

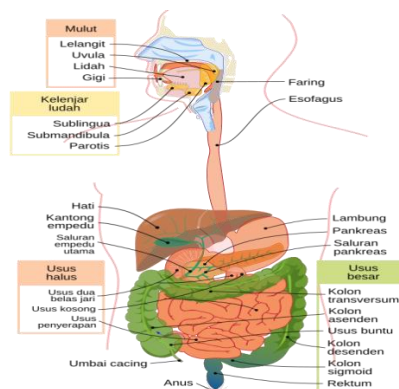
## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan manusia adalah serangkaian organ yang bekerja bersama untuk menerima, memecah, menyerap, dan memanfaatkan makanan serta energi yang berasal dari nutrisi dalam makanan. Sistem ini dimulai dari rongga mulut, berlanjut melalui esofagus, lambung, usus halus, usus besar, dan berakhir pada anus. Organ-organ pencernaan memiliki struktur tubular yang memerlukan koordinasi otot dan enzim untuk memproses makanan menjadi bentuk sederhana yang dapat diserap ke dalam aliran darah dan limfa tubuh, sehingga dapat digunakan oleh sel-sel tubuh untuk fungsi metabolik (Gordon *et.al* 2022).

Selama proses pencernaan, makanan diuraikan menjadi zat-zat yang lebih sederhana sehingga dapat diserap dan dimanfaatkan oleh sel-sel jaringan tubuh. Perubahan pada sifat makanan tersebut terjadi akibat kerja berbagai enzim yang terdapat dalam cairan pencernaan. Setiap enzim memiliki fungsi spesifik, yaitu bekerja pada jenis makanan tertentu saja dan tidak memengaruhi zat lainnya. Enzim merupakan senyawa kimia yang berperan dalam mengubah susunan kimia suatu zat tanpa mengalami perubahan pada dirinya sendiri.

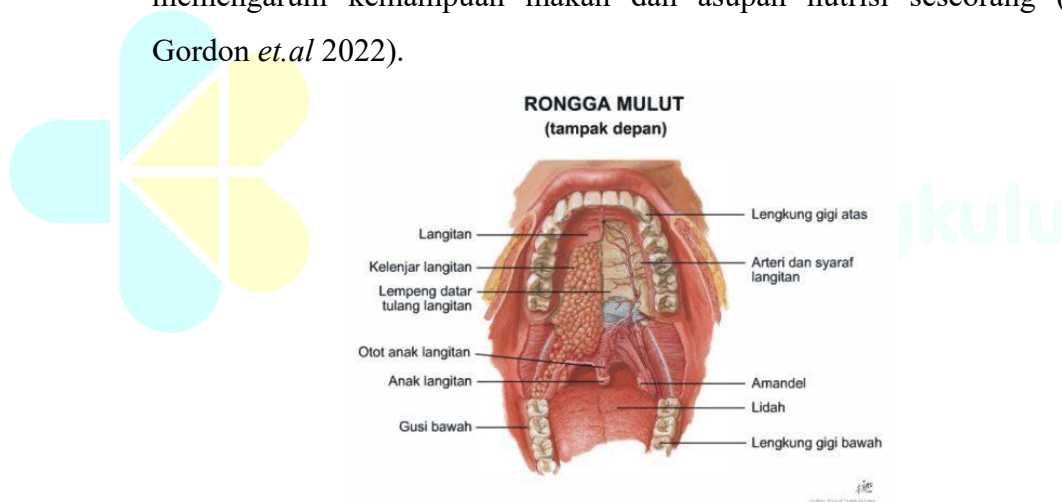


Gambar 2. 1 Sistem Pencernaan  
Sumber : Gordon *et.al* (2022)

## 1. Gigi dan Mulut

### a. Oris(Mulut)

Mulut (*cavum oris*) merupakan bagian awal dari sistem pencernaan yang berfungsi sebagai tempat masuknya makanan serta memulai proses pencernaan secara mekanik dan kimiawi (Zimmerman, *et.al* 2023). Secara anatomi, rongga mulut dibatasi oleh bibir di bagian anterior, pipi di bagian lateral, palatum durum dan palatum mole di bagian superior, serta dasar mulut dan lidah di bagian inferior. Rongga mulut dilapisi oleh mukosa oral yang berfungsi melindungi jaringan di bawahnya dan membantu proses sensori selama aktivitas makan. Mulut berperan penting dalam menentukan kualitas awal proses pencernaan karena gangguan pada struktur atau fungsi mulut dapat memengaruhi kemampuan makan dan asupan nutrisi seseorang (Gordon *et.al* 2022).

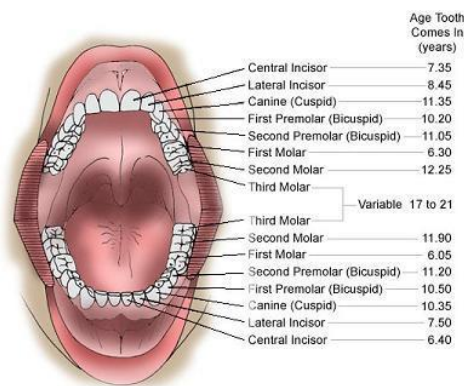


Gambar 2. 2 Rongga Mulut  
Sumber : Gordon *et.al* (2022)

### b. Gigi

Gigi merupakan struktur keras yang tertanam pada tulang alveolar rahang atas dan bawah, yang berfungsi utama untuk memotong, merobek, dan mengunyah makanan (Gordon *et.al* 2022). Secara anatomi, setiap gigi terdiri dari mahkota, leher, dan akar. Lapisan terluar gigi adalah email yang berfungsi melindungi gigi dari kerusakan mekanik, diikuti oleh dentin yang lebih lunak, serta pulpa

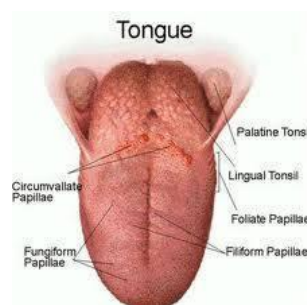
yang mengandung pembuluh darah dan saraf. Pada anak, gigi susu memiliki peran penting dalam proses makan karena membantu anak mengunyah makanan dengan baik sehingga memudahkan proses pencernaan lanjutan (Zimmerman, *et.al* 2023).



Gambar 2. 3 Rongga Gigi  
Sumber : Zimmerman, *et.al* (2023).

#### c. Lidah

Lidah merupakan organ muskular yang terletak di dasar rongga mulut dan berperan dalam proses pengunyahan, pengecapan, dan menelan. Permukaan lidah dilapisi oleh papila yang mengandung kuncup pengecap untuk mengenali rasa makanan. Aecara fisiologis, lidah membantu mengatur posisi makanan di dalam mulut, mencampurkannya dengan air liur, serta mendorong bolus makanan ke arah faring saat proses menelan. Fungsi lidah yang optimal sangat penting dalam mendukung kemampuan makan anak, terutama dalam mengenali tekstur dan rasa makanan yang berpengaruh terhadap nafsu makan (Zimmerman, *et.al* 2023).



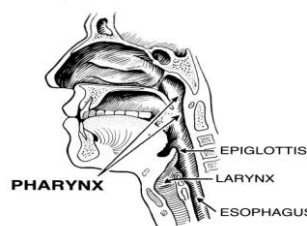
Gambar 2. 4 Rongga Lidah  
Sumber : Zimmerman, *et.al* (2023).

#### d. Kelenjar Ludah

Kelenjar ludah merupakan organ aksesori pada sistem pencernaan yang terdiri dari kelenjar parotis, submandibular, dan sublingual. Kelenjar ludah menghasilkan saliva yang mengandung enzim amilase, mukus, serta elektrolit yang berfungsi melumasi makanan dan memulai proses pencernaan karbohidrat. Saliva juga berperan menjaga kebersihan rongga mulut serta melindungi gigi dari kerusakan. Produksi saliva yang cukup sangat penting untuk mempermudah proses mengunyah dan menelan makanan (Zimmerman, *et.al* 2023).

#### 2. Faring

Faring merupakan organ yg menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esophagus). Di dalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kumpulan kelenjar limfe yg banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi. Secara anatomi, faring terbagi menjadi tiga bagian, yaitu nasofaring, orofaring, dan laringofaring, namun bagian yang berperan langsung dalam pencernaan adalah orofaring dan laringofaring. Secara fisiologis, kontraksi otot-otot faring yang terkoordinasi akan mendorong makanan ke esofagus sekaligus mencegah makanan masuk ke saluran pernapasan (Andrew *et.al* 2020).

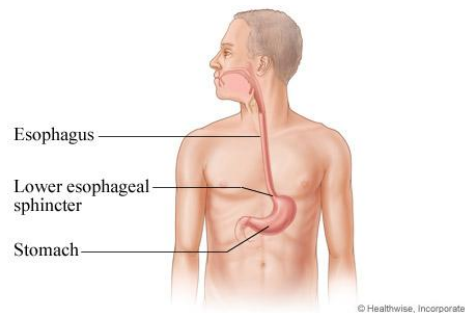


Gambar 2. 5 Faring  
Sumber : Andrew *et.al* (2020)

#### 3. Kerongkongan (Esofagus)

Esofagus merupakan saluran muskular yang menghubungkan faring dengan lambung dan memiliki panjang sekitar 18-22 cm pada anak-anak. Secara anatomi, dinding esofagus tersusun atas lapisan mukosa, submukosa, lapisan otot polos, dan lapisan luar adventisia (Andrew *et al*,

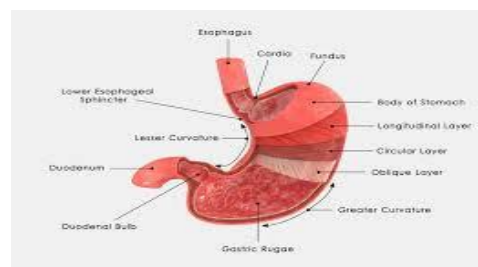
2020). Fungsi utama esofagus adalah memindahkan bolus makanan dari faring ke lambung melalui gerakan peristaltik yang ritmis dan terkoordinasi. Esofagus tidak berperan dalam proses pencernaan kimiawi, namun memiliki peran penting dalam menjaga kelancaran proses makan. Afdingter esofagus bagian bawah berfungsi mencegah refluks isi lambung kembali ke esofagus (Andrew et.al 2020).



Gambar 2. 6 Esofagus  
Sumber : Andrew *et.al* (2020)

#### 4. Lambung (Ventrikulus)

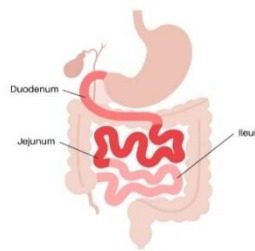
Lambung merupakan bagian dari saluran pencernaan yang membesar, mampu menampung 1–2 liter makanan. Lambung bertugas menyimpan makanan sementara dan mencernanya secara kimiawi dengan bantuan enzim, antara lain: Pepsin: mengubah protein menjadi pepton dan polipeptida, Lipase steapsin: mengemulsi lemak menjadi asam lemak dan gliserol, Tripsin: mengubah pepton menjadi polipeptida (asam amino) (Dervisintami et.al, 2025).



Gambar 2. 7 Lambung  
Sumber : Dervisintami *et.al* (2025)

## 5. Usus Halus (Intestinum)

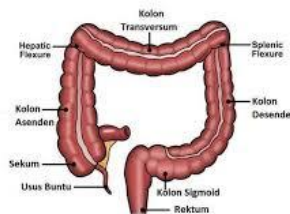
Usus halus merupakan saluran pencernaan yang terletak antara lambung dan usus besar, dengan panjang sekitar 6–8 meter. Terdiri dari tiga bagian: Duodenum (usus 12 jari):  $\pm 0,25$  m, menerima makanan dari lambung, Jejunum:  $\pm 7$  m, berperan dalam penyerapan nutrisi, Ileum:  $\pm 1$  m, melanjutkan penyerapan dan menyalurkan sisa makanan ke usus besar (Denvisintami et.al, 2025).



Gambar 2. 8 Usus Halus  
Sumber : Denvisintami *et.al* (2025)

## 6. Usus Besar (Kolon)

Usus besar terletak antara usus buntu dan rektum. Fungsi utamanya adalah menyerap air, membentuk feses, mengeluarkan sisa makanan yang tidak tercerna, serta memproduksi lendir untuk melumasi permukaan mukosa. Proses pencernaan di usus besar juga menghasilkan gas seperti  $H_2S$ , indol, skatol, fenol, serta vitamin H (biotin) dan vitamin K yang berperan dalam pembekuan darah (Denvisintami et.al, 2025).

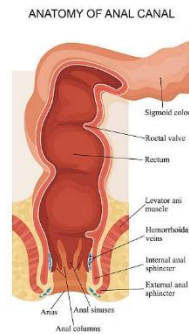


Gambar 2. 9 Kolon  
Sumber : Denvisintami *et.al* (2025)

## 7. Anus (Rektum)

Bagian terakhir dari saluran pencernaan adalah anus, sepanjang  $\pm 15$  cm. Anus berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses, menahan keluarnya feses secara tiba-tiba, dan membantu pergerakan feses

melalui peristaltik. Terdapat otot sukarela di anus yang dikendalikan oleh kemauan individu (Dennisintami et.al, 2025).



Gambar 2. 10 Rektum  
Sumber : Dennisintami *et.al* (2025)

## B. Konsep Penyakit Gizi Kurang

### 1. Pengertian Gizi Kurang

Gizi atau nutrisi merupakan komponen fundamental yang berperan penting dalam menunjang pertumbuhan, perkembangan, serta kelangsungan fungsi biologis tubuh manusia, khususnya pada masa kanak-kanak. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa nutrisi adalah proses asupan, penyerapan, dan pemanfaatan zat gizi dari makanan yang dibutuhkan tubuh untuk mempertahankan kesehatan, mendukung pertumbuhan normal, serta menjalankan fungsi fisiologis secara optimal. Gizi kurang (*undernutrition*) sebagai kondisi yang terjadi akibat asupan energi dan zat gizi esensial yang tidak mencukupi kebutuhan tubuh, baik dalam jumlah maupun kualitas, sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Gizi kurang pada anak umumnya diidentifikasi melalui indikator antropometri, salah satunya berat badan menurut umur (BB/U) di bawah  $-2$  standar deviasi (SD) dari standar pertumbuhan anak *World Health Organization* (2024).

### 2. Etiologi

Etiologi gizi kurang pada anak merupakan faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan antara asupan zat gizi dan kebutuhan tubuh. Berdasarkan literatur terbaru, penyebab gizi kurang

bersifat multifaktorial dan melibatkan interaksi antara faktor langsung, tidak langsung, serta faktor dasar yang saling memengaruhi *Organisation for Economic Cooperation and Development (2024)*.

a. Asupan Nutrisi Tidak Adekuat

Penyebab utama gizi kurang adalah tidak terpenuhinya kebutuhan zat gizi, baik dari segi jumlah maupun kualitas makanan. Anak yang tidak mendapatkan asupan energi, protein, dan mikronutrien yang cukup akan mengalami gangguan pertumbuhan dan penurunan berat badan. Hal ini dapat disebabkan oleh pola makan yang tidak seimbang, keterbatasan variasi makanan, serta praktik pemberian makan yang tidak tepat.

b. Praktik Pemberian Makan Yang Tidak Tepat

Praktik pemberian makan yang tidak sesuai, seperti tidak diberikan ASI eksklusif, pemberian MP-ASI yang terlalu dini atau terlambat, serta frekuensi makan yang tidak cukup, merupakan faktor penting penyebab gizi kurang.

c. Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi seperti diare, ISPA, dan infeksi lainnya berperan besar dalam terjadinya gizi kurang. Infeksi menyebabkan penurunan nafsu makan, gangguan penyerapan nutrisi, serta peningkatan kebutuhan energi tubuh. Kondisi ini menciptakan hubungan timbal balik antara infeksi dan malnutrisi yang saling memperburuk.

d. Faktor Sosial Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang rendah menyebabkan keterbatasan dalam menyediakan makanan bergizi, akses layanan kesehatan, dan lingkungan hidup yang layak. Kemiskinan menjadi salah satu faktor utama yang memperburuk masalah gizi anak karena memengaruhi daya beli dan kualitas konsumsi pangan keluarga.

e. Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Orang Tua

Kurangnya pengetahuan orang tua, terutama ibu, mengenai gizi dan kesehatan anak dapat menyebabkan kesalahan dalam pemberian makan dan perawatan anak. Orang tua dengan pengetahuan gizi yang rendah cenderung tidak memahami kebutuhan nutrisi anak serta pentingnya pola makan seimbang.

f. Faktor Budaya Pola Asuh

Lingkungan yang tidak sehat, seperti sanitasi yang buruk dan akses air bersih yang terbatas, meningkatkan risiko infeksi pada anak. Infeksi yang berulang akan memperburuk status gizi. Faktor lingkungan menjadi penyebab tidak langsung yang sangat berpengaruh terhadap terjadinya gizi kurang.

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis gizi kurang menurut *World Health Organization* (2024) pada anak merupakan bentuk respon tubuh terhadap defisit zat gizi yang berlangsung dalam periode tertentu, baik secara akut maupun kronis. Menurut UNICEF (2023), tanda dan gejala gizi kurang bersifat multisistem dan mencakup aspek fisik, fisiologis, serta perkembangan anak.

a. Penurunan Status Antropometri(berat Badan Rendah/Kurus)

Salah satu manifestasi utama gizi kurang adalah penurunan berat badan yang tidak sesuai dengan tinggi badan atau umur anak. Anak tampak kurus (*wasting*) akibat kehilangan jaringan lemak dan massa otot. Kondisi ini menunjukkan adanya kekurangan energi dan protein yang berlangsung dalam waktu relatif singkat.

b. Penurunan Nafsu Makan(Anoreksia)

Anak dengan gizi kurang sering menunjukkan penurunan nafsu makan atau bahkan menolak makan dan menyusu. Kondisi ini terjadi akibat gangguan metabolisme dan respon tubuh terhadap kekurangan nutrisi. Penurunan nafsu makan memperburuk kondisi karena

menyebabkan asupan nutrisi semakin tidak adekuat, sehingga mempercepat terjadinya penurunan status gizi.

c. Kelemahan Umum dan Penurunan Aktivitas

Anak dengan gizi kurang umumnya tampak lemah, lesu, dan kurang aktif. Hal ini disebabkan oleh kekurangan energi yang dibutuhkan untuk aktivitas sehari-hari. Pada kondisi berat, anak dapat menjadi sangat lemah hingga tidak mampu menyusu atau beraktivitas normal. Kelemahan ini merupakan tanda bahwa tubuh telah mengalami defisit energi yang signifikan.

d. Penurunan Sistem Imunitas

Gizi kurang menyebabkan gangguan pada sistem imun sehingga anak menjadi lebih rentan terhadap infeksi seperti diare, ISPA, dan pneumonia. Kondisi ini terjadi karena kekurangan zat gizi penting seperti protein, vitamin A, dan zinc yang berperan dalam fungsi imun. Anak dengan gizi kurang memiliki risiko infeksi yang lebih tinggi dan proses penyembuhan yang lebih lambat dibandingkan anak dengan status gizi baik.

e. Gangguan Pertumbuhan Fisik

Anak dengan gizi kurang mengalami gangguan pertumbuhan, baik berat badan maupun tinggi badan. Jika kondisi berlangsung lama, anak berisiko mengalami stunting (pendek) yang bersifat kronis dan sulit diperbaiki. Gangguan pertumbuhan ini terjadi akibat kurangnya asupan zat gizi yang diperlukan untuk pembentukan jaringan tubuh.

f. gangguan Perkembangan Otak dan Kognitif

Kekurangan gizi pada masa anak-anak berdampak pada perkembangan otak, sehingga anak dapat mengalami keterlambatan perkembangan kognitif, penurunan kemampuan belajar, dan gangguan perilaku. Zat gizi seperti protein, zat besi, dan asam lemak esensial sangat penting dalam perkembangan otak, sehingga kekurangannya dapat memberikan dampak jangka panjang.

#### 4. Patofisiologi

Gizi kurang pada anak merupakan kondisi yang terjadi akibat ketidakseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan tubuh dalam jangka waktu tertentu. Secara patofisiologis, kondisi ini diawali oleh tidak terpenuhinya kebutuhan energi dan protein, baik karena asupan makanan yang tidak adekuat, kualitas makanan yang rendah, maupun adanya gangguan dalam proses pemberian makan *World Health Organization*, (2023). Ketika asupan nutrisi tidak mencukupi, tubuh akan melakukan mekanisme adaptasi dengan menggunakan cadangan energi yang tersedia untuk mempertahankan fungsi vital. Cadangan tersebut meliputi glikogen sebagai sumber energi jangka pendek, diikuti oleh pemecahan jaringan lemak, dan pada tahap lanjut terjadi pemecahan protein otot. Proses ini menyebabkan penurunan berat badan dan massa otot yang tampak sebagai kondisi wasting pada anak *World Health Organization*, (2023).

Seiring berjalannya waktu, defisit nutrisi yang berkepanjangan akan mengganggu berbagai proses metabolisme dalam tubuh. Penurunan asupan protein menyebabkan terganggunya sintesis protein penting seperti enzim dan albumin. Penurunan kadar albumin dalam darah mengakibatkan turunnya tekanan onkotik plasma sehingga cairan berpindah ke ruang interstisial dan menimbulkan edema, yang sering ditemukan pada kasus kwashiorkor. Selain itu, terjadi penurunan metabolisme basal sebagai bentuk adaptasi tubuh untuk menghemat energi, namun kondisi ini justru berdampak pada menurunnya fungsi organ, termasuk hati dan sistem hormonal yang berperan dalam pertumbuhan anak *World Health Organization*, (2023).

Dalam jangka panjang, kondisi gizi kurang akan mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan anak. Kekurangan nutrisi yang berlangsung lama dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan linier (stunting) serta keterlambatan perkembangan kognitif akibat terganggunya perkembangan otak. Selain itu, kemampuan tubuh dalam mempertahankan fungsi fisiologis menjadi menurun, sehingga pada kondisi berat dapat

terjadi komplikasi seperti hipoglikemia, hipotermia, dehidrasi, hingga kegagalan organ yang berujung pada peningkatan risiko kematian. Dengan demikian, patofisiologi gizi kurang pada anak merupakan proses yang kompleks dan progresif, yang melibatkan interaksi antara kekurangan asupan nutrisi, gangguan metabolisme, penurunan imunitas, serta faktor infeksi yang saling memperburuk kondisi anak *World Health Organization*, (2023).



### 5. WOC Gizi Kurang

Bagan 2 Penyebab langsung :



## 6. Komplikasi

Komplikasi gizi kurang pada anak merupakan akibat lanjutan dari defisit nutrisi yang tidak ditangani secara adekuat. Kondisi ini dapat memengaruhi berbagai sistem tubuh dan meningkatkan risiko morbiditas serta mortalitas pada anak *World Health Organization*, (2023).

### a. Infeksi Berulang (Diare, ISPA, Pneumonia)

Anak dengan gizi kurang mengalami penurunan sistem imun akibat defisiensi protein dan mikronutrien penting. Hal ini menyebabkan tubuh lebih rentan terhadap infeksi, seperti diare, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), dan pneumonia. Infeksi yang berulang akan memperburuk status gizi karena menurunkan nafsu makan serta mengganggu penyerapan nutrisi, sehingga memperparah kondisi malnutrisi.

### b. Gangguan Pertumbuhan (Stunting dan *Wasting*)

Gizi kurang menyebabkan gangguan pertumbuhan baik secara akut maupun kronis. Kekurangan energi dan protein menghambat pertumbuhan jaringan tubuh sehingga anak mengalami *wasting* (kurus) dan dalam jangka panjang dapat berkembang menjadi stunting (pendek). Gangguan ini dapat bersifat permanen jika tidak ditangani sejak dini.

### c. Gangguan Perkembangan Kognitif dan Mental

Kekurangan zat gizi terutama pada masa pertumbuhan menyebabkan gangguan perkembangan otak. Anak dapat mengalami keterlambatan perkembangan motorik, penurunan kemampuan belajar, serta gangguan fungsi kognitif. Dampak ini bersifat jangka panjang dan dapat memengaruhi kualitas sumber daya manusia di masa depan.

### d. Dehidrasi Gangguan Protein

Gizi kurang sering disertai dengan diare yang menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit. Ketidakseimbangan ini dapat mengganggu fungsi organ vital seperti jantung dan ginjal. Dehidrasi

pada anak dengan malnutrisi memiliki risiko lebih tinggi menjadi berat karena kondisi tubuh yang sudah lemah.

e. Edema dan Gangguan Protein (Kwashiorkor)

Kekurangan protein menyebabkan penurunan kadar albumin dalam darah yang berfungsi menjaga tekanan onkotik. Penurunan ini menyebabkan cairan keluar ke jaringan dan menimbulkan edema, terutama pada kaki dan wajah. Kondisi ini merupakan tanda gizi buruk tipe kwashiorkor dan berisiko tinggi terhadap komplikasi lebih lanjut.

f. Kegagalan Organ

Pada kondisi yang sangat berat, gizi kurang dapat menyebabkan gangguan sirkulasi dan syok. Hal ini terjadi akibat kombinasi dehidrasi, infeksi berat, dan gangguan metabolisme. Jika tidak ditangani segera, kondisi ini dapat berkembang menjadi kegagalan organ dan kematian.

### C. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan kekerabatan dan hidup bersama dalam suatu sistem yang saling berinteraksi (Hasty, *et.al*, 2024). Menurut kajian ilmiah dalam jurnal dan teori keluarga, keluarga tidak hanya dipandang sebagai kumpulan individu, tetapi juga sebagai suatu sistem sosial yang anggotanya saling bergantung dan memiliki peran serta fungsi masing-masing dalam mempertahankan keseimbangan keluarga (Jarvis, *et.al*, 2023).

Dalam perspektif sosiologi dan kesehatan, keluarga juga didefinisikan sebagai kelompok primer yang menjadi tempat pertama individu belajar nilai, norma, serta pola perilaku sosial. Keluarga berfungsi sebagai lingkungan awal dalam proses sosialisasi dan pembentukan kepribadian, sehingga memiliki pengaruh besar terhadap perkembangan fisik, psikologis, dan sosial individu (Neviyarni 2021).

## 2. Struktur Keluarga

Struktur keluarga merupakan susunan dan pola hubungan antaranggota keluarga yang mencerminkan bagaimana interaksi, pembagian tugas, serta sistem nilai dijalankan dalam kehidupan sehari-hari. Struktur ini mencakup aspek komunikasi, peran, kekuasaan, serta budaya yang dianut oleh keluarga. Menurut kajian dalam jurnal keperawatan keluarga dan kesehatan masyarakat, struktur keluarga berperan penting dalam menentukan fungsi keluarga, termasuk dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan dan gizi anak. Menurut Friedman (2010) dalam Suhada & Nugraha, (2023), struktur keluarga tersusun atas beberapa komponen utama yang mencakup :

### a. Pola Komunikasi

Pola komunikasi keluarga adalah proses pertukaran informasi yang terjadi antaranggota keluarga secara verbal maupun nonverbal. Komunikasi yang efektif ditandai dengan adanya keterbukaan, kejujuran, empati, serta umpan balik yang baik. Komunikasi yang harmonis akan mendukung terciptanya hubungan yang sehat dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan, termasuk dalam hal pemenuhan gizi anak. Sebaliknya, komunikasi yang tidak efektif dapat menyebabkan kesalahpahaman, konflik, serta kurangnya perhatian terhadap kebutuhan anggota keluarga, sehingga berisiko terhadap masalah kesehatan seperti gizi kurang.

### b. Struktur Peran

Struktur peran dalam keluarga menggambarkan pembagian tanggung jawab yang dimiliki oleh setiap anggota keluarga. Peran ini dapat bersifat formal maupun informal. Peran formal berkaitan dengan fungsi utama seperti mencari nafkah dan mengasuh anak, sedangkan peran informal meliputi dukungan emosional, pemberian motivasi, serta menjaga keharmonisan keluarga. Ketidakseimbangan dalam pelaksanaan peran dapat berdampak pada kurang optimalnya pemenuhan kebutuhan anak, termasuk kebutuhan nutrisi.

c. Struktur Kekuatan dan Nilai

Struktur kekuatan dan nilai dalam keluarga menunjukkan bagaimana pengaruh dan pengambilan keputusan dijalankan dalam keluarga. Kekuatan dapat muncul dalam berbagai bentuk, seperti kewenangan formal, keteladanan, pemberian penghargaan, maupun penerapan sanksi. Sementara itu, nilai dan norma berfungsi sebagai pedoman yang mengarahkan perilaku anggota keluarga. Nilai-nilai tersebut diwariskan secara turun-temurun dan berperan dalam membentuk karakter serta identitas keluarga.

d. Struktur Kekuasaan dan Pembuat Keputusan

Kekuasaan merupakan kemampuan-potensial atau aktual-individu untuk mengendalikan, memengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain. Kekuasaan dimanifestasikan melalui proses pembuatan keputusan dalam keluarga. Pembuatan keputusan dan kekuasaan keluarga pada umumnya lebih sering dilakukan secara bersama dalam keluarga saat ini daripada pada masa lampau..

3. Tipe Keluarga

Menurut Friedman (2010); Septriani (2024), keluarga dapat diklasifikasikan ke dalam dua kelompok utama, yaitu keluarga tradisional dan keluarga non-tradisional. Pengelompokan ini didasarkan pada struktur, pola hubungan, serta perkembangan sosial yang memengaruhi bentuk keluarga dalam masyarakat.

a. Keluarga Tradisional

Keluarga tradisional merupakan bentuk keluarga yang memiliki struktur relatif tetap dan umumnya terdiri dari anggota keluarga yang terikat melalui hubungan darah, perkawinan, atau adopsi keluarga ini banyak dijumpai dalam masyarakat dengan nilai-nilai budaya yang masih kuat seperti di negara kawasan timur. Menurut Friedman (2010) dalam Septriani (2024) beberapa bentuk keluarga tradisional antara lain:

- 1) *Nuclear family* (Keluarga inti), Terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang hidup dalam satu rumah tangga.
- 2) *Dyad family* (Keluarga tanpa anak), Merupakan pasangan suami istri yang tanpa anak.
- 3) *Family of orientation* (keluarga asal), keluarga tempat seseorang dilahirkan dan dibesarkan, dan memperoleh pengalaman hidup pertama yang terdiri dari ayah, ibu, dan saudara kandung(kakakatau adik)
- 4) *Family of Procreation* (keluarga karena perkawinan), keluarga yang dibentuk setelah menikah dan memiliki anak,
- 5) *Extenden familiy* (keluarga besar), keluarga inti ditambah anggota keluarga lain seperti kakek, nenek, paman, bibi, atau sepupu
- 6) *Single parent family* (keluarga orang tua tunggal), terdiri dari satu orang tua dengan anak akibat perceraian, kematian pasangan, atau alasan lainnya
- 7) *Blended/reconstituted family* (keluarga campuran), terbentuk dari pernikahan kembali, sehingga menggabungkan anak dari pernikahan lainnya
- 8) *Middle aged or aging couple* (pasangan usia pertengahan atau lanjut usia), pasangan suami istri yang anaknya telah dewasa dan tidak lagi tinggal bersama.

b. Keluarga *Non-Tradisional (Modern)*

Keluarga modern muncul sebagai akibat perubahan sosial, ekonomi, dan budaya dalam masyarakat. Bentuk keluarga ini lebih fleksibel dan tidak selalu mengikuti pola keluarga konvensional, serta dapat terbentuk melalui kesepakatan antarindividu, baik secara formal maupun informal. Menurut Friedman (2010) dalam Septriani (2024) beberapa bentuk keluarga modern meliputi :

- 1) *The unmarried teenage mother*, yaitu ibu muda yang memiliki anak tanpa ikatan pernikahan resmi.
- 2) *Reconstituted nuclear family*, merupakan keluarga yang terbentuk dari pernikahan kembali dan melibatkan anak dari pernikahan sebelumnya.
- 3) *Same-sex families*, yaitu pasangan dengan orientasi seksual yang sama yang hidup bersama sebagai sebuah keluarga.
- 4) *Cohabiting family*, yakni orang dewasa yang tinggal bersama di luar pernikahan karena alasan tertentu, seperti pekerjaan.
- 5) *Foster family*, merupakan keluarga yang merawat anak secara sementara akibat kehilangan orang tua atau karena alasan penitipan.
- 6) *Homeless family*, yakni keluarga yang tidak memiliki tempat tinggal permanen akibat kondisi ekonomi atau sosial.

#### 4. Fungsi Keluarga

Menurut Riyadi *et al.* (2021) Fungsi keluarga dapat diartikan sebagai serangkaian peran dan tanggung jawab yang dijalankan oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar anggota keluarga, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan kesehatan, guna mewujudkan kesejahteraan keluarga secara menyeluruh. Dalam perspektif keperawatan keluarga, fungsi ini menjadi komponen yang sangat penting karena derajat kesehatan dan kualitas hidup anggota keluarga sangat dipengaruhi oleh kemampuan keluarga dalam menjalankan perannya secara optimal sebagai suatu sistem sosial. Adapun beberapa fungsi utama keluarga berdasarkan jurnal Riyadi *et al.* (2021) :

##### a. Fungsi Biologis

Fungsi biologis merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar fisik seluruh anggota keluarga. Fungsi ini meliputi pemenuhan kebutuhan fisiologis seperti makan, minum, istirahat, pemenuhan kebutuhan seksual pasangan suami istri, reproduksi, serta pemeliharaan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga.

Melalui fungsi biologis, keluarga bertanggung jawab menjaga status kesehatan setiap anggota keluarga agar kebutuhan biologisnya terpenuhi secara optimal.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi keluarga dalam mengajarkan nilai, norma, budaya, adat istiadat, dan peran sosial kepada seluruh anggota keluarga. Keluarga menjadi tempat pertama bagi anak untuk belajar berkomunikasi, berinteraksi, berperilaku, serta menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial sehingga mampu menjalankan perannya di masyarakat.

c. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan emosional dalam keluarga, seperti kasih sayang, perhatian, dan hubungan interpersonal. Melalui fungsi ini, keluarga memberikan rasa aman, dukungan emosional, serta interaksi yang positif antaranggota. Pemenuhan fungsi afektif yang baik akan membuat anggota keluarga merasa dicintai, dihargai, dan diterima dalam lingkungan keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan kemampuan keluarga dalam memperoleh, mengelola, dan memanfaatkan sumber daya ekonomi untuk memenuhi kebutuhan hidup seluruh anggota keluarga. Fungsi ini mencakup pemenuhan kebutuhan pangan, sandang, papan, pendidikan, pelayanan kesehatan, dan kebutuhan hidup lainnya.

e. Fungsi Pendidikan

Fungsi pendidikan merupakan fungsi keluarga dalam memberikan pendidikan, bimbingan, pembinaan, dan pengembangan pengetahuan serta keterampilan kepada seluruh anggota keluarga. Keluarga berperan sebagai lingkungan pendidikan pertama yang membentuk karakter, kebiasaan, dan kemampuan anggota keluarga sebelum memperoleh pendidikan formal.

f. Fungsi Perlindungan

Fungsi perlindungan merupakan fungsi keluarga dalam memberikan perlindungan fisik, psikologis, sosial, dan rasa aman kepada seluruh anggota keluarga. Keluarga bertanggung jawab menciptakan lingkungan yang aman, nyaman, serta melindungi anggota keluarga dari berbagai ancaman yang dapat mengganggu kesehatan dan kesejahteraan mereka.

5. Tugas Keluarga

Sejalan dengan fungsi kesehatan keluarga, setiap keluarga memiliki tanggung jawab dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan anggotanya. Friedman (2010); Yahya (2021) tugas keluarga dalam bidang kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam lima aspek utama

a. Mampu mengenali masalah kesehatan anggota keluarga

Keluarga diharuskan mampu mengenal perubahan kondisi kesehatan pada setiap anggota keluarga melalui pengamatan terhadap tanda dan gejala yang muncul.

b. Mampu mengambil keputusan tindakan yang tepat

Keluarga memiliki peran dalam menentukan tindakan yang sesuai untuk mengatasi masalah kesehatan yang diderita oleh keluarga lainnya.

c. Mampu memberikan perawatan pada anggota yang sakit

Keluarga diharapkan dapat memberikan perawatan dasar kepada anggota yang mengalami gangguan kesehatan meliputi pemberian pertolongan awal, serta melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila kondisi tidak dapat ditangani secara mandiri.

d. Mampu mengubah lingkungan keluarga

Keluarga perlu menciptakan dan menjaga kondisi lingkungan rumah yang kondusif bagi kesehatan fisik maupun psikologis seluruh anggota keluarga.

e. Mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Keluarga perlu memiliki kemampuan untuk mengakses dan menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia mencakup kesadaran untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, mendapatkan pengobatan, serta mengikuti anjuran tenaga kesehatan guna mendukung proses penyembuhan.

6. Tahap Perkembangan Keluarga

Tingkat perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada keluarga sebagai suatu sistem yang dinamis sepanjang siklus kehidupan. Keluarga tidak bersifat statis, melainkan berkembang melalui tahapan tertentu yang dikenal sebagai *family life cycle*. Setiap tahap memiliki karakteristik, peran, serta kebutuhan yang berbeda, seiring dengan perubahan usia dan kondisi anggota keluarga. Perkembangan ini mencerminkan kemampuan keluarga dalam menyesuaikan diri terhadap berbagai perubahan, seperti pernikahan, kelahiran anak, hingga fase lansia.

Pada setiap tahap perkembangan, keluarga memiliki tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar fungsi keluarga tetap optimal. Keberhasilan dalam menjalankan tugas tersebut akan mendukung kesejahteraan dan kesehatan keluarga, sedangkan kegagalan dapat menimbulkan masalah kesehatan, baik fisik maupun psikososial. Dalam keperawatan keluarga, pemahaman terhadap tingkat perkembangan keluarga sangat penting karena menjadi dasar dalam pengkajian, penentuan diagnosis, serta perencanaan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan keluarga (Sihombing *et al* 2024).

Menurut Evelyn Duvall (1997); (Gusti dkk. 2024), perkembangan keluarga dibagi menjadi beberapa tahap yang menggambarkan perubahan struktur, fungsi, serta tugas perkembangan keluarga sepanjang siklus kehidupan. Setiap tahap memiliki karakteristik dan tuntutan yang berbeda, sehingga penting untuk dipahami dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Adapun tahap-tahap perkembangan keluarga menurut Duvall (1997); (Gusti dkk. 2024) tersebut adalah sebagai berikut:

a. Tahap 1 : Keluarga Baru (*Beginning Family*)

Pada tahap ini, keluarga dimulai dari terbentuknya hubungan pernikahan antara dua individu yang sebelumnya berasal dari latar belakang keluarga yang berbeda. Fokus utama keluarga berada pada proses penyesuaian peran sebagai suami dan istri, termasuk pembentukan pola komunikasi, nilai, dan aturan dalam rumah tangga. Pada fase ini, pasangan juga mulai membangun stabilitas emosional dan ekonomi sebagai fondasi kehidupan keluarga. Selain itu, pasangan biasanya mulai merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk peran sebagai orang tua. Kegagalan adaptasi pada tahap ini dapat berdampak pada konflik rumah tangga yang berlanjut ke tahap berikutnya.

b. Tahap II : Keluarga dengan Anak Bayi (*Childbearing Family*)

Tahap ini dimulai sejak kehadiran anak pertama hingga usia sekitar 30 bulan. Keluarga mengalami perubahan besar dalam struktur dan fungsi, di mana pasangan beralih menjadi orang tua. Perhatian utama keluarga berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar bayi seperti nutrisi (ASI), imunisasi, kebersihan, serta keamanan. Selain itu, orang tua harus mampu menyesuaikan diri dengan peran baru, termasuk pembagian tugas dalam merawat anak dan mengelola waktu antara pekerjaan dan keluarga.

c. Tahap III : Keluarga dengan Anak Prasekolah (*Family With Preschoolers*)

Tahap ini berlangsung saat anak berada pada usia 2,5 hingga 5 tahun. Pada fase ini, keluarga mulai berfokus pada stimulasi tumbuh kembang anak, baik secara fisik, kognitif, maupun sosial. Orang tua berperan penting dalam membentuk kebiasaan sehat, termasuk pola makan, kebersihan diri, serta interaksi sosial anak. Anak mulai belajar mandiri, sehingga orang tua perlu memberikan bimbingan tanpa bersikap terlalu protektif. Lingkungan rumah harus mendukung perkembangan anak, aman, dan kondusif untuk eksplorasi. Apabila

keluarga tidak mampu menjalankan tugas perkembangan ini dengan baik, dapat muncul masalah seperti keterlambatan perkembangan atau pola makan yang tidak adekuat.

d. Tahap IV : Keluarga dengan Anak Usia Sekolah ( *Family With School-Age Children* )

Tahap ini dimulai ketika anak memasuki usia sekolah (6–12 tahun). Fokus keluarga bergeser pada dukungan terhadap pendidikan anak dan pengembangan keterampilan sosial. Orang tua memiliki tanggung jawab untuk memantau aktivitas anak, membantu proses belajar, serta menanamkan nilai-nilai disiplin dan tanggung jawab. Anak mulai memiliki lingkungan sosial yang lebih luas di luar keluarga, sehingga pengawasan tetap diperlukan agar tidak terjadi perilaku menyimpang. Pada tahap ini, keluarga juga harus mampu membangun komunikasi yang efektif agar anak merasa didukung dan dihargai. Kegagalan dalam tahap ini dapat berdampak pada masalah akademik maupun perilaku anak.

e. Tahap V : Keluarga dengan Anak Remaja ( *Family With Teenagers* )

Tahap ini terjadi ketika anak memasuki usia remaja (13–20 tahun), yang ditandai dengan perubahan fisik, emosional, dan sosial. Keluarga menghadapi tantangan dalam menyeimbangkan antara memberikan kebebasan kepada anak dan tetap melakukan pengawasan. Orang tua perlu membangun komunikasi terbuka dan saling percaya agar remaja dapat berkembang secara optimal. Konflik sering muncul pada tahap ini karena adanya perbedaan pandangan antara orang tua dan anak. Oleh karena itu, keluarga harus mampu beradaptasi dengan perubahan peran dan menjaga hubungan yang harmonis. Dukungan emosional menjadi sangat penting untuk mencegah perilaku berisiko pada remaja.

f. Tahap VI : Keluarga dengan Anak Dewasa ( *Launching Family* )

Tahap ini dimulai ketika anak mulai meninggalkan rumah untuk melanjutkan pendidikan, bekerja, atau membangun keluarga

sendiri. Orang tua menghadapi proses “melepas” anak secara emosional dan fisik. Hubungan dalam keluarga berubah menjadi lebih dewasa dan setara. Pada fase ini, pasangan suami-istri kembali memiliki waktu lebih banyak bersama, sehingga perlu menyesuaikan kembali dinamika hubungan mereka. Tugas utama keluarga adalah mendukung kemandirian anak tanpa kehilangan ikatan emosional. Jika tidak mampu beradaptasi, orang tua dapat mengalami kesepian atau kesulitan menerima perubahan.

g. Tahap VII : Keluarga Usia Pertengahan (*Middle-Aged Family*)

Tahap ini terjadi ketika anak-anak sudah mandiri dan tidak lagi tinggal bersama orang tua. Fokus keluarga kembali pada hubungan pasangan serta persiapan menghadapi masa tua. Orang tua juga sering memiliki tanggung jawab tambahan, seperti merawat orang tua mereka yang sudah lanjut usia. Pada fase ini, keluarga perlu menjaga kesehatan fisik dan mental, serta stabilitas ekonomi. Selain itu, pasangan harus mampu menemukan kembali makna hubungan mereka setelah peran sebagai orang tua berkurang. Adaptasi yang baik akan membantu keluarga menjalani tahap ini dengan lebih sejahtera.

h. Tahap VIII : Keluarga Lansia (*Aging Family*)

Tahap terakhir ini dimulai ketika pasangan memasuki usia lanjut hingga akhir kehidupan. Pada fase ini, terjadi penurunan fungsi fisik, perubahan peran sosial, dan kemungkinan kehilangan pasangan hidup. Keluarga perlu beradaptasi dengan kondisi kesehatan yang menurun serta ketergantungan yang meningkat. Dukungan emosional dan sosial menjadi sangat penting untuk menjaga kualitas hidup lansia. Selain itu, keluarga juga perlu mempersiapkan diri menghadapi kehilangan dan proses akhir kehidupan. Keberhasilan menjalani tahap ini ditandai dengan penerimaan terhadap perubahan dan tetap menjaga hubungan sosial yang bermakna.

#### **D. Konsep Gangguan Promosi Kesehatan**

Diagnosis keperawatan promosi kesehatan berfokus pada motivasi serta kesiapan individu dalam meningkatkan kualitas hidup dan mencapai derajat kesehatan yang lebih baik. Dorongan tersebut dapat muncul pada individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat, sehingga penerapannya dapat dilakukan dalam berbagai kondisi kesehatan. Siagnosis ini ditetapkan apabila klien menunjukkan atau mengungkapkan keinginan secara nyata untuk memperbaiki dan meningkatkan status kesehatannya (Nanda-1 2021).

Penelitian dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan bahwa kebutuhan promosi kesehatan semakin banyak ditemukan dalam praktik keperawatan, terutama pada kelompok lansia dan individu dengan penyakit kronis. Hal tersebut terlihat dari penggunaan diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan perilaku pemeliharaan kesehatan serta penerapan intervensi seperti promosi aktivitas fisik, pengelolaan nutrisi, peningkatan kemampuan coping, dan edukasi kesehatan. Intervensi tersebut bertujuan membantu individu meningkatkan kemampuan dalam menjaga serta mengoptimalkan kondisi kesehatannya (Lee & Chang 2024).

Promosi kesehatan merupakan serangkaian upaya yang bertujuan meningkatkan kemampuan individu maupun masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan sehingga tercapai kualitas hidup yang lebih baik. Kegiatan promosi kesehatan tidak hanya berorientasi pada pencegahan penyakit, tetapi juga mencakup edukasi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, advokasi kesehatan, serta penciptaan lingkungan sosial yang mendukung perilaku hidup sehat (Chia *et al.* 2023).

#### **E. Konsep Manajemen Nutrisi**

Menurut *Nursing Intervention Classification* (NIC), manajemen nutrisi merupakan tindakan keperawatan yang berfokus pada pengaturan dan penyediaan nutrisi yang seimbang untuk meningkatkan atau mempertahankan status gizi klien. Upaya ini melibatkan kolaborasi dengan ahli gizi, identifikasi kebutuhan nutrisi individual, modifikasi pola makan jika diperlukan, serta pemantauan konsumsi makanan dan respons tubuh terhadap asupan nutrisi.

Dalam konteks anak dengan gizi kurang, intervensi manajemen nutrisi difokuskan pada pemberdayaan keluarga untuk menyediakan makanan dengan nilai gizi yang sesuai kebutuhan anak, mendorong variasi makanan bergizi, serta menyesuaikan frekuensi pemberian makan sehingga intake nutrisi harian dapat optimal.

Intervensi manajemen nutrisi merupakan rangkaian tindakan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kecukupan asupan zat gizi, memperbaiki status gizi, serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak melalui pengkajian kebutuhan nutrisi, pemantauan status gizi, perencanaan intervensi, edukasi, dan evaluasi secara berkelanjutan. Keberhasilan intervensi sangat dipengaruhi oleh keterlibatan keluarga sebagai pendukung utama dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anak (Martin *et al.* 2021).

#### **F. Kuisioner Pengukuran Gizi Kurang Dengan *Z-score***

Metode *Z-score* merupakan pendekatan penilaian status gizi berbasis antropometri yang digunakan dalam standar nasional Indonesia sesuai dengan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Z-score* adalah nilai yang menunjukkan penyimpangan hasil pengukuran individu terhadap median populasi rujukan dalam satuan standar deviasi (SD). Penilaian status gizi menggunakan metode ini meliputi beberapa indikator, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), serta indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Berdasarkan Permenkes No. 2 Tahun 2020, klasifikasi status gizi ditentukan berdasarkan nilai *Z-score*, yaitu  $\geq -2$  SD dikategorikan sebagai status gizi normal,  $-3$  SD sampai  $< -2$  SD dikategorikan sebagai gizi kurang, dan  $< -3$  SD dikategorikan sebagai gizi buruk. Setiap indikator memiliki fungsi yang berbeda dalam menilai status gizi, di mana BB/U digunakan untuk menilai gizi kurang secara umum, TB/U untuk menilai stunting atau gangguan pertumbuhan kronis, BB/TB untuk menilai wasting atau kondisi gizi kurang

akut, serta IMT/U untuk menilai status kurus hingga obesitas pada (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Beberapa penelitian dalam lima tahun terakhir juga menegaskan bahwa metode *Z-score* merupakan alat ukur yang efektif, sederhana, dan aplikatif dalam menilai status gizi anak. Studi oleh peneliti Indonesia menunjukkan bahwa penggunaan *Z-score* berbasis aplikasi WHO mampu meningkatkan ketepatan klasifikasi status gizi dibandingkan metode konvensional (Zamaa *et al.* 2025).

Penelitian lain menyatakan bahwa pendekatan antropometri dengan *Z-score* tetap menjadi metode utama dalam surveilans gizi karena kemampuannya dalam mendeteksi gangguan pertumbuhan secara dini (Putri *et al.*, 2025). Dengan demikian, *Z-score* dapat disimpulkan sebagai metode yang paling direkomendasikan dalam penilaian status gizi anak baik di tingkat pelayanan kesehatan maupun penelitian akademik.

**Tabel 2. 1**  
Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

| Indeks                                                         | Kategori Status Gizi | Ambang Batas ( <i>Z-score</i> ) |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Indeks masa tubuh menurut umur (IMT/U)<br>Anak umur 5-10 tahun | Sangat kurus         | <-3 SD                          |
|                                                                | Kurus                | -3 SD sampai dengan <-2 SD      |
|                                                                | Normal               | -2 SD sampai dengan 1 SD        |
|                                                                | Gemuk                | > 1 SD sampai dengan 2 SD       |
|                                                                | Obesitas             | >2 SD                           |

Sumber : Supirasa *et al.*, (2021)

## G. Penelitian Terkait Intervensi Keperawatan

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang pesat telah mendorong banyak penelitian terkait intervensi keperawatan dalam penatakasanaan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan khususnya pada keluarga dengan anak penderita gizi kurang. Berbagai langkah intervensi untuk manajemen gangguan makan antara lain :

### 1. Penerapan Pijat Tui Na

Pijat Tui Na merupakan terapi yang menggunakan tekanan atau dorongan pada titik titik tertentu yang dilakukan secara lembut dan terstruktur pada area perut, punggung, tangan, dan kaki, dengan tujuan

menstimulasi sistem pencernaan dan fungsi organ tubuh (Wulaningsih & Sari 2024).

Secara fisiologis, pijat Tui Na merupakan terapi sentuhan yang menggunakan teknik pijatan pada titik atau area tubuh tertentu. Stimulasi pijat diperkirakan membantu meningkatkan relaksasi anak, memperlancar sirkulasi darah dan limfe, serta merangsang fungsi sistem pencernaan. Rangsangan tersebut dapat membantu kerja saluran cerna, termasuk pergerakan usus dan proses pencernaan, sehingga rasa tidak nyaman pada perut berkurang dan anak lebih siap menerima makanan. Aelain itu, kondisi anak yang lebih rileks dapat menurunkan ketegangan atau kecemasan saat makan; hal ini mendukung peningkatan nafsu makan. Namun, mekanisme fisiologis ini merupakan penjelasan teoritis—penelitian tersebut terutama mengukur perubahan skor nafsu makan, bukan hormon, enzim pencernaan, atau parameter fisiologis secara langsung (Wulaningsih, & Sari 2024).

Penelitian mengenai pijat Tui Na yang dilakukan oleh Indah & Novita (2024) mengenai pengaruh pijat Tuina Terhadap Tingkat Nafsu Makan Balita Gizi Kurang di Puskesmas Kedungmundu. Penelitian menggunakan desain studi kasus dengan jumlah responden sebanyak dua balita gizi kurang yang dipilih melalui purposive sampling. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan skor rata-rata nafsu makan setelah pijat Tui Na. Sebelum intervensi, rata-rata skor nafsu makan adalah 5,812 dengan standar deviasi 0,655, skor terendah 5, dan tertinggi 7. Setelah pijat Tui Na, rata-rata meningkat menjadi 8,187 dengan standar deviasi 0,910, skor terendah 7, dan tertinggi 10. Artinya, secara deskriptif terdapat peningkatan rata-rata sekitar 2,375 poin setelah terapi diberikan. Nilai  $p \text{ value} = 0,000$ . Dalam pelaporan statistik, nilai ini sebaiknya ditulis sebagai  $p < 0,001$ , bukan benar-benar nol. Karena  $p < 0,05$ , hasilnya menunjukkan bahwa peningkatan nafsu makan sebelum dan sesudah pijat Tui Na bermakna secara statistik. Dengan demikian, penelitian

menyimpulkan bahwa pijat Tui Na berpengaruh terhadap peningkatan nafsu makan pada balita gizi kurang di Puskesmas Kedungmundu.

## 2. Penerapan Akupresur

Akupresur merupakan terapi komplementer yang dilakukan dengan memberikan tekanan menggunakan jari pada titik-titik tertentu di permukaan tubuh. Pada penelitian ini, titik yang digunakan meliputi KI3, SP6, PC6, LI4, dan ST36. Akupresur diberikan secara lembut dan terstruktur dengan tujuan membantu meningkatkan nafsu makan pada balita usia 1–5 tahun (Nadia *et.al*, 2024)..

Secara fisiologis, tekanan pada titik akupresur memberikan rangsangan pada sistem saraf, termasuk aktivitas nervus vagus, yang berperan dalam pengaturan fungsi saluran pencernaan. Stimulasi tersebut dapat membantu motilitas saluran cerna, proses pencernaan, dan kenyamanan perut anak. Penelitian juga menjelaskan bahwa akupresur dikaitkan secara teoritis dengan regulasi hormon yang berhubungan dengan rasa lapar dan metabolisme, seperti ghrelin dan insulin. Saat fungsi pencernaan lebih nyaman dan anak lebih rileks, anak dapat lebih mudah menerima makanan dan nafsu makannya dapat meningkat (Nadia *et.al*, 2024).

Penelitian dilakukan di Posyandu Mayang Terurai, Desa Teluk Bunian, Kecamatan Pelangiran, Kabupaten Indragiri Hilir, Riau. Penelitian menggunakan desain kuantitatif pre-eksperimental one-group pretest–posttest dengan teknik accidental sampling. Jumlah responden sebanyak 19 balita usia 1–5 tahun. Akupresur diberikan satu kali sehari selama tujuh hari, kemudian dilakukan pengukuran nafsu makan dan berat badan pada hari kedelapan (Nadia *et.al*, 2024).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum intervensi, sebagian besar balita memiliki nafsu makan kurang, yaitu 16 balita (84,2%). Setelah pemberian akupresur, tidak ada lagi balita yang berada pada kategori nafsu makan kurang; sebanyak 11 balita (57,9%) berada pada kategori cukup dan 8 balita (42,1%) berada pada kategori baik. Rata-rata skor nafsu makan

meningkat dari 83,79 sebelum intervensi menjadi 125,58 setelah intervensi. Hasil uji t-test menunjukkan p-value = 0,000, yang dalam pelaporan statistik sebaiknya ditulis sebagai  $p < 0,001$ . Karena nilai p lebih kecil dari 0,05, terdapat peningkatan berat badan dan nafsu makan yang bermakna secara statistik setelah pemberian akupresure (Nadia *et.al*, 2024).

### 3. Penerapan *Crab Massage*

*Crab Massage* merupakan terapi komplementer yang menggabungkan akupresur dan pijat anak. Terapi dilakukan dengan memberikan tekanan sebanyak 30 kali pada titik akupresur tertentu, yaitu ST36, ST25, SP6, CV12, LI4, GB39, KI1, dan BL23, kemudian dilanjutkan pijat anak pada area wajah, sekitar mulut, pipi, telinga, leher, dan dagu (Ifayanti *et al.* 2025).

Secara fisiologis, kombinasi akupresur dan pijat anak diduga merangsang saraf vagus yang berperan dalam meningkatkan motilitas saluran cerna dan sekresi hormon pencernaan. Pijat juga diperkirakan membantu memperlancar sirkulasi perifer, meningkatkan metabolisme lokal, serta menurunkan stres melalui penurunan kortisol. Perbaikan fungsi pencernaan dapat membantu penyerapan zat gizi, sedangkan penurunan stres dan peningkatan kenyamanan anak dapat mendukung nafsu makan, imunitas, dan pertumbuhan (Ifayanti *et al.* 2025).

Penelitian menggunakan desain quasi-experimental pretest–posttest with control group. Penelitian dilakukan pada balita wasting di Pamenang. Sampel terdiri dari 20 balita wasting, yaitu 10 balita kelompok intervensi dan 10 balita kelompok kontrol, yang dipilih dengan teknik accidental sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa berat badan kelompok kontrol meningkat dari  $10,72 \pm 3,12$  kg sebelum penelitian menjadi  $11,02 \pm 3,09$  kg setelah penelitian, dengan hasil uji paired t-test  $p < 0,001$ . Pada kelompok intervensi, rata-rata berat badan meningkat dari  $10,67 \pm 2,51$  kg menjadi  $11,33 \pm 2,22$  kg, juga dengan hasil  $p < 0,001$ . Kenaikan berat badan kelompok intervensi sebesar 0,66 kg, lebih besar dibanding

kelompok kontrol yang hanya meningkat 0,30 kg. Hasil perbandingan kenaikan berat badan antara kedua kelompok menggunakan uji Mann–Whitney menunjukkan  $p = 0,002$ , sehingga terdapat perbedaan kenaikan berat badan yang bermakna secara statistik (Ifayanti *et al.* 2025).

#### 4. Penerapan *Sensory Based Feeding*

*Sensory-based feeding intervention* merupakan terapi makan yang menggunakan pendekatan sensori secara bertahap untuk membantu anak menerima makanan, terutama pada anak dengan *food refusal* (Kim *et al.* 2021).

Secara fisiologis, terapi makan berbasis sensori bertujuan meningkatkan toleransi anak terhadap rangsangan oral dan sensori dari makanan. Anak yang mengalami penolakan makan dapat memiliki sensitivitas berlebih terhadap tekstur, rasa, atau aroma makanan sehingga muncul respons menolak, menangis, memuntahkan makanan, atau menutup mulut. Paparan makanan secara bertahap dan berulang dapat membantu proses adaptasi sensori, mengurangi kecemasan saat makan, serta meningkatkan kemampuan anak menerima variasi makanan. Perbaikan perilaku makan ini dapat mendukung peningkatan asupan makanan. Namun, mekanisme fisiologis seperti perubahan fungsi saraf, refleks oral-motor, atau proses pencernaan tidak diukur secara langsung dalam penelitian ini (Kim *et al.* 2021).

Penelitian dilakukan di klinik gangguan makan anak Samsung Medical Center, Korea Selatan. Melibatkan 26 balita, yaitu 14 anak kelompok intervensi dan 12 anak kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *sensory-based feeding intervention* memberikan perbaikan bermakna pada perilaku makan anak. Pengukuran menggunakan Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale (BPFAS) menunjukkan penurunan masalah perilaku makan anak dan masalah perilaku orang tua pada kelompok intervensi. Berat badan kelompok intervensi meningkat dari  $9,30 \pm 2,07$  kg sebelum terapi menjadi  $10,36 \pm 2,29$  kg setelah terapi, dengan hasil bermakna dalam kelompok ( $p < 0,01$ ). Namun, kelompok

kontrol juga mengalami peningkatan berat badan dari  $8,73 \pm 1,66$  kg menjadi  $9,68 \pm 0,66$  kg ( $p < 0,01$ ) (Kim *et al.* 2021).

##### 5. *Psychosocial Stimulation on the Children With Severe Acute*

Stimulasi psikososial merupakan intervensi yang dilakukan melalui permainan sesuai usia, interaksi positif antara anak dan pengasuh, komunikasi, aktivitas motorik, serta dukungan emosional. Pada anak dengan severe acute malnutrition (SAM), stimulasi dapat dilakukan melalui kegiatan bermain terstruktur di ruang perawatan dan dilanjutkan oleh pengasuh di rumah. Tujuannya adalah membantu anak lebih aktif, nyaman, terlibat dalam interaksi, serta mendukung perkembangan personal-sosial, motorik halus, motorik kasar, dan bahasa (Tessema *et al.* 2025).

Secara fisiologis, stimulasi psikososial tidak bekerja langsung seperti pijat pada sistem pencernaan. Permainan, sentuhan positif, komunikasi, dan keterlibatan pengasuh diduga membantu menurunkan stres anak serta meningkatkan rasa aman dan respons emosional positif. Anak yang lebih nyaman dan aktif dapat lebih mudah berinteraksi saat perawatan, mengikuti aktivitas sesuai usia, dan beradaptasi dengan proses makan maupun rehabilitasi gizi (Tessema *et al.* 2025).

Penelitian menggunakan desain cluster randomized controlled trial pada anak usia 6–59 bulan dengan SAM di Silti Zone, Ethiopia. Sebanyak 181 anak dinilai kelayakannya, kemudian 144 anak direkrut, terdiri dari 72 anak kelompok intervensi dan 72 anak kelompok kontrol. Pada evaluasi enam bulan, sebanyak 121 anak dianalisis, yaitu 63 anak kelompok intervensi dan 58 anak kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan bahwa stimulasi psikososial meningkatkan perkembangan anak secara bermakna. Pada evaluasi akhir enam bulan, perkembangan personal-sosial meningkat dengan  $p < 0,001$ , motorik halus  $p < 0,001$ , bahasa  $p < 0,001$ , dan motorik kasar  $p < 0,001$ . Selain itu, rata-rata lama rawat kelompok intervensi lebih singkat, yaitu  $10,5 \pm 3,1$  hari, dibanding kelompok kontrol  $11,4 \pm 4,3$  hari, dengan  $p = 0,010$  (Tessema *et al.* 2025).

Tabel 2. 2 Penelitian Terkait Intervensi Keperawatan

| No | Penulis dan Judul                                                                                                      | Jurnal dan Tahun Terbit                                                     | Sampel Penelitian                                                                             | Metode Penelitian                                                                                                                         | Hasil Penelitian                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Indah Wulaningsih, Novita Sari, Heny Wijayanti “Pengaruh Pijat Tui na Terhadap Tingkat Nafsu Makan Balita Gizi Kurang” | JURNAL EDUNursing, Vol. 6, No. 1, April 2022                                | Sampel : 16 Sampel diambil dari populasi balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Ke dungmundu | Penelitian bersifat kuantitatif dengan desain <i>quasi experimental</i> menggunakan pendekatan <i>one group pre-test-post-test design</i> | Berdasarkan hasil penelitian didapatkan nafsu makan balita sebelum di lakukan tindakan pijat tuina mempunyai rata-rata 5.812, standart deviasi 0.655, dan skor terendah 5 tertinggi 7 sedangkan sesudah mempunyai rata-rata 8.187 standart deviasi 0.910, dan skor terendah 7 tertinggi 10 sehingga ada pengaruh pijat tuina terhadap peningkatan nafsu makan balita sesudah dan sebelum dilakukan pijat tuina dengan <i>p value</i> sebesar $0,000 < 0,05$ . |
| 2. | Nurliza, Fatma Nadia, Hirza Rahmita, dan Rika Mianna Pengaruh Akupresur untuk Meningkatkan                             | Health Care: Jurnal Kesehatan, Volume 13 Nomor 1, Juni 2024, halaman 81–89. | 19 balita usia 1–5 tahun. Sampel dipilih dengan teknik accidental sampling.                   | Kuantitatif dengan desain pre-eksperimental one-group pretest–posttest. Nafsu makan diukur sebelum dan                                    | Sebelum terapi, sebagian besar balita memiliki nafsu makan kategori kurang, yaitu 16 dari 19 responden (84,2%); hanya 3 balita (15,8%) berada pada kategori cukup                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|    |                                                                                                                                      |                                                                 |                                                                                                                                        |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Nafsu Makan dan Berat Badan pada Balita 1–5 Tahun                                                                                    |                                                                 |                                                                                                                                        | <p>sesudah terapi menggunakan lembar observasi/kuesioner. Analisis menggunakan uji t-test.</p>                      | <p>dan tidak ada yang berkategori baik. Setelah akupresur selama tujuh hari, tidak ada lagi balita dengan nafsu makan kurang; 11 balita (57,9%) berkategori cukup dan 8 balita (42,1%) berkategori baik.</p> <p>Nilai rata-rata skor nafsu makan meningkat dari 83,79 sebelum terapi menjadi 125,58 sesudah terapi. Uji statistik menunjukkan p-value = 0,000 (<math>p &lt; 0,05</math>), sehingga terdapat pengaruh bermakna pemberian akupresur terhadap peningkatan nafsu makanserta penambahan berat badan balita.</p> |
| 3. | Hikmah Ifayanti, Novi Anggista, Linda Puspita, Eliya Septi <i>Crab Massage Effect on Weight Gain and Illness in Wasting Toddlers</i> | Science Midwifery, Vol. 13 No. 5, Desember 2025, hlm. 1350–1356 | 20 balita wasting di Pamenang, terdiri dari 10 balita kelompok intervensi dan 10 balita kelompok kontrol. Sampel dipilih dengan teknik | <p>Quasi-experimental pretest–posttest with control group.</p> <p>Kelompok intervensi mendapat kepingan massage</p> | <p>Berat badan kelompok intervensi meningkat dari <math>10,67 \pm 2,51</math> kg menjadi <math>11,33 \pm 2,22</math> kg dengan <math>p &lt; 0,001</math>. Kelompok kontrol juga meningkat dari <math>10,72 \pm 3,12</math> kg menjadi <math>11,02 \pm 3,09</math> kg dengan <math>p &lt; 0,001</math>. Namun, kenaikan berat</p>                                                                                                                                                                                           |

|     |                                                                                                                                 |                                         |                                                                         |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                 |                                         | accidental sampling.                                                    |                                                                                                                                                                                       | badan kelompok intervensi (0,66 kg) lebih besar dibanding kontrol (0,30 kg) dan perbedaannya bermakna dengan $p = 0,002$ . Frekuensi sakit kelompok intervensi menurun dari $1,5 \pm 0,71$ kali menjadi $0,3 \pm 0,48$ kali dengan $p = 0,010$ ; perbedaan frekuensi sakit setelah intervensi dibanding kontrol juga bermakna ( $p < 0,001$ ). |
| 4.. | Ah-Ran Kim, Ji Young Kwon, Se Hee Yi, & Eun Hye Kim. <i>“Sensory Based Feeding Intervention for Toddlers With Food Refusal”</i> | Annals of Rehabilitation Medicine, 2021 | 26 balita, terdiri dari 14 kelompok intervensi dan 12 kelompok kontrol. | Single-blind randomized controlled trial. Kelompok intervensi mendapat sensory-based feeding therapy berbasis Sequential Oral Sensory (SOS) Approach selama 1 jam/hari, 5 hari/minggu | Terapi berbasis sensori memperbaiki perilaku makan secara bermakna pada kelompok intervensi, terutama skor BPFAS ( $p < 0,01$ ). Berat badan kelompok intervensi meningkat dari $9,30 \pm 2,07$ kg menjadi $10,36 \pm 2,29$ kg ( $p < 0,01$ ).                                                                                                 |
| 5.  | Tesfalem T. Tessema, Andamlak G. Alamdo, Eyoel B. Mekonnen,                                                                     | Journal of Nutritional Science, 2025,   | Sebanyak 144 anak usia 6–59 bulan dengan severe acute                   | Cluster randomized controlled trial. Kelompok intervensi                                                                                                                              | pada akhir penelitian WAZ kelompok intervensi $-2,10 \pm 0,45$ dan kontrol $-2,00 \pm 0,38$ ( $p = 0,48$ );                                                                                                                                                                                                                                    |

|  |                                                                                                                                                                                                                                     |                |                                                                              |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | dkk. The Effect of Psychosocial Stimulation on the Development, Nutrition, and Treatment Outcomes of Hospitalised Children With Severe Acute Malnutrition in Southern Ethiopia: A Cluster Randomised Control Trial (EPSoSAMC Study) | Volume 14, e17 | malnutrition (SAM) direkrut: 72 kelompok intervensi dan 72 kelompok kontrol. | menerima stimulasi psikososial berupa permainan sesuai usia, interaksi pengasuh-anak, komunikasi, aktivitas motorik, dan dukungan emosional selama perawatan di unit gizi serta dilanjutkan di rumah | WHZ $-2,13 \pm 0,52$ dan $-2,30 \pm 0,70$ ( $p = 0,12$ ). Jadi, terapi ini terbukti memperbaiki perkembangan dan lama rawat, |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## H. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

### 1. Pengkajian

Proses pengkajian keluarga ditandai dengan pengumpulan informasi yang terus-menerus dan keputusan profesional yang mengandung arti terhadap informasi yang dikumpulkan. Sumber data pengkajian keluarga menurut Ferdinan 2010 ; Susanto ( 2022) yaitu : Wawancara klien tentang peristiwa yang lalu dan sekarang, Mengajukan pertanyaan dan mendengarkan, Genogram, *Ecomap*, (Data Objektif : observasi rumah, Observasi interaksi keluarga), (Data Subjektif : Pengalaman anggota keluarga yang dilaporkan), Instrumen pengkajian yang diisi oleh anggota keluarga, Informasi tertulis dan lisan, dan laporan dari anggota tim kesehatan lain. dan lingkungan.

#### a. Data Identitas Keluarga

Data identitas merupakan gambaran umum keluarga yang meliputi: Nama Keluarga, alamat dan telepon. Data ini biasanya data tertulis, yang mudah diperoleh dari kartu keluarga seperti nama kepala keluarga, alamat lengkap, pekerjaan, pendidikan terakhir kepala keluarga dan anggota keluarga, komposisi keluarga dan lain sebagainya. Pada pengkajian pendidikan diketahui bahwa pendidikan berpengaruh pada kemampuan orang tua dalam mengatur pola makan dan pentingnya asupan gizi bagi balita. Sedangkan pekerjaan yang terlalu sibuk bagi orang tua mengakibatkan perhatian orang tua terhadap tumbuh kembang anak tidak ada.

#### b. Tahap Perkembangan dan Riwayat Keluarga

##### 1) Tahap perkembangan keluarga

Pada tahap ini ditentukan berdasarkan usia anak tertua dalam keluarga. Hal ini mengacu pada teori perkembangan keluarga yang menyatakan bahwa setiap tahap memiliki karakteristik dan kebutuhan yang berbeda (Kaakinen *et al.* 2021).

## 2) Tugas perkembangan keluarga

Pada tahap ini keluarga diharapkan mampu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, menjalankan peran sesuai tahap perkembangan dan menjaga keseimbangan fungsi keluarga

## 3) Riwayat keluarga inti

Pada tahap ini pengkajian yang dilakukan biasanya berupa penyakit yang sedang dialami, upaya keluarga dalam pengobatan, dan pengalaman menggunakan layanan kesehatan

## 4) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Pada tahap ini pengkajian yang dilakukan biasanya berupa penyakit kronis, riwayat perawatan/operasi dan riwayat kecelakaan

## c. Data Lingkungan

### 1) Karakteristik Rumah

Karakteristik rumah menjadi bagian awal yang dikaji dalam data lingkungan. Perawat perlu mengidentifikasi jenis tempat tinggal yang dihuni keluarga, apakah berupa rumah permanen, semi permanen, kontrakan, atau bentuk lainnya, serta status kepemilikan rumah tersebut, apakah milik pribadi atau sewa. Kondisi kebersihan rumah juga perlu diperhatikan, termasuk bagaimana keluarga menjaga kebersihan lantai, dinding, dan lingkungan sekitar rumah. Selain itu, ventilasi dan pencahayaan rumah harus dikaji untuk mengetahui apakah sirkulasi udara dan pencahayaan alami sudah memadai, karena hal ini sangat berpengaruh terhadap kesehatan pernapasan dan kenyamanan penghuni rumah. Ketersediaan air bersih serta fasilitas sanitasi seperti jamban sehat juga menjadi indikator penting dalam menentukan kualitas lingkungan rumah. Tidak kalah penting, perawat harus mengidentifikasi adanya potensi bahaya di dalam rumah, seperti instalasi listrik yang tidak aman, lantai licin, atau kondisi rumah yang dapat menyebabkan risiko cedera bagi anggota keluarga.

## 2) Karakteristik Lingkungan Sekitar

Selanjutnya, karakteristik lingkungan sekitar juga perlu dikaji untuk memperoleh gambaran kondisi eksternal yang memengaruhi keluarga. Perawat perlu menjelaskan apakah keluarga tinggal di daerah perkotaan, pedesaan, atau wilayah lainnya, karena kondisi geografis akan berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan dan pola hidup masyarakat. Budaya yang berkembang di lingkungan tersebut juga penting untuk dipahami karena dapat memengaruhi kebiasaan, pola makan, serta cara pandang masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit. Selain itu, keberadaan fasilitas umum dan fasilitas kesehatan seperti puskesmas, posyandu, rumah sakit, tempat ibadah, dan sarana pendidikan perlu dikaji untuk mengetahui kemudahan akses keluarga dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya.

## 3) Mobilitas Geografis Keluarga

Mobilitas geografis keluarga juga menjadi bagian penting dalam pengkajian lingkungan. Perawat perlu mengetahui sejak kapan keluarga tersebut tinggal di lingkungan tersebut serta apakah keluarga merupakan penduduk asli atau pendatang. Lama tinggal dapat memengaruhi tingkat adaptasi keluarga terhadap lingkungan sekitar, termasuk hubungan sosial dengan masyarakat. Keluarga yang telah lama menetap biasanya memiliki keterikatan sosial yang lebih kuat dibandingkan dengan keluarga yang baru pindah, sehingga lebih mudah dalam mengakses dukungan sosial yang tersedia di lingkungan sekitar.

## 4) Interaksi Sosial Keluarga

Interaksi sosial keluarga dengan lingkungan sekitar juga perlu dikaji secara mendalam. Hal ini mencakup bagaimana hubungan keluarga dengan tetangga, apakah terjalin dengan baik, saling membantu, dan memiliki komunikasi yang aktif, atau justru cenderung tertutup. Selain itu, partisipasi keluarga dalam kegiatan

masyarakat seperti gotong royong, kegiatan keagamaan, atau kegiatan sosial lainnya juga menjadi indikator penting dalam menilai integrasi sosial keluarga. Interaksi sosial yang baik akan memberikan dukungan sosial yang positif bagi keluarga, terutama dalam menghadapi masalah kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam mempertahankan kesehatannya.

d. Struktur Keluarga

1) Pola Komunikasi Keluarga

Pola komunikasi keluarga menggambarkan bagaimana interaksi yang terjadi antar anggota keluarga dalam kehidupan sehari-hari. Pengkajian pada aspek ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana keterbukaan komunikasi, kejelasan penyampaian pesan, serta kemampuan anggota keluarga dalam mendengarkan dan merespons satu sama lain. Komunikasi yang efektif ditandai dengan adanya hubungan yang terbuka, saling menghargai, dan minim konflik. Sebaliknya, komunikasi yang tidak efektif dapat ditunjukkan dengan adanya kesalahpahaman, komunikasi satu arah, atau bahkan tidak adanya komunikasi yang bermakna. Pola komunikasi ini sangat berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam menyelesaikan masalah, termasuk masalah kesehatan.

2) Struktur Kekuasaan Keluarga

Struktur kekuasaan dalam keluarga berkaitan dengan siapa yang memiliki peran dominan dalam pengambilan keputusan. Pengkajian ini penting untuk mengetahui apakah keputusan dalam keluarga bersifat otoriter, demokratis, atau berdasarkan musyawarah bersama. Dalam keluarga yang sehat, pengambilan keputusan biasanya melibatkan anggota keluarga lain dan mempertimbangkan kepentingan bersama. Selain itu, perlu dikaji juga sejauh mana anggota keluarga merasa puas terhadap keputusan yang diambil, karena hal ini dapat memengaruhi

keharmonisan keluarga serta kepatuhan terhadap keputusan tersebut, terutama dalam hal pengelolaan kesehatan.

### 3) Struktur Peran Keluarga

Struktur peran keluarga menggambarkan pembagian tugas dan tanggung jawab yang dimiliki oleh masing-masing anggota keluarga. Peran ini terdiri dari peran formal dan peran informal. Peran formal merupakan peran yang tampak secara nyata, seperti kepala keluarga sebagai pencari nafkah, ibu sebagai pengelola rumah tangga, serta anak sebagai pelajar. Sementara itu, peran informal mencakup peran yang tidak terlihat secara langsung namun dirasakan, seperti pemberi dukungan emosional atau penengah konflik dalam keluarga. Keseimbangan peran dalam keluarga sangat penting untuk menjaga stabilitas dan fungsi keluarga secara keseluruhan.

### 4) Nilai dan Norma Keluarga

Nilai dan norma keluarga merupakan keyakinan dan prinsip yang dianut oleh keluarga dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Nilai ini biasanya dipengaruhi oleh budaya, agama, serta pengalaman hidup keluarga. Pengkajian terhadap nilai keluarga bertujuan untuk memahami bagaimana nilai tersebut memengaruhi perilaku kesehatan, pola pengambilan keputusan, serta interaksi sosial keluarga. Perbedaan nilai antara keluarga dengan lingkungan sekitar juga perlu diperhatikan karena dapat memengaruhi penerimaan keluarga terhadap intervensi kesehatan yang diberikan.

## e. Fungsi Keluarga

### 1) Fungsi Biologis

Data yang dikaji meliputi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, cairan, istirahat, aktivitas, eliminasi, dan kebutuhan dasar lainnya bagi seluruh anggota keluarga. Selain itu dikaji pula riwayat kehamilan, persalinan, jumlah anak, status imunisasi, pertumbuhan dan perkembangan anak, riwayat penyakit,

status gizi anggota keluarga, pola makan keluarga, kebiasaan hidup sehat, serta kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan biologis anggota keluarga sesuai usia dan kondisi kesehatannya. Pada keluarga yang memiliki balita gizi kurang, pengkajian difokuskan pada pola pemberian makan, frekuensi makan, jenis makanan yang dikonsumsi, status gizi anak, serta faktor-faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan nutrisi anak Riyadi *et al.* (2021).

## 2) Fungsi Sosialisasi

Data yang dikaji meliputi kemampuan keluarga dalam mengajarkan nilai, norma, adat istiadat, budaya, dan agama kepada seluruh anggota keluarga. Pengkajian dilakukan terhadap pola pengasuhan yang diterapkan orang tua, cara keluarga mendidik anak, memberikan disiplin, penghargaan maupun hukuman, serta kemampuan anggota keluarga dalam berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Selain itu, dikaji pula kebiasaan keluarga dalam membentuk perilaku hidup sehat, kemampuan anak beradaptasi dengan lingkungan sosial, serta keterlibatan keluarga dalam kegiatan masyarakat Riyadi *et al.* (2021). Pada keluarga dengan balita yang mengalami gizi kurang, umumnya ditemukan kesulitan dalam menjalin interaksi sosial baik dengan anggota keluarga maupun lingkungan sekitar. Selain itu, keluarga sering kali kurang konsisten dalam menerapkan pola makan yang teratur dan sesuai bagi balita.

## 3) Fungsi Afektif

Data yang dikaji meliputi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan emosional seluruh anggota keluarga melalui pemberian kasih sayang, perhatian, rasa aman, dan dukungan. Pengkajian dilakukan terhadap hubungan antaranggota keluarga, cara keluarga mengekspresikan kasih sayang, pola komunikasi, tingkat saling percaya, serta kemampuan keluarga dalam menyelesaikan konflik. Selain itu, dikaji pula bagaimana keluarga

memberikan penghargaan, perhatian, dan dukungan kepada anggota keluarga yang mengalami masalah atau sakit, serta kemampuan keluarga menciptakan suasana yang harmonis sehingga setiap anggota keluarga merasa diterima, dihargai, dan dicintai Riyadi *et al.* (2021). Pada keluarga dengan masalah gizi kurang, umumnya perhatian terhadap kebutuhan kasih sayang dan perhatian anak masih rendah. Selain itu, keluarga cenderung membatasi interaksi sosial dengan lingkungan sekitar karena merasa malu terhadap kondisi yang dialaminya.

#### 4) Fungsi Ekonomi

Data yang dikaji meliputi pekerjaan kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya, sumber pendapatan keluarga, kecukupan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, kemampuan mengelola keuangan keluarga, serta kemampuan memenuhi kebutuhan pangan, sandang, papan, pendidikan, dan pelayanan kesehatan. Selain itu, dikaji pula kondisi tempat tinggal, kepemilikan jaminan kesehatan, serta kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sumber daya ekonomi yang dimiliki untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga Riyadi *et al.* (2021).

#### 5) Fungsi Pendidikan

Data yang dikaji meliputi tingkat pendidikan anggota keluarga, upaya keluarga dalam memenuhi kebutuhan pendidikan anak, cara orang tua memberikan bimbingan belajar, pendidikan kesehatan yang diberikan dalam keluarga, penanaman nilai moral, serta kemampuan keluarga mengembangkan pengetahuan dan keterampilan anggota keluarga sesuai tahap perkembangannya. Selain itu dikaji pula pengetahuan keluarga mengenai kesehatan, gizi, pola makan, dan pencegahan penyakit. Riyadi *et al.* (2021).

#### 6) Fungsi Perlindungan

Data yang dikaji meliputi kemampuan keluarga dalam menjaga keamanan lingkungan rumah, melindungi anggota

keluarga dari kecelakaan maupun kekerasan, memberikan rasa aman secara psikologis, menjaga kebersihan rumah, menciptakan lingkungan yang sehat, serta melindungi anggota keluarga dari risiko penyakit. Selain itu dikaji pula upaya keluarga dalam mencegah terjadinya masalah kesehatan melalui perilaku hidup bersih dan sehat, pengawasan terhadap anak, serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan apabila diperlukan Riyadi *et al.* (2021).

f. Stres, Koping, dan Adaptasi Keluarga

1) Stres dan Persepsi Keluarga

Setiap keluarga pasti menghadapi berbagai stresor dalam kehidupannya, baik yang bersifat jangka pendek maupun jangka panjang. Oleh karena itu, pengkajian terhadap stres keluarga dilakukan untuk mengidentifikasi sumber stres yang dialami serta bagaimana keluarga memaknai kondisi tersebut. Persepsi keluarga terhadap stres sangat menentukan cara mereka dalam merespons masalah yang dihadapi. Keluarga yang memandang masalah sebagai tantangan cenderung lebih mampu mengatasi stres dibandingkan dengan keluarga yang memandangnya sebagai beban.

2) Strategi Koping Keluarga

Strategi koping keluarga merupakan cara yang digunakan oleh keluarga dalam menghadapi stres atau masalah yang dialami. Koping yang adaptif ditandai dengan adanya komunikasi yang baik, dukungan antar anggota keluarga, serta kemampuan dalam memecahkan masalah secara bersama-sama. Selain itu, dukungan dari lingkungan sosial dan aspek spiritual juga dapat memperkuat koping keluarga. Sebaliknya, koping yang maladaptif dapat berupa konflik berkepanjangan, penolakan terhadap masalah, atau perilaku yang merugikan seperti kekerasan dalam keluarga.

### 3) Adaptasi Keluarga

Adaptasi keluarga menggambarkan kemampuan keluarga dalam menyesuaikan diri terhadap perubahan atau masalah yang dihadapi. Keluarga yang memiliki kemampuan adaptasi yang baik akan tetap mampu menjalankan fungsi-fungsinya secara optimal meskipun berada dalam kondisi stres. Adaptasi ini mencakup fleksibilitas dalam peran, kemampuan menerima perubahan, serta kesediaan untuk mencari solusi terhadap masalah yang dihadapi.

### 4) Pemantauan Koping dan Adaptasi

Pemantauan terhadap koping dan adaptasi keluarga perlu dilakukan secara berkelanjutan untuk melihat perkembangan respon keluarga terhadap stres. Perawat perlu mengevaluasi apakah strategi koping yang digunakan sudah efektif atau masih perlu diperbaiki. Selain itu, perubahan dalam tingkat adaptasi keluarga juga perlu diperhatikan untuk memastikan bahwa keluarga mampu mempertahankan keseimbangan dan kesehatannya dalam jangka panjang.

## 2. Diagnosa Keperawatan

### Ketidakefektifan Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (00292)

- a. Domain 1. Promosi Kesehatan
- b. Kelas 2. Manajemen Kesehatan

Ketidakefektifan Perilaku Pemeliharaan Kesehatan didefinisikan sebagai manajemen pengetahuan, sikap, dan praktik kesehatan yang mendasari tindakan kesehatan yang tidak memuaskan untuk pemeliharaan atau perbaikan kesejahteraan, atau pencegahan penyakit dan cedera (Herdman, *et.al*, 2021).

Batasan karakteristik dari perilaku meliputi :

- a. Gagal melakukan tindakan yang mencegah masalah kesehatan.
- b. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko
- c. Gagal komitmen dalam rencana tindakan
- d. Kurang literasi kesehatan

- e. Kurang minat dalam peningkatan kesehatan
- f. Kurang pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar
- g. Pilihan tidak efektif dalam hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan
- h. Pola kurang perilaku mencari kesehatan

Faktor yang berhubungan

- a. Disfungsi kognitif
- b. Banyak tuntutan
- c. Kesulitan pengambilan keputusan
- d. Kurang dukungan sosial
- e. Koping keluarga tidak efektif

### 3. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang direncanakan dan dilaksanakan oleh perawat berdasarkan diagnosis keperawatan untuk mencapai luaran yang telah ditetapkan. Penyusunan intervensi dilakukan melalui proses perencanaan yang sistematis dengan mempertimbangkan kondisi, kebutuhan, dan prioritas pasien maupun keluarga sehingga mampu meningkatkan status kesehatan, mencegah komplikasi, serta mengatasi masalah kesehatan yang ada (Herdman, *et.al*, 2021).

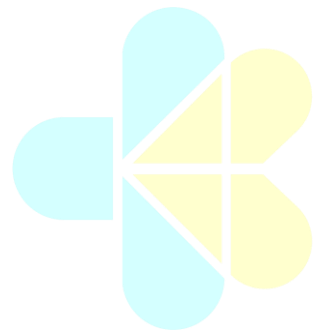
*Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan*

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>5. Kurang minat dalam peningkatan kesehatan</p> <p>6. Kurang pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar</p> <p>7. Pilihan tidak efektif dalam hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan</p> <p>8. Pola kurang perilaku mencari kesehatan</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disfungsi kognitif</li> <li>2. Banyak tuntutan</li> <li>3. Kesulitan pengambilan keputusan</li> </ol> |  |  | 1626 | <p><b>17002</b> Merasakan ancaman jika tidak bertindak dari sangat lemah (1) – kuat (4)</p> <p><b>17003</b> Merasakan manfaat dari bertindak dari sangat lemah (1) – kuat (4)</p> <p><b>TUK 3:</b><br/> <b>Keluarga mampu merawat/membantu melaksanakan ADL</b><br/>           Perilaku menambah berat badan<br/> <b>162602</b> Mengidentifikasi penyebab penurunan berat badan dari tidak pernah menunjukkan (1) – sering menunjukkan (4)<br/> <b>162606</b> Berkomitmen dengan rencana makanan yang sehat dari tidak pernah menunjukkan (1) – sering menunjukkan (4)<br/> <b>162608</b> Mempertahankan pasokan makanan dan minuman bernutrisi yang cukup dari tidak pernah menunjukkan (1) – sering menunjukkan (4)</p> | 1100 | <p>Dukungan pengambilan keputusan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bangun komunikasi dengan pasien sedini mungkin</li> <li>2. Informasikan pada pasien mengenai pandangan-pandangan atau solusi alternatif dengan cara yang jelas dan mendukung</li> <li>3. Fasilitasi percakapan pasien mengenai tujuan perawatan</li> </ol> <p><b>TUK 3:</b><br/> <b>Keluarga mampu merawat/membantu melaksanakan ADL</b><br/>           Manajemen gangguan makan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan dan dukung konsep nutrisi yang baik dengan klien dan orang terdekat klien</li> <li>2. Timbang berat badan klien secara rutin</li> <li>3. Dorong keluarga memonitor sendiri asupan makanan harian</li> <li>4. Berikan dukungan terhadap peningkatan berat badan dan perilaku yang meningkatkan berat badan</li> </ol> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                          |  |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>4. Kurang dukungan sosial</p> <p>5. Koping keluarga tidak efektif</p> |  |             | <p>2609</p> | <p><b>TUK 4:</b><br/> <b>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mencegah, mengurangi, atau mengontrol ancaman kesehatan</b><br/>           Dukungan keluarga selama perawatan<br/> <b>260901</b> Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dari tidak pernah menunjukkan (1) – sering menunjukkan (4)<br/> <b>260905</b> Meminta informasi mengenai kondisi pasien dari tidak pernah menunjukkan (1) – sering menunjukkan (4)</p> <p><b>TUK 5:</b><br/> <b>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan</b><br/>           Perilaku pencarian kesehatan<br/> <b>160301</b> mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan kesehatan dari tidak pernah menunjukkan (1) – sering menunjukkan (4)<br/> <b>160308</b> Melakukan perilaku kesehatan yang disarankan dari tidak pernah menunjukkan (1) – sering menunjukkan (4)</p> | <p>7110</p> | <p><b>TUK 4:</b><br/> <b>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mencegah, mengurangi, atau mengontrol ancaman kesehatan</b><br/>           Peningkatan Keterlibatan Keluarga<br/>           1. Identifikasi persepsi anggota keluarga untuk keterlibatan dengan pasien<br/>           2. Identifikasi harapan anggota keluarga untuk pasien<br/>           3. Dorong anggota keluarga dan pasien untuk membantu dalam mengembangkan rencana perawatan, termasuk hasil yang diharapkan dan pelaksanaan rencana perawatan</p> <p><b>TUK 5:</b><br/> <b>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan</b><br/>           Panduan sistem pelayanan kesehatan<br/>           1. Bantu pasien atau keluarga untuk berkoordinasikan dan mengkomunikasikan perawatan kesehatan<br/>           2. Anjurkan pasien mengenali jenis layanan yang bias diharapkan dari setiap jenis penyedia layanan kesehatan<br/>           3. Dorong konsultasi dengan</p> |
|                                                                          |  | <p>1603</p> |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>7400</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|  |  |  |  |                                                                                                                                |  |                                               |
|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|
|  |  |  |  | <b>160314</b> Melakukan perilaku kesehatan dengan inisiatif sendiri dari tidak pernah menunjukkan (1) – sering menunjukkan (4) |  | professional perawatan lainnya, dengan tepat. |
|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|



Kemenkes  
Poltekkes Bengkulu

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan keluarga merupakan tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun berdasarkan hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, tujuan, dan intervensi yang telah ditetapkan. Pada tahap ini, perawat melaksanakan tindakan keperawatan dengan melibatkan keluarga sebagai unit pelayanan sekaligus mitra dalam proses perawatan. Implementasi bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Melalui pelaksanaan tugas-tugas tersebut, keluarga diharapkan mampu mencapai kemandirian dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan anggota keluarganya (Bakri 2021).

Menurut Nursalam (2011) dalam Bakri (2021) tujuan implementasi keperawatan adalah membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, serta memfasilitasi klien dan keluarga dalam mengembangkan mekanisme koping yang efektif. Selama proses implementasi, perawat juga melakukan pengkajian secara berkesinambungan untuk menilai respons keluarga terhadap tindakan yang diberikan sehingga intervensi dapat disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan keluarga.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan serta mengukur tingkat pencapaian tujuan dan luaran keperawatan yang telah ditetapkan. Dalam asuhan keperawatan keluarga, evaluasi tidak hanya difokuskan pada perubahan kondisi kesehatan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, tetapi juga pada

peningkatan kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Evaluasi dilakukan secara formatif, yaitu selama proses pelaksanaan intervensi untuk memantau perkembangan keluarga dan efektivitas tindakan yang diberikan, serta secara sumatif, yaitu pada akhir periode asuhan keperawatan untuk menilai keberhasilan keseluruhan intervensi. Hasil evaluasi menjadi dasar bagi perawat dalam menentukan apakah tujuan telah tercapai, tercapai sebagian, atau belum tercapai, sehingga dapat diputuskan apakah intervensi dihentikan, dilanjutkan, dimodifikasi, atau disusun kembali sesuai dengan kondisi keluarga (Bakri, 2021).

Pendokumentasian hasil evaluasi dilakukan menggunakan format SOAP (Subjective, Objective, Assessment, dan Plan). Komponen Subjective (S) berisi respons, persepsi, atau keluhan yang disampaikan oleh keluarga maupun anak setelah diberikan intervensi keperawatan. Objective (O) memuat hasil observasi dan pemeriksaan yang dilakukan perawat, seperti perubahan berat badan, peningkatan nafsu makan, frekuensi makan, hasil pengukuran antropometri, serta kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan. Assessment (A) merupakan analisis perawat mengenai perkembangan kondisi keluarga dan tingkat pencapaian tujuan berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan. Selanjutnya, Plan (P) berisi rencana tindak lanjut, baik berupa penghentian intervensi apabila tujuan telah tercapai, melanjutkan intervensi yang masih diperlukan, maupun memodifikasi rencana keperawatan sesuai dengan hasil evaluasi. (Bakri 2021).