

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Gizi kurang merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang menyebabkan kematian pada anak usia dibawah lima tahun (balita). Gizi kurang adalah tidak adekuatnya intake protein dan kalori yang dibutuhkan oleh tubuh. Salah satu penyebab yang menonjol diantaranya karena keadaan gizi yang kurang baik atau bahkan buruk. World Health Organisation (WHO,2011) menyatakan tingkat kematian anak didunia 54% disebabkan karena gizi kurang dan prevalensinya gizi kurang untuk dunia 14,9%, sedangkan prevalensi gizi kurang yang terjadi pada anak dibawah usia lima tahun yang ada di Asia 27% dan di Asia Tenggara dengan prevalensi tertinggi adalah Asia Tenggara sebesar 27,3%.Sementara di Indonesia masalah gizi pada tahun 1990-1995, prevalensi gizi kurang dan buruk sebanyak 29,8% pada tahun 2006-2012 terjadi penurunan menjadi 18,6%.

Pencapaian target MDGs belum maksimal dan belum merata di setiap provinsi. Besarnya prevalensi balita gizi buruk di Indonesia antar provinsi cukup beragam. Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2010, secara nasional prevalensi balita gizi buruk sebesar 4,9 % dan kekurangan gizi 17,9 %. Rentang prevalensi BBLR (per 100) diIndonesia adalah 1,4 sampai 11,2, dimana yang terendah di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan tertinggi di Provinsi Gorontalo. Provinsi Jawa Timur termasuk daerah dengan balita gizi buruk masih tergolong tinggi. Hal ini ditunjukkan dengan prevalensi gizi buruk sebesar 4,8 %.

Walaupun pada tingkat nasional prevalensi balita kurang gizi telah hampir mencapai target MDGs, namun masih terjadi disparitas antar provinsi, antara perdesaan dan perkotaan, dan antar kelompok sosial-ekonomi (Depkes RI, 2008). Sedangkan untuk di Jawa Tengah prevalensi anak balita dibawah umur lima tahun dengan gizi kurang pada tahun 2012 sebesar 4,88%.

Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten (2013) menjelaskan angka kematian balita (AKABA) sebesar 0,9 per 1000 kelahiran hidup, dimana dari jumlah populasi balita sebanyak 74.631 terdapat 16 kematian balita. Bila dibandingkan dengan target *Millenium Development Goals* (MDGs) ke-4 tahun 2015 sebesar 23/1.000 kelahiran hidup maka AKABA di Kabupaten Klaten sudah dibawah target. Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten mencatat hasil pelaporan pada tahun 2013 jumlah anak balita di Kabupaten Klaten yaitu 87.072 balita. Dan 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.

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. Hasil wawancara dari 10 ibu didapatkan 3 ibu berpengetahuan baik, 6 ibu dengan pengetahuan cukup dan 2 ibu dengan pengetahuan kurang. Maryuni (2010) menjelaskan masa bayi dan masa balita (pra-sekolah) yaitu umur 0-1 tahun dan 1-5 tahun adalah masa

pertumbuhan yang sangat pesat sekali dan masa perkembangan otak yang paling optimal. Pada masa inilah membentuk dasar kesehatan anak untuk masa – masa berikutnya dari siklus tumbuh-kembang anak, sehingga orang tua harus lebih memperhatikan makanan bayi atau anak sesuai dengan umurnya.

Sediaoetama (2004) menjelaskan , masa balita adalah masa kritis, sehingga kebutuhan nutrisi harus seimbang, baik dalam jumlah ( porsi) maupun kandungan gizi. Mempertahankan kesehatan tubuh yang optimal dengan cara menjaga status gizi seimbang. Salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi adalah tingkat pengetahuan gizi. Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku memilih makanan, yang mudah tidaknya seseorang memahami manfaat kandungan gizi dari makanan yang di konsumsi. Pengetahuan gizi yang baik di harapkan mempengaruhi konsumsi makanan yang baik sehingga dapat menuju status gizi yang baik.

Samsul (2011) menjelaskan dampak gizi kurang terhadap morbiditas yang sangat menghambat pertumbuhan fisik, mental maupun kemampuan berpikir yang pada akhirnya akan menurunkan produktivitas kerja. Balita hidup penderita gizi buruk dapat mengalami penurunan kecerdasan (IQ) hingga 10 persen. Keadaan ini memberikan petunjuk bahwa pada hakikatnya gizi yang buruk atau kurang akan berdampak pada menurunnya kualitas sumber daya manusia. Selain itu, dampak mortalitas yang mungkin terjadi diderita balita dengan gizi kurang adalah diabetes (kencing manis) dan penyakit jantung koroner. Dampak paling buruk yang diterima adalah kematian pada umur yang sangat dini

Tindakan yang telah diupayakan oleh pemerintah, khususnya Dinas kesehatan baik pendekatan strategis maupun pendekatan taktis. Pendekatan strategis yaitu berupaya mengoptimalkan operasional pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan pelayanan kesehatan balita diantaranya pengoptimalan fungsi posyandu. Pendekatan taktis merupakan upaya antisipasi meningkatnya prevalensi balita gizi buruk serta upaya penurunannya melalui berbagai kajian atau penelitian yang berkaitan dengan balita gizi buruk.

Suhardjo (2003) menjelaskan pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran kemauan dan kemampuan hidup bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal, yang pada akhirnya meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Arah kebijakan pembangunan bidang kesehatan adalah untuk mempertinggi derajat kesehatan, termasuk didalamnya keadaan gizi masyarakat dalam rangka meningkatkan kualitas hidup serta kecerdasan dan kesejahteraan pada umumnya.

Peningkatan kesehatan yang dipusatkan pada peningkatan kesehatan keluarga dan kesehatan masyarakat tidak mungkin terwujud tanpa perbaikan dan peningkatan pelayanan kesejahteraan serta penanggulangan penyakit, untuk itu perawatan kesehatan keluarga pun dibutuhkan. Perawatan kesehatan keluarga adalah perawatan kesehatan yang ditujukan ke masyarakat atau keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuannya dan melalui perawatan sebagai sarana. Keluarga dikatakan sebagai unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi

antara sesama anggota keluarga dan akan mempengaruhi keluarga-keluarga sekitar atau masyarakat umum (Nasrul Effendi, 1989). Oleh karena itu, dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas pada keluarga yang menjadi prioritas utama adalah keluarga dengan masalah kesehatan yang rentan (menular atau menjangkiti) anggota keluarga lainnya, seperti pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita penyakit Gizi Kurang.

Azul (2004) menjelaskan saat ini di dalam era globalisasi dimana terjadi perubahan gaya hidup dan pola makan, Indonesia menghadapi permasalahan gizi ganda. Di satu pihak masalah gizi kurang yang pada umumnya disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi. Selain itu masalah gizi lebih yang disebabkan oleh kemajuan ekonomi pada lapisan masyarakat tertentu disertai dengan kurangnya pengetahuan tentang gizi.

Studi pendahuluan dan observasi didapatkan bahwa keluarga Bp. S mempunyai anggota keluarga yang menderita gizi kurang. Keluarga Bp. S mengetahui jika ada anggota keluarganya yang menderita gizi kurang tetapi keluarga tidak mengetahui penyebab gizi kurang. An. S memerlukan penanganan dan pengawasan khusus oleh keluarga serta tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan maupun penyuluhan bagi keluarga Bp. S. Kesadaran keluarga untuk meningkatkan kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan cukup baik yang terbukti pada Ibu. S sebagai ibu dari An. I yang rutin konsultasi ke tempat pelayanan kesehatan terdekat yaitu bidan desa. Berdasarkan fenomena tingginya prevalensi gizi buruk yang

terjadi di seluruh dunia dan data hasil pengkajian yang di didapat dari keluarga Bp. S membuat penulis tertarik untuk mengambil judul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Bp. S khususnya An. I dengan Gizi Kurang”.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulis mampu memberikan gambaran asuhan keperawatan keluarga secara langsung dan komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dengan masalah kesehatan dengan anak gizi kurang.

### **2. Tujuan Khusus**

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

### **C. Manfaat**

Manfaat penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah.

#### 1. Pusat Kesehatan Masyarakat

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

#### 2. Bagi Perawat Kesehatan Masyarakat

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. Bagi Masyarakat dan keluarga

Penulisan ini diharapkan membuat keluarga mampu mengenali masalah kesehatan yang terjadi didalam keluarga dengan masalah kesehatan 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 kesehatan dengan asma 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, 02 Februari 2015 pukul 10.00 WIB di Krajan RT 01 / RW 08, Jomboran, Klaten Tengah, Klaten.

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

1. Observasi partisipatif, yaitu pengamatan yang dilakukan penulis secara langsung dan ikut serta memberikan asuhan keperawatan keluarga selama 6 x 45 menit kunjungan rumah.
2. 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 tersangkut.
3. Dokumentasi

Dokumentasi yaitu dengan melihat catatan medik dan perawatan yang pernah dilakukan.

4. Studi Pustaka atau Literatur

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

