

Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga pada Balita dengan Masalah Status Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Sail Kecamatan Sail Kota Pekanbaru

Ahmad Redho¹ Agrina² Wasisto Utomo³

Ridhomahmud57@yahoo.co.id 085271222892

Abstract

The problem of nutrient to infant because of have not been able to take of themselves well, expecially in food. In the interaction between the family and their healt status, family is the first solution of the health and illness behavior (Setiadi, 2008). Therefor, the families directly involved in making decisions and therapeutic to every health and illness of families. The function of family in this case is to watch over the family's health. The purpose of this research in to know of The implementation the family's healt to infant and the problem of nutrient at the work area healt center sail kecamatan saila Pekanbaru. The kind of this research is quantitative with a descriptive research design. The number of sampel in research were 31 persons. The result showed that the frequency distribution known the health problem of the family is more dominant is the high categories are 21 person (67,7 %) Distribution of descriptive frequency taking decisions about appropriate action are the most dominant actions are the most dominant high categories that is equal to 21 persons (67,7 %) Distribution of descriptive frequency used the healt care facilities is the most dominant high categories that is equal to 24 (77,4 %). The conclusion that the task of the family is experiencing healt nutrition in either category. Expected that healt workers were able to identity the factors that cause nutritional problem in infants.

Keywords : Duty Family Health, Nutrition, Toddler

Referency : 25 (2000-20

PENDAHULUAN

Keberhasilan pembangunan terutama di bidang kesehatan secara tidak langsung telah menurunkan angka kesakitan dan kematian penduduk serta meningkatkan usia harapan hidup Indonesia di tahun 2000. Menurut UU no. 36 tahun 2009 tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi

bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan dan gizi merupakan hak asasi manusia dan merupakan faktor yang sangat menentukan kualitas sumber daya manusia. Dengan pesatnya perkembangan IPTEK yang meliputi berbagai bidang termasuk kesehatan telah dirumuskan paradigma sehat di mana perencanaan dan pelaksanaan pembangunan di semua sektor agar mempertimbangkan dampak positif dan dampak negatif pada status kesehatan individu, keluarga dan masyarakat. Untuk

mewujudkan paradigma sehat tersebut telah ditetapkan Visi dan Misi Indonesia sehat 2010 (Arisman, 2004).

Sejalan dengan visi dan misi tersebut diatas, Indonesia juga sudah terikat dengan kesepakatan global untuk mencapai *Millenium Development Goals* (MDG's) dengan mengurangi jumlah penduduk yang miskin dan kelaparan serta menurunkan angka kematian balita menjadi tinggal sebagian dari keadaan pada tahun 2000. Terbentuknya sumber daya manusia yang berkualitas, yaitu sumber daya manusia yang sehat, cerdas, dan produktif ditentukan oleh berbagai faktor. Salah satu faktor yang sangat esensial adalah terpenuhinya kebutuhan pangan yang bergizi (Syarief, 2004).

Salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan sumber daya manusia dan sekaligus dalam pengentasan kemiskinan adalah dengan meningkatkan gizi anak terutama anak balita. Keadaan gizi terutama pada masa balita akan sangat mempengaruhi tingkat kecerdasan manusia dewasa, karena kecukupan gizi sangat diperlukan dalam pembentukan otak terutama pada masa balita yang nantinya akan menghasilkan manusia produktif dan berkualitas. Gizi yang diperoleh seorang anak melalui konsumsi makanan setiap hari berperan besar untuk kehidupan anak tersebut. Umumnya pada anak balita (bawah lima tahun) menderita penyakit gizi kurang dan gizi lebih yang disebut gizi salah. Yang menonjol adalah kurang energi (kalori) dan kurang protein dan kekurangan vitamin A, yodium, zat besi, vitamin dan mineral lainnya (Santoso & Ranti, 2004).

Masalah gizi pada balita disebabkan karena balita belum mampu mengurus dirinya sendiri dengan baik, terutama dalam hal makanan. Pada umumnya pola makan balita adalah mendapat makanannya secara

dijatah oleh ibunya dan tidak memilih serta mengambil sendiri mana yang disukainya. Selain itu beberapa faktor yang terkait terhadap proses pemenuhan gizi pada balita diantaranya adalah bagaimana keluarga menjalankan tugas kesehatan keluarga yang meliputi kemampuan untuk mengenal masalah, kemampuan untuk merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan keluarga untuk mengambil keputusan, kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada (Setiadi, 2008).

Dalam interaksi antara keluarga dan status kesehatan anggota keluarga, keluarga merupakan kunci utama bagi kesehatan serta perilaku sehat sakit (Setiadi, 2008). Oleh karena itu, keluarga terlibat langsung dalam mengambil keputusan dan terapeutik pada setiap tahap sehat-sakit anggota keluarga. Fungsi utama keluarga dalam hal ini adalah pemeliharaan kesehatan keluarga dan saling memelihara.

Dilihat dari sudut pandang fenomena tentang masalah kesehatan balita, *World Health Organization* (WHO, 2010) memperkirakan bahwa 54% kematian bayi dan anak dilatarbelakangi keadaan gizi yang buruk. Menteri Kesehatan RI, Endang Rahayu Sedyaningsih, menyatakan, meski gizi buruk dapat terjadi pada semua kelompok umur, namun yang perlu mendapat perhatian lebih adalah kelompok bayi dan balita, terutama usia 0-2 tahun (Kompas, 2010).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2010) dapat dilihat bahwa secara nasional prevalensi masalah gizi balita pada tahun 2010 adalah 17,9 % yang terdiri dari 4,9 % gizi buruk dan 13,0 gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4 %) sudah terlihat ada penurunan. Penurunan

terutama terjadi pada prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4 % tahun 2007 menjadi 4,9 % pada tahun 2010 atau turun sebesar 0,5 %, sedangkan prevalensi gizi kurang masih tetap sebesar 13,0 %.

Bila dibandingkan dengan pencapaian sasaran MDG's tahun 2015 yaitu 15,5 % maka prevalensi masalah gizi balita secara nasional harus diturunkan minimal sebesar 2,4 % dalam periode 2011 sampai 2015. Provinsi Riau memiliki karakteristik masalah status gizi balita meliputi gizi buruk sebesar 4,8%, Gizi kurang sebesar 11,4%, Gizi baik sebesar 75,2% dan Gizi lebih sebesar 8,6 %. Namun demikian semua provinsi di Indonesia masih memiliki prevalensi berat kurang masih di atas batas "non-public health problem" menurut WHO yaitu 10,0 % (Riskesdas, 2010).

hubungan yang bermakna status kesehatan balita ($p < 0,000$) dan jumlah anggota keluarga ($p < 0,032$) dengan status gizi balita. Uji regresi logistic menunjukkan status kesehatan balita paling dominan mempengaruhi status gizi balita ($p < 0,000$). Status kesehatan balita sehat berpeluang status gizi baik 7,9 kali dibandingkan dengan balita yang pernah sakit atau sedang sakit. Upaya penanganan masalah gizi balita perlu menekankan pada status kesehatan balita dan status ekonomi keluarga.

Data-data diatas memberikan gambaran kepada kita bahwa masalah gizi pada balita masih sangat memprihatinkan. Peran keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga secara langsung merupakan lingkungan internal balita mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap peningkatan status kesehatan balita. Rendahnya gizi jelas berdampak pada kualitas sumber daya manusia. Oleh karena gizi mempengaruhi kecerdasan, daya tahan tubuh terhadap penyakit, kematian bayi, kematian ibu, dan produktivitas kerja.

Studi Pendahuluan yang dilakukan diketahui bahwa fenomena yang ditemukan berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru tahun 2009, dari 19 Puskesmas yang ada di Pekanbaru, Puskesmas Sail merupakan %tase tertinggi anak balita Bawah Garis Merah (BGM) yaitu 1,90% yang berjumlah 51 orang dari 3.570 balita. Berdasarkan wawancara langsung yang dilakukan terhadap 10 orang responden didapatkan data bahwa 4 orang responden (30%) menyatakan bahwa keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan yang terjadi pada balita, keluarga tidak mampu mengambil keputusan apabila balita mengalami gangguan gizi, keluarga tidak mampu merawat balita pada saat sakit, keluarga tidak mampu melakukan modifikasi dan perbaikan lingkungan dan keluarga tidak mampu pergi ke pelayanan kesehatan atau puskesmas terdekat. Sedangkan dari 10 orang responden 7 orang (70%) responden mengatakan bahwa perawatan kesehatan balita tidak sesuai dengan tugas kesehatan keluarga.

Upaya peningkatan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada balita adalah berhubungan erat dengan angka kematian balita. Sehingga diharapkan dengan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang baik akan kecenderungan akan menurunkan angka kematian balita khususnya dengan balita dengan masalah gangguan gizi. Berdasarkan uraian tersebut, maka peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul “ **Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga pada Balita dengan Masalah Status Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Sail Kecamatan Sail Kota Pekanbaru**”.

Berdasarkan dari uraian yang terdapat pada latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada balita dengan masalah status

gizi di wilayah kerja Puskesmas Sail Kecamatan Sail Kota Pekanbaru?"

Adapun tujuan pada penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada balita dengan masalah status gizi di wilayah kerja Puskesmas Sail Kecamatan Sail Kota Pekanbaru. Secara rinci tujuan penelitian dijabarkan sebagai berikut: Mengidentifikasi kemampuan keluarga mengenal masalah gizi pada balita, Mengidentifikasi kemampuan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan pada balita, Mengidentifikasi kemampuan keluarga merawat balita yang mengalami masalah gizi, Mengidentifikasi kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan kesehatan sekitar keluarga, Mengidentifikasi kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Manfaat Penelitian

Hasil penelitian dapat memberikan suatu bentuk pemahaman dan pengetahuan dalam mencari solusi dan upaya pemecahan masalah terhadap masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh keluarga.

Bagi Pendidikan Keperawatan
Hasil penelitian memberikan suatu bentuk masukan dan indikator dalam meningkatkan kompetensi dalam proses pembelajaran sehingga mampu meningkatkan upaya pemberian asuhan keperawatan keluarga.

Bagi Pelayanan Perawatan/
Puskesmas Memberikan pengetahuan mengenai gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada balita dengan masalah status gizi, sehingga petugas kesehatan khususnya perawatan keluarga dapat memberikan pelayanan kesehatan keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga sesuai dengan tahap perkembangan keluarga yang menerima pelayanan kesehatan tersebut.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah suatu proses untuk menentukan dan menafsirkan data yang ada, maksudnya tidak terbagi pengumpulan data dan penyusunan data saja tetapi meliputi analisis dan intervensi data sampai pada persamaan dan perbedaan. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan keadaan atau suatu fenomena yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. Dalam penelitian tujuan penelitian adalah untuk menggambarkan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada balita dengan masalah status gizi.

lokasi penelitian ini akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sail Kecamatan Sail Kota Pekanbaru. Alasan peneliti melakukan penelitian di tempat tersebut karena berdasarkan kasus masalah gizi pada balita pada tahun 2011 cenderung meningkat. Selain itu lokasi penelitian tersebut memberikan kesempatan dalam memudahkan peneliti dalam pengambilan data. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan November 2012.

populasi penelitian ini adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoadmodjo, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah keluarga yang memiliki balita yang mengalami status gizi bawah garis merah (BGM) yang berjumlah 52 orang.

Sampel merupakan sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Notoadmodjo, 2005). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 52 orang yaitu jumlah keluarga rata-rata balita yang memiliki status gizi bawah garis merah di wilayah kerja Puskesmas Sail Kecamatan Sail Kota Pekanbaru. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan menggunakan *Total Sampling* yaitu teknik

pengambilan sampel dimana keseluruhan populasi yang ada dijadikan sampel penelitian. Dalam menentukan sampel terdapat beberapa kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah tahap perkembangan keluarga balita, memiliki kepala keluarga, dan keluarga yang memiliki balita dibawah garis merah (BGM). Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah keluarga yang tidak bersedia menjadi responden dan tidak ada dijumpai pada saat penelitian.

Teknik analisa data yang adalah teknik analisa data univariate yaitu analisa data yang dilakukan dengan hanya melihat hasil perhitungan frekuensi dan persentase hasil dari penelitian yang nantinya akan dipergunakan sebagai tolak ukur pembahasan dan kesimpulan (Notoadmodjo, 2005)

HASIL PENELITIAN

Pengumpulan data penelitian dilakukan pada tanggal 05 s/d 20 Januari 2013. Adapun responden dalam penelitian ini adalah ibu-ibu yang mempunyai balita di wilayah Kerja Puskesmas Sail Kecamatan Sail Kota Pekanbaru yang berjumlah 31 orang. Setelah kuesioner dikumpulkan dan dianalisa dengan menggunakan program Aplikasi SPSS versi 13.0 dan secara manual, maka dapat disajikan data hasil penelitian sebagai berikut:

Tabel 4.1:
Distribusi frekuensi dan persentasi karakteristik responden

No	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Jumlah		
	Anggota Keluarga	12	38,7
	a. < 3 orang	3	9,7

b. 2 – 5 orang	16	51,6
c. > 5 orang	2	6,3
Jumlah	31	100

Tabel diatas dapat dilihat bahwa karakteristik responden berdasarkan jumlah anggota keluarga responden yang paling dominan adalah kategori 2 – 5 orang yaitu sebanyak 16 orang (51,6%).

Tabel 4.2:
Distribusi frekuensi dan persentasi karakteristik responden berdasarkan Agama

N	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
2	Agama		
	a. Islam	28	90,3
	b. Kristen	3	9,7
	Jumlah	31	100

Tabel diatas dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan agama responden yang paling dominan adalah kategori agama islam yaitu sebanyak 28 orang (90,3%).

Tabel 4.3:
Distribusi frekuensi dan persentasi karakteristik responden berdasarkan Pekerjaan responden di wilayah kerja Puskesmas Sail Kecamatan Sail Kota Pekanbaru

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pekerjaan		
a. Ibu Rumah Tangga	11	35,5
b. Wiraswasta	5	16,1
c. PNS	8	25,8
d. Pedagang	7	22,6
Jumlah	31	100

Tabel diatas dapat dilihat bahwa karakteristik responden berdasarkan pekerjaan responden yang paling dominan adalah kategori ibu rumah tangga yaitu sebesar 11 orang (35,5%).

Tabel 4.4:
Distribusi frekuensi dan persentase tugas kesehatan keluarga berdasarkan mengenal masalah kesehatan keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sail Kota Pekanbaru

Tugas Kesehatan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Mengenal Masalah Kesehatan Keluarga		
a. Rendah	10	32,3
b. Tinggi	21	67,7
Total	31	100%

Tabel diatas dapat dilihat bahwa tugas kesehatan keluarga berdasarkan mengenal masalah kesehatan keluarga yang paling dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 21 orang (67,7%).

Tabel 4.5:
Distribusi frekuensi dan persentase tugas kesehatan keluarga berdasarkan mengambil keputusan tentang tindakan .

Tugas Kesehatan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Mengambil keputusan tentang tindakan yang tepat		
a. Rendah	10	32,3
b. Tinggi	21	67,7
Total	31	100%

Tabel diatas dapat dilihat bahwa tugas kesehatan keluarga berdasarkan mengambil keputusan tentang tindakan yang tepat yang paling dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 21 orang (67,7%).

Tabel 4.6
Distribusi frekuensi dan persentase tugas kesehatan keluarga berdasarkan merawat anggota keluarga yang sakit di Wilayah Kerja Puskesmas Sail Kota Pekanbaru

Tugas Kesehatan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Merawat anggota keluarga yang sakit		
a. Rendah	10	32,3
b. Tinggi	21	67,7
Total	31	100%

Tabel diatas dapat dilihat bahwa tugas kesehatan keluarga berdasarkan merawat anggota keluarga yang sakit yang paling dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 21 orang (67,7%).

Tabel 4.7
Distribusi frekuensi dan persentase tugas kesehatan keluarga berdasarkan memodifikasi lingkungan di Wilayah Kerja Puskesmas Sail Kota Pekanbaru

Tugas Kesehatan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Memodifikasi lingkungan		
a. Rendah	10	32,3
b. Tinggi	21	67,7
Total	31	100%

Tabel diatas dapat dilihat bahwa tugas kesehatan keluarga berdasarkan memodifikasi lingkungan yang paling

dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 21 orang (67,7%).

Tabel 4.8

Distribusi frekuensi dan persentase tugas kesehatan keluarga berdasarkan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Sail Kota Pekanbaru

Tugas Kesehatan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan	7	22,6
a. Rendah	24	77,4
b. Tinggi		
Total	31	100%

Tabel diatas dapat dilihat bahwa tugas kesehatan keluarga berdasarkan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang paling dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 24 orang (77,4%).

PEMBAHASAN

Penulisan pembahasan secara sistematis adalah untuk membuktikan tentang kesenjangan antara teori dan hasil yang didapatkan dari proses penelitian yang dilakukan peneliti di Wilayah Kerja Puskesmas Sail Kecamatan Sail Kota Pekanbaru tentang gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga balita. Pembahasan ini untuk menilai domain dari masing-masing variabel mulai dari karakteristik responden, mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

Dari hasil penelitian tentang karakteristik responden ditemukan bahwa karakteristik responden berdasarkan jumlah anggota keluarga responden yang paling dominan adalah kategori 2 – 5 orang yaitu sebanyak 16 orang (51,6%). Karakteristik responden berdasarkan agama responden yang paling dominan adalah kategori agama islam yaitu sebanyak 28 orang (90,3%). Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan responden yang paling dominan adalah kategori ibu rumah tangga yaitu sebesar 11 orang (35,5%).

Keluarga merupakan salah satu unsure yang berperan penting dalam proses pelayanan kesehatan pada anggota keluarga. Jumlah anggota keluarga akan sangat mempengaruhi terhadap perhatian dan focus pelayanan pada anggota keluarga. Keluarga yang memiliki jumlah anggota keluarga yang lebih banyak akan menyebabkan menurunnya perhatian anggota keluarga yang mengalami masalah didalam keluarga. Sekelompok Besar kecilnya keluarga akan sangat mempengaruhi pendapatan rumah tangga karena besarnya biaya yang dikeluarkan untuk memenuhi konsumsi rumah tangga lebih banyak sehingga dituntut pemasukan yang lebih tinggi. Pengeluaran yang dikeluarkan biasanya hanya sebatas memenuhi kebutuhan pokok saja. Belum lagi memperhitungkan kebutuhan lain yang jarang diperhitungkan dengan biaya seperti konsumsi air sehari-hari.

Salah satu unsure karakteristik yang berperan penting dalam peningkatan kemampuan keluarga dalam menjalankan fungsi keluarga adalah faktor ekonomi. Unsure pembentukan faktor ekonomi sangat tergantung pada penghasilan keluarga yang berasal dari bentuk dan jenis pekerjaan responden. Pekerjaan responden memberikan gambaran sejauh mana

kemampuan keluarga untuk mampu memenuhi tugas keluarga dan sebagai bentuk cirri khusus dalam keluarga (Friedman, 2005).

Peneliti berasumsi bahwa perlu upaya peningkatan status pekerjaan responden yang lebih baik dan penurunan jumlah anggota keluarga guna meningkatkan fungsi dan tugas keluarga dalam melakukan dan menjalan struktru didalam keluarga yang lebih baik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tugas kesehatan keluarga berdasarkan mengenal masalah kesehatan keluarga yang paling dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 21 orang (67,7%). Tugas kesehatan keluarga berdasarkan mengambil keputusan tentang tindakan yang tepat yang paling dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 21 orang (67,7%). Tugas kesehatan keluarga berdasarkan merawat anggota keluarga yang sakit yang paling dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 21 orang (67,7%). Tugas kesehatan keluarga berdasarkan memodifikasi lingkungan yang paling dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 21 orang (67,7%). Tugas kesehatan keluarga berdasarkan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang paling dominan adalah kategori tinggi yaitu sebesar 24 orang (77,4%).

Kesehatan keluarga digambarkan sebagai bebas dari penyakit dan tingkah laku kesehatan yang meliputi adat istiadat kebiasaan yang berhubungan dengan pencegahan dan pengobatan penyakit. Kesehatan keluarga dapat berarti kemampuan terus menerus dalam menentukan arti fungsi dalam interaksi dengan kelompok, social, politik, ekonomi dan system kesehatan keluarga juga dapat ditentukan untuk memiliki kemampuan dan kemauan dalam menggerakkan dan menggunakan sumber-sumber yang ada

untuk mencapai tugas pengembangan keluarga tersebut.

Beberapa komponen yang menjadi pengembangan yaitu meliputi kemampuan dalam mengenal masalah kesehatan, kemampuan dalam mengambil keputusan, kemampuan dalam merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Lima aspek penting dalam pengembangan tugas kesehatan keluarga tersebut dalam penelitian ini termasuk pada kategori yang tinggi atau cukup baik.

Menurut Solihin (2003), menyatakan bahwa penyebab yang mengakibatkan terjadinya kurang gizi pada balita adalah karena kurangnya pengetahuan orang tua akan bahwan makanan yang bergizi serta tidak mengertinya bagaimana cara memberikan makanan yang benar sehingga asupan gizi kurang. Fungsi keluarga didalam kesehatan dalam mengenal masalah-masalah gizi yang cenderung timbul pada balita merupakan pertimbangan vital dalam pengkajian keluarga didalam masyarakat. Keluarga merupakan system dasar dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan dan diamankan (Friedman, 2005).

Menurut Notoadmodjo (2003), menyatakan bahwa fungsi keluarga dalam mengatasi masalah gizi sangatlah penting, karena dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk meningkatkan kesehatan bagi status gizi anaknya. Tertutama anak balita yang rentan terhadap masalah-masalah gizi. Penyebab terjadinya masalah gizi adalah pola asuh gizi, jarak kelahiran yang terlalu rapat, sanitasi lingkungan, pelayanan kesehatan dan stabilitas rumah tangga masalah ekonomi, pendidikan dan social

budaya yang mana semuanya bersumber dari keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Sari (2010), ditemukan bahwa gambaran pelaksanaan tugas kesehatan pada balita dalam kategori baik. Untuk itu perlu upaya peningkatan tugas kesehatan keluarga dalam menanggulangi masalah-masalah kesehatan yang terjadi pada balita. Peneliti berasumsi bahwa proses pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan balita sangat penting sekali guna meningkatkan upaya pencegahan masalah – masalah kesehatan pada balita.

KETERANGAN

¹ **Ahmad Redho**, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau

² **Ns. Agrina, M.Kep, Sp.Kom**, dosen departemen keperawatan komunitas

³ **Wasisto Utomo M.Kep, Sp. KMB** dosen departemen keperawatan medikal bedah

DAFTAR PUSTAKA

Aziz Alimul. (2007). *Metode penelitian untuk kebidanan*. Jakarta: Salemba Medik

Arisman. 2004. *Gizi dalam daur kehidupan: buku ajar ilmu gizi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Arita& Murwan. (2007). *Asuhan keperawatan keluarga konsep dan aplikasi kasus*. Jogjakarta : Mitra Cendikia Press

Almatsier. (2005). *Prinsip dasar ilmu gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Azwar. (2007). *Sikap manusia*. Jogjakarta: Liberty

Dariyo. (2007). *Perkembangan dan pertumbuhan batita*. Jogjakarta: Liberty.

Depkes RI. (2002). *Tabel status gizi Menkes RI*. Jakarta: EGC

_____. (2005). *Balita BGM*. Dikutip dari :<http://www.bank.data.depkes.go>. pada tanggal 20 September 2012

_____. (2006). *Pengukuran antropometri*. Jakarta: EGC

Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKUI. (2011). *Gizi dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Friedman. (1998). *Kemampuan keluarga*. Edisi 3. Jakarta: l

Haditono. (2007). *Psikologi perkembangan*. Jogjakarta: Gajah Mada University Press.

Macfud. (2010). *Metodologi riset manajemen sumberdaya manusia*. Jakarta: UINMaliki Pres.

Nazir. (2010). *Metode penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia

Notoatmodjo. (2007). *Kesehatan masyarakat ilmu seni*. Jakarta: Rineka Cipta

_____. (2009). *Perilaku manusia*. Jakarta: Rineka Cipta

_____. (2010). *Metode penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Novita. (2007). *Kamus bahasa indonesia*. Surabaya: Tim Media.

- PSIK UR. (2012). *Pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*. Pekanbaru: UNRI Press
- Proverawati . (2010). *Buku ajara gizi untuk kebidanan*. Jogjakarta: Nuha Meidka
- Riyadi. (2005). *Asuhan keperawatan*. Jogjakarta: Graham Media
- Santoso & Ranti. (2004). *Kesehatan dan gizi*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Sari. (2010). *Gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada balita dengan pneumonia di wilayah kerja Puskesmas Banjaran Nambo Kabupaten Bandung*. Dikutip dari <http://www.google.com/> pada tanggal 20 Agustus 2012.
- Sediaoetama. (2010). *Ilmu gizi untuk mahasiswa dan profesi*. Jakarta: Dian Rakjat
- Setiadi. (2007). *Konsep & proses keperawatan keluarga*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Soetjningsih. (2005). *Tumbuh kembang*. Jakarta: EGC
- Sugiyono. (2010). *Metode penelitian bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistyoningsih. (2011). *Gizi untuk kesehatan ibu dan anak*. Jogjakarta: Graha Ilmu.
- Supariasa. (2007). *Pengantar ilmu gizi*. Jakarta: Pustaka Pelajar
- Syarief H. 2004. *Masalah gizi di indonesia: kondisi gizi masyarakat memprihatinkan*. Dikutip dari: <http://www.gizi.net> pada tanggal 20 Agustus 2012
- Warisman. (2010). *Ilmu gizi*. Jakarta: Pustaka Setia
- Wawan dkk. (2010). *Teori dan Pengukuran pengetahuan sikap dan perilaku manusia*. Jogjakarta: Nuhamedika