

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. AA DENGAN
SALAH SATU ANGGOTA KELUARGA BAYI Y.
MENGALAMI GIZI KURANG DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS MANTRIJERON KOTA YOGYAKARTA**

Disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan



**TITING YULIANTI AMINATUN
NIM. P07120117075**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN YOGYARTA
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

“Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. Aa dengan Salah Satu Anggota Keluarga Bayi Y. Mengalami Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta”

Disusun oleh:

Titing Yulianti Aminatun

NIM. P07120117075

telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal:

.....

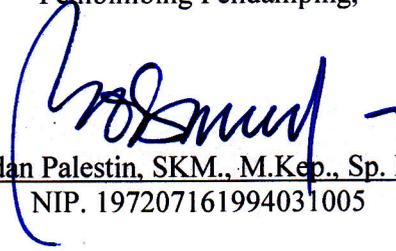
Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Wahyu Ratna, SKM., M.Kes
NIP. 19542081979032001

Pembimbing Pendamping,



Bondan Palestin, SKM., M.Kep., Sp. Kom
NIP. 197207161994031005

Yogyakarta, Juli 2018

Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta



Bondan Palestin, SKM., M.Kep., Sp. Kom
NIP. 197207161994031005

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**" ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. AA DENGAN SALAH
SATU ANGGOTA KELUARGA BAYI Y. MENGALAMI GIZI KURANG
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANTRIJERON KOTA
YOGYAKARTA "**

Disusun Oleh
TITING YULIANTI AMINATUN
NIM. P07120117075

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji
Pada tanggal :

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Wahyu Ratna, SKM. M.Kes
NIP. 19540821979032001

(.....)

Anggota,

Bondan Palestin, SKM., M.Kep., Sp. Kom
NIP. 197207161994031005

(.....)

Anggota,

Sari Candra Dewi, SKM., M.Kep
NIP. 197708131999032001

(.....)

Yogyakarta, Juli 2018

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta



Bondan Palestin, SKM., M.Kep., Sp. Kom
NIP. 197207161994031005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : Titing Yulianti Aminatun

NIM : P07120117075

Tanda Tangan :



Tanggal : 23 Juli 2018

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya, proposal karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. AA dengan Salah Satu Keluarga Bayi Y. Mengalami Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta” ini dapat diselesaikan.

Penyelesaian karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan berbagai pihak, untuk itu penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Bondan Palestin, SKM., M.Kep., Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan Pembimbing KTI
3. Abdul Majid, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Prodi RPL Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Wahyu Ratna, SKM., M.Kes selaku Pembimbing Utama karya tulis ilmiah
5. drg. Ambarwati dan rekan-rekan Puskesmas Mantrijeron,
6. Suamiku Aris Sukrisna dan anakku Zhafira Cetta Arisanti tercinta, serta
7. Semua pihak yang telah membantu penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dalam penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini.

Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat membawa manfaat bagi masyarakat dan pengembangan ilmu keperawatan.

Yogyakarta, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	5
C. TUJUAN STUDI KASUS	5
D. MANFAAT STUDI KASUS	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. KONSEP DASAR GIZI KURANG	7
B. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN PADA GIZI KURANG.....	24
BAB III KASUS DAN PEMBAHASAN	34
A. PENGKAJIAN.....	34
B. ANALISA DATA	48
C. SKORING.....	50
D. DIAGNOSA KEPERAWATAN	52
E. PERENCANAAN.....	53
F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	55
G. PEMBAHASAN	58

BAB IV	65
KESIMPULAN DAN SARAN.....	65
A. KESIMPULAN	65
B. SARAN.....	65
DAFTAR PUSTAKA	67

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Hasil Pemantauan Status Gizi Balita (PSG) di Kota Yogyakarta Tahun 2011-2014 dengan Indikator Berat Badan Menurut Umur	3
Tabel 2. Klasifikasi NCHS-WHO	12
Tabel 3. Kebutuhan energi per hari.	17
Tabel 4. Kebutuhan protein perhari	19

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Status Gizi Balita Tahun 2017 Puskesmas Mantrijeron	3
Gambar 2. Bagan terjadinya kekurangan energi protein (KEP).....	9

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Satuan Acara Penyuluhan	68
Lampiran 2. Daftar Hadir Penyuluhan	70
Lampiran 3. Dokumentasi Kegiatan	71

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gizi buruk (malnutrisi) merupakan masalah utama dalam bidang kesehatan, khususnya di berbagai negara berkembang (WHO, 2004). The United Nations Children's Fund (UNICEF) pada tanggal 12 September 2008, menyatakan malnutrisi sebagai penyebab lebih dari 1/3 dari 9,2 juta kematian pada anak-anak di bawah usia 5 tahun di dunia. UNICEF juga memberitakan tentang terdapatnya kemunduran signifikan dalam kematian anak secara global di tahun 2007, tetapi tetap terdapat rentang yang sangat jauh antara negara-negara kaya dan miskin, khususnya di Afrika dan Asia Tenggara (CWS, 2008).

Malnutrisi dalam bentuk apapun meningkatkan risiko terkena berbagai penyakit dan kematian. Malnutrisi energi-protein, misalnya, merupakan sebuah peran utama dari semua kematian anak di bawah usia 5 tahun setiap tahunnya di negara-negara berkembang (WHO, 2001). Bentuk bahaya dari malnutrisi termasuk marasmus, kretinisme, kerusakan otak yang irreversible akibat defisiensi iodin, kebutaan, peningkatan faktor risiko terhadap penyakit infeksi, dan kematian akibat defisiensi vitamin A (WHO, 2004).

World Food Programme (WFP) memperkirakan 13 juta anak di Indonesia menderita malnutrisi. Ada beberapa wilayah di Indonesia, yang sekitar 50% bayi dan anak-anak mempunyai berat badan rendah. Survei yang dipublikasi oleh Church World Service (CWS), pada suatu studi kasus di 4 daerah wilayah Timor Barat (Kupang, Timur Tengah Selatan (TTS), Timur Tengah

Utara (TTU), dan Belu) menunjukkan sekitar 50% dari bayi dan anak-anak adalah underweight sedang dan/atau underweight berat. Bersama dengan Helen Keller International dan UNICEF, CWS West Timor survei menyimpulkan 13,1% dari seluruh anak di bawah usia 5 tahun menderita malnutrisi akut, sedangkan 61,1% dari bayi baru lahir sampai umur 59 bulan menderita malnutrisi kronik (Church World Service (CWS), 2008).

Berdasarkan data Riskesdas 2015, pada penimbangan balita di posyandu, ditemukan sebanyak 26.518 balita gizi buruk secara nasional. Kasus gizi buruk yang dimaksud ditentukan berdasarkan perhitungan berat badan menurut tinggi badan balita $Zscore < -3$ standar deviasi (balita sangat kurus). Sedangkan menurut hasil Riskesdas 2013 prevalensi gizi sangat kurus pada balita sebesar 5,3%. Jika diestimasi terhadap jumlah sasaran balita (S) yang terdaftar di posyandu yang melapor (21.436.940) maka perkiraan jumlah balita gizi buruk (sangat kurus) sebanyak sekitar 1,1 juta jiwa.

Pemantauan Status Gizi Balita di laksanakan setiap tahun 2 kali yaitu pada bulan Februari dan Agustus dengan tujuan untuk mengetahui gambaran prevalensi status gizi balita dengan beberapa indikator . indikator yang biasa digunakan yaitu indikator berat badan menurut umur (BB/U) dan indikator tinggi badan menurut umur (TB/U). Adapun hasil dari pemantauan tersebut selama 4 tahun terakhir dari tahun 2011 sampai dengan 2014 dapat dilihat pada tabel berikut ini:

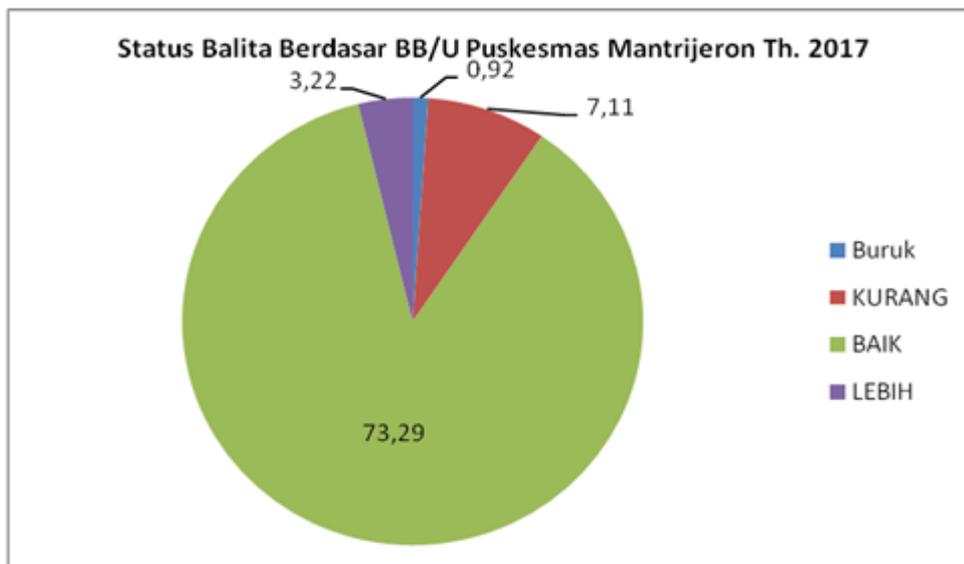
Tabel 1. Hasil Pemantauan Status Gizi Balita (PSG) di Kota Yogyakarta Tahun 2011-2014 dengan Indikator Berat Badan Menurut Umur

No	Status Gizi	Tahun 2011 (dalam %)	Tahun 2012 (dalam %)	Tahun 2013 (dalam %)	Tahun 2014 (dalam %)
1	Gizi Lebih	4,07	4,81	4,86	4,39
2	Gizi Baik	86,44	87,65	87,8	87,68
3	Gizi Kurang	8,14	6,68	6,75	7,26
4	Gizi Buruk	1,35	0,71	0,59	0,67

Sumber: Profil Kesehatan Kota Yogyakarta 2015

Berdasarkan Pemantauan Status Gizi yang dilakukan pada tahun 2017, dengan indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U), status gizi buruk balita di wilayah Kecamatan Mantriweron mengalami kenaikan dari tahun 2016 (0,48%) menjadi 0,92% pada tahun 2017; dan status gizi Kurang dari 8,40% pada tahun 2016 turun menjadi 7,11% pada tahun 2017; Status Gizi Lebih mengalami penurunan dari tahun 2016 (3,66%) menjadi 3,22% pada tahun 2017.

Gambaran Status Gizi balita tahun 2017 dapat dilihat pada Gambar 1.



Sumber: Profil Puskesmas Mantriweron 2017

Gambar 1. Status Gizi Balita Tahun 2017 Puskesmas Mantriweron

Sebagai upaya penatalaksanaan gizi kurang atau gizi buruk, Puskesmas Mantrijeron menerapkan asuhan keperawatan pada pasien gizi kurang atau buruk. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Asuhan keperawatan dilaksanakan melalui proses-proses keperawatan. Menurut Ali (1997) proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien/klien, di mulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan penilaian tindakan keperawatan.

An. Y merupakan salah satu bayi di wilayah Mantrijeron dengan status gizi kurang menurut indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U). Usia An. Y saat ini 10 bulan dengan berat badan 6,7 kg. Melalui asuhan keperawatan yang baik, diharapkan tumbuh kembang An. Y dapat sesuai dengan perkembangan normal anak seusianya. Selain itu, dari hasil asuhan keperawatan pada An. Y di Keluarga Tn. AA ini diharapkan dapat menjadi acuan baku proses perawatan gizi kurang di Puskesmas Mantrijeron tempat penulis melaksanakan ketugasan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, dapat dirumuskan masalah “Bagaimana gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga An. Y dengan Gizi Kurang pada Keluarga Tn. AA mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan pendokumentasian?”.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Diperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan An. Y pada keluarga Tn. AA dengan masalah gizi kurang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- b. Mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan judul KTI.
Mengidentifikasi faktor pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

D. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus pada An. Y di keluarga Tn. AA dengan masalah Gizi Kurang ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

1. Keluarga An. Y

Keluarga mengetahui perawatan pada anak dengan gizi kurang dan mampu merawat An. Y dengan baik. Manfaat lain adalah dengan perawatan yang baik, status gizi An. Y menjadi normal, pertumbuhan dan perkembangan An. Y menjadi baik.

2. Perkembangan ilmu pengetahuan

Menambah keluasan ilmu terapan di bidang keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada pasien gizi kurang.

3. Penulis

Memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien gizi kurang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gizi Kurang

1. Pengertian

a. Pengertian Zat Gizi

Zat gizi (*Nutrients*) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan (Almatsier, 2009).

b. Pengertian Gizi

Gizi (*Nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi (Supariasa, 2012).

c. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Dibedakan antara status gizi buruk, kurang gizi, baik, dan lebih (Almatsier, 2009).

d. Pengertian Kurang Energi Protein (KEP)

Kurang Energi Protein (KEP) adalah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu (Supariasa, 2012).

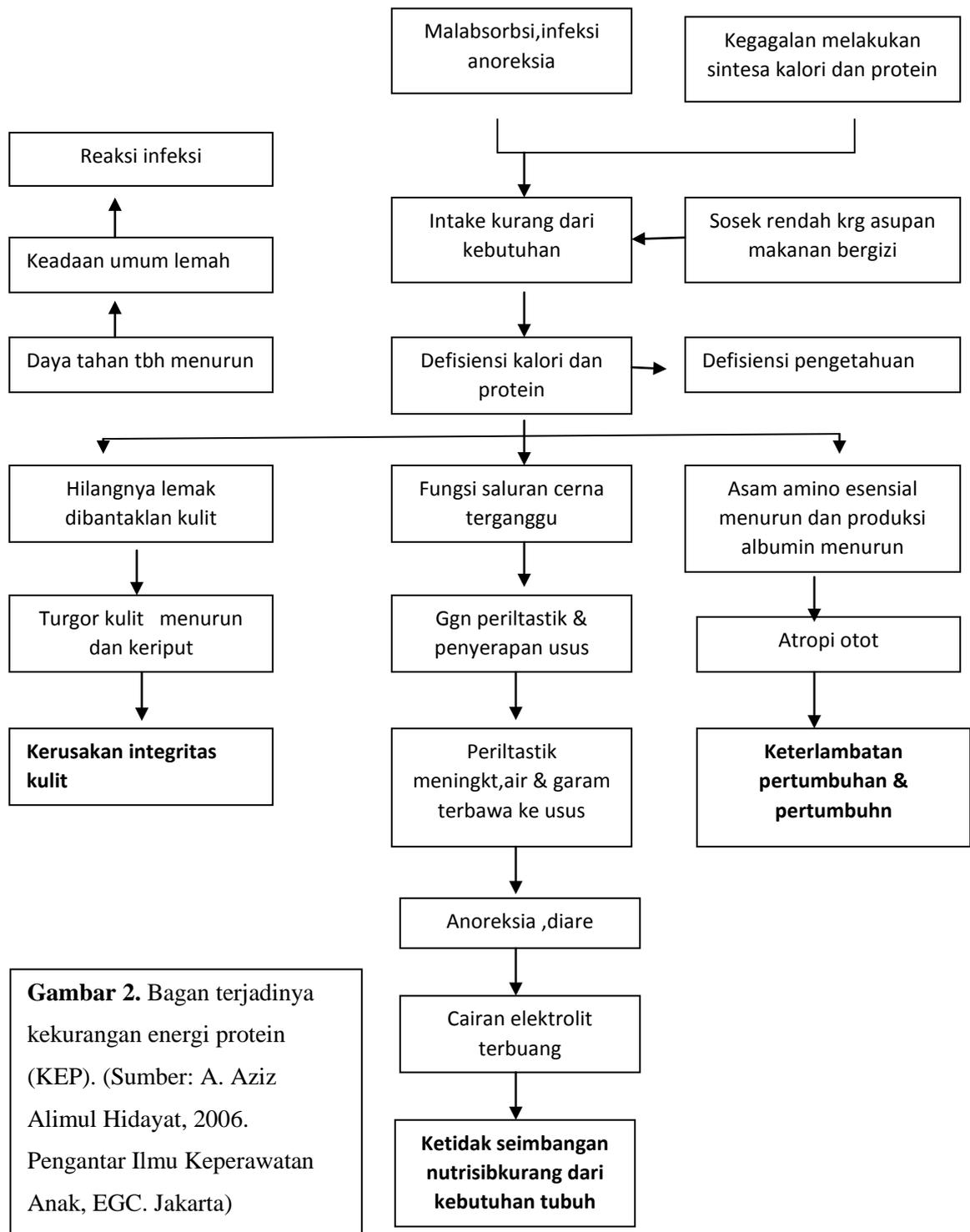
2. Etiologi

Kurang Energi Protein (KEP) disebabkan oleh kekurangan makanan sumber energi secara umum dan kekurangan sumber protein (Almatsier, 2009). Penyebab kurang gizi dapat bersifat primer, yaitu apabila kebutuhan individu yang sehat akan protein, energi, atau keduanya, tidak dipenuhi oleh makanan yang adekuat, atau sekunder, akibat adanya penyakit yang dapat menyebabkan asupan kurang optimal, gangguan penyerapan, dan peningkatan kebutuhan karena terjadi kehilangan zat gizi atau keadaan stres (Alpers, 2006).

3. Patofisiologi

Asupan makanan yang kadar proteinnya kurang dari kebutuhan tubuh, mengakibatkan kekurangan asam amino esensial yang diperlukan dalam pertumbuhan dan perbaikan sel. Apabila kebutuhan zat gizi akan protein tidak tercapai maka tubuh akan menggunakan cadangan makanan yang ada, dimulai dengan pembakaran cadangan karbohidrat kemudian cadangan lemak serta protein dengan melalui proses katabolik. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu lama, cadangan itu akan habis dan akan menyebabkan kelainan pada jaringan, dan proses

selanjutnya dalam tubuh akan menunjukkan manifestasi Kurang Energi Protein (KEP) berat yang biasa disebut kwashiorkor (kekurangan protein) ataupun marasmus (kekurangan energi).



3. Manifestasi klinis

Menurut Departemen Kesehatan RI (1999) yang dikutip dari Supriasa (2012), anak yang mengidap KEP ringan dan sedang pada pemeriksaan hanya nampak kurus. Namun gejala klinis KEP berat secara garis besar dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu marasmus, kwasiorkor, atau marasmus-kwasiorkor.

Pada pemeriksaan klinis, penderita KEP berat akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Marasmus
 - 1) Anak tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit
 - 2) Wajah seperti orang tua
 - 3) Cengeng dan rewel
 - 4) Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit, bahkan sampai tidak ada
 - 5) Sering disertai diare kronik atau konstipasi/susah buang air, serta penyakit kronik
 - 6) Tekanan darah, detak jantung, dan pernapasan berkurang.
- b. Kwasiorkor
 - 1) Edema umumnya di seluruh tubuh terutama pada kaki
 - 2) Wajah membulat dan sembab
 - 3) Otot-otot mengecil (atrofi), lebih nyata apabila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk, 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
 - 10) Pandangan mata anak tampak sayu.
- c. Marasmus-kwasiorkor
- Tanda-tanda marasmus-kwasiorkor adalah gabungan dari tanda-tanda yang ada pada marasmus dan kwasiorkor.

4. Klasifikasi KEP

Berdasarkan Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes RI (1999) dalam Supriasa (2012), pada tingkat Puskesmas penentuan Kekurangan Energi Protein (KEP) yang dilakukan dengan menimbang berat badan anak dibandingkan dengan umur dan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) dan tabel berat badan per umur baku median NHCS (*National Centre Health Statistic-USA*).

- a. KEP ringan bila hasil penimbangan berat badan KMS terletak pada pita warna kuning
- b. KEP sedang bila hasil penimbangan berat badan pada KMS terletak di Bawah Garis Merah (BGM)
- c. KEP berat/gizi buruk bila hasil penimbangan berat badan per umur < 60% baku median WHO-NCHS. Pada KMS tidak ada garis

pemisah Kekurangan Energi Protein (KEP) berat/gizi buruk dan Kekurangan Energi Protein (KEP) sedang, sehingga untuk menentukan KEP berat/gizi buruk digunakan tabel BB/U Baku median WHO-NCHS yang dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2. Klasifikasi NCHS-WHO (Sumber: I Dewa Nyoman Supariasa, Bachyar Bakri dan Ibnu Fajar. 2012. Penilaian Status Gizi. EGC: Jakarta).

BB/TB	BB/U	TB/U	Status gizi
Normal	Rendah	Rendah	Baik, pernah kurang
Normal	Normal	Normal	Baik
Normal	Tinggi	Tinggi	Jangkung, masih baik
Rendah	Rendah	Tinggi	Buruk
Rendah	Rendah	Normal	Buruk, kurang
Rendah	Normal	Tinggi	Kurang
Tinggi	Tinggi	Rendah	Lebih, obesitas
Tinggi	Tinggi	Normal	Lebih, tidak obesitas
Tinggi	Normal	Rendah	Lebih, pernah kurang

5. Metode Penilaian Status Gizi

Dalam menentukan nilai status gizi seseorang terutama balita, ada beberapa cara atau metode, namun pada prinsipnya metode tersebut terdiri dari dua macam (Supariasa, 2012):

a. Penilaian Status Gizi secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian, yaitu: antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Masing-masing penilaian tersebut akan dibahas secara umum sebagai berikut:

1) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi.

Penggunaan:

Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

2) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*superficial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.

Penggunaan:

Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (*rapid clinical surveys*). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Di samping itu pula, 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 laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot.

Penggunaan:

Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faali 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.

Penggunaan:

Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik (*epidemic of night blindness*).

Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

b. Penilaian Status Gizi secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu: survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

Pengertian dan penggunaan metode ini akan diuraikan sebagai berikut:

1) Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi.

Penggunaan:

Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

2) Statistik Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi.

Penggunaan:

Penggunaannya dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator tidak langsung pengukuran status gizi di masyarakat.

3) Faktor Ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi dan lain-lain.

Penggunaan:

Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab kurang gizi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi.

Pada anak yang menderita Kekurangan Energi Protein (KEP) dapat ditentukan berdasarkan dari kebutuhan nutrisinya. Kebutuhan nutrisi yang kurang dipenuhi pada Kekurangan Energi Protein (KEP), yaitu: Karbohidrat dan Lemak (sebagai penghasil energi) serta Protein.

a) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi yang tersedia dengan mudah di setiap makanan. Kekurangan karbohidrat sekitar 15% dari kalori yang ada dapat menyebabkan terjadinya kelaparan dan berat badan menurun. Jumlah karbohidrat yang cukup dapat diperoleh dari susu, padi-padian, buah-buahan, sukrosa, sirup, tepung dan sayur-sayuran.

Tabel 3. Kebutuhan energi per hari. (Sumber: A. Aziz Alimul Hidayat. 2008. Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika).

Usia	BB (kg)	TB (cm)	Energi (Kkal)
0-6 bulan	6	80	550
7-12 bulan	8,5	71	650
1-3 tahun	12	90	1000
4-6 tahun	18	110	1550

b) Lemak

Lemak merupakan sumber yang kaya akan energi dan pelindung organ tubuh terhadap suhu, seperti pembuluh darah, saraf, organ, dan lain-lain. Kekurangan lemak akan menyebabkan terjadinya perubahan kulit, khususnya asam linoleat yang rendah dan berat badan kurang. Jumlah lemak yang cukup dapat diperoleh dari susu, mentega, kuning telur, daging, ikan, keju, kacang-kacangan, dan minyak sayur.

c) Protein

Protein merupakan zat gizi dasar yang berguna dalam pembentukan protoplasma sel. Selain itu, tersedianya protein dalam jumlah yang cukup penting untuk pertumbuhan dan perbaikan sel jaringan dan sebagai larutan untuk menjaga keseimbangan osmotik plasma. Kekurangan protein akan dapat menyebabkan kelemahan, edema, bahkan dalam kondisi lebih buruk akan menyebabkan kekurangan Energi Protein (KEP) berat, yaitu marasmus dan kwasiorkor. Komponen protein ini dapat diperoleh dari susu, telur, daging, ikan, unggas, keju, kedelai kacang, buncis dan padi-padian.

Tabel 4. Kebutuhan protein per hari (per kg BB). (Sumber: A. Aziz Alimul Hidayat. 2008. Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika, halaman 43).

Usia	BB (kg)	TB (cm)	Protein (gram)
0-6 bulan	6	60	10
7-12 bulan	8,5	71	18
1-3 tahun	12	90	25
4-6 tahun	18	110	39

Kekurangan Energi Protein dapat pula ditentukan melalui pengukuran Berat Badan Ideal anak. Berikut ini adalah patokan Berat Badan Ideal anak (Sumanto, 2009), yaitu:
 Untuk menghitung sendiri berat ideal bagi anak usia 0-12 bulan juga dapat menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Berat Badan Ideal} = \frac{(\text{umur (bulan)}) + 4}{2}$$

6. Akibat Gizi Kurang pada Proses Tubuh

Menurut Sunita Almatsier (2009), gizi yang baik merupakan modal bagi pengembangan sumber daya manusia, namun kurang gizi dapat berakibat terhadap proses tubuh bergantung pada zat-zat gizi apa yang kurang.

Kekurangan gizi secara umum (makanan kurang dalam kuantitas dan kualitas) menyebabkan gangguan pada proses-proses:

a. Pertumbuhan

Anak-anak tidak tumbuh menurut potensialnya. Protein digunakan sebagai zat pembakar, sehingga otot-otot menjadi lembek dan rambut mudah rontok. Anak-anak yang berasal dari tingkat sosial ekonomi menengah ke atas rata-rata lebih tinggi daripada yang berasal dari keadaan sosial ekonomi rendah.

b. Produksi Tenaga

Kekurangan energi berasal dari makanan, menyebabkan seseorang kekurangan tenaga untuk bergerak, bekerja, dan melakukan aktifitas. Orang menjadi malas, merasa lemah, dan produktifitas menurun.

c. Pertahanan tubuh

Daya tahan terhadap tekanan atau stres menurun. Sistem imunitas dan antibodi berkurang, sehingga orang mudah terserang infeksi seperti pilek, batuk, dan diare. Pada anak-anak hal ini dapat membawa kematian.

d. Struktur dan Fungsi Otak

Kurang gizi pada usia muda dapat berpengaruh terhadap perkembangan mental, dengan demikian kemampuan berpikir. Otak mencapai bentuk maksimal pada usia dua tahun. Kekurangan gizi dapat berakibat terganggunya fungsi otak secara permanen.

e. Perilaku

Baik anak-anak maupun orang dewasa yang kurang gizi menunjukkan perilaku tidak tenang. Mereka mudah tersinggung, cengeng, dan apatis.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang relevan adalah pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium digunakan untuk mempelajari status nutrisi, termasuk ukuran protein plasma, seperti albumin, transferrin, retinol yang mengikat protein, total kapasitas ikatan zat besi, dan hemoglobin.

Faktor yang mempengaruhi tes laboratorium :

1. Keseimbangan cairan
2. Fungsi hati
3. Fungsi Ginjal
4. Adanya penyakit penyerta atau causal disease.

8. Penatalaksanaan

Menurut Wong (2009), penanganan gizi kurang adalah:

- a. Pemberian diet dengan protein.
- b. Karbohidrat, vitamin dan mineral kualitas tinggi.

Penatalaksanaan keperawatan menurut Ngastiyah (2005), pasien yang menderita defisiensi gizi tidak selalu dirawat di rumah sakit kecuali yang menderita malnutrisi berat, seperti: kwashiorkor, marasmus, marasmus-kwashiorkor atau malnutrisi dengan komplikasi penyakit lainnya. Masalah pasien yang perlu diperhatikan adalah memenuhi

kebutuhan gizi, bahaya terjadinya komplikasi, gangguan rasa aman dan nyaman/psikososial dan kurangnya pengetahuan orang tua pasien mengenai makanan.

Kebutuhan nutrisi pada setiap anak berbeda, mengingat kebutuhan untuk pertumbuhan dan perkembangan sel atau organ pada anak berbeda, dan perbedaan ini yang menyebabkan jumlah dan komponen zat gizi berlainan. Menurut Hidayat (2012), kebutuhan nutrisi yang dikelompokkan berdasar usia anak (terutama anak berumur kurang dari 5 tahun):

a. Umur 0-4 Bulan

Pada umur ini kebutuhan nutrisi bayi semuanya melalui air susu ibu yang terdapat komponen yang paling seimbang, akan tetapi apabila terjadi gangguan dalam air susu ibu maka dapat menggunakan susu formula dan nilai kegunaan atau manfaat jauh lebih baik dari menggunakan Air Susu Ibu (ASI). ASI mempunyai peran penting dalam pertumbuhan dan perkembangan bagi anak mengingat zat gizi yang ideal terdapat di dalamnya, di antaranya: Imunoglobulin (Ig A, Ig G, Ig M, Ig D, Ig E) merupakan protein yang dapat bergabung dengan bakteri dan menghasilkan imunitas pada tubuh, lisozim merupakan satu enzim yang tinggi jumlahnya dan berfungsi sebagai bakterostatik (penghentian atau penghambatan pertumbuhan bakteri) terhadap enterobakteria dan kuman gram negatif dan sebagai pelindung terhadap berbagai

macam virus, kemudian laktoperoksidase enzim yang berfungsi membunuh streptokokus dan lain-lain.

Pemberian ASI Eksklusif adalah sampai empat bulan tanpa makanan yang lain, sebab kebutuhannya sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan pada bayi, dan proses pemberian ASI ini dapat dilakukan melalui proses menyusui.

b. Umur 4-6 Bulan

Pada usia ini kebutuhan nutrisi pada anak tetap yang utama adalah Air Susu Ibu (ASI) kemudian ditambah lagi dengan bubur susu dan sari buah.

c. Umur 6-9 Bulan

Kebutuhan nutrisi pada anak usia ini adalah tetap diteruskan kebutuhan nutrisi dari ASI kemudian ditambah dengan bubur susu, bubur tim saring dan buah.

d. Umur 10-12 Bulan

Pada usia ini anak tetap diberikan Air Susu Ibu (ASI) dengan penambahan pada bubur susu, bubur tim kasar dan buah, bentuk makanan yang disediakan dapat lebih padat dan bertambah jumlahnya mengingat pertumbuhan gigi dan kemampuan fungsi pencernaan sudah bertambah. Pada usia ini anak senang makan sendiri dengan sendok atau suka makan dengan tangan, pada anak seusia ini adalah merupakan usaha yang baik dalam menuntun ketangkasan dan merasakan bentuk makanan.

e. Usia Todler dan Prasekolah (3-6 Tahun)

Pada usia ini kemampuan kemandirian dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi sudah mulai muncul, sehingga segala peralatan yang berhubungan dengan makan seperti garpu, piring, sendok dan gelas semuanya harus dijelaskan pada anak atau diperkenalkan dan dilatih tentang penggunaannya, sehingga dapat mengikuti aturan yang ada. Dalam pemenuhan nutrisi pada usia ini sebaiknya penyediaan bervariasi menunya untuk mencegah kebosanan, berikan susu dan makanan yang dianjurkan, antara lain: daging, sup, sayuran dan buah-buahan. Pada anak usia ini juga perlu makanan padat sebab kemampuan mengunyah sudah mulai kuat.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengertian Keluarga

a. Definisi keluarga

- 1) Menurut Ali (2010) Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.
- 2) Menurut Achjar (2012), keluarga adalah suatu kumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik,

mental, emosional dan social dari individu-individu yang ada di dalamnya, terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

b. Simpulan Pengertian

Dari kedua definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah:

- 1) Unit terkecil dari masyarakat
- 2) Terdiri atas dua orang atau lebih
- 3) Ada ikatan perkawinan dan pertalian darah
- 4) hidup dalam satu rumah tangga
- 5) di bawah asuhan seorang kepala keluarga
- 6) berinteraksi di antara sesama anggota keluarga
- 7) setiap anggota keluarga mempunyai perannya masing-masing
- 8) menciptakan dan mempertahankan kebudayaan

2. Tipe Keluarga

Terdiri dari:

- a) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, anak-anak.
- b) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya kakek, nenek, keponakan.
- c) Keluarga berantai (*serial family*) ialah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti

- d) Keluarga duda/janda (single family) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- e) Keluarga berkomposisi (composite) adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama.
- f) Keluarga kabitas (chabitasi) adalah dua orang yang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

3. Tumbuh Kembang Keluarga

Menurut Sudiharto (2007):

- a) Pasangan yang membentuk suatu keluarga dilandasi dengan cinta dan kasih sayang, merencanakan dengan matang jumlah anak dan memperjelas peran masing-masing.
- b) Keluarg adengan kelahiran anak pertama dimulai dari kehamilan sampai anak umur 3 bulan, perlu mempersiapkan mental orang tua, untuk kelahiran dan sosialisasi dengan lingkup keluarga yang besar.
- c) Keluarga dengan anak pra sekolah. Keluarga amenanamkan nilai-nilai dan norma-norma keagamaan, mengenalkan kultur keluarga dan membantu berinteraksi dengan lingkup yang lebih besar.
- d) Keluarga dengan anak usia sekolah. Keluarga amembantu membiasakan anak belajar dan memberi pengertian manfaat belajar untuk masa depannya.
- e) KEluarga dengan anak remaja seringkali terjadi perbedaan pendapat dan harus diselesaikan dengan baik karena sangat

berdampak pada hubungan selanjutnya. Keluarga memberi kebebasan dalam batasan tanggung jawab serta mempertahankan komunikasi dua arah.

- f) Keluarga dengan melepas anak ke masyarakat. Remaja akan meninggalkan orang tua, keluarga membantu untuk mandiri, perlu mempertahankan komunikasi, perlu menata kembali peran setelah ditinggalkan anak-anaknya.
- g) Keluarga dengan tahapan berdua kembali. Tahapan dimana telah ditinggalkan anak-anaknya sehingga perlu merencanakan kembali kegiatan yang akan datang, menjaga komunikasi dengan anak cucu, serta menjaga kesehatan masing-masing pasangan.
- h) Keluarga dengan masa tua. Masa tua bisa dihindari, masa kesepian, sehingga pada tahap ini perlu saling menjaga dan saling memperhatikan kesehatan pasangan, merencanakan mengisi hari tua dengan berolahraga, berkebun, mengasuh cucu, dan masing-masing saling mengingatkan akan kehidupan kekal setelah kehidupan ini.

4. Tugas Keluarga bidang kesehatan menurut Achjar (2010)

Keluarga mempunyai 5 tugas memelihara kesehatan keluarga khususnya keluarga yang anggotanya menderita penyakit gizi kurang, yaitu:

- a) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarga tentang gejala gizi kurang
- b) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit gizi kurang.
- c) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang menderita gizi kurang
- d) Menciptakan lingkungan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepada anggota keluarganya
- e) Mempergunakan fasilitas kesehatan yang dapat mengatasi penyakit gizi kurang

H. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan keluarga adalah bantuan, bimbingan, pengawasan yang diberikan oleh seorang perawat yang ditujukan pada keluarga sebagai kesatuan yang dirawat dengan menggunakan kerangka kerja yang disusun secara sistematis yang berguna untuk menggambarkan perkembangan keluarga secara menyeluruh (Efendy, 2007).

1. Pengkajian

Menurut Effendy (2007), pengkajian adalah sekumpulan tindakan yang digunakan oleh perawat untuk mengukur keadaan klien (keluarga) dengan menangani norma-norma kesehatan keluarga maupun sosial, yang merupakan sistem integrasi dan kesanggupan keluarga untuk mengatasinya. Pengumpulan data dalam pengkajian dilakukan dengan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

Pengkajian keluarga terdiri dari dua tahap:

a. Penjajakan I adalah mengumpulkan data dan analisa data untuk mengidentifikasi masalah keperawatan, meliputi data dasar:

- 1) Struktur dan sifat masalah keluarga
- 2) Faktor sosial, ekonomi, dan keluarga
- 3) Faktor lingkungan
- 4) Riwayat kesehatan

b. Penjajakan II adalah mengumpulkan data dan analisa data untuk mengidentifikasi kesanggupan keluarga melaksanakan tugas-tugas kesehatan meliputi persepsi atau tanggapan keluarga terhadap masalah kesehatan. Pengkajian tahap II pada Keluarga Tn. AA adalah mengeksplorasi bagaimana persepsi dan tanggapan keluarga terhadap masalah An. Y dengan gizi kurang antara lain:

- 1) Mengidentifikasi kemampuan keluarga untuk mengenal masalah gizi kurang
- 2) Mengidentifikasi aplikasi keluarga dengan mengambil keputusan yang tepat dalam penanganan gizi kurang.
- 3) Mengidentifikasi berbagai data yang menunjukkan apakah keluarga dapat merawat gizi kurang.
- 4) Apakah keluarga dapat menciptakan lingkungan yang kondusif untuk klien gizi kurang.
- 5) Mengidentifikasi ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk klien gizi kurang.

Analisa data adalah mengelompokkan data subyektif dan obyektif kemudian dibandingkan dengan standar normal sehingga didapatkan masalah keperawatan.

2. Perumusan diagnosis keperawatan menurut Ester, dkk (2012)

Komponen rumus diagnose keperawatan meliputi:

- a) Masalah atau problem
- b) Penyebab atau etiologi adalah kumpulan data subyektif dan obyektif

Dalam penyusunan masalah kesehatan perawatan keluarga menurut Ester, dkk (2012) mengacu pada tipologi diagnose keperawatan keluarga, yaitu:

- a) Potensial atau wellness
- b) Risiko (ancaman)
- c) Aktual (nyata)

3. Perencanaan

Perencanaan adalah sekelompok tindakan yang ditentukan untuk dilaporkan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi (Effendy, 2007)

Perencanaan terdiri dari:

a) Prioritas masalah

Dengan memperhatikan beberapa kriteria, yaitu:

- 1) Sifat masalah (aktual, risiko, potensial)
- 2) Kemungkinan masalah dapat diubah (mudah, sebagian, sulit)
- 3) Potensi dapat dicegah (tinggi, cukup, rendah)
- 4) Menonjolnya masalah

Adapun cara menghitung skoring prioritas masalah tersebut adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- 1) Skor dibagi angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- 2) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 3) Dari sekian beberapa masalah yang diskoring tadi, maka nilai masalah dengan nilai tertinggi
- 4) Prioritas disusun berdasarkan skor tertinggi

b) Tujuan

Tujuan asuhan keperawatan pada tingkat keluarga adalah meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya yang meliputi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Tujuan jangka panjang mengacu pada bagaimana mengatasi problem keperawatan. Sedangkan tujuan jangka pendek mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi yang berorientasi pada lima tugas kesehatan keluarga sebagai berikut:

- 1) Mengetahui masalah kesehatannya
- 2) Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Merawat atau menolong anggota keluarga yang sakit
- 4) Memelihara lingkungan rumah yang biasa mempengaruhi kesehatan dan pengembangan pribadi
- 5) Memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat guna pemeliharaan kesehatan

c) Rencana Tindakan

Rencana tindakan merupakan suatu rencana tindakan keperawatan berdasarkan masalah keperawatan untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Rencana ini disesuaikan berdasarkan prioritas masalah keperawatan.

Adapun bentuk tindakan yang dilakukan dalam intervensi:

- 1) Menggali tingkat pengetahuan atau pemahaman keluarga mengenai masalah
- 2) Mendiskusikan dengan keluarga mengenai hal-hal yang belum diketahui
- 3) Memberikan penyuluhan atau penjelasan dengan keluarga
- 4) Memotivasi keluarga untuk melakukan hal-hal yang positif
- 5) Memberikan pujian pada keluarga atau usahanya

d) Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana perawatan kesehatan keluarga. Perawat melaksanakan tindakan-tindakan keperawatan yang telah direncanakan disesuaikan dengan keadaan keluarga.

e) Evaluasi

Merupakan pengukuran keberhasilan dalam pelaksanaan dari tindakan keperawatan yang direncanakan. Evaluasi biasa berupa evaluasi proses maupun evaluasi hasil. Dimana evaluasi mengungkapkan tiga masalah atau kemungkinan, yaitu

- 1) Masalah dapat diselesaikan
- 2) Sebagian saja masalah yang dapat terpecahkan
- 3) Muncul masalah baru.

BAB III
KASUS DAN PEMBAHASAN

Hari : Senin, 2 Juli 2018
Jam : 08.30 WIB
Tempat : Minggiran MJ II/1012 RT 52/14 Suryodiningratan Yogyakarta
Oleh : Titing Yulianti
Sumber data : Keluarga, Lingkungan Fisik
Metode : Wawancara, Observasi

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama Pasien : An. Y
- 2) Umur : 10 bulan
- 3) Jenis Kelamin : Laki-laki
- 4) Agama : Islam
- 5) Pendidikan : Belum sekolah
- 6) Pekerjaan : Tidak bekerja
- 7) Status Perkawinan : Belum kawin
- 8) Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
- 9) Alamat : Suryodiningratan MJ II/1012
RT 52 RW 14 Yk

10) Jumlah Anggota Keluarga: 3 (Tiga)

11) Diagnosis Medis : Gizi Kurang

b. Penanggung Jawab/Keluarga

1) Nama : Tn. AA

2) Umur : 26 tahun

3) Pendidikan : SLTA

4) Pekerjaan : Pegawai Swasta

5) Alamat : Suryodiningratan MJ II/1012

RT 52 RW 14 Yk

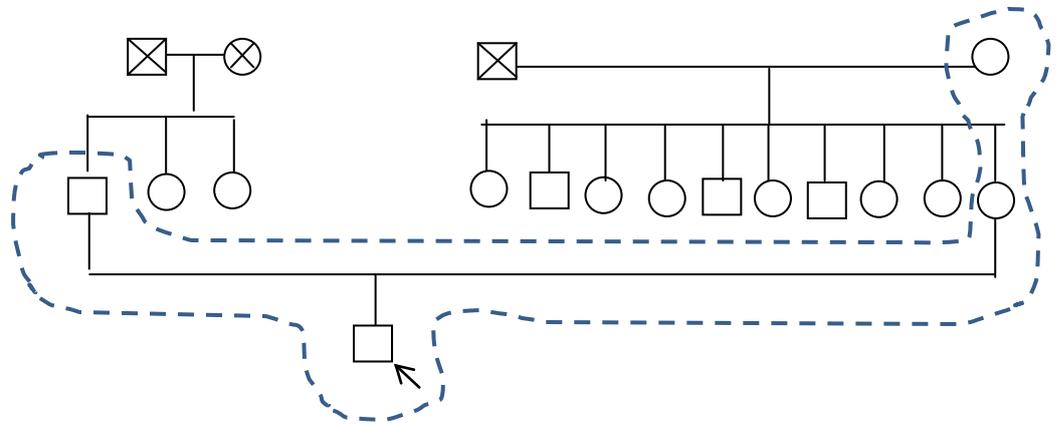
6) Hubungan dengan pasien : Istri

7) Status Perkawinan : Kawin

2. Daftar Anggota Keluarga

No.	Nama	Umur	Agama	L/P	Hub. Dg KK	Pnddkn	Pkrjn	Ket
1	Tn. AA	26th	Islam	L	KK	SLTA	Pegawai Swasta	
2	Ny. D	21th	Islam	P	Istri	SLTA	IRT	
3	An. Y	10bl	Islam	L	Anak	-	-	
4.	Ny. J	55th	Islam	P	Mertua	SD	IRT	

3. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki hidup

○ : perempuan hidup

⊗ : laki-laki meninggal

⊗ : perempuan meninggal

— : garis pernikahan

| : garis keturunan

□ ↗ Pasien

4. Fungsi keluarga

Tn. AA menyatakan bekerja sebagai pegawai swasta (*cleaning service*) di sebuah hotel di Kota Yogyakarta. Semua kebutuhan dicukupi oleh Tn. AA. Hubungan semua anggota keluarga terjalin baik, saling pengertian, mensupport, dan melindungi keluarga.

5. Tumbuh Kembang Keluarga

Keluarga Tn. AA merupakan keluarga dengan tipe extended, tinggal bersama istri, anak, dan mertuanya. Tn. AA memiliki satu anak yang masih bayi.

6. Tugas Perkembangan Keluarga

Keluarga Tn. AA termasuk keluarga extended. Tn. AA bertugas mencari nafkah dan Ny. D bertugas mendidik anak. Namun pada

praktiknya, pengasuhan bayi dan permasalahan bayi ditangani oleh ibunya. Ny. D menyatakan tidak paham dengan apa yang harus dilakukan terhadap bayinya. Ny. D ketika terdapat masalah tentang anaknya, Ny. D langsung menyerahkan kepada orang tuanya.

8. Struktur keluarga

Tn. AA tinggal bersama istri dan anak kandungnya. Pengambil keputusan oleh Tn. AA dengan dimusyawarahkan kepada istri dan mertuanya terlebih dahulu.

9. Kebiasaan Anggota Keluarga sehari-hari

1) Nutrisi

Keluarga Tn. AA makan sehari 3 kali dengan nasi, kadang dengan sayur, lauk, buah. Rata-rata makanan didapat dari warung. Keluarga Tn. AA rata-rata minum air putih 6 gelas sehari.

An. Y berusia 10 bulan. Sejak usia 2,5 bulan, An. Y tidak minum ASI. An. Y minum susu formula, setelah 6 bulan ini susu formula diberikan sebanyak 50 mL. minum 5 kali perhari. An. Y tidak makan makanan pendamping ASI.

2) Pola Istirahat

Keluarga Tn. AA rata-rata tidur mulai pukul 22.00 sampai 05.00 WIB. Tn. AA bangun lebih pagi pukul 04.00 WIB untuk mempersiapkan pekerjaannya. An. Y tidak memiliki siklus tidur. An. Y tidur rata-rata 8 jam perhari.

3) Pola Eliminasi

Tn. AA BAB lancar 1 kali sehari, begitu pula dengan Anggota keluarga lain. Khusus An. Y, BAB 2 kali sehari dengan konsistensi lunak warna kuning cerah.

Keluarga Tn. AA rata-rata BAK 3-5 kali sehari. Tidak ada masalah BAK/BAB. An. Y BAK 6 kali sehari, warna urin kuning cerah tidak ada darah.

4) Pola Kebersihan

Keluarga Tn. AA mandi 2 kali sehari dengan sabun. Selalu menyikat gigi 2 kali sehari. Keramas 1-2 hari sekali. Memotong kuku 1 minggu sekali. Pakaian tampak bersih. Kulit tampak terawat. An. Y dimandikan oleh Ny. J pagi dan sore menggunakan sabun bayi.

5) Pola Aktivitas

Tn. AA sehari-hari beraktivitas membersihkan hotel, bekerja sesuai jadwal *shift*. Ny. D dan Ny. J beraktivitas membersihkan dan memelihara lingkungan rumah serta menyiapkan kebutuhan keluarga, seperti memasak, mencuci, dan mengasuh bayi.

B. Faktor Sosial, Ekonomi, dan Budaya

Faktor Sosial: Tn. AA dan keluarga memiliki hubungan baik dengan tetangga dan masyarakat kampung. Tn. AA dan keluarga aktif dalam kegiatan yang diselenggarakan oleh masjid dan RT/RW. Tn. AA dan keluarga termasuk individu dengan strata sosial menengah.

Faktor Ekonomi: Anggota keluarga yg memiliki penghasilan hanya Tn. AA. penghasilan Tn. AA sebulan \pm Rp 1.500.000,-.

C. Faktor Rumah dan Lingkungan

1. Rumah

Rumah Tn. AA berukuran Lebar 7 m x Panjang 9 m. Ventilasi rumah $>10\%$ dari luas rumah. Pencahayaan cukup. Kebersihan cukup. Tidak lembab dan tertata rapi.

2. Sarana Memasak

Terdapat ruangan dapur di belakang berdekatan dengan kamar mandi. Sarana memasak berupa kompor gas dengan kepatenan tempat adekuat.

3. Pengelolaan sampah

Sampah dikelola oleh petugas sampah yang datang 2 hari sekali. Keluarga Tn. AA membuang sampah sementara di tempat sampah kedap air dan tertutup.

4. Sumber air

Sumber air diambil dari sumur gali di samping rumah. Jarak sumur ± 10 m dari jamban.

5. Jamban Keluarga

Terdapat jamban keluarga jenis leher angsa (kloset jongkok) di dalam rumah.

6. Pembuangan air limbah

Pembuangan air limbah disalurkan melalui saluran buatan sendiri, dialirkan ke saluran pembuangan RW (riol kota).

7. Kandang ternak

Tn. AA tidak memiliki kandang ternak karena tidak memiliki hewan peliharaan.

8. Halaman

Tn. AA memiliki halaman rumah luas 1 m x 5 m. Halaman bersih dan tertata rapi.

9. Lingkungan rumah

Lingkungan rumah tampak bersih. Barang ditata rapi. Tidak ada tikus, kecoa, lalat, dan serangga yang berkeliaran di dalam rumah.

10. Fasilitas Pendidikan

Fasilitas pendidikan terdekat adalah SMK Muhammadiyah 4 Yogyakarta. Jarak rumah Tn. AA dengan SMK \pm 150 m.

11. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan terdekat dengan rumah Tn. AA adalah Puskesmas Mantrijeron. Jarak rumah Tn. AA dengan puskesmas \pm 300 m.

12. Fasilitas Perdagangan

Fasilitas perdagangan lengkap terdekat adalah toko swalayan yang berjarak \pm 200 m dari rumah. Jarak rumah dengan pasar terdekat adalah 500 m.

13. Fasilitas peribadatan

Keluarga Tn. AA beragama Islam. Masjid terdekat berjarak 150 m dari rumah.

14. Sarana Hiburan

Keluarga Tn. AA memiliki TV, *Smartphone* dan Radio sebagai hiburan.

15. Sarana Transportasi

Keluarga Tn. M memiliki satu sepeda motor. Apabila motor sedang dipakai, keluarga menggunakan fasilitas ojek/becak. Fasilitas tersebut oleh Tn. AA dirasa cukup untuk membantu memenuhi kebutuhan keluarga.

D. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Kesehatan Keluarga

An. Y lahir dengan berat badan 2500 gram. Saat ini AN. Y berada pada garis kuning dilihat melalui KMS Balita. An. Y berhenti minum ASI sejak usia 2,5 bulan karena ASI Ny. D sukar keluar. An. Y kemudian meminum susu formula. Sampai saat ini An. Y masih diberikan susu formula tanpa ada makanan tambahan, padahal giginya sudah tumbuh dua. Tubuh An. Y terlihat kurus untuk anak usia 10 bulan.

Anggota keluarga lain tidak memiliki riwayat penyakit.

2. Kebiasaan minum obat

Tidak ada kebiasaan minum obat pada Keluarga Tn. AA karena tidak ada anggota keluarga yang sedang sakit.

3. Kebiasaan memeriksakan diri.

Keluarga Tn. AA setiap sakit berobat ke Puskesmas Mantrijeron dengan biaya ditanggung BPJS.

4. Kesehatan Ibu dan Anak

a) Riwayat kehamilan yang lalu

Tn. AA memiliki satu orang anak. Persalinan anaknya (An. Y) dilakukan di Bidan Praktik Swasta. Persalinan dilakukan secara normal tanpa ada tindakan lanjutan.

b) Ibu Hamil

Tidak ada anggota keluarga yang sedang hamil pada keluarga Tn. AA.

c) Persalinan

Persalinan An. Y dilakukan di Bidan Praktik Swasta.

d) Masa Nifas

Tidak ada anggota keluarga dalam masa nifas.

e) Keluarga Berencana

Tn. AA dan istri tidak menggunakan kontrasepsi. Tn. AA masih menginginkan anak untuk adik An. Y.

E. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Fisik anggota keluarga yang sakit

Nadi: 96 x/menit. Respirasi: 20 x/menit. Suhu badan: 36.8 °C. Berat badan: 6.7 kg. Tinggi Badan: 66 cm. Lingkar Lengan Atas: 12 cm.

2. Keadaan Umum

Kesadaran An. Y compos mentis. Keadaan umum baik.

3. Riwayat penyakit dahulu

An. Y tidak pernah sakit. An. Y lahir dengan berat badan 2500 gram.

4. Riwayat penyakit sekarang

Tn. AA menyatakan berat badan An. Y tidak naik selama 2 bulan.

Makanan AN. Y masih susu formula.

F. Pemeriksaan Persistem.

1. Sistem Kardiovaskuler

Wajah

Inspeski : sianosis (-)

Leher

Inspeksi : bendungan vena jugularis (-)

Palpasi : Arteri carotis comunis (kekuatan adekuat, irama reguler)

Dada

Inspeksi : Kesimetrisan dada (dada simetris)

Palpasi : Letak ictus cordis (intra costa 6 midclavicula)

Perkusi : Batas jantung (atas instracosta 4, kiri midclavicula sinstra, kanan midpapila dextra, bawah, intracosta 6).
Auskultasi : BJ 1 dan 2 normal, tidak ada kelainan pada bunyi jantung.

2. Sistem pernafasan

Hidung

Inspeksi : pernapasan cuping hidung (-), secret (-), pemberian O2 (-).

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji)

Mulut

Inspeksi : sianosis (-)

Dada

Inspeksi : Penggunaan otot bantu pernapasan (-). Benjolan pada payudara kiri (-)

Perkusi : Sonor. Pekak pada IC 4-6.

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji), oedema (-)

Auskultasi : suara napas vesikuler

3. Sistem Pencernaan

Abdomen

Inspeksi : pembesaran abnormal (-)

Auskultasi : bising usus (10x/menit), borbogymi (-), hiperperistaltik (-), hipoaktif (-)

Perkusi : batas hati (tidak ada pembengkakan pada Kuadran I).

Palpasi:

Kuadran I : hepar hepatomegali (-), nyeri tekan (tidak terkaji),
shifting dullnes (-).

Kuadran II : nyeri tekan (-), distensi abdomen (-),
Liencsplenomegali (-).

Kuadran III : masa (skibala, tumor) (-), nyeri tekan (tidak terkaji).

Kuadran IV : Nyeri tekan pada titik Mc Burney (tidak terkaji)

4. Sistem Perkemihan

BAK : > 1500 ml/24 jam, penggunaan kateter (-),

Ginjal

Inspeksi : pembesaran daerah pinggang (-)

Perkusi : nyeri ketok (tidak terkaji)

5. Sistem Muskuluskeletal

Inspeksi : Pembengkakan (+)

Palpasi : kekakuan sendi (-) & nyeri (tidak terkaji)

Warna kulit : perubahan warna kulit (-)

Kekuatan otot : $\frac{5}{5} \quad \frac{5}{5}$

6. Sistem Endokrin dan Eksokrin

Kepala

Inspeksi : distribusi rambut merata, ketebalan cukup,
kerontokan tidak ada.

Leher

Inspeksi : pembesaran kelenjar thyroid (-), perubahan warna (-)

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji)

7. Sistem Neurologi

Anamnesa : (tidak terkaji)

Tingkat kesadaran (kualitas) : Compos Mentis

Tingkat kesadaran (kuantitas) : E (4), M (6), V (tidak terkaji)

8. Sistem Reproduksi

Anamnesa : (-)

Genetalia

Inspeksi : kebersihan (bersih), odema (-), benjolan (-)

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji)

9. Sistem Persepsi Sensori

Mata

Inspeksi : kesimetrisan mata (-)

Palpasi : nyeri tekan (tidak terkaji), pembengkakan kantong mata
(-)

G. Lima Tugas Keluarga

1. Mengenal masalah

Tn. AA menyatakan tidak tahu bahwa anaknya mengalami gizi kurang.

Ny. D dan Ny. J ketika ditanya mengatakan tidak mengetahui tentang interpretasi garis kuning pada KMS.

2. Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga

Tn. AA menyatakan bahwa AN. Y perlu dilakukan perawatan agar status gizinya baik.

3. Merawat anggota keluarga yang sakit

Ny. D mengatakan ketika usia AN. Y 2,5 bulan, ASInya tidak lancar. Ny. D kemudian memberikan susu formula sampai sekarang, tanpa memberikan makanan tambahan. NY. D dan Ny. J ketika ditanya tidak mengetahui jenis makanan yang tepat untuk anak usia 10 bulan. Ny. D ketika ada masalah dengan bayinya langsung diserahkan kepada Ny. J, tanpa pernah mencoba belajar menanganinya.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga yang sehat

Lingkungan rumah Tn. AA tampak bersih. Lingkungan tidak ada barang tajam atau membahayakan bayi.

5. Mampu menggunakan pelayanan kesehatan

An. Y selalu dibawa ke posyandu untuk dilakukan pengukuran dan ke puskesmas untuk dilakukan imunisasi.

B. ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Penyebab
1.	<p>DS:</p> <p>Ibu menyatakan berat badan bayinya sulit naik.</p> <p>Ibu menyatakan memberikan ASI mulai lahir sampai usia 2,5 bulan. ASI berhenti karena ASI yang keluar hanya sedikit-sedikit. Ibu menyatakan setelah itu mengganti ASI dengan susu formula sampai sekarang.</p> <p>DO:</p> <p>Usia Bayi: 10 bulan</p> <p>Berat Badan: 6,7 kg</p> <p>Lingkar Lengan Atas: 12 cm</p> <p>Status Gizi An. Y pada KMS Balita pada garis kuning.</p> <p>Bayi tampak kurus.</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi An. Y pada keluarga Tn. AA kurang dari kebutuhan tubuh</p>	

<p>DS:</p> <p>Ibu menyatakan berat badan bayinya sulit naik. Ibu mengatakan tidak mengetahui makna dari garis kuning pada KMS balita.</p> <p>DO:</p> <p>Ketika ditanya perawat, ibu tidak dapat menjawab tentang masalah gizi kurang dan interpretasi garis kuning pada KMS.</p>		<p>Ketidakmampuan keluarga megenal masalah</p>
<p>DS:</p> <p>Ibu menyatakan memberikan ASI mulai lahir sampai usia 2,5 bulan. ASI berhenti karena ASI yang keluar hanya sedikit-sedikit. Ibu menyatakan setelah itu mengganti ASI dengan susu formula sampai sekarang.</p> <p>Ny. D selalu menyerahkan permasalahan bayinya kepada Ny. J.</p>		<p>Ketidakmampuan keluarga merawat anak</p>

DO: Usia Bayi: 10 bulan Berat Badan: 6,7 kg Lingkar Lengan Atas: 12 cm Status Gizi An. Y pada KMS Balita pada garis kuning. Bayi tampak kurus.		
--	--	--

C. SKORING

KRITERIA	HITUNGAN	SKOR	PEMBENARAN
Sifat masalah: Aktual	3/3 x 1	1	An. Y sudah berada pada garis kuning, dan 2 bulan tidak naik. BB anak Y 6,7 kg.
Potensi untuk diubah: sebagian	1/2 x 2	1	Ny. D bertugas mengurus anak sepenuhnya. Dengan focus pada mngurus anak diharapkan dapat mengubah kondisi An. Y.
Potensi untuk dicegah: Cukup	2/3 x 1	2/3	An. Y merupakan anak yang sehat dengan berat lahir baik. Dengan pola asuh yang baik, keadaan An. Y dapat membaik dan tidak terjadi gizi kurang lagi.

Menonjolnya masalah: Masalah berat, harus segera ditangani	$2/2 \times 1$	1	Tn.AA menyatakan bahwa anaknya harus dirawat agar gizinya kembali baik.
TOTAL SKOR		$3 \frac{2}{3}$	

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Ketidakseimbangan nutrisi An. Y pada keluarga Tn. AA kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan

a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah ditandai dengan:

DS:

Ibu menyatakan berat badan bayinya sulit naik. Ibu mengatakan tidak mengetahui makna dari garis kuning pada KMS balita.

DO:

Ketika ditanya perawat, ibu tidak dapat menjawab tentang masalah gizi kurang dan interpretasi garis kuning pada KMS.

b. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat

DS:

Ibu menyatakan memberikan ASI mulai lahir sampai usia 2,5 bulan.

ASI berhenti karena ASI yang keluar hanya sedikit-sedikit. Ibu menyatakan setelah itu mengganti ASI dengan susu formula sampai sekarang.

Ny. D selalu menyerahkan permasalahan bayinya kepada Ny. J.

DO:

Usia Bayi: 10 bulan

Berat Badan: 6,7 kg

Lingkar Lengan Atas: 12 cm

Status Gizi An. Y pada KMS Balita pada garis kuning.

Bayi tampak kurus.

E. PERENCANAAN

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

G. PEMBAHASAN

1. Proses Keperawatan

Pembahasan pada proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Dalam hal ini dilakukan perbandingan data dan hasil pada tinjauan kasus dengan data atau ketentuan sesuai dengan tinjauan pustaka.

a. Pengkajian

- 1) Pada peninjauan I yang dilakukan pada keluarga Tn. AA, An. Y termasuk pada jenis gizi kurang (KEP ringan), menurut Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes RI (1999) karena hasil penimbangan yang dilakukan dan dicatat dalam KMS balita menunjukkan An. Y berada pada garis kuning.
- 2) Pada peninjauan II didapat:
 - a) Keluarga belum mengetahui tentang pengertian gizi kurang.
 - b) Keluarga belum mengetahui tentang gejala gizi kurang.
 - c) Keluarga belum mengetahui makna dari garis kuning pada KMS.
 - d) Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat tentang sikap terhadap kondisi An. Y.
 - e) Keluarga belum mengetahui diet yang tepat untuk An. Y sesuai perkembangan usianya.

- f) Keluarga belum mampu memberikan jenis nutrisi yang tepat bagi An. Y.
- g) Lingkungan keluarga Tn. AA tampak tertata rapi. Keluarga Tn. AA mengatakan selalu menjaga lingkungan rumahnya agar tetap bersih.
- h) Keluarga Tn. AA menyatakan ketika sakit memeriksakan kesehatannya ke Puskesmas Mantrijeron.
- i) Keluarga Tn. AA menyatakan belum pernah mendapat informasi tentang diet pada bayi atau balita.

Berdasarkan penjelasan Ny. D bahwa An. Y lahir dengan berat badan 2500 gram, dilahirkan secara normal di bidan tanpa perawatan lanjutan. An. Y mendapatkan ASI sampai usia 2,5 karena pada umur tersebut pengeluaran ASI dari Ny. D tidak adekuat (sedikit-sedikit). Sebagai ganti ASI, Ny. D dan Tn. AA memutuskan untuk memberikan susu formula pada An. Y. Susu formula yang diberikan sejak usia 2,5 bulan sampai usia 10 bulan tidak berbeda dalam hal kandungan gizi. Pada usia 10 bulan ini, An. Y hanya diberikan susu formula dengan takaran 50 cc 10 kali sehari, tanpa adanya makanan pendamping.

b. **Diagnosis Keperawatan**

Perumusan diagnosis keperawatan disusun berdasarkan definisi dan klasifikasi Pedoman Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018). Pencatatan diagnosis keperawatan dengan menggunakan perumusan Problem Etiology Symptoms (PES).

Dari analisis data didapatkan satu diagnosis keperawatan keluarga dengan dua penyebab menurut fungsi keluarga, yaitu ketidakseimbangan nutrisi An. Y pada keluarga Tn. AA kurang dari kebutuhan tubuh. Diagnosis ini muncul dikarenakan dua penyebab, antara lain:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, ditandai dengan:

Data subyektif: Ibu menyatakan berat badan bayinya sulit naik. Ibu mengatakan tidak mengetahui makna dari garis kuning pada KMS balita.

Data obyektif:

Ketika ditanya perawat, ibu tidak dapat menjawab tentang masalah gizi kurang dan interpretasi garis kuning pada KMS.

- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat

Data subyektif:

Ibu menyatakan memberikan ASI mulai lahir sampai usia 2,5 bulan. ASI berhenti karena ASI yang keluar hanya sedikit-sedikit. Ibu menyatakan setelah itu mengganti ASI dengan

susu formula sampai sekarang. Serta Ny. D selalu menyerahkan permasalahan bayinya kepada Ny. J.

Data obyektif: Usia Bayi: 8 bulan, Berat Badan: 6,7 kg, Lingkar Lengan Atas: 12 cm, Status Gizi An. Y pada KMS Balita pada garis kuning, bayi tampak kurus.

c. Perencanaan

Diagnosis yang muncul adalah diagnosis tunggal dengan dua penyebab yang harus diselesaikan. Dengan skoring yang menghasilkan skor 4 1/3, perencanaan yang disusun antara lain:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah gizi kurang, direncanakan untuk dilakukan pendidikan kesehatan tentang gizi kurang meliputi pengertian, gejala, penyebab, dan penatalaksanaannya menggunakan media leaflet. Selain itu juga direncanakan diberikan pendidikan kesehatan tentang model makanan untuk bayi/balita dengan menggunakan *food model* atau contoh nyata makanan. Diharapkan dengan bantuan leaflet dan food model dapat memberikan gambaran yang jelas kepada keluarga dalam peningkatan pengetahuan kondisi dan perawatan pada An. Y.
- 2) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, direncanakan mengajarkan tentang kebutuhan-kebutuhan yang perlu dipenuhi kepada An. Y, meliputi mengajarkan cara penyiapan menu pada bayi usia 10 bulan dan pemberitahuan

kepada keluarga tentang menu-menu yang dapat disiapkan pada usia yang lebih dewasa.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan wujud dari perencanaan yang telah disusun. Implementasi yang dilakukan kepada keluarga Ny. Y menurut penyebab masalahnya yaitu:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah:
 - a) Memberikan pengetahuan keluarga tentang karakteristik Gizi Kurang meliputi:
 - (1) Definisi,
 - (2) Penyebab,
 - (3) Akibat,
 - (4) Penatalaksanaan.
 - b) Memberikan bimbingan dengan ilustrasi menggunakan brosur dan *food model*.
 - c) Membimbing keluarga untuk mengulangi penjelasan yang sudah diberikan.
 - d) Memberikan pujian bila keluarga mampu menjawab dengan baik dan benar

2) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit:

- a) Memberikan pengetahuan kepada keluarga diet Bayi dan Balita sesuai umurnya.
- b) Mengajarkan kepada Ny. D dan Ny. J cara menyiapkan diet anak usia 10 bulan.
- c) Mengajarkan kepada keluarga tentang PHBS (cuci tangan 6 langkah dengan sabun) pada Keluarga.

Dari diagnosis yang tegak, semua masalah dapat diatasi. Masalah dikatakan teratasi melihat kriteria tujuan yang dipenuhi saat evaluasi akhir dari tiap-tiap masalah keperawatan (KMK). Faktor pendukung dari tercapainya tujuan yang dituju adalah peran aktif dari masing-masing anggota keluarga. Ny. D bersama Ny. J telah berusaha dan berhasil menyiapkan kebutuhan An. Y sesuai dengan anjuran perawat. Tn. AA memiliki keputusan yang tepat tentang pentingnya memenuhi kebutuhan nutrisi anaknya ketika yang demikian memang menjadi urgensi. Faktor penghambat yang menjadi kendala dalam kelangsungan asuhan keperawatan pada An. Y adalah kondisi finansial Tn. AA yang terbatas dengan kebutuhan non-nutrisi yang tidak sedikit.

2. Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus hanya dilakukan selama tiga hari. Dengan kasus terkait nutrisi yang membutuhkan waktu satu bulan untuk dapat dievaluasi, pencapaian hasil hanya dapat sebatas proses implementasi. Evaluasi hasil dari peningkatan berat badan An. Y belum dapat diketahui secara nyata.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Setelah memberikan asuhan keperawatan selama tiga hari tertanggal 2 Juli 2018 sampai dengan 4 Juli 2018, penulis mendapat gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada An. Y di keluarga Tn. AA dengan permasalahan Gizi Kurang mulai dari pengkajian, analisis data, penegakan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, sampai dengan evaluasi. Pada kasus An. Y, ditegakkan diagnosis keperawatan ketidakseimbangan nutrisi An. Y pada keluarga Tn. AA kurang dari kebutuhan tubuh, dengan penyebab ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan merawat anggota keluarga yang sakit. Dengan implementasi wujud dari perencanaan yang disusun, diagnosis tersebut dapat diatasi.
2. Faktor pendukung dalam studi kasus ini adalah kemauan seluruh anggota keluarga untuk memperbaiki status gizi An. Y. Faktor penghambat berasal dari keluarga, berkaitan dengan finansial keluarga Tn. AA.

B. Saran

1. Bagi Keluarga Tn. AA
Diharapkan keluarga dapat meneruskan asuhan pada An. Y sesuai dengan anjuran perawat agar status gizi An. Y menjadi baik.

2. Bagi Perkembangan ilmu pengetahuan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menambah wawasan bagi perawat khususnya di tatanan pelayanan komunitas sehingga mutu perawatan dapat ditingkatkan.

3. Bagi Penulis

Diharapkan penulis selanjutnya dapat melakukan asuhan keperawatan keluarga pada pasien gizi kurang minimal satu bulan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. 2002. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Alpers, Ann. 2006. *Buku Ajar Pediatri Rudolph*. Jakarta: EGC.
- Behrman, Richard E. 2010. *Esensi Pediatri Nelson*. Jakarta: EGC.
- Berman, Audrey. 2009. *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Kozier & Erb*. Jakarta: EGC.
- Carpenito-Moyet, Lynda Juall. 2006. *Buku saku diagnosis keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat. 2011. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Direktorat Bina Gizi. 2013. *Rencana Kerja Bina Gizi Masyarakat Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Effendi, F & Makhfudli (2007). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Heriyanto, Bambang. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Surabaya: Putra Media Nusantara.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2009. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2012. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muscari, Mary E. 2005. *Panduan belajar: keperawatan pediatrik*. Jakarta: EGC.
- Ngastiyah. 2005. *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC.
- Potter, Patricia A. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Sjarif, Damayanti Rusli. 2011. *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Staf pengajar Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2007. *Buku Kuliah 1 Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Supariasa, I Dewa Nyoman. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.

Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.

Wong, Donna L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong*. Jakarta: EGC.