

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Masalah gizi, meskipun sering berkaitan dengan masalah kekurangan pangan, pemecahannya tidak selalu berupa peningkatan produksi dan pengadaan pangan. Pada kasus tertentu, seperti dalam keadaan krisis (bencana kekeringan, perang, kekacauan sosial, krisis ekonomi), masalah gizi muncul akibat masalah ketahanan pangan di tingkat rumah tangga, yaitu kemampuan rumah tangga memperoleh makanan untuk semua anggotanya. Menyadari hal itu, peningkatan status gizi masyarakat memerlukan kebijakan yang menjamin setiap anggota masyarakat untuk memperoleh makanan yang cukup jumlah dan mutunya. Dalam konteks itu masalah gizi tidak lagi semata-mata masalah kesehatan tetapi juga masalah kemiskinan, pemerataan, dan masalah kesempatan kerja. Masalah gizi di Indonesia dan di negara berkembang pada umumnya masih didominasi oleh masalah Kurang Energi Protein (KEP), masalah Anemia Besi, masalah Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), masalah Kurang Vitamin A (KVA) dan masalah obesitas terutama di kota-kota besar. Pada Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi tahun 1993, telah terungkap bahwa Indonesia mengalami masalah gizi ganda yang artinya sementara masalah gizi kurang belum dapat diatasi secara menyeluruh, sudah muncul masalah baru, yaitu berupa gizi lebih. (Supariasa, 2002)

Kekurangan Energi Protein (KEP) atau yang lebih dikenal masyarakat sebagai “gizi buruk” merupakan yang banyak bermunculan balita ini. Hal ini terkait dengan

gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat di kalangan masyarakat kita. Kurangnya pola makan yang bergizi semakin mempertinggi kejadian penyakit KEP. KEP memiliki implikasi yang luas bagi balita maupun keluarganya. Perawat komunitas sejak awal dapat berperan dalam meminimalisasi perubahan potensial pada sistem tubuh pasien. Beberapa penelitian eksperimental memperlihatkan bahwa perawat mempunyai peran yang cukup berpengaruh terhadap perilaku pasien. termasuk kebutuhan gizi yang salah satu efek yang paling mononjol adalah timbulnya kasus-kasus kekurangan gizi KEP (Kurang Energi Protein). (Bondan Palestine, 2007)

Berdasarkan hasil penelitian di 254 desa seluruh Indonesia (Tarwodjo dkk, 2004) di temukan 30% atau 9 juta anak-anak balita menderita gizi kurang sedangkan 3% atau 0,9 juta anak-anak balita menderita gizi buruk. Prevalensi yang tinggi terdapat pada anak-anak di bawah umur 5 tahun (balita). Pada penyakit KEP di temukan berbagai macam keadaan patologis di sebabkan oleh kekurangan energi maupun protein dalam proporsi yang macam-macam.

Meningkatnya jumlah anak yang mengalami KEP dapat dilihat setelah terjadi krisis tersebut. Meskipun penulis sulit mendapatkan gambaran data yang pasti tentang kasus KEP baik pada skala nasional, propinsi maupun tingkat kabupaten. Namun dengan data yang penulis temukan di wilayah kerja puskesmas kecamatan Mulyorejo, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa kasus KEP masih tinggi dari data yang penulis dapatkan berdasar laporan jumlah kasus KEP di wilayah kerja puskesmas kecamatan Mulyorejo RW 02 adalah sebagai berikut:

No	Tahun	Jumlah anak 0-5 th	Jumlah kasus	Prevalensi
1.	2011	744	15	2,01%
2.	2012	605	13	2,14%

Masalah yang dapat timbul pada anak yang menderita KEP di wilayah Puskesmas kecamatan Mulyorejo RW II pada tahun 2011 – 2012 mengalami peningkatan sebesar 0,13%. Maka banyak sektor yang berperan pada penanganannya, terutama memenuhi kebutuhan gizi keluarga. Pemberian makan tambahan, bukan perlunya penanganan sampai pada perawatan di rumah sakit bisa terjadi KEP. Untuk itu bukan hanya peran penting petugas kesehatan saja yang berfungsi dalam penanganannya, namun lebih penting lagi adalah peran seluruh keluarga lebih diutamakan dalam melakukan penanganan kasus KEP, mengingat keluarga merupakan unit terkecil yang berhubungan dengan klien terus menerus, sehingga perlu adanya pelayanan perawatan kesehatan keluarga.

Mendukung keberhasilan gerakan tersebut peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga sangat dibutuhkan, hal ini berkaitan dengan berbagai upaya kesehatan mulai dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif dimaksudkan untuk menambah pengetahuan untuk meningkatkan kesehatan, serta memberikan dan melakukan penyuluhan kesehatan. Preventif dilaksanakan dengan tujuan pencegahan terhadap terjadinya KEP, hal ini dapat dilakukan dengan kegiatan posyandu. Upaya kuratif dimaksudkan untuk menangani kasus KEP serta akibat yang ditimbulkan, seperti pemberian makanan tambahan,

serta mengobati penyakit penyertanya. Sedangkan upaya rehabilitatif adalah mengadakan perbaikan perilaku keluarga untuk memulihkan keadaan dan perilaku yang sehat.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Mengingat keterbatasan penulis dalam hal kemampuan dan pengetahuan, maka penulis dalam menyusun karya tulis ini membatasi pada salah satu masalah yaitu Asuhan Keperawatan Komunitas dengan KEP di Puskesmas Mulyorejo

## **1.3 Tujuan Penulisan**

Tujuan penulisan karya tulis ini adalah sebagai berikut:

### **1.3.1 Tujuan Umum:**

Mendapatkan pengalaman secara nyata dalam merawat penderita KEP dan mengetahui bagaimana asuhan keperawatan penderita KEP secara komprehensif.

### **1.3.2 Tujuan Khusus, penulis dapat :**

- a. Melakukan pengkajian yang meliputi pengumpulan data, pengelompokan data dan menganalisis data klien dengan KEP .
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan komunitas pada klien dengan KEP.
- c. Menyusun prioritas diagnosis keperawatan pada klien dengan KEP dalam bentuk laporan tertulis

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan pada klien dengan KEP.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada klien dengan KEP sesuai dengan dokumentasi keperawatan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan masukan di insitusi sehingga dapat menyiapkan perawat yang berkompeten dan berpendidikan tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan yang koperhensif, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan KEP.

c. Bagi Masyarakat

Memberikan pengetahuan pada masyarakat dan khususnya pada klien dengan KEP

d. Bagi Perawat

Sebagai bahan masukan untuk pengembangan tingkat profesionalisme pelayanan keperawatan yang sesuai standart asuhan keperawatan.

### **1.5 Metode Penulisan dan Teknik Pengumpulan Data**

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode penulisan deskriptif dalam bentuk study kasus dengan tahapan – tahapan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi (Nikmatur, 2012).

Cara yang digunakan dalam pengumpulan data diantaranya :

### 1.5.1 Wawancara

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan secara lisan, biasanya dilakukan jika ingin mengetahui hal-hal yang lebih mendalam dari responden. Data yang dihasilkan adalah data kualitatif . (Mubaraq, 2008)

### 1.5.2 Observasi

Tindakan mengamati secara umum terhadap perilaku dan keadaan klien. (Nikmatur, 2012).

### 1.5.3 Kuessioner

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan kepada responden untuk dijawab. Data yang dihasilkan bisa data kualitatif maupun kuantitatif. (Mubaraq, 2008)

## **1.6 Lokasi dan Waktu**

### 1.6.1 Lokasi

Asuhan keperawatan ini dilakukan di Wilayah RW II Kecamatan Mulyorejo Surabaya.

### 1.6.2 Waktu

Waktu yang digunakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada tanggal 16 Agustus 2012