

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1.konsep KEP**

##### **2.1.1 Pengertian**

Kurang Energi Protein (KEP) merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. KEP disebabkan karena defisiensi macro nutrient (zat gizi makro). Meskipun sekarang ini terjadi pergeseran masalah gizi dari defisiensi macro nutrient kepada defisiensi micro nutrient, namun beberapa daerah di Indonesia prevalensi KEP masih tinggi (> 30%) sehingga memerlukan penanganan intensif dalam upaya penurunan prevalensi KEP.

Kekurangan energi protein adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi (Pudjiani, 2000. Kurang Energi Protein (KEP) merupakan masalah gizi kurang akibat konsumsi pangan tidak cukup mengandung energi dan protein serta karena gangguan kesehatan (Depkes RI, 2009).

Pada pengambilan data balita dengan KEP ditemukan gejala-gejala klinis dari tipe KEP merasmus tampak sangat kurus wajah seperti orang tua, cengeng, rewel kulit keriput jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada (baggly pant/pakai celana longgar) perut cekung iga gambang dan sering disertai penyakit infeksi (umumnya kronis berulang) serta diare kronik atau konstipasi susah buang air besar.

Adapun gejala klinis dari tipe KEP kwashiorkor adalah edema umumnya diseluruh tubuh, terutama pada punggung kaki (dorsum pedis) yang jika ditekan melekuk, tidak sakit, dan lunak, wajah membulat dan sembab, pandangan mata sayu, rambut tipis kemerehan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok, perubahan status mental, apatis dan rewel, pembesaran Pada pengambilan data balita dengan KEP ditemukan gejala-gejala klinis dari tipe KEP merasmus tampak sangat kurus wajah seperti orang tua, cengeng, rewel kulit keriput jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada (baggy pant/pakai celana longgar) perut cekung iga gambang dan sering disertai penyakit infeksi (umumnya kronis berulang) serta diare kronik atau konstipasi susah buang air besar.

Adapun gejala klinis dari tipe KEP kwashiorkor adalah edema umumnya diseluruh tubuh, terutama pada punggung kaki (dorsum pedis) yang jika ditekan melekuk, tidak sakit, dan lunak, wajah membulat dan sembab, pandangan mata sayu, rambut tipis kemerehan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok, perubahan status mental, apatis dan rewel, pembesaran hati, otot mengecil (hipo tropi), lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk, kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (crazy pavement dermatosis ) dan sering disertai penyakit infeksi, umumnya akut serta anemia dan diare. (Depkes RI, 2009)

hati, otot mengecil (hipo tropi), lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk, kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (crazy pavement dermatosis ) dan sering disertai penyakit infeksi, umumnya akut serta anemia dan diare. (Depkes RI, 2009)

Kekurangan Energi Protein (KEP) adalah suatu penyakit yang ditandai dengan kelainan patologi yang diakibatkan oleh

karena defisiensi protein saja atau defisiensi energi saja atau protein dan energi baik secara kuantitatif atau kualitatif yang biasanya sebagai akibat/berhubungan dengan penyakit infeksi (dr. I Wayan Sujana, 2011).

### **2.1.2 Etiologi**

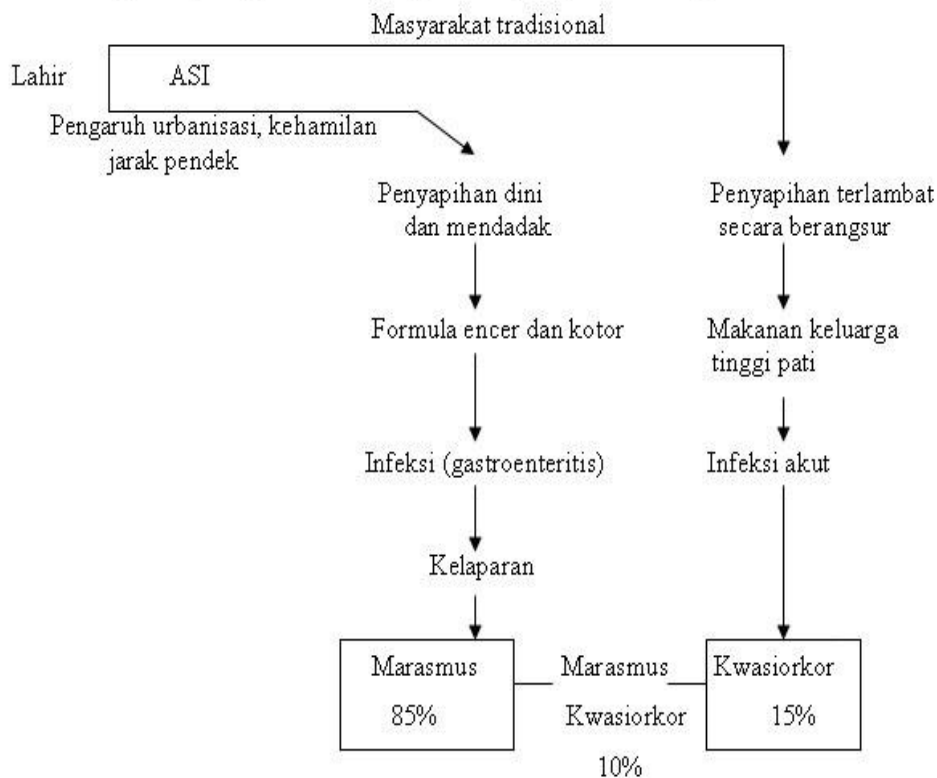
Penyebab KEP sangat banyak dan bervariasi. Beberapa faktor bisa berdiri sendiri atau terjadi bersama-sama. Faktor tersebut adalah faktor ekonomi, sosial, budaya, pendidikan, gangguan metabolisme, penyakit jantung bawaan atau penyakit bawaan lainnya. Pada daerah pedesaan biasanya faktor sosial, ekonomi dan pendidikan yang sering berpengaruh, KEP timbul pada anggota keluarga rumah tangga miskin oleh karena kelaparan akibat gagal panen atau hilangnya mata pencaharian sehingga mempengaruhi pemberian asupan gizi pada anak. Di daerah perkotaan tampaknya yang sering terjadi karena adanya gangguan sistem saluran cerna dan gangguan metabolisme sejak lahir, atau malnutrisi sekunder. Gangguan ini bisa karena penyakit usus, intoleransi makanan, alergi makanan, atau penyakit metabolisme lainnya. Selain itu, ketidaktahuan karena tabu, tradisi atau kebiasaan makan makanan tertentu, cara pengolahan makanan dan penyajian menu makanan di masyarakat serta pengetahuan ibu juga merupakan salah satu faktor terjadinya kurang gizi termasuk protein pada balita, karena masih banyak yang beranggapan bila anaknya sudah merasa kenyang berarti kebutuhan gizi mereka telah terpenuhi. Penyebab langsung dari KEP adalah kekurangan kalori protein. (Sediaoetomo, 1999), masukan makanan yang kurang dan penyakit atau kelainan yang diderita anak, misalnya penyakit infeksi, malabsorpsi dan lain-lain. Penyebab tak langsung dari KEP

sangat banyak, sehingga disebut juga sebagai penyakit dengan kausa multifaktorial (Sediaoetomo, 1999). Dapat juga karena penyerapan protein terganggu, seperti pada keadaan diare kronik, kehilangan protein abnormal pada proteinuria (nefrosis), infeksi perdarahan atau luka bakar, dan gagal mensintesis protein seperti pada keadaan penyakit hati kronik (Nelson, 1999), faktor ekonomi, faktor fasilitas perumahan dan sanitasi, faktor pendidikan dan pengetahuan, faktor fasilitas pelayanan kesehatan, faktor pertanian dan lain-lain. Kurang energi protein dijumpai dalam tiga bentuk yaitu marasmus, kwashiorkor dan bentuk campuran marasmic-kwashiorkor.

Pada pengambilan data balita dengan KEP ditemukan gejala-gejala klinis dari tipe KEP marasmus tampak sangat kurus wajah seperti orang tua, cengeng, rewel kulit keriput jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada (baggy pant/pakai celana longgar) perut cekung iga gambang dan sering disertai penyakit infeksi (umumnya kronis berulang) serta diare kronik atau konstipasi susah buang air besar.

Adapun gejala klinis dari tipe KEP kwashiorkor adalah edema umumnya diseluruh tubuh, terutama pada punggung kaki (dorsum pedis) yang jika ditekan meleku, tidak sakit, dan lunak, wajah membulat dan sembab, pandangan mata sayu, rambut tipis kemerehan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok, perubahan status mental, apatis dan rewel, pembesaran hati, otot mengecil (hipotropi), lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk, kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (crazy pavement dermatosis) dan sering disertai penyakit infeksi, umumnya akut serta anemia dan diare. (Depkes RI, 2009)

Secara singkat dapat digambarkan patogenesis terjadinya KEP sebagai berikut :



Bentuk marasmus terjadi karena kekurangan energi terutama kekurangan energi / kalori, sedangkan kwashiorkor terutama oleh karena kekurangan zat protein Menurut Ngastiyah, 1997 faktor-faktor penyebab kurang energi protein dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Primer

- a) Susunan makanan yang salah
- b) Penyedia makanan yang kurang baik
- c) Kemiskinan
- d) Ketidaktahuan tentang nutrisi
- e) Kebiasaan makan yang salah.

2. Sekunder

a) Gangguan pencernaan (seperti malabsorpsi, gizi tidak baik, kelainan struktur saluran).

b) Gangguan psikologis.

## **2.2. Konsep Balita**

### **2.2.1. Pengertian**

Balita atau anak bawah umur lima tahun adalah anak usia kurang dari lima tahun sehingga bagi usia di bawah satu tahun juga termasuk dalam golongan ini. Berdasarkan karakteristiknya balita usia 1-5 tahun dapat dibedakan menjadi dua, yaitu anak yang berumur 1-3 tahun yang dikenal dengan Balita merupakan konsumen pasif. Sedangkan usia prasekolah lebih dikenal sebagai konsumen aktif (Uripi, 2009).

### **2.2.2. Pertumbuhan bayi dan balita**

Untuk memastikan dengan jelas, konsultasikan kesehatan bayi Ibu dengan DSA yang terpercaya. Karena setiap sentimeter dan kilogram pada tubuh bayi sangat berpengaruh pada grafik bayi Ibu, jadi pengukuran harus dilakukan secara medis dan sangat teliti. Pengukuran dasarnya dilakukan pada lima hal berikut:

#### **1. Berat Badan**

Setelah melepaskan pakaian pada bayi, dokter atau perawat akan meletakkan bayi pada timbangan khusus untuk diukur beratnya. Pengukuran biasanya akan tercatat dalam satuan kilogram, dan Ibu dapat segera mengetahui berat badan yang akurat dari bayi.

## 2. Tinggi/Panjang Badan

Dalam posisi berbaring, dokter atau perawat akan mengukur bayi Ibu dari atas kepala hingga tumit. Beberapa rumah sakit menggunakan alat khusus dengan bagian kepala dan kaki dari ranjang pengukur untuk mendapatkan hasil yang akurat.

## 3. Lingkar Kepala

Untuk mengukur lingkar kepala bayi Ibu, dokter atau perawat akan melingkarkan alat pengukur khusus yang fleksibel tepat di atas alis dan telinga. Pentingnya mengukur lingkar kepala bayi adalah untuk mengetahui apakah ukuran tengkorak dan otak bayi sudah sesuai dan pertumbuhannya dalam batas wajar. Melalui pengukuran lingkar kepala, dokter anak dapat langsung mendeteksi bila ada penyakit atau ketidakwajaran dalam pertumbuhan bayi.

## 4. Gizi

Hal paling utama yang harus diperhatikan oleh orang tua jika ingin tumbuh kembang putra putrinya maksimal. Pemenuhan gizi pada setiap balita merupakan suatu keharusan karena hal ini sangat berpengaruh pada masa depan si buah hati, terutama pada 5 tahun pertama, karena apa yang terjadi selama 5 tahun pertama tersebut sangat menentukan tahun demi tahun pertumbuhan dan perkembangannya. Hal inilah yang seharusnya mendasari setiap orang tua untuk berusaha agar gizi balitanya terpenuhi semaksimal mungkin.

## 2.2.4. Penilaian pertumbuhan dan perkembangan

### 1) Alat deteksi Pertumbuhan

#### a) Ukuran antropometri

##### 1) Berat badan

Kenaikan berat badan normal bayi pada triwulan I adalah sekitar 750-1000 gram/bulan, pada triwulan II sekitar 500-600 gram / bulan, pada triwulan III sekitar 350- 450 gram/bulan, dan pada triwulan IV sekitar 250-350 gram / bulan.

Selain dengan perkiraan tersebut, BB juga dapat diperkirakan dengan menggunakan rumus atau pedoman dari Behrman(1992), yaitu:

(a) Berat badan lahir rata-rata: 3,25 kg

(b) Berat badan usia 3-12 bulan, Umur(bulan)

$$\frac{+9-n}{2} + 9$$

$$2 \quad 2$$

(c) Berat badan usia 1-6 tahun,  $(\text{Umur}(\text{tahun}) \times 2) + 8 = 2n + 8$

Keterangan: n adalah usia anak

Untuk menentukan usia anak dalam bulan, bila lebih 15 hari, dibulatkan keatas, sementara bila kurang atau sama dengan 15 hari dihilangkan (Nursalam, 2005).

##### (2) Tinggi badan

Tinggi badan untuk anak kurang dari 2 tahun sering disebut dengan panjang badan. Pada bayi baru lahir, panjang badan rata-rata adalah sebesar  $\pm 50$  cm. Menurut Behrman (1992), menyebutkan bahwa seperti halnya berat



badan, tinggi badan juga dapat diperkirakan berdasarkan rumus, yaitu:

(a) Perkiraan panjang lahir: 50 cm

(b) Perkiraan panjang badan usia 1 tahun =  $1,5 \times \text{panjang badan lahir}$

(c) Perkiraan tinggi badan usia 2-12 tahun =  $(\text{umur} \times 6) + 77 = 6n + 77$

Keterangan : usia anak dalam tahun, bila usia lebih 6 bulan dibulatkan ke atas, bila 6 bulan atau kurang, dihilangkan. Tinggi badan merupakan indikator yang baik untuk pertumbuhan fisik yang sudah lewat dan untuk perbandingan terhadap perubahan relatif, seperti nilai berat badan dan lingkaran lengan atas (Nursalam, 2005).

(3) Lingkaran kepala

Secara normal, ukuran lingkaran kepala adalah 34-35 cm. Kemudian akan bertambah sekitar 0,5 cm/bulan pada bulan pertama atau menjadi  $\pm 44$  cm dan pada tahun-tahun pertama lingkaran kepala bertambah tidak lebih dari 5 cm/tahun, setelah itu sampai usia 18 tahun lingkaran kepala hanya bertambah  $\pm 10$  cm. Pengukuran lingkaran kepala dapat diukur dengan menggunakan pita pengukuran yang disebut meteran (Nursalam, 2005).

(4) Lingkaran lengan atas (Lila)

Saat lahir, lingkaran lengan atas sekitar 11 cm dan pada tahun pertama, lingkaran lengan atas menjadi 16 cm. Keuntungan dari pengukuran lila adalah murah, mudah, alatnya bisa di buat sendiri, dan siapa saja dapat melakukannya. Namun kadang-kadang hasil pengukuran kurang akurat karena sukar untuk mengukur lila tanpa mengukur jaringan (Nursalam, 2005).

b) Keseluruhan fisik

Dengan pemeriksaan fisik, dapat diketahui apakah seorang anak berada dalam keadaan sakit atau sehat. Di lapangan, pemeriksaan fisik jarang

dilakukan untuk menentukan keadaan pertumbuhan anak, padahal perlu diketahui kemungkinan terdapatnya gangguan pada fisik anak. Hal-hal yang dapat diamati dari pemeriksaan fisik meliputi keseluruhan fisik, jaringan otot, jaringan lemak, rambut, dan gigi (Nursalam, 2005).

c) Pemeriksaan laboratorium dan radiologis

Pemeriksaan laboratorium dan radiologis baru dilakukan di klinik apabila terdapat gejala atau tanda akan adanya suatu gangguan/penyakit, misalnya *anemia* atau pertumbuhan fisik yang tidak normal. Pemeriksaan radiologis dilakukan terutama untuk menilai umur biologis, yaitu umur tulang (*boneage*). Biasanya, hal tersebut dilakukan bila ada kecurigaan akan adanya gangguan pertumbuhan (Nursalam, 2005).

**Tabel 2.1 Berat badan dan tinggi badan rata-rata untuk anak umur 0-12 bulan tanpa membedakan jenis kelamin**

Umur	Berat		Tinggi	
	Standar	80% standar	Standar	80% standar
0-1 bulan	4.300	3.40	55.0	43.5
2 bulan	5.000	0	58.0	46.0
3 bulan	5.700	4.00	60.0	48.0
4 bulan	6.300	0	62.5	49.5
5 bulan	6.900	4.50	64.5	51.0

Sumber: Direktorat Gizi, Departemen Kesehatan RI

5) Cara mengetahui pertumbuhan balita menurut Kartu Menuju Sehat (KMS)

Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah alat untuk mencatat dan mengamati pertumbuhan kesehatan anak yang mudah dilakukan oleh para ibu.

Menurut Narendra (2002), pertumbuhan dikatakan normal apabila grafik berat badan anak

berada pada jalur berwarna hijau pada KMS atau sedikit di atasnya. Arah grafik harus naik dan sejajar mengikuti kelengkungan jalur (kurva) berwarna hijau. Pertumbuhan anak mengalami penyimpangan apabila grafik berada jauh di atas warna hijau / berada di bawah jalur hijau khususnya pada jalur merah (Rianti, 2006).

a) Lima arah garis pertumbuhan dalam KMS

(1) Berat badan dikatakan NAIK (N), jika:

**N1** → **Tumbuh kejar atau *Catch-up Growth* (Arah garis pertumbuhan melebihi arah garis baku)** Berat badannya bertambah mengikuti salah satu pita warna.

**N2** → **Tumbuh normal (Arah garis pertumbuhan sejajar atau berimpit dengan arah garis baku)** Berat badannya bertambah ke pita warna yang berwarna lebih tua (pita warna di atasnya).

(2) Berat badan dikatakan TIDAK NAIK (T), jika:

**T1** ***Growth Faltering* (Arah garis pertumbuhan kurang dari arah garis baku atau pertumbuhan kurang dari yang diharapkan)** Tumbuh kurang sesuai

**T2** ***Flat Growth* (Arah garis pertumbuhan datar atau berat badan tetap)** Berat badannya tetap.

**T3 *Loss of Growth* (Arah garis pertumbuhan menurun dari arah garis baku)**

Berat badannya bertambah tetapi pindah kepita warna yang lebih muda ( pita warna di bawahnya).

**2.2.5. Stimulasi tumbuh kembang balita**

Kemampuan dan tumbuh kembang anak perlu di rangsang oleh orang tua agar anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai umurnya. Upaya untuk merangsang tumbuh kembang anak disebut stimulasi tumbuh kembang anak Perkembangan anak meliputi 4 aspek yaitu :

- a. Perkembangan gerak kasar
- b. Perkembangan gerak halus
- c. Perkembangan bicara, bahasa dan kecerdasan
- d. Perkembangan pergaulan dan percaya diri/personal social

Jenis perkembangan anak yang perlu di stimulasi sebagai berikut :

- a. Kemampuan gerak
- b. Kemampuan bicara
- c. Kecerdasan
- d. Kemandirian/percaya diri
- e. Kemampuan bergaul

Stimulasi dapat dilakukan sejak bayi baru lahir, dan dapat dilakukan secara bertahap, berkelanjutan dan terus- menerus. Pemberian stimulasi dapat dilakukan dengan cara secara berikut :

- a. Stimulasi dilakukan dengan penuh kasih sayang dalam suasana menyenangkan.
- b. Anak diajari dan dilatih berbagai kegiatan sesuai dengan usianya, seperti bermain, berlari, menari, menyanyi, membaca, berhitung, menulis, menggambar, membantu orang tua dsb.
- c. Stimulasi dilakukan khusus pada sensorik motorik dengan memberikan latihan-latihan/sentuhan tertentu seperti massage, senam bayi, latihan gerak khusus dan terapi gerak
- d. Anak tidak boleh dipaksa jika tidak melakukan kegiatan stimulasi
- e. Memberikan pujian apabila anak berhasil melakukan kegiatan stimulasi

#### **2.2.6. Kebutuhan fisik dan psikososial bayi dan balita**

Kebutuhan psikososial adalah kebutuhan ASIH dan ASAH. Kebutuhan ASIH meliputi : perhatian segera, kasih sayang, rasa aman, dilindungi, mandiri, rasa memiliki, kebutuhan akan sukses, mendapatkan kesempatan dan pengalaman, dibantu dan dihargai. Kebutuhan ASAH meliputi : stimulasi (rangsangan) dini pada semua indera (pendengaran, penglihatan, sentuhan, membau, mengecap), sistem gerak kasar dan halus, komunikasi, emosi-sosial dan rangsangan untuk berpikir. Stimulasi merupakan kebutuhan yang sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak.

Adapun tahap-tahap perkembangan psikososial anak adalah sebagai berikut:

1. Percaya Vs Tidak percaya ( 0-1 tahun )

Membangun rasa percaya ini mendasari tahun pertama kehidupan. Begitu bayi lahir dan kontak dengan dunia luar maka ia mutlak tergantung dengan orang lain. Rasa aman dan rasa percaya pada lingkungan merupakan kebutuhan. Alat yang digunakan bayi untuk berhubungan dengan dunia luar adalah mulut dan panca indera, sedangkan perantara yang tepat antara bayi dengan lingkungan adalah ibu. Hubungan ibu dan anak yang harmonis yaitu melalui pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis dan sosial, merupakan pengalaman dasar rasa percaya bagi anak.

## 2. Otonomi Vs Rasa Malu dan Ragu ( 1-3 tahun )

Pada masa ini alat gerak dan rasa telah matang dan ada rasa percaya terhadap ibu dan lingkungan. Perkembangan Otonomi selama periode balita berfokus pada peningkatan kemampuan anak untuk mengontrol tubuhnya, dirinya dan lingkungannya. Anak menyadari ia dapat menggunakan kekuatannya untuk bergerak dan berbuat sesuai dengan kemauannya misalnya: kepuasan untuk berjalan atau memanjat. Selain itu anak menggunakan kemampuan mentalnya untuk menolak dan mengambil keputusan.

## 3. Inisiatif Vs Rasa Bersalah ( 3-6 tahun )

Pada tahap ini anak belajar mengendalikan diri dan memanipulasi lingkungan. Rasa inisiatif mulai menguasai anak. Anak mulai menuntut untuk melakukan tugas tertentu. Anak mulai diikuti sertakan sebagai individu misalnya turut serta merapikan tempat tidur atau membantu orangtua di dapur. Anak mulai memperluas ruang lingkup pergaulannya misalnya menjadi aktif diluar rumah, kemampuan berbahasa semakin meningkat.

#### 4. Industri Vs Inferioritas ( 6-12 tahun )

Pada tahap ini anak dapat menghadapi dan menyelesaikan tugas atau perbuatan yang akhirnya dan dapat menghasilkan sesuatu. Anak siap untuk meninggalkan rumah atau orangtua dalam waktu terbatas yaitu untuk sekolah. Melalui proses pendidikan ini anak belajar untuk bersaing (sifat kompetitif), juga sifat kooperatif dengan orang lain, saling memberi dan menerima, setia kawan dan belajar peraturan-peraturan yang berlaku.

#### 5. Identitas Vs Difusi Peran ( 12-18 tahun )

Pada tahap ini terjadi perubahan pada fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa. sehingga nampak adanya kontradiksi bahwa dilain pihak ia dianggap dewasa tetapi disisi lain ia dianggap belum dewasa. Tahap ini merupakan masa standarisasi diri yaitu anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan, Peran orangtua sebagai sumber perlindungan dan sumber nilai utama mulai menurun. Sedangkan peran kelompok atau teman sebaya tinggi.

Tiga kebutuhan pokok untuk mengembangkan kecerdasan antara lain adalah kebutuhan FISIK-BIOLOGIS (terutama untuk pertumbuhan otak, sistem sensorik dan motorik), EMOSI- KASIH SAYANG (mempengaruhi kecerdasan emosi, inter dan intrapersonal) dan STIMULASI DINI (merangsang kecerdasan-kecerdasan lain).

## **2.3.Konsep Dasar Keperawatan Komunitas**

### **2.3.1 Pengertian Keperawatan Komunitas**

Komunitas (*community*) adalah sekelompok masyarakat yang mempunyai persamaan nilai (*values*), perhatian (*interest*) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografi yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga (Sumijatun dkk, 2006).

Proses keperawatan komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontiniu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Wahyudi, 2010).

### **2.3.2 Tujuan dan Fungsi Keperawatan Komunitas**

#### **a) Tujuan keperawatan komunitas**

Tujuan proses keperawatan dalam komunitas adalah untuk pencegahan dan peningkatan kesehatan masyarakat melalui upaya-upaya sebagai berikut.:

1. Pelayanan keperawatan secara langsung (*direct care*) terhadap individu, keluarga, dan keluarga dan kelompok dalam konteks komunitas.
2. Perhatian langsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat (*healt general community*) dengan mempertimbangkan permasalahan atau isu kesehatan masyarakat yang dapat memengaruhi keluarga, individu, dan kelompok.

Selanjutnya, secara spesifik diharapkan individu, keluarga, kelompok,

dan masyarakat mempunyai kemampuan untuk:

- 1) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami;
- 2) Menetapkan masalah kesehatan dan memprioritaskan masalah tersebut;
- 3) Merumuskan serta memecahkan masalah kesehatan;



- 4) Menanggulangi masalah kesehatan yang mereka hadapi;
- 5) Mengevaluasi sejauh mana pemecahan masalah yang mereka hadapi, yang akhirnya dapat meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara mandiri (*self care*).

**b). Fungsi keperawatan komunitas :**

- 1) Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
- 2) Agar masyarakat mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dibidang kesehatan.
- 3) Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien serta melibatkan peran serta masyarakat.
- 4) Agar masyarakat bebas mengemukakan pendapat berkaitan dengan permasalahan atau kebutuhannya sehingga mendapatkan penanganan dan pelayanan yang cepat dan pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan (Mubarak, 2006).

### **2.3.3 Paradigma Keperawatan Komunitas**

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empatkomponen pokok, yaitu manusia, keperawatan,kesehatan dan lingkungan (Logan & Dawkins, 1987).

**a. Manusia**

Manusia merupakan klien (individu, keluarga, kelompok, komunitas) pada wilayah tertentu yang memiliki nilai, keyakinan, dan minat yang relative sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan. Manusia merupakan

klien dengan perhatian khusus pada kasus resiko tinggi dan daerah terpencil, konflik, rawan serta kumuh.

b. Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor internal dan eksternal yang memengaruhi klien, termasuk biopsikososiokultural-spiritual.

c. Keperawatan

Paradigma keperawatan adalah tindakan keperawatan yang bertujuan menekan stressor atau meningkatkan kemampuan komunitas untuk mengatasi stressor melalui pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

d. Kesehatan

Sehat merupakan kondisi terbebas dari masalah pemenuhan kebutuhan dasar komunitas atau merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak keberhasilan mengatasi stressor.

#### **2.3.4 Sasaran Keperawatan Komunitas**

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga dan kelompok beresiko tinggi ( keluarga / penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi, daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil). Menurut Elizabeth T. Anderson ( 2001).

#### **2.3.5 Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas**

Ruang lingkup praktik keperawatan komunitas meliputi: upaya-upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pemeliharaan kesehatan dan pengobatan (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dan mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga,

kelompok dan masyarakat ke lingkungan sosial dan masyarakatnya (resosialisasi).

Dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas, kegiatan yang ditekankan adalah upaya preventif dan promotif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif.

a. Upaya Promotif

Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan jalan memberikan :

1. Penyuluhan kesehatan masyarakat
2. Peningkatan gizi
3. Pemeliharaan kesehatan perorangan
4. Pemeliharaan kesehatan lingkungan
5. Olahraga secara teratur
6. Rekreasi
7. Pendidikan seks

b. Upaya Preventif

Upaya preventif ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan terhadap kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui kegiatan :

1. Imunisasi massal terhadap bayi, balita serta ibu hamil
2. Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas maupun kunjungan rumah
3. Pemberian vitamin A dan yodium melalui posyandu, puskesmas ataupun dirumah
4. Pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui

### c. Upaya Kuratif

Upaya Kuratif ditujukan untuk merawat dan mengobati anggota-anggota keluarga, kelompok dan masyarakat yang menderita penyakit atau masalah kesehatan, melalui kegiatan :

1. Perawatan orang sakit di rumah (home nursing)
2. Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas dan rumah sakit
3. Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis dirumah, ibu bersalin dan nifas
4. Perawatan payudara
5. Perawatan tali pusat bayi baru lahir

### d. Upaya Rehabilitatif

Upaya rehabilitative merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misalnya kusta, TBC, cacat fisik dan lainnya. Dilakukan melalui kegiatan :

1. Latihan fisik, baik yang mengalami gangguan fisik seperti penderita kusta, patah tulang maupun kelainan bawaan
2. Latihan-latihan fisik, tertentu bagi penderita-penderita penyakit tertentu, misalnya TBC, latihan nafas dan batuk, penderita stroke :  
fisioterapi manual yang mungkin dilakukan oleh perawat.

### e. Upaya Resosialitatif

Upaya resosialitatif adalah upaya mengembalikan individu, keluarga, kelompok khusus ke dalam pergaulan masyarakat, diantaranya adalah kelompok-kelompok yang diasingkan oleh masyarakat karena menderita

suatu penyakit, misalnya kusta, AIDS, atau kelompok-kelompok masyarakat khusus seperti Wanita Tuna Susila (WTS) , tuna wisma dan lain-lain. Hal ini tentunya membutuhkan penjelasan dengan pengertian atau batasan-batasan yang jelas dan dapat dimengerti.

### **2.3.6 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas**

#### **a. Pendidik (Edukator)**

Perawat memiliki peran untuk dapat memberikan informasi yang memungkinkan klien membuat pilihan dan mempertahankan autonominya. Perawat selalu mengkaji dan memotivasi belajar klien.

#### **b. Advokat**

Perawat member pembelaan kepada klien yang tidak dapat bicara untuk dirinya.

#### **c. Manajemen Kasus**

Perawat memberikan pelayanan kesehatan yang bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, mengurangi fragmentasi, serta meningkatkan kualitas hidup klien.

#### **d. Kolaborator**

Perawat komunitas juga harus bekerjasama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan lain untuk mencapai tahap kesehatan yang optimal.

#### **e. Panutan (Role Model)**

Perawat kesehatan komunitas seharusnya dapat menjadi panutan bagi setiap panutan bagi setiap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat

sesuai dengan peran yang diharapkan. Perawat dituntut berperilaku sehat jasmani dan rohani dalam kehidupan sehari-hari.

f. Peneliti

Penelitian dalam Asuhan Keperawatan dapat membantu mengidentifikasi serta mengembangkan teori-teori keperawatan yang merupakan dasar dari praktik keperawatan.

g. Pembaharu (Change Agent)

Perawat kesehatan masyarakat dapat berperan sebagai agen pembaharu terhadap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat terutama dalam mengubah perilaku dan pola hidup yang erat kaitannya dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan.

## **2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

#### **1. Pengumpulan Data**

Untuk memperoleh informasi mengenai masalah kesehatan pada masyarakat sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual serta factor lingkungan yang mempengaruhinya. ( Mubarak, 2005)

Kegiatan pengkajian yang dilakukan dalam pengumpulan data meliputi :

### **1) Data Inti :**

#### a) Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas

Uraikan mengenai lokasi, luas wilayah, iklim, tipe komunitas, keadaan demografi, struktur politik, distribusi kekuatan komunitas dan pola perubahan komunitas.

#### b) Data Demografi

Kaji jumlah komunitas berdasarkan : usia, jenis kelamin, status perkawinan, ras/suku, bahasa, tingkat pendapatan, pendidikan, pekerjaan, agama, dan komposisi keluarga.

#### c) Vital Statistik

Jabaran atau uraian data tentang : angka kematian kasar atau CDR, penyebab kematian, angka pertambahan anggota, angka kelahiran.

#### d) Status Kesehatan komunitas

Dapat dilihat dari : angka mortalitas, morbiditas, IMR, MMR, cakupan imunisasi, status kesehatan kelompok berdasarkan kelompok umur : Bayi, Balita, Usia Sekolah, Remaja, dan Lansia, kelompok khusus di masyarakat : Ibu Hamil, Pekerja Industri, Kelompok Penyakit Kronis, Penyakit Menular. Adapun pengkajian selanjutnya dijabarkan sebagaimana dibawah ini :

##### a) Keluhan yang dirasakan saat ini oleh komunitas

##### b) Tanda-tanda vital : Tekanan Darah, Nadi, Respirasi Rate, Suhu Tubuh.

##### c) Kejadian penyakit (dalam satu tahun terakhir) :

1. ISPA, Astma, TBC Paru

2. Penyakit kulit

3. Penyakit mata

4. Penyakit Rheumatik

5. Penyakit Jantung
  6. Penyakit gangguan jiwa
  7. Kelumpuhan
  8. Penyakit menahun lainnya
- d) Riwayat penyakit keluarga
- e) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari:
1. Pola pemenuhan nutrisi
  2. Pola pemenuhan cairan elektrolit
  3. Pola istirahat tidur
  4. Pola eliminasi
  5. Pola aktivitas gerak
  6. Pola pemenuhan kebersihan diri
  7. Status Psikososial :
    - a. komunikasi dengan sumber-sumber kesehatan
    - b. hubungan dengan orang lain
    - c. peran di masyarakat
    - d. kesedihan yang dirasakan
    - e. stabilisasi emosi
    - f. penelantaran anak atau lansia
    - g. perlakuan yang salah dalam kelompok (perilaku tindakan kekerasan).
  8. Status Pertumbuhan dan Perkembangan :
    - a. pola pemanfaatan fasilitas kesehatan
    - b. pola pencegahan terhadap penyakit dan perawatan kesehatan
    - c. pola perilaku tidak sehat seperti : kebiasaan merokok, minuman kopi yang berlebihan, mengkonsumsi alkohol, penggunaan obat tanpa resep,



penyalahgunaan obat terlarang pola konsumsi tinggi garam, lemak, dan purin.

## **2. Data Lingkungan Fisik**

### a) Pemukiman

1. Luas bangunan
2. Bentuk bangunan : rumah, petak, asrama, paviliun
3. Jenis bangunan : permanen, semi permanen, non permanen
4. Atap rumah : genting, seng, welit, ijuk, kayu, asbes
5. Dinding : tembok, kayu, bamboo, atau lainnya
6. Lantai : semen, tegel, keramik, tanah, kayu atau lainnya
7. Ventilasi : kurang atau lebih dari 15-20% dari luas lantai
8. Pencahayaan : kurang/baik
9. Penerangan : kurang/baik
10. Kebersihan : kurang/baik
11. Pengaturan ruangan dan perabotan : kurang/baik
12. Kelengkapan alat rumah tangga : kurang/baik

### b) Sanitasi

1. Penyediaan air bersih (MCK)
2. Penyediaan air minum
3. Pengelolaan jamban : bagaimana jenisnya, berapa jumlahnya dan bagaimana jaraknya dengan sumber air bersih.
4. Sarana pembuangan air limbah (SPAL)
5. Pengelolaan sampah : apakah ada sarana untuk tempat pembuangan sampah, bagaimana pengelolaannya : dibakar, ditimbun, atau cara lainnya.

6. Polusi udara, air, tanah, atau suara/kebisingan

7. Sumber polusi : pabrik, rumah tangga, industry lainnya sebutkan.

c) Fasilitas

d) Batas-batas wilayah

e) Kondisi geografis

### **3) Pelayanan Kesehatan dan Sosial**

a) Pelayanan kesehatan

1. Lokasi sarana kesehatan

2. Sumber daya yang dimiliki (tenaga kesehatan dan kader)

3. Jumlah kunjungan

4. Sistem rujukan

b) Fasilitas sosial (pasar, toko, swalayan)

1. Lokasi

2. Kepemilikan

3. Kecukupan

### **4) Ekonomi**

a) Jenis pekerjaan

b) Jumlah penghasilan rata-rata tiap bulan

c) Jumlah pengeluaran rata-rata tiap bulan

d) Jumlah pekerja dibawah umur, ibu rumah tangga dan lanjut usia

### **5) Keamanan dan Transportasi**

a) Keamanan

1. Sistem keamanan lingkungan

2. Penanggulangan kebakaran

3. Penanggulangan bencana

b) Transportasi

1. Kondisi jalan
2. Jenis transportasi yang dimiliki
3. Sarana transportasi yang ada

**6) Politik dan Keamanan**

- a) Sistem Pengorganisasian
- b) Struktur Organisasi
- c) Kelompok Organisasi dalam komunitas
- d) Peran serta kelompok organisasi dalam kesehatan

**7) Sistem komunikasi**

- a) Sarana untuk komunikasi
- b) Jenis alat komunikasi yang digunakan dalam komunitas
- c) Cara penyebaran informasi

**8) Pendidikan**

- a) Tingkat pendidikan komunitas
- b) Fasilitas pendidikan yang tersedia (formal atau non formal)
  1. Jenis pendidikan yang diadakan di komunitas
  2. Sumber daya manusia, tenaga yang tersedia
- c) Jenis bahasa yang digunakan

**9) Rekreasi**

- a) Kebiasaan rekreasi
- b) Fasilitas tempat rekreasi (Deden Dermawan,2012)

**Jenis Data**

1. Data Subyektif

Yaitu data yang diperoleh dari keluhan atau masalah yang dirasakan oleh individu, keluarga, kelompok dan komunitas yang diungkap secara langsung melalui lisan.

## 2. Data Obyektif

Data yang diperoleh melalui suatu pemeriksaan pengamatan dan pengukur.

### **Sumber Data**

#### 1) Data Primer

Data yang dikumpulkan oleh pengkaji dalam hal ini mahasiswa atau tenaga kesehatan masyarakat dari individu, keluarga, kelompok, dan komunitas berdasarkan hasil pemeriksaan atau pengkajian.

#### 2) Data Sekunder

Data yang diperoleh dari sumber lain yang dapat dipercaya, misalnya : kelurahan, catatan riwayat kesehatan pasien atau medical record.

### **Cara pengumpulan data**

#### 1. Wawancara atau anamnesa

Wawancara adalah kegiatan komunikasi timbale balik yang berbentuk Tanya jawab antara perawat dengan klien atau keluarga pasien, masyarakat tentang hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien.

#### 2) Pengamatan

Dilakukan meliputi aspek fisik, psikologis, perilaku dan sikap dalam rangka menegakkan diagnosis keperawatan.

#### 3) Pemeriksaan Fisik

Dalam keperawatan komunitas dimana salah satunya asuhan keperawatan yang diberikan adalah asuhan keperawatan keluarga, maka

pemeriksaan fisik yang dilakukan dalam upaya membantu menegakkan diagnose keperawatan dengan cara :

**I (Inspeksi):** Melakukan pengamatan pada bagian tubuh pasien atau keluarga pasien atau keluarga yang sakit.

**P (Palpasi) :** Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara meraba pada bagian tubuh yang mengalami gangguan.

**A (Auskultasi):** Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan bunyi pada bagian tubuh tertentu.

**P (Perkusi):** Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mengetuk jari telunjuk atau reflex hammer pada bagian tubuh tertentu.

#### **b. Pengolahan Data**

Setelah data diperoleh, kegiatan selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara sebagai berikut :

##### 1. Klasifikasi data atau kategorisasi data

Cara mengkategorikan data :

- a. karakter demografi
- b. karakter geografi
- c. karakter sosial ekonomi
- d. sumber dan pelayanan kesehatan

##### 2. Perhitungan prosentase cakupan dengan menggunakan telly

##### 3. Tabulasi data

##### 4. Interpretasi data

#### **c. Analisa Data**

Analisa data adalah kemampuan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat.

Tujuan analisa data :

1. Menetapkan kebutuhan komunitas
2. Menetapkan kekuatan
3. Mengidentifikasi pola respon komunitas
4. Mengidentifikasi kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan

#### **d. Penentuan Masalah atau Perumusan Masalah Kesehatan**

Berdasarkan analisa data dapat diketahui masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi masyarakat, sekaligus dirumuskan yang selanjutnya dilakukan intervensi.

#### **e. Prioritas Masalah**

Dalam menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat dan keperawatan perlu pertimbangan berbagai factor sebagai kriteria, diantaranya :

1. Perhatian masyarakat
2. Prevalensi kejadian
3. Berat ringannya masalah
4. Kemungkinan masalah untuk diatasi
5. Tersedianya sumber daya masyarakat
6. Aspek politik

### **2.4.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang kasus dan masalah kesehatan pasien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Diagnose keperawatan mengandung komponen utama, yaitu :

- a. (P) Problem (masalah) : merupakan kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya terjadi.
  - b. (E) Etiologi (penyebab): menunjukkan penyebab masalah kesehatan atau keperawatan yang dapat memberikan arah terhadap intervensi keperawatan, yang meliputi :
    1. Perilaku individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat
    2. Lingkungan fisik, biologi, psikologi, dan sosial
    3. Interaksi perilaku dan lingkungan
  - c. (S) Sign atau Siymptom (tanda atau gejala) : informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnose, serangkaian petunjuk timbulnya masalah.
- (Deden Dermawan,2012)

### **2.4.3. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (Mubarak, 2009). Jadi perencanaan asuhan keperawatan kesehatan masyarakat disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan rencana keperawatan yang disusun harus mencakup perumusan tujuan, rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan dan kriteria hasil untuk menilai pencapaian tujuan (Mubarak, 2009).

Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut :

1. Identifikasi alternative tindakan keperawatan
2. Tetapkan teknik dan prosedur yang akan digunakan
3. Melibatkan peran serta masyarakat dalam menyusun perencanaan melalui kegiatan musyawarah masyarakat desa atau lokakarya mini
4. Pertimbangkan sumber daya masyarakat dan fasilitas yang tersedia
5. Tindakan yang akan dilaksanakan harus dapat memenuhi kebutuhan yang sangat dirasakan masyarakat
6. Mengarah kepada tujuan yang akan dicapai
7. Tindakan harus bersifat realistis
8. Disusun secara berurutan

#### **2.4.4. Pelaksanaan**

Adalah pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang telah di rencanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok-kelompok yang ada di masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sector terkait lainnya, yang meliputi kegiatan :

1. Promotif :
  - a. Pelatihan kader kesehatan
  - b. Penyuluhan Kesehatan/Pendidikan kesehatan
  - c. Standarisasi nutrisi yang baik
  - d. Penyediaan perumahan
  - e. Tempat-tempat rekreasi
  - f. Konseling perkawinan



- g. Pendidikan seks dan masalah-masalah genetika
  - h. Pemeriksaan kesehatan secara periodic
2. Preventif
- a. Keselamatan dan kesehatan kerja
  - b. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
  - c. Pemberian nutrisi khusus
  - d. Pengamatan/Penyimpanan barang, bahan yang berbahaya
  - e. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
  - f. Imunisasi khusus pada kelompok khusus
  - g. Personal hygiene dan kesehatan lingkungan
  - h. Perlindungan kecelakaan kerja dan keselamatan kerja
  - i. Menghindari dari sumber alergi
3. Pelayanan kesehatan langsung :
- a. Pelayanan kesehatan di Posyandu Balita dan Lansia
  - b. Home Care
  - c. Rujukan
  - d. Pembinaan pada kelompok-kelompok di masyarakat.

#### **2.4.5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan penilaian 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 :

- a. Relevansi atau hubungan antara kenyataan yang ada dengan target pelaksanaan.

- b. Perkembangan atau kemajuan proses kesesuaian dengan perencanaan, peran staf atau pelaksanaan tindakan, fasilitas dan jumlah peserta.
- c. Efisiensi biaya. Bagaimanakah pencarian sumber dana dan penggunaannya serta keuntungan program.
- d. Efektifitas kerja. Apakah tujuan tercapai dan apakah klien atau masyarakat puas terhadap tindakan yang dilaksanakan.
- e. Dampak. Apakah status kesehatan meningkatkan setelah dilaksanakannya tindakan, apa perubahan yang terjadi dalam 6 bulan atau 1 tahun. (R.Fallen & R.Budi Dwi K,2010)

## **2.5 Penerapan Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Balita KEP**

### **2.5.1 Pengkajian Keperawatan**

1. Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas
  - a. Lokasi
  - b. Batas Wilayah/wilayah
2. Data demografi
  - a. Jumlah penderita gangguan tumbuh kembang
  - b. Berdasarkan jenis kelamin
  - c. Berdasarkan kelompok gangguan tumbuh kembang

### 3. Data Sub sistem

#### **1. Data lingkungan fisik**

##### a) Fasilitas umum dan kesehatan

##### 1). Fasilitas umum

Sarana kelompok, meliputi : Karang taruna, pengajian,ceramah agama  
PKK.

##### 2). Tempat perkumpulan umum

Balai desa, RW, RT, Masjid/Mushola

3). Fasilitas Kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan, presentasi pemakaian sarana atas 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 :

Bagaimana system keamanan lingkungan yang ada, upaya penanggulangan kebakaran yang tersedia, penanggulangan bencana apakah pernah dilihat apa belum, dan jika komunitas dekat dengan perusahaan upaya apa yang dilakukan dalam menanggulangi adanya polusi (baik melalui udara, air, maupun tanah ).

b. Transportasi

1. Bagaimana dengan sarana transportasi. Kondisi jalan yang tersedia terbuat dari tanah, pedel (macadam), beton atau aspal.

2. Jenis transportasi yang dimiliki misalnya sepeda pancal, motor atau roda empat.

3. Sarana transportasi yang ada, apakah ada kendaraan umum atau tidak, jika tidak bagaimana dengan transportasi yang dipergunakan tiap hari oleh komunitas.

**4. Sistem komunikasi**

a) Fasilitas komunikasi yang ada

Radio, TV, Telepon/Handphone, Majalah/Koran

b) Fasilitas komunikasi yang menunjang untuk kelompok

penderita

Diabetes Mellitus .:

1. Poster tentang gangguan tumbuh kembang.
2. Pamflet tentang penanganan gangguan tumbuh kembang.
3. Leaflet tentang penanganan gangguan tumbuh kembang.
4. Kegiatan yang menunjang kegiatan gangguan tumbuh kembang.
5. Distribusi pendudukan berdasarkan tingkat pendidikan formal :  
SD,SLTP,SLTA, Perguruan tinggi.
6. Rekreasi Tempat wisata yang biasanya dikunjungi untuk rekreasi.

### **2.5.2 Prioritas Masalah dan Diagnosa Keperawatan (Ahmad Djaeni,2000).**

#### **A. Diagnosa Keperawatan**

1. Kurangnya kesadaran pada kelompok ibu balita tentang masalah KEP perkembangan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang Kurangnya Energi Protein balita.
2. Kurangnya pengetahuan ibu balita tentang nutrisi pada balita berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengelolaan, serta pengaturan makanan balita.

B. Menentukan prioritas masalah dengan menggunakan tabel prioritas masalah :

Ada berbagai cara menentukan prioritas masalah, diantaranya :

1. Metode Paper and Pencil Tool ( Ervin, 2002 )

<i>Masalah</i>	<i>Pentingnya masalah untuk dipecahkan :</i>	<i>Kemungkinan perubahan positif jika diatasi :</i>	<i>Peningkatan terhadap kualitas hidup bila diatasi :</i>	<i>Total</i>
	<b>0. Tidak ada</b> <b>1. Rendah</b> <b>2. Sedang</b> <b>3. Tinggi</b>	<b>0. Tidak ada</b> <b>1. Rendah</b> <b>2. Sedang</b> <b>3. Tinggi</b>	<b>0. Tidak ada</b> <b>1. Rendah</b> <b>2. Sedang</b> <b>3. Tinggi</b>	

2. Metode penepisan OMAHA

No	Masalah	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1	Kurangnya kesadaran pada kelompok ibu balitatenang masalah KEP perkembangan berhubungan dengan kurangnya	3	2	5	3	4	4	5	4	4	3	4	3	44

	informasi tentang kurangnya energi protein balita														
2	Kurangnya pengetahuan ibu balita tentang nutrisi pada balita berhubungan dengan ketidak mampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengelola, serta pengaturan makanan balita	3	2	5	2	3	5	3	4	3	4	4	4	4	42

Keterangan :

- 1) Sesuai dengan peran perawat komunitas
- 2) Jumlah yang beresiko
- 3) Besarnya resiko
- 4) Kemungkinan untuk penkes
- 5) Minat masyarakat
- 6) Kemungkinan untuk di atasi
- 7) Sesuai dengan program pemerintah
- 8) Sumber daya tempat
- 9) Sumber daya waktu
- 10) Sumber daya dana
- 11) Sumber daya peralatan
- 12) Sumber daya orang

Score :

0 : Sangat rendah

1 – 2 : Rendah

3 – 4 : Sedang

5 : Tinggi

3. Skoring diagnosis keperawatan komunitas ( Depkes, 2003)

No	Masalah	1	2	3	4	5	6	Total
1	Kurangnya kesadaran pada kelompok ibu balita tentang masalah KEP perkembangan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang kurangnya energi protein balita	3	4	3	5	4	3	22
2	Kurangnya							

pengetahuan ibu balita tentang nutrisi pada balita berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengelola, serta pengaturan makanan balita	3	4	4	5	4	3	23
--	---	---	---	---	---	---	----

Keterangan :

1. Perhatian masyarakat
2. Prevalensi kejadian
3. Berat ringannya masalah
4. Kemungkinan masalah untuk diatasi
5. Tersedianya sumber daya masyarakat
6. Aspek politis

Score :

0 : Sangat rendah

1 – 2 : Rendah

3 – 4 : Sedang

5 : Tinggi

### **2.5.3. Rencana Keperawatan/Intervensi**



1. 1. Diagnosa 1 : Kurangnya kesadaran pada kelompok ibu balita tentang masalah KEP perkembangan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang Kurangnya Energi Protein balita.

1) Tujuan :

- a). Tujuan jangka panjang : Kelompok Balita RW IV dalam waktu 1 tahun dapat mengalami pertumbuhan sesuai dengan usianya.
- b). Tujuan jangka pendek

Kelompok ibu Balita mampu:

- a) Mengerti akan pentingnya Nutrisi pada Balita
- b) Meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan posyandu balita.
- c) Mengerti tentang pertumbuhan balita

a. Kriteria Hasil

1. Kegiatan pelayanan posyandu balita dapat berjalan secara efektif serta kunjungan posyandu meningkat sampai dengan 100 %.
2. a) Ibu balita mampu memahami tentang pertumbuhan pada balita.
  - b) Ibu balita menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti Penyuluhan tentang KEP.
  - c) Ibu balita mau memberikan ASI Eksklusif.

c. Intervensi

1. Kerjasama dengan lintas program sektor : Petugas Puskesmas dalam hal penyuluhan.

2. Koordinasi dengan kader posyandu Balita dalam persiapan tempat, waktu dan penyuluhan
  3. Lakukan persiapan tempat dan waktu untuk penyuluhan
  4. Motivasi kelompok ibu balita untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu Balita secara rutin.
  5. Beri penyuluhan tentang KEP dan ASI Eksklusif serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindak lanjuti.
  6. Lakukan pemeriksaan Berat dan tinggi badan.
- a. Penanggung Jawab
1. Ketua Kader Balita
  2. Petugas Puskesmas
  3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya
- d. Waktu Pelaksanaan : Tanggal 13 Juli 2014
- e. Tempat Pelaksanaan : Balai RW IV kelurahan kejawan putih tambak
- Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
- f. Media yang digunakan : Leaflet dan SA

2. **Diagnosa 2** : Kurangnya pengetahuan ibu balita tentang nutrisi pada balita berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengelolaan, serta pengaturan makanan balita.

#### 4. Kriteria Hasil

1. Balita tidak ada yang berada pada garis kuning dalam jangka waktu 6 bulan
  - a. pertumbuhan balita meningkat

b. Tujuan

1) Tujuan jangka panjang : Kelompok balita RW IV dalam waktu 3x pertemuan mengerti tentang kondisi nutrisi normal pada balita.

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok balita RW IV

mampu:

a) Mengerti ciri – ciri gangguan pertumbuhan pada balita.

b) Mampu memberikan makanan yg sesuai nutrisinya.

c) Membuat makanan pengganti yang sesuai dengan tingkat perekonomian warga.

d) Derajat kesehatan balita meningkat

c. Kriteria Hasil

1) Balita tidak ada yang berada pada garis kuning dalam jangka waktu 6 bulan

2) a) pertumbuhan balita meningkat

a) Derajat kesehatan balita meningkat

d. Intervensi

1. Koordinasi dengan kader posyandu balita dalam persiapan tempat, waktu dan peralatan untuk penyuluhan

2. Lakukan persiapan tempat dan waktu untuk penyuluhan

3. Beri penyuluhan tentang kesehatan balita serta kondisi perubahan yang terjadi pada balita

4. Beri leaflet tentang kesehatan balita tentang nutrisi untuk membantu pemahaman para ibu balita.

5. Kerjasama dengan lintas program dan sektor : kader balita setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan balita.
- e. Penanggung Jawab
    1. Ketua Kader posyandu balita
    2. Petugas Puskesmas
    3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya
  - f. Waktu Pelaksanaan : Tanggal 13 Juli 2014
  - g. Tempat Pelaksanaan: Balai RW IV
  - h. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
- Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

#### **2.5.4 Pelaksanaan**

Adalah pelaksanaan kegiatan – kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok – kelompok yang ada di masyarakat, tokoh – tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sektor terkait lainnya, yang meliputi kegiatan :

1. Promotif :
  - a. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan
  - b. Standarisasi nutrisi yang baik
  - c. Pemeriksaan kesehatan secara periodik
2. Preventif :

- a. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
  - b. Pemberian nutrisi khusus
  - c. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
  - d. Imunisasi khusus pada kelompok khusus
3. Pelayanan kesehatan langsung :
- a. Pelayanan kesehatan di Posyandu balita
  - b. Rujukan

#### **2.5.5 Tahap Evaluasi**

1. Perkembangan masalah kesehatan yang telah ditemukan
2. Pencapaian tujuan keperawatan ( Terutama Tujuan Jangka Pendek )
3. Efektifitas dan efisien tindakan/kegiatan yang telah dilakukan
4. Rencana tindak lanjut