

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keperawatan kesehatan masyarakat pada dasarnya adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perbaduan konsep kesehatan masyarakat dengan konsep kesehatan masyarakat yang ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan kelompok risiko tinggi. Upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal dilakukan melalui upaya promotif dan reventif di semua tingkat pencegahan yang menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan keperawatan (Depkes, 2016).

Keperawatan kesehatan masyarakat perkotaan termasuk dalam lingkup keperawatan komunitas, karena masyarakat perkotaan merupakan komunitas yang tinggal disuatu perkotaan dengan semua keadaan dan kondisi yang ada dilingkungan kota. Keperawatan kesehatan masyarakat perkotaan memiliki delapan karakteristik dan merupakan hal yang penting dalam melakukan praktik (Allender, Rector & Warner, 2015) yaitu merupakan lahan keperawatan, merupakan kombinasi antara keperawatan publik dan keperawatan klinik, befokus pada populasi, menekankan terhadap pencegahan akan penyakit serta adanya promosi kesehatan dan kesejahteraan diri, mempromosikan tanggung jawab klien dan *self care*, menggunakan pengesahan/pengukuran dan analisa, menggunakan prinsip teori organisasi dan melibatkan kolaborasi interprofesional.

Keperawatan kesehatan masyarakat tidak terlepas dari berbagai macam masalah kesehatan yang ditimbulkan akibat meningkatnya urbanisasi di perkotaan. Riskesdas (2018) menyebutkan bahwa masalah-masalah kesehatan yang banyak terjadi di masyarakat perkotaan yaitu penyakit infeksi (TB, hepatitis, pneumonia), penyakit tidak menular (stroke, diabetes melitus, hipertensi). Masalah kesehatan yang banyak

terjadi pada agregat anak usia sekolah yaitu kecelakaan kendaraan bermotor, gangguan nutrisi baik nutrisi lebih maupun nutrisi kurang, penganiayaan terhadap anak, penyakit kronis, perubahan perilaku (pola makan, penyalahgunaan substansi-substansi).

Anak usia sekolah adalah anak yang berusia kurang lebih enam tahun dan diakhiri ketika anak mengalami pubertas yaitu usia 12 tahun dan anak akan mengalami proses tumbuh kembang dengan berbagai macam perubahan yang terjadi baik secara fisik maupun psikologis (Duval & Miller, 1985 dalam Friedman Friedman, Bowden, & Jones, 2003, Wong, 2009). Pertumbuhan dan perkembangan setiap kelompok usia berbeda. Pertumbuhan (fisik) pada periode anak usia sekolah lebih lambat dan pertumbuhan stabil dibanding periode bayi, balita dan remaja. Periode ini, perkembangan motorik halus dan kasar dalam proses penyempurnaan dan perkembangan mental sangat baik serta kemampuan kognitif menonjol (Edelman & Mandle, 2015). Selain itu, perkembangan sosial mulai dikembangkan melalui hubungan dengan teman sebaya, menikmati kegiatan dengan kelompok atau *team* yang ada (Maurer & Smith, 2010).

Selama masa anak usia sekolah, pertumbuhan tinggi dan berat badan terjadi lebih lambat tetapi pasti jika dibandingkan dengan masa sebelumnya antara usia enam tahun sampai dua tahun, anak-anak mengalami pertumbuhan sekitar lima cm pertahun untuk mencapai untuk mencapai tinggi badan 30-60 cm dan berat badannya dan berat badan akan bertambah dua kali lipat, dua sampai tiga kg per tahun. Tinggi rata-rata anak usia enam tahun adalah 116 cm dan berat badannya sekitar 21 kg. Tinggi rata-rata anak usia 12 tahun adalah sekitar 150 cm dan berat badannya mendekati 40 kg (Wong, 2009).

Anak usia sekolah yang masih dalam tahap tumbuh kembang berisiko terhadap berbagai masalah kesehatan. Sesuai dengan penjelasan sebelumnya, bahwa salah satu risiko masalah kesehatan yang umum terjadi pada anak usia sekolah di perkotaan yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah adalah masalah gizi. Menurut Allender dan Sprandley (2015), mengatakan bahwa masalah gizi merupakan masalah kesehatan pada anak usia sekolah. Sedangkan menurut Edelman dan Madle (2015) berpendapat bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya faktor gizi.

Setiap tahun lebih dari sepertiga kematian anak didunia berkaitan dengan masalah gizi kurang yang dapat melemahkan daya tahan tubuh terhadap penyakit. Hingga kini, 171 juta anak-anak di dunia yang mengalami gizi kurang. Kekurangan gizi terjadi pada saat anak tubuh tidak memperoleh energi protein, karbohidrat, lemak, vitamin dan mineral serta zat gizi lainnya dalam jumlah yang cukup diperlukan tubuh untuk mempertahankan organ dan jaringan tetap sehat dan berfungsi dengan baik (Kemenkes, 2014). Selain itu, diperkirakan, sekitar 50% penduduk di Indonesia atau lebih dari 100 juta jiwa mengalami beraneka masalah kekurangan gizi yaitu gizi kurang atau lebih. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, anak usia sekolah enam sampai 12 tahun sebesar 35 % anak usia Sekolah Dasar (SD) pendek pada tahun 2010, prevalensi kependekan (26,6%), kekurusan (11,2%) dan kegemukan (9,2%).

Gizi lebih menjadi fenomena saat ini, akan tetapi gizi kurang juga masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Hasil Riskesdas (2018) prevalensi nasional gizi kurang pada anak usia sekolah konsumsi energi dibawah kebutuhan minimal (70% AKG) sekitar 35,6 % anak usia sekolah di Indonesia yang mempunyai postur tubuh pendek atau *stunting*. Penelitian yang dilakukan oleh Neelu, Bhatnagar, dkk (2010) di kota Meerut juga menemukan masalah gizi pada anak usia sekolah masih cukup banyak yaitu 800 anak yang diperiksa ditemukan 396 anak (45,5%) yang mengalami gangguan gizi, terdapat pendek 43,8%, dan kurus (*wasting*) 44,6%.

Anak usia sekolah yang mengalami masalah gizi rentan terhadap suatu penyakit. Grodner, Long, dan Walkkingshaw (2007) menyatakan masalah gizi (*malnutrition*) dikelompokkan menjadi gizi lebih (*overnutrition*), dan gizi kurang (*undernutrition*). Berat badan lebih (*overweight*) dan obesitas merupakan masalah gizi yang paling utama pada anak-anak dan dewasa di Amerika Serikat (Edelman & Mandle, 2015). Konsekuensi gizi kurang berefek pada perkembangan kognitif dan prestasi akademik anak sekolah (Cook, 2012 dalam Allender & Sprandley, 2015). Menurut Allender dan Spradley (2015), iritabilitas, kurang energi, sukar berkonsentrasi merupakan konsekuensi gizi tidak adekuat dan semua itu dapat berdampak pada pencapaian akademis dan keterampilan dasar anak usia sekolah seperti membaca dan berhitung.

Faktor lain yang berhubungan dengan risiko gizi kurang pada anak usia sekolah adalah kebiasaan jajan dan jenis makanan yang dikonsumsi. Sebagian besar anak suka jajan dan ngemil saat disekolah ataupun saat pulang sekolah. Penelitian yang dilakukan oleh Nuryati (2005 dalam Asfariana, 2008), 47,3% dari 75 anak yang tidak sarapan atau jarang sarapan dan Asfariana (2008) menyebutkan bahwa 65% dari 60 anak yang tidak sarapan. Hal ini dikarenakan kebiasaan sering jajan yang dilakukan oleh anak usia sekolah. Selain itu, jenis makanan yang dikonsumsi anak juga mempengaruhi status gizi anak usia sekolah diantaranya anak yang tidak suka mengkonsumsi buah-buahan dan makanan yang mengandung mineral dan vitamin, berlebihan pada makanan yang mengandung lemak dan tinggi gula (Maurer & Smith, 2005), kegemaran dalam mengkonsumsi *soft drink*, kecenderungan mengkonsumsi makanan ringan yang tidak sehat, makanan rendah zat besi, makanan rendah vitamin (Edelman & Mandle, 2015).

Keluarga merupakan faktor penguat terhadap pembentukan perilaku anak termasuk perilaku makan anak. Orangtua dianggap sebagai kunci utama dalam memahami dan menerapkan nilai-nilai atau prinsip terlebih dahulu, setelah itu ditularkan ke anggota keluarga atau anak-anak (Sjarkawi, 2018). Perilaku makan anak dipengaruhi oleh perilaku dan kebiasaan orang tua dalam hal pemilihan makanan (Sulistyoningsih (2011).

Berdasarkan dari pemaparan yang telah disampaikan diatas, maka keluarga dalam hal ini orang tua mempunyai peran penting dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anak usia sekolah. Oleh karena itu, perlu adanya asuhan keperawatan keluarga untuk mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi untuk anak usia sekolah. Friedman, Bowden dan Jones (2003) mendefinisikan peran keluarga sebagai kemampuan untuk mengasuh, mendidik dan menentukan nilai kepribadian anggota keluarga. Peran pengasuh adalah peran dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya terpelihara sehingga diharapkan mereka menjadi anak yang baik fisik, mental, sosial, dan spiritual. Peran pengasuh adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan anak tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Pola asuh keluarga merupakan gambaran tentang sikap dan perilaku keluarga dengan anak dalam berinteraksi serta berkomunikasi dengan anggota keluarga.

Masalah gizi kurang yang dialami oleh anak usia sekolah pada sebuah keluarga merupakan tanggung jawab orangtua. Namun saat ini, karena tuntutan hidup dan dampak dari perkembangan perkotaan mengakibatkan orangtua lebih banyak menghabiskan waktu untuk bekerja daripada memperhatikan kebutuhan anaknya. Salah satunya terjadi pada sebuah keluarga yang tinggal di Desa Karangnom, Kec Klaten Utara, Klaten

Keluarga Bapak. S (39 tahun) merupakan keluarga inti yang terdiri dari suami Bapak. S, istri Ibu N (33 tahun), Anak An. A (15 tahun) dan An. R (7 tahun). Tahap perkembangan keluarga Bpk S merupakan tahap keluarga dengan anak usia remaja. Bapak. S bekerja sebagai pembuat tahu sedangkan Ibu. N sebagai ibu rumah tangga dan membantu Bpk. A memproduksi tahu dirumah. Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan diperoleh data utama merujuk pada masalah nutrisi/gizi yang di alami oleh An kedua dari Bapak. S yaitu An. R (7 tahun). Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak berdasarkan Kemenkes yaitu An. R termasuk pada kategori status gizi kurus (IMT 13,1 SD), sedangkan berdasarkan standar WHO Anak R berada dibawah garis merah. Keluarga belum mengetahui bahwa anak R mengalami gizi kurang dan keluarga tidak tahu bagaimana cara merawat anak dengan gizi kurang serta kurangnya pengetahuan keluarga tentang gizi seimbang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan fenomena yang ada di wilayah Desa Karangnom, Kec Klaten Utara, anak usia sekolah yang mengalami gizi kurang diakibatkan oleh kurangnya pengetahuan orang tua terhadap gizi seimbang, pola makan dan gaya hidup masyarakat. Sebagian besar masalah gizi yang terjadi adalah gizi kurang yang faktor penyebab utamanya adalah kurang asupan makanan yang mengandung asupan makanan yang mengandung gizi. Penyebab utama terjadinya kurang makan atau tidak nafsu makan terutama pada anak usia sekolah adalah kemiskinan, tidak ada makanan, sakit yang berulang, kebiasaan pemberian makanan yang kurang tepat, kurang perawatan dan kebersihan.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk mengetahui secara lebih mendalam studi kasus tentang bagaimana “Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Gizi Kurang Pada Anak R Di Desa Karangnom, Kecamatan Klaten Utara, Kab. Klaten?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum karya ilmiah ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan keluarga khususnya anak yang memiliki masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

2. Tujuan Khusus

Tujuan Khusus karya ilmiah yaitu untuk memamparkan asuhan keperawatan keluarga yang meliputi:

- a. Mendiskripsikan hasil pengkajian pada keluarga kelolaan dengan masalah gizi kurang pada anak R di Desa Karangnom, Kecamatan Klaten Utara.
- b. Mendiskripsikan diagnosa keperawatan pada keluarga kelolaan dengan masalah gizi kurang pada anak R di Desa Karangnom, Kecamatan Klaten Utara.
- c. Mendiskripsikan intervensi keperawatan pada keluarga kelolaan dengan masalah gizi kurang pada anak R di Desa Karangnom, Kecamatan Klaten Utara.
- d. Mendiskripsikan implementasi keperawatan pada keluarga kelolaan dengan masalah gizi kurang pada anak R di Desa Karangnom, Kecamatan Klaten Utara.

- e. Mendiskripsikan evaluasi keperawatan pada keluarga kelolaan dengan masalah gizi kurang pada anak R di Desa Karangnom, Kecamatan Klaten Utara.
- f. Membandingkan antara asuhan keperawatan keluarga kelolaan dengan masalah gizi kurang pada anak R di Desa Karangnom, Kecamatan Klaten Utara yang diberikan dengan teori-teori terkait konsep keluarga, penataaksanaan asuhan keperawatan keluarga dan tugas utama kesehatan keluarga.

D. Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Manfaat penulisan karya ilmiah ini yaitu:

1. Manfaat Teoritis

Karya ilmiah Ners ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas praktik keperawatan keluarga kedepannya khususnya pada agregat anak usia sekolah melalui upaya promotif dan preventif dan dapat digunakan sebagai dasar dalam membuat perencanaan pada keluarga dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi.

2. Manfaat Praktis

- a. Akademik

Hasil karya ilmiah Ners ini dapat dijadikan bahan pustaka tentang asuhan keperawatan keluarga dengan gizi kurang

- b. Puskesmas

Hasil Karya ilmiah Ners ini dapat memberikan masukan dalam meningkatkan pelayanan dengan lebih banyak memberikan informasi yang lebih luas tentang nutrisi pada anak

- c. Perawat

Karya ilmiah Ners ini agar dapat mengembangkan asuhan keperawatan bagi perawat komunitas

- d. Masyarakat

Hasil Karya Ilmiah Ners ini dapat memebrikan informasi kepada masyarakat tentang pencegahan, poerawatan pada anak dengan gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan agar dapat mengantidipasi risiko lebih lanjut.

e. Keluarga

Hasil Karya Ilmiah Ners ini diharapkan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dan untuk memandirikan keluarga untuk mengambil keputusan, mendiskusikann dan melakukan perawatan kepda anggota keluarga yang mengalamim gizi kurang