indeks antropometri yang dapat digunakan adalah berat badan per umur (BB/U), tinggi badan per umur (TB/U), berat badan per tinggi badan (BB/TB).

Menurut Proverawati dan Kusuma (2010), penilaian status gizi dibagi menjadi dua yaitu penilaian status gizi secara langsung dan tidak langsung.

Penilaian status gizi secara langsung terdiri dari:

1. Antropometri

Untuk ukuran antropometri terdiri dari dua tipe yaitu, ukuran pertumbuhan tubuh dan komposisi tubuh. Ukuran pertumbuhan meliputi, tinggi badan atau panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, tinggi lutut. Sedangkan pengukuran komposisi tubuh dapat melalui ukuran, berat badan, lingkar lengan atas, dan tebal lemak bawah kulit. Ukuran pertumbuhan lebih menggambarkan pada keadaan gizi masa lampau dan ukuran komposisi tubuh menggambarkan keadaan gizi masa sekarang (saat pengukuran) (Sri, 2008). Indikator status gizi yang didasarkan pada ukuran Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB) disajikan dalam bentuk indeks yang terkait dengan Umur (U) atau kombinasi antara keduanya. Indeks antropometri yang sering digunakan antara lain, berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

2. Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode untuk melihat status gizi masyarakat berdasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi dibandingkan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (*rapid clinical survey*), dimana semua dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-

tanda klinis umum dari kekurangan salah satu zat gizi. Disamping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik, yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit.

3. Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratories yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh, seperti darah, urin, tinja, dan beberapa jaringan tubuh seperti otot dan hati. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faal dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

4. Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik. Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

Survei penilaian status gizi secara tidak langsung terdiri dari:

1. Survei konsumsi makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis status gizi yang dikonsumsi. Data yang dikumpulkan dapat memberikan gambaran

tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga, dan individu.

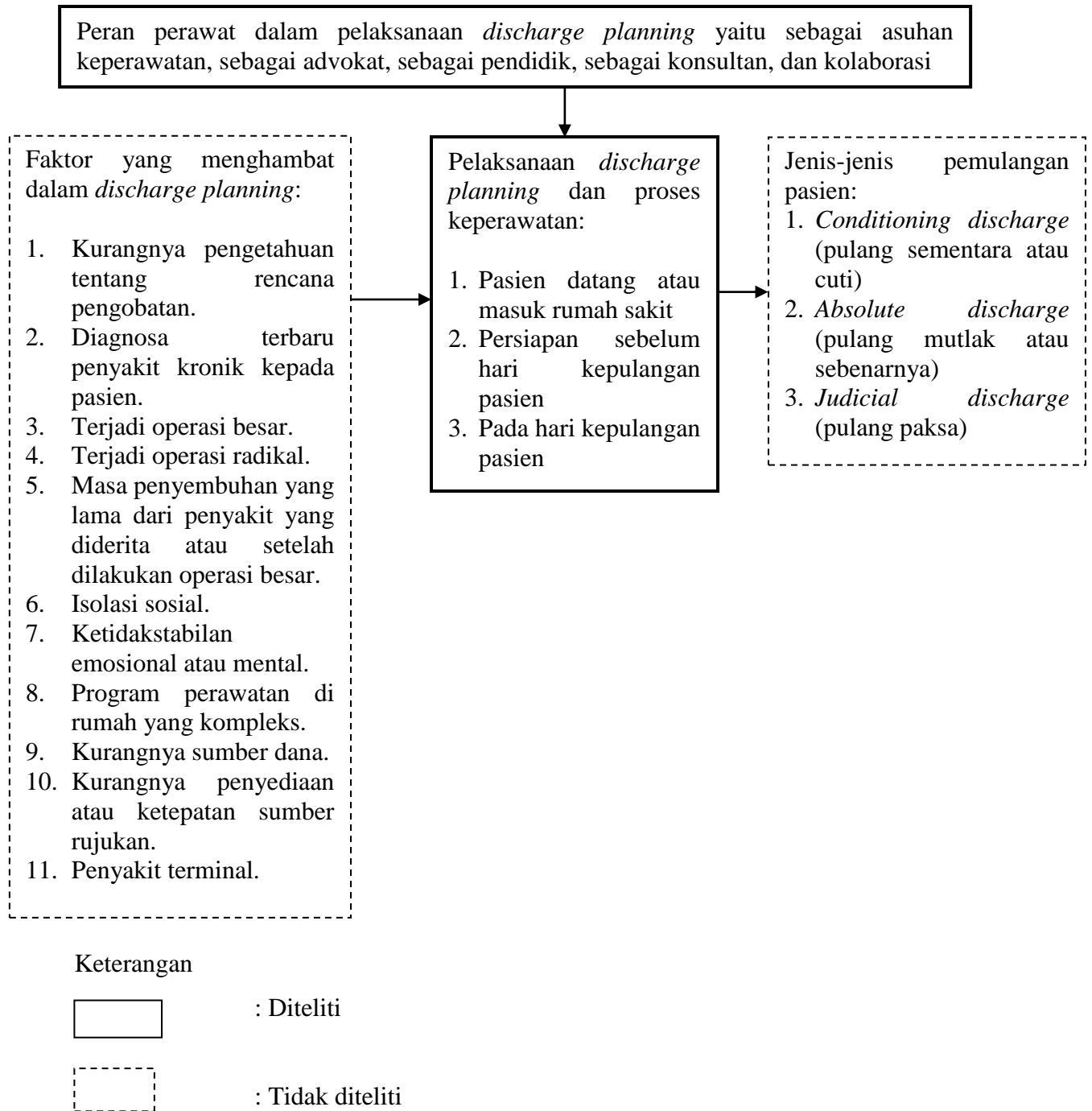
2. Statistika vital

Pengukuran status gizi dengan statistika vital adalah menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan, dan kematian, serta data-data lainnya yang berhubungan dengan gizi.

3. Faktor ekologi

Sedangkan parameter yang cocok digunakan untuk balita adalah berat badan per umur (BB/U), tinggi badan per umur (TB/U), berat badan per tinggi badan (BB/TB), dan lingkar kepala serta survei konsumsi makanan dengan menggunakan *food recall* 24 jam yang diberikan pada yang mengasuh balita. Lingkar kepala digunakan untuk memberikan gambaran tentang perkembangan otak. Kurang gizi ini akan berpengaruh pada perkembangan fisik dan mental anak (Proverawati dan Kusuma, 2010).

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Studi Kasus Mengidentifikasi Peran Perawat dalam Pelaksanaan *Discharge Planning* pada Pasien Anak dengan Gizi Lebih di Ruang Ismail RS Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang