

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Millenium Development Goals (MDGs) telah menunjukkan salah satu sasaran yang signifikan dan diharapkan dicapai tahun 2015 yaitu *goal 1* yang berisi memberantas kemiskinan dan kelaparan. Prevalensi balita kekurangan gizi yang menurun dari 31% pada tahun 1989 menjadi 18,4% pada tahun 2007 dan 17,9% pada tahun 2010. Angka ini diharapkan selama tahun 2011-2015 dapat diturunkan sebesar 2,4% untuk mencapai target MDGs. Program yang dilakukan untuk mendukung percepatan pencapaian MDGs *goal 1* adalah perbaikan gizi masyarakat melalui tindakan perbaikan status gizi masyarakat dengan keluaran penurunan prevalensi kekurangan gizi pada balita yang ditandai oleh perbaikan indikator kinerja diantaranya persentase balita gizi buruk yang mendapat perawatan sebesar 100%.

World Health Organisation (WHO) mengartikan ilmu gizi sebagai ilmu yang mempelajari proses yang terjadi pada organisme hidup. Proses tersebut mencakup pengambilan dan pengolahan zat padat dan cair dari makanan yang diperlukan untuk memelihara kehidupan, pertumbuhan, berfungsinya organ tubuh dan menghasilkan energi. *World Health Organisation* (WHO) menjelaskan sebanyak 54% penyebab kematian bayi dan balita disebabkan oleh keadaan gizi anak yang buruk. Risiko meninggal dari anak yang bergizi buruk 13 kali lebih besar dibandingkan anak yang normal (World Bank, 2006). Prevalensi gizi buruk menurut WHO sebanyak

18.6 %. Asia Tenggara hanya dihadapkan dengan permasalahan gizi kurang yang prevalensinya lebih rendah dibandingkan dengan Indonesia. Prevalensi gizi buruk di Asia tenggara sebanyak 27.3 %.

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah antara lain melalui revitalisasi posyandu dalam meningkatkan cakupan penimbangan balita, penyuluhan dan pendampingan, pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) atau pemberian makanan tambahan (PMT), peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi melalui tatalaksana gizi kurang di puskesmas dan perawatan rumah sakit, penanggulangan penyakit menular dan pemberdayaan masyarakat melalui keluarga kadar gizi (Kadarzi). Masalah gizi khususnya gizi balita di Indonesia dapat dilihat dari hasil penilaian status gizi dimana angka prevalensi berat kurang (*underweight*) yang masih tinggi yakni 17,9%. Berdasarkan Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, sebanyak 13,0% balita berstatus gizi kurang, diantaranya 4,9% berstatus gizi buruk yang diukur berdasarkan indikator berat badan menurut umur (BB/U). Balita dengan kategori sangat pendek (*stunting*) yang diukur dengan menggunakan indikator tinggi badan menurut umur (TB/U) sebesar 17,1%, sedangkan balita dengan kategori kurus (*wasting*) yang diukur dengan menggunakan indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) sebesar 13,3% (Kemenkes, 2011).

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 secara tegas telah memberikan arah pembangunan pangan dan gizi dengan sasaran meningkatnya ketahanan pangan dan meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat. Salah satu dokumen yang telah disusun adalah Rencana Aksi nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011-2015.

Kementerian Kesehatan bertanggungjawab sepenuhnya dalam pelaksanaan program yang sasaran kegiatannya adalah meningkatkan penanganan masalah gizi masyarakat, serta diprioritaskan pada provinsi-provinsi dengan prevalensi kekurangan gizi pada balita di atas angka rata-rata nasional (Bappenas, 2011).

Hasil pencatatan dan pelaporan pada tahun 2013 jumlah anak balita di Kabupaten Klaten yaitu 87.072 balita. Sebanyak 67.766 balita diantaranya melakukan penimbangan di Posyandu, dengan status gizi Bawah Garis Merah (BGM) sejumlah 948 balita dan untuk Gizi Buruk sejumlah 11 balita (Dinkes Klaten, 2013). Berdasarkan studi pendahuluan di Kelurahan Jomboran Klaten Tengah Klaten pada penimbangan bulan Januari 2015 didapatkan jumlah bayi dan balita sebanyak 224 anak dengan balita status gizi lebih 7 anak, status gizi dengan baik 189 anak, balita dengan gizi kurang 20 anak dan balita dengan gizi buruk 2 anak.

Nency dan Arifin (2005) menjelaskan dampak gizi kurang terhadap morbiditas yaitu dampak jangka pendek terhadap perkembangan anak diantaranya menjadikan anak apatis, gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang adalah penurunan *skor intelligence quotient* (IQ), penurunan perkembangan kognitif, penurunan integrasi sensori, gangguan pemusatan perhatian, gangguan penurunan rasa percaya diri dan merosotnya prestasi akademik di sekolah. Kurang gizi berpotensi menjadi penyebab kemiskinan melalui rendahnya kualitas sumber daya manusia dan produktivitas.

Perawat berperan untuk melakukan skrining gizi pasien pada *assesment* awal perawatan; merujuk pasien yang beresiko maupun sudah terjadi

malnutrisi atau kondisi khusus ke petugas gizi; melakukan pengukuran antropometri yaitu penimbangan berat badan dan tinggi badan secara berkala; melakukan pemantauan, mencatat asupan makanan dan respon klinis pasien terhadap diet yang diberikan dan menyampaikan informasi kepada petugas gizi bila terjadi perubahan kondisi pasien; dan memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga terkait pemberian makanan melalui oral/enteral dan parenteral.

Studi pendahuluan dan observasi didapatkan bahwa keluarga Bp. U mempunyai anggota keluarga yang menderita gizi kurang. Keluarga Bp. U mengetahui jika ada anggota keluarganya yang menderita gizi kurang tetapi keluarga tidak mengetahui penyebab gizi kurang. An. D memerlukan penanganan dan pengawasan khusus oleh keluarga serta tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan maupun penyuluhan bagi keluarga Bp.U. Kesadaran keluarga untuk meningkatkan kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan cukup baik yang terbukti pada Ibu S sebagai ibu dari An. D yang rutin konsultasi ke tempat pelayanan kesehatan terdekat yaitu bidan desa. Berdasarkan fenomena tingginya prevalensi gizi kurang yang terjadi di seluruh dunia dan data hasil pengkajian yang di dapat dari keluarga Bp. U membuat penulis tertarik untuk mengambil judul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Bp. U Dengan Masalah Utama Gizi Kurang Pada An. D di Dukuh Krajan RT 03 RW 08 Desa Jomboran Kecamatan Klaten Tengah Kabupaten Klaten”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan membuat karya tulis ilmiah adalah menggambarkan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah gizi kurang.

2. Tujuan Khusus

- a. Memberikan gambaran pelaksanaan pengkajian pada keluarga dengan masalah gizi kurang.
- b. Memberikan gambaran pelaksanaan penegakkan diagnosa dan skoring keperawatan pada keluarga dengan gizi kurang.
- c. Memberikan gambaran pelaksanaan perencanaan keperawatan yang diwujudkan dalam rencana intervensi keperawatan kepada keluarga dengan gizi kurang.
- d. Memberikan gambaran pelaksanaan implementasi keperawatan kepada keluarga dengan masalah gizi kurang.
- e. Memberikan gambaran pelaksanaan evaluasi keperawatan kepada keluarga dengan gizi kurang yang mengacu pada lima tugas utama kesehatan keluarga.

C. Manfaat

1. Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas)

Penulisan ini bermanfaat bagi instansi pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

2. Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

Penulisan ini diharapkan agar perawat kesehatan masyarakat memahami fungsi dan tugas seorang perawat komunitas dalam

memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan juga menjalankan fungsi promotif, preventif, dan rehabilitatif. Perawat memahami klien di masyarakat tidak hanya sebagai klien individu namun juga memandang keluarga sebagai sasaran.

3. Masyarakat

Penulisan ini diharapkan membuat keluarga mampu mengenali masalah kesehatan yang terjadi didalam keluarga dengan masalah gizi kurang dan dapat menjalankan peran keluarga sesuai tugas utama keluarga mulai dari mengenal, memutuskan masalah, merawat anggota keluarga yang mengalami masalah, dan juga melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan pelayanan kesehatan. Selain itu, keluarga juga mendapatkan cara perawatan sederhana dirumah untuk mengatasi masalah gizi buruk yang dialami anggota keluarga sehingga dapat tercapai peningkatan kesehatan dalam keluarga.

D. Metodologi

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif dengan studi kasus yaitu dengan melihat kondisi saat ini dan menyelesaikan masalah yang timbul dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pengambilan kasus penulis dilaksanakan pada hari Minggu, 1 Februari 2015 pukul 11.00 WIB di Krajan RT 03 RW 08, Jomboran, Klaten Tengah, Klaten.

Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut:

1. Observasi partisipasif

Observasi partisipasif yaitu pengamatan yang dilakukan penulis secara langsung dan ikut serta memberikan asuhan keperawatan keluarga selama 6 x 45 menit kunjungan rumah.

2. Wawancara

Wawancara yaitu kesatuan tanya jawab antara penulis dan pihak yang terkait dengan kegiatan penyusunan karya tulis antara pasien, keluarga, perawat puskesmas, dokter puskesmas, bidan desa dan tim lain yang terkait.

3. Dokumentasi

Dokumentasi yaitu dengan melihat catatan medik dan perawatan yang pernah dilakukan. Penulis melihat dari Kartu Menuju Sehat (KMS).

4. Studi Pustaka atau Literatur

Studi pustaka atau literatur yaitu mempelajari buku-buku yang berkaitan dengan gizi kurang.