



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENERAPAN PELANGI SAYUR BUAH DAN MODEL PERAN KELUARGA  
(PELANGI SABUGA) DALAM PENATALAKSANAAN OBESITAS PADA  
ANAK TK**

**KARYA ILMIAH AKHIR SPESIALIS**

**OLEH :**

**ROHAYATI (1506707625)**

**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
MEI, 2018**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENERAPAN PELANGI SAYUR BUAH DAN MODEL PERAN KELUARGA  
(PELANGI SABUGA) DALAM PENATALAKSANAAN OBESITAS PADA  
ANAK TK**

**KARYA ILMIAH AKHIR SPESIALIS**

**OLEH :**

**ROHAYATI (1506707625)**

**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
MEI, 2018**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

**Nama** : Rohayati

**NPM** : 1506707625

**Tanda Tangan** : 

**Tanggal** : 10 Mei 2018

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Spesialis ini diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Rohayati

NPM : 1506707625

Program Studi : Spesialis Keperawatan Komunitas

Judul Karya Ilmiah Akhir Spesialis : Penerapan Pelangi Sayur Buah dan Model Peran Keluarga (Pelangi Sabuga) dalam Penatalaksanaan Obesitas Pada Anak TK

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Spesialis Keperawatan Komunitas pada Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

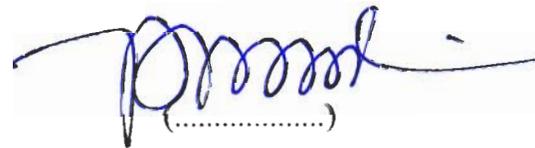
Pembimbing I : Dr. Etty Rekawati, S.Kp., M.KM.



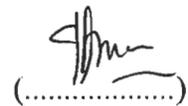
Pembimbing II : Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep., Sp. Kep. Kom



Penguji I : Ns. Purwadi, M.Kep., Sp. Kep. Kom



Penguji II : Drg. Rachma Dewi, M.Kes.



Disetujui di : Depok

Tanggal : 15 Mei 2018

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat rahmat dan kasih sayangnya residen dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah akhir spesialis dengan judul “Penerapan Intervensi Pelangi Sayur Buah dan Model Peran Keluarga (Pelangi Sabuga) Dalam Penatalaksanaan Obesitas Pada Anak TK”. Penulisan karya tulis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Spesialis Keperawatan pada Program Studi Spesialis Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Karya tulis ini terselesaikan berkat dukungan, bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Etty Rekawati, S.Kp., M.KM, selaku dosen pembimbing yang senantiasa membimbing dan memotivasi penulis dengan penuh kesabaran dalam penyelesaian karya tulis ini.
2. Ibu Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep., Sp. Kep.Kom selaku Ketua Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia sekaligus selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penyelesaian karya tulis ini.
3. Bapak Agus Setiawan, MN., DN., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Kepala puskesmas Cimanggis, Kepala Sekolah TK Wahyu, TK teratai Hijau, TK Nursa’adah, TK Cupu Wirada dan TK Nurul Bustan yang sudah memberikan izin kepada residen untuk melakukan praktek di wilayah kerjanya
5. Seluruh orang tua dan siswa yang telah menyediakan waktu untuk berpartisipasi dalam praktek residen.
6. Orang tua, suami (Kurnia Agung Robiansyah) dan anak-anakku (Taqila Sabila M. dan Mayla Hasna A.) yang senantiasa memberikan doa, dukungan dan motivasi kepada penulis sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan.

7. Keluarga besar STIKes Mitra Keluarga khususnya Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyelesaian karya tulis ini.
8. Teman-teman seperjuangan (Lita Heni Kusumawardhani, Pera Putra Bungsu, Septriani Renteng, Umi Hani) yang selalu memotivasi dan memberikan dukungan kepada penulis.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan.

Depok, Mei 2018

Residen

**LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rohayati  
NPM : 1506707625  
Program Studi : Spesialis Keperawatan Komunitas  
Kekhususan : Keperawatan Komunitas  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Spesialis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**PENERAPAN PELANGI SAYUR BUAH DAN MODEL PERAN KELUARGA (PELANGI SABUGA) DALAM PENATALAKSANAAN OBESITAS PADA ANAK TK**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin saya selama tetap masih mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai Pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 15 Mei 2018

Yang menyatakan,



(ROHAYATI)

## ABSTRAK

**Nama** : Rohayati  
**Program Studi** : Spesialis Keperawatan Komunitas  
**Judul Karya Tulis** : Penerapan Pelangi Sayur Buah dan Model Peran Keluarga (Pelangi Sabuga) dalam Penatalaksanaan Obesitas pada Anak TK  
**Supervisor utama** : Dr Etty Rekawati, S.Kp., M.KM  
**Supervisor** : Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom

## ABSTRAK

Prevalensi obesitas pada anak usia prasekolah terus meningkat. Obesitas pada anak pra sekolah menurunkan kualitas hidup anak disebabkan dampak fisik, psikologis dan finansial. Masalah obesitas butuh penanganan multisektor baik pada tatanan komunitas dan lembaga pendidikan. Penerapan Pelangi Sabuga diharapkan menjadi pilihan strategi yang dapat digunakan pada tatanan sekolah TK. Penulisan karya tulis ini bertujuan memberikan gambaran pelaksanaan Pelangi Sabuga dalam pelayanan asuhan keperawatan komunitas dengan mengintegrasikan model *Whole School Whole Child Whole Community* (WSCC) dan *Health Promotion Model* (HPM). Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan jumlah responden 115 orang. Hasil praktek menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan orang tua 55,7% menjadi 97,4%, sikap 63,5% menjadi 73,9% dan keterampilan 45,2% menjadi 67,8%. Hasil pengukuran model peran keluarga 41,7% menjadi 57% dan hasil pemantauan konsumsi buah sayur anak sesuai warna pelangi di rumah meningkat dari 47% menjadi 47,8%, sedangkan di sekolah 89,57%. Pelangi Sabuga dapat menjadi salah satu metode penatalaksanaan obesitas pada tatanan setting sekolah.

Kata Kunci: Model Peran Keluarga, Obesitas, Pelangi Sayur Buah

## **ABSTRACT**

**Name : Rohayati**

**The Study Program : Community Nursing Specialist**

**Manuscript title : Implementation of rainbow fruit vegetable and family role Model (Pelangi Sabuga) in obesity management of kindergarten student**

**Primary Supervisor : Dr Ety Rekawati, S.Kp., M.KM**

**Supervisor : Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom**

The prevalence of obesity in preschoolers is increasing. Obesity in pre school children reduces the quality of life of children due to physical, psychological and financial impact. The problem of obesity requires multisector handling both in the community and educational institutions. The application of Pelangi Sabuga is expected to be a strategy choice that can be used in the kindergarten school setting. The writing of this paper aims to provide an overview of Pelangi Sabuga implementation in the care of community care by integrating Whole School Whole Child Whole Community (WSCC) model and Health Promotion Model (HPM). The method used is case study with the number of respondents 115 people. The result of practice shows that there is an increase of knowledge of parents 55,7% become 97,4%, attitude 63,5%, become 73,9% and skill 45,2% become 67,8%. The result of family role model measurement is 41,7% increase 57% and the result of parent monitoring about children fruit vegetable rainbow consumption at home increased from 47% to 47,8% while in school 89,57%. Pelangi Sabuga can be one of obesity management methods in the school setting .

Keyword: family role model, obesity, rainbow fruit vegetable

## DAFTAR ISI

COVER.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SKEMA .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1.Latar Belakang.....	1
1.1.Rumusan Masalah .....	7
1.3. Tujuan .....	8
1.4. Manfaat .....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1. Agregat Pra Sekolah Sebagai Populasi <i>at risk</i> .....	11
2.2. Konsep Obesitas Pada Anak Usia Pra Sekolah .....	12
2.3. Teori dan Model yang Digunakan dalam Praktek Keperawatan Komunitas .	14
2.4. Konsep Pelangi Sayur Buah dan Model Peran Keluarga .....	21
2.5. Peran Perawat Konunmitas Pada Setting Sekolah .....	26
2.6. Integrasi Model dan Teori Masalah Obesitas pada Anak Usia Sekolah .....	27
BAB 3 PROFIL DAN KERANGKA KERJA .....	29
3.1. Profil Sekolah .....	29
3.2. Kerangka Kerja.....	30
3.3. Model Intervensi Pelangi Sabuga.....	31
BAB 4 PENGELOLAAN PELAYANAN KEPERAWATAN KOMUNITAS DI TK KELURAHAN CURUG KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK ...	35
4.1. Pengelolaan Manajemen Pelayanan Kesehatan di TK Kelurahan Curug .....	35
4.2. Asuhan Keperawatan Komunitas .....	46
4.3. Asuhan Keperawatan Keluarga .....	53
BAB 5 PEMBAHASAN .....	61
5.1. Interpretasi dan Diskusi .....	61
5.2. Keterbatasan .....	74
5.3. Implikasi .....	74
BAB 6 PENUTUP.....	77
6.1. Kesimpulan.....	77
6.2. Saran .....	78
DAFTAR PUSTAKA.....	80

## DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1. Klasifikasi penilaian status gizi	13
Tabel 2.2. Tingkat kemandirian keluarga (Kemenkes RI No. 279 tahun 2006)	18
Tabel 4.1. Tingkat kemandirian keluarga anak usia pra sekolah dengan kegemukan di Kelurahan Curug Cimanggis Depok	59

## DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1. Model WSCC.....	15
Gambar 3.1. Analisis <i>Fish Bone</i> manajemen pelayanan kesehatan sekolah	41

## DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Integrasi teori dan model	27
Skema 3.1. Kerangka Kerja Pelangi Sabuga	30
Skema 4.1 WOC anak usia pra sekolah dengan masalah pertumbuhan kegemukan	48
Skema 4.2. WOC masalah keperawatan keluarga	55

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Kuisisioner Pengkajian
2. Prioritas masalah manajemen
3. Prioritas masalah komunitas
4. Rencana asuhan keperawatan komunitas
5. Modul pelatihan guru
6. Media edukasi orang tua
7. Buku kerja
8. Daftar riwayat hidup

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

Bab ini menggambarkan latar belakang, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penulisan Karya Ilmiah Akhir Spesialis yang melandasi penerapan Pelangi Sabuga dalam pelaksanaan manajemen pelayanan kesehatan, asuhan keperawatan komunitas dan asuhan keperawatan keluarga

#### **1.1.Latar Belakang**

Kondisi kegemukan saat usia anak-anak dapat menimbulkan konsekuensi kesehatan baik jangka pendek maupun jangka panjang pada fase kehidupan selanjutnya. Anak-anak gemuk memiliki kemungkinan menjadi obesitas dua kali lipat lebih tinggi saat dewasa (Oude Luttikhuis, Stolk & Sauer, 2010). Penelitian lain menunjukkan satu pertiga anak yang menderita obesitas dapat berlanjut hingga usia dewasa (Hoey, 2014).

Kondisi kegemukan dikatakan sebagai pandemik dunia menurut Popkins, Adair, Ng (2012). Hal ini disebabkan prevalensi kegemukan terus meningkat selama dekade 30 tahun terakhir (Ng et al, 2014; Popkins, Adair, Ng, 2012). *World Health Organization* (WHO) (2017) menyampaikan bahwa 41 juta anak mengalami kegemukan dan obesitas di seluruh dunia pada tahun 2016. Studi lain menunjukkan sebesar 27% anak pra sekolah di Irlandia mengalami kegemukan (Evans, Glacken, & Goggin, 2011).

Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan (2017) menjelaskan bahwa prevalensi nasional kegemukan pada balita tahun 2016 adalah 1,5%. Survey tersebut menunjukkan prevalensi kegemukan provinsi Jawa Barat lebih tinggi dari nasional yaitu 3,4%. Prevalensi kegemukan kota Depok lebih tinggi dari Jawa Barat sebesar 5,5%.

Residen melakukan survey pada bulan September 2017 kepada 115 anak pra sekolah usia 4-6 tahun yang tersebar di TK di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok dengan hasil persentase anak usia di atas 5 tahun yang mengalami kegemukan 21,13% sedangkan persentase anak usia 3-5 tahun yang mengalami kegemukan sebesar 15,9%. Data kegemukan usia balita di Kelurahan Curug lebih tinggi empat kali lipat dibandingkan kota Depok.

Kegemukan memiliki dampak yang serius baik terhadap kondisi fisik, psikologi maupun finansial. Dampak fisik yang akan dialami pada periode kehidupan selanjutnya diantaranya penyakit kardiovaskuler (Craig, Love, Ratcliffe, & McNeill, 2008; Juonala et al, 2011), diabetes melitus tipe dua, masalah pulmonal (Daniel, 2009), hipertensi (Park et al, 2016) dan masalah ortopedik (Ranjani et al, 2014). Dampak fisik lain yang dirasakan diantaranya mudah lelah, nafas pendek, kesulitan mencari ukuran pakaian dan sepatu (Brian, 2011).

Masalah psikologis yang dihadapi anak dengan kegemukan antara lain gangguan harga diri (Carrard & Kruseman, 2016), menjadi korban *bullying* karena diolok-olok (Alvarez-Garcia, Garcia & Nunez, 2015). Kondisi tersebut dapat mengakibatkan anak memiliki masalah pergaulan dengan sebaya dan lingkungannya, menghindari sekolah serta merasa minder (Robertson, Murphy & Johnson, 2016).

Dampak finansial akibat kegemukan cukup memprihatinkan. Kerugian finansial akibat obesitas masa dewasa terlihat dari biaya perawatan kesehatan dan nilai produktifitas. Perkiraan biaya perawatan kesehatan sekitar Rp 56.487 miliar/tahun, nilai produktivitas yang hilang akibat kematian dini sebesar Rp 1.597 miliar/tahun dan nilai ekonomi akibat produktivitas kerja sebesar Rp 20.394 miliar/tahun. Total kerugian ekonomi akibat obesitas di Indonesia sebesar Rp 78.478 miliar/tahun atau setara dengan 0,9% Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia (Wulansari, Martianto & Baliwati, 2016).

Peningkatan prevalensi kegemukan serta dampak serius yang ditimbulkan membutuhkan penanganan yang komprehensif agar akibat lanjut kegemukan dapat dicegah sejak dini. Pencegahan dan penanganan dapat menggunakan pendekatan individu, keluarga, masyarakat, sekolah dan tatanan manajemen pelayanan kesehatan selaku pengambil kebijakan. Ners Spesialis Komunitas sebagai petugas kesehatan yang memiliki kemampuan spesialisik bidang keperawatan memiliki peran penting dalam pencegahan dan penanganan obesitas melalui pendekatan asuhan keperawatan.

Pendekatan beberapa teori dan model dapat digunakan sebagai kerangka dalam pemberian asuhan keperawatan komunitas, keperawatan keluarga dan manajemen pelayanan kesehatan untuk menyelesaikan permasalahan kegemukan pada anak. Model dan teori tersebut yaitu *Whole School, Whole Child, Whole Community (WSCC)*, *Family Centre Nursing (FCN)*, *Health Promotion Model (HPM)* dan fungsi manajemen keperawatan. Fungsi manajemen keperawatan dapat digunakan sebagai pendekatan dalam penanganan dan pencegahan kegemukan. Pendekatan fungsi manajemen mencakup perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan dan pengendalian yang berhubungan dengan program obesitas di Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) (Marquis & Huston, 2012).

UKS memiliki program pendidikan kesehatan sebagaimana tercantum dalam trias UKS meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat (Surat Keputusan Bersama Menteri Pendidikan, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri tahun 2014). Upaya yang dapat dilakukan perawat dalam meningkatkan cakupan layanan UKS adalah dengan mencanangkan program UKS, merencanakan dan melaksanakan agar kesehatan peserta didik dapat optimal (Allender, Rector, Warner, 2010; Kemenkes, 2016). Tim Pembina UKS Pusat (2010) menyampaikan bahwa pelayanan UKS dimulai dari tingkat TK/ RA. Salah satu topik pendidikan kesehatan di UKS TK adalah tentang kegemukan (PP No. 66). Secara spesifik dari hasil penelusuran elektronik belum ditemukan laporan menyeluruh tentang efektifitas pelaksanaan trias UKS terutama dikaitkan dengan program gizi dan pencegahan obesitas.

Hasil penelusuran awal di Kecamatan Cimanggis menunjukkan bahwa pembinaan UKS mulai dari tingkat Dinas Kesehatan sampai sekolah TK belum ada. Perawat komunitas perlu melakukan analisis pelaksanaan pelayanan kesehatan yang telah dilakukan di sekolah dengan menggunakan pendekatan fungsi manajemen yaitu *planning*, *organizining*, *staffing*, *actuating*, dan *controlling* mulai dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan manajemen pelayanan UKS di sekolah.

Upaya lain dalam pencegahan obesitas yang dapat dilakukan oleh perawat adalah pemberian asuhan keperawatan komunitas. Asuhan keperawatan komunitas di setting sekolah dapat menggunakan model WSCC sebagai kerangka utama pengkajian dengan variabel yang digunakan adalah pendidikan kesehatan tentang obesitas, pelayanan lingkungan dan gizi yang berhubungan dengan obesitas, keterlibatan orang tua dalam program pencegahan obesitas, kesehatan karyawan sekolah dan pelayanan kesehatan terkait obesitas (Lewallen, Hunt, Potts-Datema, Zaza & Giles, 2015).

Hasil pengkajian awal menggunakan model WSCC diperoleh data tentang perilaku orang tua dalam mencegah kegemukan diantaranya mayoritas orang tua (55,7%) memiliki pengetahuan yang baik, mayoritas orang tua (63,5%) memiliki sikap yang baik dan 45,2% memiliki keterampilan yang baik. Hasil wawancara residen pada bulan September 2017 di Kelurahan Curug kepada orang tua siswa didapatkan data bahwa orang tua masih menganggap kegemukan adalah hal yang biasa pada anak serta cenderung menganggap lucu. Orang tua belum mengetahui cara menjaga berat badan anak agar ideal. Orang tua mengatakan belum mengetahui porsi makan anak yang sesuai serta jarang menyediakan buah serta memasak sayur di rumah.

Pendekatan lain yang digunakan dalam penanganan dan pencegahan obesitas diberikan melalui pemberian asuhan keperawatan keluarga menggunakan model FCN. Variabel FCN yang digunakan adalah data umum mencakup gambaran anggota keluarga yang obesitas, riwayat kesehatan keluarga terkait obesitas dan fungsi perawatan kesehatan keluarga berhubungan dengan obesitas (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Variabel HPM diintegrasikan ke dalam beberapa variabel FCN berdasarkan kesesuaian antar variabel. Hasil pengkajian pada keluarga diperoleh data bahwa tinggi badan anak S 110 cm dengan berat badan 34 kg, tinggi badan anak A 105 cm dengan BB 24 kg, Anak S dan A memiliki kebiasaan konsumsi makanan dan minuman tinggi kalori serta kurang makan sayur buah.

Tindakan pencegahan obesitas pada keluarga, komunitas maupun tingkat manajemen pelayanan mencakup skrining status gizi secara periodik diet, aktivitas fisik dan mengurangi perilaku sendentari (Kushner, Lawrence, Kumar, 2015). Diet merupakan

komponen penting dalam penanganan kegemukan (Kushner, Lawrence, Kumar, 2015). Diet yang dianjurkan mencakup diet rendah karbohidrat, tinggi protein dan tinggi serat (Sugondo, 2014).

Diet tinggi serat dicanangkan pemerintah dalam salah satu komponen program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) yaitu membiasakan konsumsi buah dan sayur (Kemenkes RI, 2017). Solusi ini merupakan salah satu cara untuk menurunkan angka kesakitan akibat penyakit tidak menular termasuk kegemukan.

Konsumsi buah dan sayur yang rendah dipercaya merupakan salah satu faktor resiko yang dapat menimbulkan terjadinya kegemukan (*World Cancer research Fund, American Institute For Cancer Research, 2007*). Hal ini sesuai dengan pernyataan WHO (2002) yang menyatakan bahwa perilaku konsumsi sayur buah yang tidak cukup meningkatkan angka kematian sebesar 2,8%.

Kebiasaan konsumsi sayur dan buah pada anak pra sekolah di Kelurahan Curug diperoleh melalui survey residen pada bulan September 2017. Hasil survey menunjukkan bahwa 13,91% anak makan sayur setiap hari sesuai porsi kebutuhan sedangkan 11,30% makan buah tiap hari sesuai kebutuhan. Rerata konsumsi buah dan sayur anak dari hasil survey menggunakan *daily food recall* kurang lebih 90 gram. Hasil wawancara dengan orang tua didapatkan data bahwa anak susah makan sayur dan buah serta cenderung memilih jenis sayur dan buah tertentu.

Pengenalan sayur dan buah sebagai salah satu bentuk pencegahan obesitas dimulai dari tingkat sekolah melalui pengenalan kepada anak sejak dini. Pendekatan yang digunakan harus menyesuaikan dengan tingkat perkembangan anak agar retensi perilaku dapat berhasil. Program pendidikan usia dini salah satunya mengenalkan anak dengan berbagai macam warna dan pembelajaran berdasarkan tematik. Salah satu tema pembelajaran yang dikembangkan di satuan pendidikan anak usia dini adalah tema buah dan sayuran (Direktorat Pembinaan Pendidikan Anak Usia Dini, 2015; Direktorat Pembinaan Pendidikan Anak Usia Dini, 2015). Oleh karena itu, intervensi pendidikan kesehatan berbasis sekolah disesuaikan dengan tema besar pembelajaran.

Penelitian dalam mengenalkan sayur dan buah berdasarkan warna sudah dilakukan sebelumnya. Pendekatan buah sayur berdasarkan warna dikenal dengan konsep *eat the rainbow* (pelangi sayur buah) (Ahern et al, 2013). Pelangi sayur buah menekankan pendekatan variasi warna buah dan sayur sebagai *entry point* untuk mengenalkan berbagai macam nutrient yang dibutuhkan oleh tubuh. Program ini membagi buah dan sayur ke dalam lima warna dasar yaitu merah, orange, kuning, hijau, biru/ ungu dan putih (SA Health Government of South Australia, Government of Australia, City of Playford, OPAL, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Ahern et al (2013) pada anak pra sekolah di Inggris, Prancis dan Denmark menggunakan konsep pelangi sayur buah menunjukkan bahwa frekuensi pemberian dan kebiasaan ibu khususnya pada anak usia 6-12 bulan sangat mempengaruhi perilaku konsumsi buah dan sayur pada periode selanjutnya. Penelitian lain yang dilakukan oleh Diaz (2010) kepada anak usia 2-4 tahun menggunakan konsep *eat the rainbow* di lingkungan sekolah dengan hasil terdapat peningkatan minat anak dalam mengkonsumsi buah dan sayuran. Penelitian lain menunjukkan bahwa hanya anak yang terpapar secara langsung dengan makanan sehat yang memiliki keinginan untuk mencoba makan buah dan sayur (Schindler, Corbett and Forestell, 2012).

Peran keluarga dalam promosi dan prevensi perilaku makan buah sayur sangat penting. Friedman, Bowden dan Jones (2003) menyampaikan bahwa keluarga sebagai pusat pembentukan perilaku anak dimana anak belajar dengan cara mengamati. Hal ini sesuai dengan pernyataan Hughes et al (2008) bahwa peran orang tua pada masa bayi dan anak-anak sangat penting. Peneliti menyampaikan bahwa usia 5 tahun pertama kehidupan merupakan fase kritis dalam pembentukan perilaku makan. Anak cenderung meniru perilaku makan orang dewasa yang ada di lingkungan sekitarnya.

Perilaku makan orang tua sangat mempengaruhi pembentukan perilaku makan anak. Hal ini sejalan dengan pernyataan Natalie (2014) bahwa perilaku makan sehat pada anak usia pra sekolah dapat dikembangkan melalui pengaruh model peran orang tua. Gregory, Paxton, dan Brozovic (2010) menyatakan bahwa model peran orang tua menurunkan tingkat kebingungan dan meningkatkan minat anak. Studi lain menunjukkan bahwa terdapat pengaruh kuat antara model peran orang tua dan tingkat

konsumsi buah dan sayur pada anak pra sekolah (Draxten, Fulkerson, Friend, Flattum, & Schow, 2014).

Program pelangi sayur buah dan model peran keluarga yang dikombinasikan satu sama lain belum pernah dilakukan baik di luar negeri maupun di Indonesia. Oleh karena itu, untuk melihat efektifitas integrasi program tersebut residen mengembangkan program pelangi sayur buah dan model peran keluarga (PELANGI SABUGA) dalam meningkatkan perilaku konsumsi buah dan sayur pada anak usia pra sekolah melalui pemberian asuhan keperawatan komunitas, keperawatan keluarga dan manajemen pelayanan kesehatan secara terintegrasi.

## **1.2.Rumusan Masalah**

Prevalensi kegemukan pada anak usia pra sekolah di Kelurahan Curug Cimanggis, kota Depok diatas rata-rata nasional yaitu 21,13% (usia lebih dari 5 tahun) dan 15,9% (usia 3-5 tahun). Hal ini membutuhkan penanganan yang komprehensif mulai dari tingkat pengambil kebijakan, sekolah dan orang tua mengingat dampak yang ditimbulkan di masa yang akan datang. Peran UKS belum optimal dalam program pencegahan obesitas, program pendidikan kesehatan di sekolah belum menyentuh upaya pencegahan obesitas sejak dini serta peran orang tua yang masih rendah mengakibatkan perilaku makan sayur buah anak rendah. Rendahnya perilaku konsumsi buah dan sayur terbukti merupakan salah satu faktor resiko terjadinya kegemukan.

Perawat komunitas dapat berkontribusi untuk mensukseskan program pemerintah dalam menurunkan angka kegemukan melalui penerapan *Evidenced Based Practice* (EBP). Study literatur menunjukkan bahwa *eat the rainbow* dan model peran orang tua masing-masing terbukti dapat meningkatkan perilaku konsumsi buah dan sayur pada anak. Integrasi intervensi tersebut belum pernah dilakukan di Indonesia. Berdasarkan hal tersebut residen ingin mengetahui apakah ada pengaruh pelangi sayur buah dan model peran keluarga (PELANGI SABUGA) dalam meningkatkan perilaku konsumsi buah dan sayur siswa di kelurahan Curug, Cimanggis kota Depok?

### **1.3. Tujuan**

#### 1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum karya tulis ini adalah memberikan gambaran pelaksanaan PELANGI SABUGA dalam meningkatkan perilaku konsumsi buah dan sayur untuk mencegah obesitas melalui asuhan keperawatan pada tatanan manajemen pelayanan kesehatan, komunitas dan keluarga menggunakan integrasi model WSCC, HPM, FCN dan fungsi manajemen pada siswa TK di Kelurahan Curug.

#### 1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penyusunan karya tulis ini adalah mengidentifikasi:

1.3.2.1. Hasil pengkajian asuhan keperawatan keluarga, komunitas dan fungsi manajemen dengan masalah utama kegemukan pada anak usia pra sekolah di TK Kelurahan Curug

1.3.2.2. Gambaran diagnosa keperawatan keluarga, komunitas dan fungsi manajemen dengan masalah utama kegemukan pada anak usia pra sekolah di TK Kelurahan Curug.

1.3.2.3. Rencana intervensi keperawatan keluarga, komunitas dan fungsi manajemen dengan masalah utama kegemukan pada anak usia pra sekolah di TK Kelurahan Curug.

1.3.2.4. Gambaran implementasi PELANGI SABUGA pada asuhan keperawatan keluarga, komunitas dan manajemen pelayanan kesehatan di TK Kelurahan Curug.

1.3.2.5. Evaluasi hasil penerapan PELANGI SABUGA pada asuhan keperawatan keluarga, komunitas dan manajemen pelayanan kesehatan di TK Kelurahan Curug.

1.3.2.6. Rencana tindak lanjut intervensi PELANGI SABUGA pada asuhan keperawatan keluarga, komunitas dan manajemen pelayanan kesehatan di TK Kelurahan Curug.

## **1.4. Manfaat**

### **1.4.1. Pelayanan Kesehatan**

#### **1.4.1.1. Dinas Kesehatan Kota Depok**

Hasil praktek ini diharapkan dapat menjadi landasan dalam melakukan pembinaan, pengembangan program UKS dalam melaksanakan kegiatan stimulasi pertumbuhan khususnya konsumsi buah dan sayuran dalam upaya pencegahan obesitas pada anak TK.

#### **1.4.1.2. Puskesmas**

Pengembangan program stimulasi pertumbuhan di UKS dengan mengintegrasikan intervensi PELANGI SABUGA sebagai strategi dalam upaya pencegahan obesitas di sekolah melalui UKS dibawah pembinaan Puskesmas.

### **1.4.2. Pengembangan Keilmuan Keperawatan Komunitas**

#### **1.4.2.1. Pendidikan Keperawatan**

Penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang pengaruh intervensi PELANGI SABUGA terhadap peningkatan perilaku konsumsi buah dan sayur. Hal tersebut dapat dijadikan acuan dalam pengembangan asuhan keperawatan komunitas pada anak usia pra sekolah dengan kegemukan di setting sekolah dengan melibatkan peran sekolah dan orang tua.

#### **1.4.2.2. Perawat Komunitas**

Perawat yang bekerja di bawah Dinas Kesehatan dan Puskesmas khususnya pengelola program UKS dapat melaksanakan dan mengembangkan program PELANGI SABUGA di lingkungan sekolah dan orang tua siswa TK.

#### **1.4.2.3. Guru UKS**

Guru UKS yang mengelola UKS tingkat TK diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam rangka menstimulasi pertumbuhan anak khususnya untuk pencegahan obesitas melalui integrasi intervensi PELANGI SABUGA ke dalam kurikulum pembelajaran dengan melibatkan peran aktif orang tua.

#### **1.4.2.4. Keluarga dengan anak pra sekolah**

Keluarga diharapkan dapat aktif dalam mencari informasi dan membantu mengembangkan program pencegahan obesitas di sekolah. Orang tua juga diharapkan mampu memberikan contoh yang baik dalam konsumsi sayur dan buah di rumah.

### **1.4.3. Penelitian**

Penerapan Pelangi Sabuga dapat menjadi salah satu *Evidenced Based Practice* (EBP) yang dapat menjadi salah satu pilihan topik penelitian dalam mencegah obesitas pada anak.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan membahas rangkuman studi pustaka mencakup topik populasi *at risk*, konsep obesitas, teori dan model yang mendasari praktek residensi, konsep pelangi sayur buah dan model peran orang tua, peran perawat komunitas.

#### **2.1. Agregat Pra Sekolah Sebagai Populasi *at Risk***

Populasi *at risk* adalah populasi yang memiliki kemungkinan mengalami kondisi tidak sehat karena memiliki faktor resiko walaupun kecil (Stanhope & Lancaster, 2016; Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003). Beberapa faktor dapat berkontribusi menjadikan kondisi *at risk* pada populasi. Berikut faktor yang mempengaruhi *at risk* pada populasi menurut Stanhope dan Lancaster (2016).

##### **2.1.1. Resiko biologi berkaitan dengan usia perkembangan dan genetik**

Faktor resiko biologis merupakan faktor biologis atau kondisi fisik yang dapat mengakibatkan seseorang menderita sakit (Stanhope & Lancaster, 2016) seperti faktor genetic (keturunan) dan karakteristik tumbuh kembang anak (Hockenberry & Wilson, 2009 ; Rudolph, Hoffman & Rudolph, 2014). Ranjani et al (2014) dan Noh, Kim, Park, Oh, dan Kwon (2014) menjelaskan bahwa obesitas pada orang tua secara signifikan berpengaruh pada bentuk tubuh anak. Kondisi obesitas usia anak-anak disebabkan oleh defisiensi leptin atau penyebab medis lain seperti defisiensi hipotiroidisme, defisiensi hormon pertumbuhan, efek samping pengobatan seperti steroid (Reilly et al, 2005).

##### **2.1.2. Resiko lingkungan (aspek sosial, ekonomi dan fisik)**

Stanhope dan Lancaster (2016) mengatakan resiko lingkungan mencakup tiga aspek yaitu lingkungan sosial, ekonomi dan fisik. Semakin tinggi status sosial ekonomi, semakin banyak anak-anak yang menderita obesitas (Jin & Lu, 2017, Parengkuan, Mayulu & Ponidjan, 2013). Aspek sosial yang mempengaruhi obesitas pada anak antara lain: dukungan keluarga, sekolah, teman sebaya, fasilitas pelayanan kesehatan anak, pemerintah, media, pasar makanan serta industri hiburan (Ranjani et al (2014), iklan restoran cepat saji (Strasburger, 2011; Malhotra, Herman, Wright, Bruton, Fisher & Whitaker, 2013). Aspek lingkungan fisik antara lain dukungan transportasi yang

semakin mempermudah pergerakan memiliki pengaruh yang kurang baik terhadap tingkat aktivitas masyarakat (Appelhans, French, Pagoto, & Sherwood, 2016; Kiess, Wabitsch, & Sharma, 2015).

### 2.1.3. Resiko perilaku (gaya hidup)

Resiko perilaku mencakup pola makan makanan tinggi kalori dan rendah kandungan nutrisi (mikronutrien) (Ranjani et al, 2014) dan aktivitas sendentari (Sreevatsava, Narayan, Cunningham, 2013; Costigan, Barnett, Plotnikoff, & Lubans. 2013; Cameron et al, 2016). Ibu yang bekerja atau orang tua tunggal memiliki sedikit waktu untuk menyediakan makanan bagi keluarga (Malhotra et al., 2013; Storfer-Isser & Musher-Eizenman, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Jago, Davison, Thompson, Page, Brockman, dan Fox (2011) menemukan bahwa lebih dari 75% orang tua dan 62 % anak-anak menonton TV lebih dari dua jam setiap hari.

## 2.2. Konsep Obesitas pada Anak Usia Pra Sekolah

### 2.2.1. Definisi obesitas

Obesitas adalah penumpukkan lemak yang abnormal maupun berlebihan pada jaringan sub kutan yang dapat mengganggu kesehatan (WHO, 2006; Soetjningsih, 2012).

### 2.2.2. Kriteria obesitas

Kriteria obesitas pada anak dapat menggunakan grafik BB/ TB menurut WHO pada anak usia kurang dari lima tahun dan IMT/ U pada anak lebih dari lima tahun. Rumus untuk menghitung nilai IMT yaitu

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan}^2 \text{ (m)}}$$

Obesitas pada anak dapat ditegakkan berdasarkan pemeriksaan antropometri yaitu perbandingan BB/ TB, lingkaran lengan atas (LLA) dan tebalnya lipatan kulit. Bila lipatan kulit trisep berada di atas persentil ke-85 maka anak termasuk kategori obesitas dan diatas persentil ke-95 merupakan super obesitas (Soetjningsih, 2012).

Klasifikasi tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.1. Klasifikasi penilaian status gizi

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi Lebih	>2 SD
	Sangat Pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
	Sangat Kurus	<-3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gemuk	>2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD

(Sumber: Dirjen Bina Gizi, 2011)

### 2.2.3. Strategi Intervensi

#### 2.2.3.1. Pendidikan kesehatan

Strategi pendidikan kesehatan dapat dilakukan pada pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pendidikan kesehatan pada level pencegahan primer mencakup diet, aktivitas fisik, perilaku sendentari dan konsep obesitas. Pendidikan kesehatan pada level pencegahan sekunder meliputi mengenal konsep obesitas dan monitoring status gizi secara periodik. Pendidikan kesehatan pada pencegahan tersier mencakup terapi diet, aktivitas fisik dan olahraga, pengurangan aktivitas sendentari serta pengenalan gejala-gejala awal yang mungkin muncul pada penyakit penyerta serta penanganannya, manajemen stress dan terapi perilaku (Kushner, Lawrence, Kumar, 2013; Sugondo, 2014),

Pendidikan kesehatan pada anak usia pra sekolah dilakukan melibatkan orang tua dan guru. Pendekatan melalui metode bermain sesuai tahapan perkembangan anak sangat efektif untuk menjamin informasi yang disampaikan dapat resisten (Stanhope & Lancaster, 2016).

#### 2.2.3.2. Proses kelompok

Proses kelompok cukup efektif untuk memicu dan merubah perilaku sehat (Stanhope & Lancaster, 2016). Intervensi proses kelompok lebih tepat dilakukan pada upaya pencegahan sekunder dan tersier. Perawat dapat menginisiasi pembentukan kelompok, baik itu dari keluarga anak dengan obesitas dalam bentuk *self help group* atau *peer group* maupun *support group*.

#### 2.2.3.3. *Empowerment* (pemberdayaan)

*Empowerment* didefinisikan sebagai kemampuan masyarakat dalam mengatasi permasalahan dengan berfokus pada masalah Pelayanan kesehatan primer menekankan keterlibatan individu dan masyarakat baik dalam inisiatif, upaya kolaboratif (Stanhope & Lancaster, 2016; Ervin, 2002).

#### 2.2.3.4. Kemitraan (*partnership*)

Kemitraan merupakan hubungan kerjasama antara perawat komunitas, pemerintah, organisasi yang ada di masyarakat, pengusaha, tokoh, guru, sekolah dan elemen masyarakat. Kemitraan terjalin selama proses keperawatan dilakukan (Ervin, 2002). Kemitraan dilakukan dengan mengadvokasi pemerintah maupun swasta dalam pengembangan kebijakan yang mendukung pencegahan obesitas seperti ketersediaan ruang hijau, sarana olahraga, jalur sepeda, taman kota, kantin sehat, aturan tentang makanan sehat serta ketersediaan pangan sehat (*World Bank*, 2012).

### 2.3. Teori dan Model Yang Digunakan Dalam Praktek Keperawatan

#### **Komunitas**

##### 2.3.1. *Whole School, Whole Child, Whole Community* (WSCC)

Model WSCC merupakan hasil integrasi model *coordinated school health* (CSH) dengan ASCD (*the Association for Supervision and Curriculum Development*) (Lewallen, Hunt, Potts Datema, Zaza, & Giles, 2015). Model WSCC menggabungkan 5 prinsip model *Whole Child* dengan menempatkan siswa di pusat dan menjadikannya *focal point*. Gambar siswa di sekitar cincin menekankan perlunya koordinasi antara kebijakan, proses, dan praktik dalam memberikan pelayanan kesehatan di sekolah. Cincin luar model WSCC mencerminkan integrasi dan keterpaduan yang lebih besar

antara kesehatan dan pendidikan. Pentingnya sektor dan individu yang bekerja sama untuk menerapkan kebijakan, praktek, dan proses sekarang menonjol dalam integrasi pendekatan yang membahas kesehatan dan pembelajaran.

WSCC memiliki 10 komponen seperti yang dapat dilihat di bawah ini (Lewallen, Hunt, Potts-Datema, Zaza, & Giles, 2015). Akan tetapi, dalam pelaksanaan praktek pemberian asuhan keperawatan residen mengambil 5 variabel pengkajian yaitu pendidikan kesehatan, lingkungan dan pelayanan nutrisi, pelayanan kesehatan, kesehatan karyawan dan keterlibatan keluarga. Penjelasan di bawah ini akan menguraikan masing-masing variable yang dimaksud.

Gambar 2.1. model WSCC



(Sumber: Lewallen, Hunt, Potts-Datema, Zaza, & Giles, 2015)

Setiap komponen tersebut akan dijelaskan berikut ini.

#### 2.4.1.1. Pendidikan kesehatan

Komponen model WSCC yang pertama adalah pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan formal dan terstruktur terdiri dari kombinasi antara pengalaman pembelajaran yang direncanakan agar siswa memperoleh informasi dan keterampilan yang

dibutuhkan. Pendidikan kesehatan sekolah yang komprehensif mencakup kurikulum dan pengajaran bagi siswa pra sekolah.

#### 2.4.1.2. Lingkungan dan pelayanan gizi

Lingkungan gizi sekolah memberi siswa kesempatan untuk belajar dan berlatih makan sehat melalui makanan dan minuman yang tersedia, pendidikan nutrisi, dan pesan tentang makanan di kantin dan di seluruh sekolah. Hal ini mencakup bekal makan dan penyediaan nutrisi yang baik di sekolah.

#### 2.4.1.3. Kesehatan Karyawan

Perilaku hidup sehat yang ditunjukkan oleh seluruh komponen yang ada di sekolah dapat menjadi teladan yang dapat dicontoh siswa. Selain itu, staf yang sehat dapat bekerja lebih produktif dan mengurangi ketidakhadiran. Oleh karena itu, upaya hidup sehat tidak hanya ditujukan pada siswa tetapi juga pada karyawan yang ada di sekolah.

#### 2.4.1.4. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan sekolah diberikan mencakup pemberian pertolongan pertama, perawatan darurat dan penilaian, dan perencanaan untuk pengelolaan kondisi kronis (seperti asma atau diabetes). Pelayanan termasuk rujukan ke rumah medis atau penyedia layanan kesehatan swasta. Profesional berkualitas seperti perawat komunitas di sekolah, dokter gigi, pendidik kesehatan, dokter, asisten dokter, dan petugas kesehatan bersekutu menyediakan layanan ini.

#### 2.4.1.5. Keterlibatan Keluarga

Keluarga dan guru bekerja sama untuk mendukung dan memperbaiki pembelajaran, pengembangan, dan kesehatan siswa. Guru sekolah berkomitmen untuk membuat keluarga merasa disambut dan melibatkan keluarga dengan berbagai cara yang berarti. Hubungan antara guru dan keluarga diharapkan meningkatkan kesehatan dan pembelajaran siswa di rumah, di sekolah, di luar sekolah, dan di masyarakat.

#### **2.4.2. Health promotion model (HPM)**

Promosi kesehatan meliputi semua usaha yang ditujukan untuk menggerakkan masyarakat mencapai kondisi sehat yang optimal atau kondisi sejahtera yang lebih tinggi (Allender, Rector, 2010). Promosi kesehatan dapat diobservasi melalui identifikasi tingkah laku seperti tanggung jawab kesehatan, aktivitas fisik, perkembangan spiritual, nutrisi, kepuasan hubungan interpersonal, dan manajemen stres (Pender et al, 2002; Peterson & Bredow, 2013).

Variabel yang diadopsi oleh residen pada praktek adalah perilaku sebelumnya (*prior related behavior*) dan faktor pribadi (*personal factors*). Faktor biologi pribadi adalah variabel usia, jenis kelamin, indeks massa tubuh. Faktor sosial budaya pribadi (*personal sociocultural factors*) adalah variabel ras, etnis, akulturasi, pendidikan, dan status sosial ekonomi. Pengaruh interpersonal (*interpersonal influences*) yang dikaji adalah tentang perilaku. Sumber utama dari pengaruh interpersonal yang dikaji adalah pengaruh keluarga.

Perilaku promosi kesehatan (*heath promoting behavior*) merupakan titik akhir atau hasil tindakan yang diarahkan untuk mencapai hasil kesehatan yang positif seperti kesejahteraan yang optimal, pemenuhan kebutuhan pribadi, dan kehidupan yang produktif. Perilaku promosi kesehatan yang diharapkan terbentuk pada praktek residensi adalah makan makanan yang sehat.

#### **2.4.3. Family Centre Nursing (FCN)**

Keterlibatan keluarga sangat penting dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak usia pra sekolah hal ini disebabkan oleh pemenuhan kebutuhan anak serta pembentukan perilaku pada tahap ini sangat tergantung pada orang tua (Hockenberry & Wilson, 2009). Partisipasi aktif orang tua merupakan salah satu faktor pendukung pencapaian program kesehatan di sekolah.

Pendekatan asuhan keperawatan keluarga penting dalam penanganan dan pencegahan obesitas pada anak usia pra sekolah. *Family centre nursing* (FCN) merupakan model pengkajian keluarga yang digunakan oleh residen. Komponen pengkajian yang

digunakan antara lain: data demografi keluarga, komposisi dan tipe keluarga, riwayat perkembangan keluarga, struktur dan fungsi keluarga.

Konsep lain yang diintegrasikan dengan FCN adalah lima fungsi perawatan kesehatan keluarga yang dikemukakan oleh Maglaya (2009) serta kemandirian keluarga yang dikemukakan oleh Dinas Kesehatan (2006). Komponen tambahan yang dikaji yaitu status sosial ekonomi keluarga, riwayat dan tahapan perkembangan keluarga, lingkungan rumah, stress dan coping, fungsi perawatan kesehatan, struktur peran dan tingkat kemandirian keluarga.

Tabel 2.2. Tingkat kemandirian keluarga (Kemenkes RI No. 279 tahun 2006)

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian			
		I	II	III	IV
1.	Menerima petugas Perkesmas				
2.	Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan				
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar				
4.	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran				
5.	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran				
6.	Melakukan tindakan pencegahan secara aktif				
7.	Melakukan tindakan promotif secara aktif				

Hasil pengkajian akan dianalisis untuk menegakkan diagnosa keperawatan keluarga sesuai dengan NANDA 2015-2017. Selanjutnya perawat akan melakukan prioritas masalah keperawatan berdasarkan pedoman yang dikemukakan Maglaya (2009) terdiri dari sifat masalah, kemungkinan untuk diubah, potensial masalah untuk dicegah serta menonjolnya masalah. Diagnosa keperawatan selanjutnya akan disusun ke dalam intervensi keperawatan menggunakan NOC (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson (2013) dan NIC (Buleheck, Butcher, Dotcherman, Wagner (2015). Perawat akan melakukan implementasi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dengan menggunakan hasil-hasil riset. Evaluasi akan dilakukan baik dalam bentuk evaluasi formatif setiap selesai kunjungan maupun evaluasi sumatif pada akhir kunjungan.

## **2.4.4. Manajemen Pelayanan Kesehatan**

### **2.1.1. Perencanaan**

Perencanaan merupakan pondasi dari seluruh fungsi-fungsi manajemen. Perencanaan dijabarkan sebagai komponen aktivitas yang terdapat dalam fungsi perencanaan antara lain visi dan misi, penyusunan tujuan jangka panjang (strategi) dan jangka pendek (operasional), rencana anggaran serta memprioritaskan aktivitas termasuk alternatif (Gillies, 2000; Swansburg & Swansburg, 1999).

### **2.1.2. Pengorganisasian**

Fungsi pengorganisasian meliputi pembagian aktivitas kerja, penentuan tanggung jawab dan wewenang, dan pembuatan hubungan kerja. Struktur organisasi merupakan sarana komunikasi yang efektif antar bagian (Gillies, 2000; Swansburg & Swansburg, 1999; Marquis & Huston, 2012). Aktivitas dalam pengorganisasian meliputi pembentukan struktur untuk menjalankan rencana, menentukan jenis pelayanan kesehatan yang paling sesuai, mengelompokkan aktifitas untuk memenuhi tujuan masing-masing unit, bekerja dalam struktur organisasi, serta memahami dan menggunakan kekuatan dan kekuasaan dengan tepat (Marquis & Huston, 2012).

### **2.1.3. Personalia**

Fungsi manajemen yang ketiga adalah fungsi personalia atau ketenagaan. Marquis dan Huston (2012) menjabarkan aktivitas yang terdapat dalam fungsi ketenagaan mencakup: merekrut, memilih, menempatkan, dan mengajarkan karyawannya untuk mencapai tujuan organisasi; pengembangan staff baik pelatihan, melanjutkan pendidikan, maupun promosi jabatan

### **2.1.4. Pengarahan**

Fungsi manajemen selanjutnya adalah pengarahan. Aktivitas yang dilakukan dalam pengarahan adalah terjadinya proses interpersonal keperawatan untuk menyelesaikan sasaran keperawatan. Pengarahan dapat sebagai perwujudan dari fungsi kepemimpinan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, pengawasan, koordinasi dan pengendalian implementasi rencana organisasi. Fungsi pengarahan lebih menekankan pada kemampuan manajer dalam mengarahkan dan menggerakkan semua

sumber daya untuk mencapai tujuan yang telah disepakati (Gillies, 2000; Marquis & Huston, 2012).

Pengarahan yang diberikan dapat berupa motivasi melalui komunikasi yang baik dalam suatu organisasi sebagai suatu umpan balik dari implementasi kegiatan organisasi. Beberapa pendekatan yang dapat dilakukan dalam memberikan umpan balik yang berupa penguatan ataupun penghargaan yang efektif dalam organisasi, yaitu: (1) penguatan positif dapat diberikan untuk kinerja yang relevan dengan perencanaan; (2) penguatan positif dapat diberikan sesegera mungkin setiap kinerja positif dimunculkan; (3) adanya system penghargaan yang dapat dicapai oleh setiap anggota organisasi; dan (4) penghargaan dapat diberikan secara tidak terduga ataupun secara terus menerus (Peter dan Waterman (1998) dalam Marquis & Huston, 2012)

#### 2.1.5. Pengawasan

Fungsi pengawasan merupakan evaluasi dalam manajemen keperawatan. Fungsi pengawasan bertujuan agar penggunaan sumber daya dapat lebih efisien, dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih diefektifkan. Aktivitas yang terjadi selama pengawasan adalah proses pengevaluasian sejauhmana implementasi rencana kegiatan yang telah dilakukan, pemberian masukan atau feedback, dan pembuatan prinsip-prinsip organisasi melalui pembuatan standar, perbandingan kinerja dengan standar dan memperbaiki kekurangan.

Kegiatan yang dapat dilakukan dalam pengawasan adalah monitoring dan evaluasi (Marquis & Huston, 2012). Monitoring dapat dilakukan oleh pihak dalam maupun luar organisasi. Tahapan yang dapat dilakukan dalam monitoring adalah: memutuskan informasi apa yang akan dikumpulkan; mengumpulkan data dan menganalisisnya; dan memberikan umpan balik hasil monitoring (Gillies, 2000; Swansburg & Swansburg, 1999; Marquis & Huston, 2012).

## **2.4. Konsep Permainan Pelangi Sayur Buah dan Model Peran Keluarga (Pelangi Sabuga)**

Pelangi sayur buah dan model peran keluarga (Pelangi Sabuga) merupakan salah satu strategi dalam meningkatkan ketertarikan dan motivasi anak dalam perilaku konsumsi sayur buah. Masing-masing komponen akan dijabarkan dibawah ini berdasarkan telaah literatur pendukung.

### **2.4.1. Konsep pelangi sayur dan buah**

Intervensi dengan menggunakan pendekatan yang sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat meningkatkan retensi sehingga perubahan perilaku dapat menetap hingga fase perkembangan selanjutnya. Studi yang dilakukan oleh Li dan Lopez (2008) menunjukkan bahwa permainan terapeutik sangat efektif dalam menyiapkan anak untuk masuk ke ruang operasi. Studi lain menunjukkan bahwa permainan interaktif dapat meningkatkan konsumsi sayuran baik pada hari sekolah maupun saat akhir pekan (Piziak, 2012).

Intervensi untuk mengenalkan buah dan sayur pada anak usia sekolah dilakukan oleh Diaz (2010) menggunakan pendekatan warna pelangi. Intervensi terbagi menjadi 8 sesi dimulai dengan sesi pengkajian, 6 sesi permainan dan sesi evaluasi. Hasil akhir permainan menunjukkan terjadi peningkatan rasa ingin tahu dan konsumsi buah sayur pada anak.

Permainan pelangi buah dan sayur berikutnya dikembangkan oleh pemerintah Australia melalui program “eat the rainbow” yang diintegrasikan ke dalam OPAL (Obesity Prevention and Lifestyle). Program ini dikembangkan dengan harapan masyarakat dapat mengkonsumsi berbagai variasi warna buah dan sayur. Setiap warna sayur dan buah yang berbeda memiliki kandungan nutrient yang berbeda untuk tubuh. Program membagi lima warna sayur buah ke dalam kelompok warna merah, orange dan kuning, hijau, biru/ ungu dan putih.

Pengelompokkan buah dan sayur berdasarkan warna pelangi tersebut bermanfaat juga untuk mengetahui manfaatnya berdasarkan warna. Warna merah memiliki manfaat untuk membantu kesehatan jantung, memori dan mencegah kanker. Contoh sayur dan buah warna merah apel merah, semangka, stawberi, cherry, selada merah, tomat, beet,

anggur merah, bayam merah, bawang merah. Warna orange dan kuning memiliki manfaat untuk membantu kesehatan jantung, penglihatan, mempercepat proses penyembuhan inflamasi dan mencegah kanker. Contoh sayur buah yang termasuk kelompok warna ini adalah jeruk, wortel, labu parang, jagung, ubi manis, apricot, melon kuning, belimbing, manga, nanas, pisang. Warna hijau bermanfaat untuk mencegah kanker, membantu kesehatan mata, membantu kekuatan tulang dan gigi. Contoh yang termasuk kelompok ini selada, zucchini, kacang polong, timun, bayam, pear, asparagus, alpukat, brokoli, anggur hijau, kiwi, sawi hijau. Warna biru dan ungu bermanfaat untuk membantu mempertahankan memori dan mencegah penuaan dini. Contohnya adalah blueberry, anggur ungu, plum, terong, zaitun dan buah naga ungu. Warna putih bermanfaat untuk membantu kesehatan jantung dan mencegah kanker. Contohnya adalah jamur dan bawang putih (Sumber: OPAL, City of palyford, Australian Government, SA Health, 2007)

Salah satu kurikulum yang dikembangkan untuk anak dalam program “*eat the rainbow*” adalah “*eat the rainbow 6 week program*”. Program ini terdiri dari 6 sesi dengan pelaksanaan satu sesi satu minggu. Sesi satu berisi pengenalan program serta warna yang sudah dimakan hari itu: tanya anak warna buah sayur yang sudah dimakan selama seminggu dengan alat yang dibutuhkan poster “*eat the rainbow*”. Sesi kedua adalah mendiskusikan warna minggu lalu: nama, rasa, teksture, bau serta manfaat warna tersebut untuk tubuh menggunakan gambar/ alat peraga buah dan sayur. Sesi 3 mengenalkan warna buah sayur hari ini, sesuaikan dengan poster, ajak anak memegang alat peraga buah sayur menggunakan alat peraga. Sesi 4 mendiskusikan manfaat warna buah sayur hari ini menggunakan poster. Sesi 5 bernyanyi dan menari, bercerita, diskusi rasa dan tekstur menggunakan nyanyian dan buku cerita. Sesi enam memiliki beberapa pilihan aktivitas yaitu 1) membawa mainan hewan ke rumah: topik focus tentang buah dan sayur yang dikonsumsi di rumah tetapi dikombinasikan menjadi berkelana bersama mainan hewan tersebut (*pet in journal*); 2) *food passport*: buku yang diisi oleh orang tua tentang buah sayur yang disukai anak yang dimakan hari itu; 3) Program cemilan buah sore hari bersama orang tua; 4) mengambil foto anak makan buah di sekolah dan dikirimkan ke orang tua; 5) *Mapping* buah dan sayur: anak-anak yang membawa bekal buah dan sayur akan diberi bintang setiap hari; 6) *Eat a rainbow display*: membuat dekorasi buah sayur dengan menggambar, foto atau *painting*; 7) memasak; 8) menanam

buah dan sayur sendiri: menanam sayur dan buah bersama anak. (Sumber: OPAL, City of palyford, Australian Government, SA Health, 2007).

#### **2.4.2. Konsep model peran orang tua**

Salah satu tindakan dalam mengatasi kegemukan adalah modifikasi perilaku. Peran orang tua sangat penting dalam melakukan modifikasi perilaku tersebut (IDAI, 2014). Perilaku konsumsi makanan sehat termasuk konsumsi buah dan sayur dikembangkan sejak usia dini melalui proses meniru perilaku orang tua (Birch & Doub, 2014). Peneliti selanjutnya menguraikan bahwa perilaku makan anak mencakup penggunaan alat makan, jenis makanan, porsi makan, waktu makan termasuk cara pemberian makan baik dengan tekanan atau tidak dikembangkan sejak anak masih bayi. Oleh karena itu, anak-anak yang tinggal dengan orang tua yang gemuk cenderung menjadi gemuk karena meniru pola makan orang tuanya.

Pilihan makanan untuk orang tua sendiri, intake makanan dan perilaku makan orang tua mempengaruhi ketersediaan makanan untuk anak. Orang tua akan membentuk rasa yang akan dikenali oleh anak sehingga akan mempengaruhi pemilihan makanan oleh anak (Ventura & Birch, 2008). Anak akan mencoba dan menyukai jenis makanan tergantung dari bagaimana orang tua mengenalkan makanan tersebut sejak dini. Aldridge, Dovey dan Halford (2009) menjelaskan bahwa rasa suka terhadap makanan tertentu pada anak tergantung pada perilaku orang tua dalam mengenalkan makanan tersebut.

Anak akan belajar melalui pengalaman sehingga mengenal suatu hal. Sesuatu yang dikenal oleh anak cenderung akan lebih dipilih untuk disukai. Saat orang tua akan memulai penyapihan, pengenalan akan berbagai rasa makanan sangat penting. Anak dengan ASI cenderung terbiasa dengan berbagai rasa karena variasi makanan yang dikonsumsi oleh ibunya terkandung dalam ASI (Briefel, Deming, & Reidy, 2015).

Penelitian eksperimen yang dilakukan oleh Birch dan Doub (2014) menunjukkan bahwa pemaksaan jenis makanan tertentu kepada anak pra sekolah seperti sayuran dapat menimbulkan perasaan tidak menyukai makanan tersebut. Pengenalan makanan yang

baru membutuhkan model peran dari orang tua, agar anak mampu mengenal semua jenis makanan sehat.

Beberapa studi membahas pentingnya model peran orang tua dalam membentuk perilaku makan anak khususnya buah dan sayur. Model peran orang tua memiliki pengaruh kuat dalam membentuk perilaku diet sehat pada anak (Yee, Lwin, & Ho, 2017). Yee, Lwin, dan Ho (2017) dalam study literturnya menyampaikan bahwa 28 artikel menunjukkan hubungan yang sangat signifikan antara modelling orang tua dengan perilaku makan anak. Modelling orang tua dapat diukur baik melalui frekuensi mengkonsumsi makanan maupun kenikmatan dan manfaat yang diperoleh dari makanan.

Penelitian yang dilakukan oleh Friis et al (2018) menunjukkan bahwa efikasi ibu dalam melakukan diet sehat sangat mempengaruhi konsumsi buah dan sayur pada anak pra sekolah. Keller, Motter, Motter, dan Schwarzer (2018) melakukan intervensi selama 4 minggu melalui online dalam meningkatkan efikasi konsumsi buah dan sayur dengan hasil yang signifikan. Peningkatan efikasi diperoleh seiring dengan peningkatan pengetahuan dan kesadaran. Pemberian informasi kesehatan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan baik secara konvensional melalui tatap muka maupun melalui media teknologi.

Study tentang peningkatan kerjasama orang tua melalui metode tradisional tatap muka menunjukkan beberapa hambatan dalam pelaksanaannya seperti jarak ke lokasi pertemuan serta pentingnya komitmen untuk menentukan waktu kegiatan (Jones, Price, Okely, Lockyer, 2009). Program berbasis teknologi merupakan salah satu cara untuk mengurangi hambatan tersebut. Sosial media sebagai salah satu produk teknologi yang banyak digunakan akhir-akhir ini merupakan pilihan yang cukup relevan untuk mengurangi hambatan tersebut.

Sosial media dideskripsikan sebagai sistem online seperti weblog, fasilitas chat, dan jejaring sosial (Norman, 2012). Jejaring sosial merupakan sosial media yang paling sering digunakan saat ini. Beberapa contoh jejaring sosial yang banyak digunakan

adalah Blackberry messenger dan whatsapp. Usia dewasa muda (18-49 tahun) merupakan pengguna teknologi internet dan smartphone. Sekitar 74%-83% merupakan pengguna smartphone (Pew Research Center, 2014). Mayoritas pengguna smartphone memanfaatkan teknologi *text messaging* yaitu 97% (Pew Research Center, 2015).

Ibu merupakan salah satu pengguna smartphone tertinggi khususnya dalam mencari informasi tentang pengasuhan dan kesehatan anak (Asiodu, Waters, Dailey, Lee, & Lyndon, 2015; Okdie et al., 2014). Ibu juga memiliki ketertarikan dalam mengikuti jejaring sosial khususnya terkait kesehatan anak (Mitchell, Godoy, Shabazz, & Horn, 2014). Oleh karena itu, informasi kesehatan khususnya tentang pola makan anak sangat relevant jika diberikan melalui sosial media (Li et al., 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh McLean, K., Edwards, S., & Morris, H. (2017) tentang penggunaan sosial media dalam mengedukasi orang tua tentang kebutuhan bermain anak menunjukkan efek yang signifikan. Penelitian lain tentang penggunaan teknologi dalam melakukan edukasi oleh orang tua dilakukan oleh Jones, Price, Okely, dan Lockyer (2009) melalui beberapa variasi pendekatan meliputi penyebarluasan informasi melalui bulletin dan kunjungan rumah selama 60 menit. Dalam setiap pendekatan terdapat beberapa topik yang disampaikan peneliti kepada orang tua. Topik tersebut antara lain lingkungan interpersonal orang tua mencakup pengetahuan tentang buah dan sayur serta penyajian, lingkungan fisik mencakup ketersediaan buah dan sayur di rumah serta cara pemberian buah dan sayur kepada anak.

Penelitian lain tentang role modeling orang tua dilakukan oleh Natale, Messiah, Asfour, Uhlhorn, Delamater dan Arheart (2014) dengan hasil terjadi peningkatan konsumsi buah dan sayur pada anak. Beberapa topik edukasi yang disepakati oleh peneliti, guru dan orang tua antara lain: memilih makan sehat khususnya buah dan sayur, memilih menu yang sesuai dengan perkembangan anak, menyiapkan cemilan sehat, membuat resep baru, mencoba resep baru, belajar tentang keamanan dan penyimpanan makanan, membuat perencanaan makan, membuat daftar belanja, mengelola budget belanja dan menggunakan label makanan untuk membeli makanan terbaik.

Pengetahuan dan efikasi orang tua sangat menentukan model peran orang tua dalam menciptakan lingkungan yang mendukung untuk program makan sayur dan buah di rumah. Pendekatan edukasi konvensional dirasa kurang efektif mengingat beberapa kendala yang memungkinkan *drop out* peserta lebih tinggi. Beberapa penelitian menunjukkan edukasi berbasis teknologi yaitu media sosial termasuk dalam bentuk program jejaring sosial merupakan salah satu metode yang dapat dipilih untuk menjamin informasi dapat disampaikan kepada orang tua secara merata.

### **2.5. Peran Perawat Komunitas pada setting sekolah**

Nies dan McEwen (2015) dan Stanhope dan Lancaster (2016) menjelaskan peran perawat pada setting sekolah sebagai pelaksana, advokate bagi siswa, pendidik, penghubung dengan masyarakat, manajer kasus, konsultan, konselor dan peneliti. Perawat sebagai pelaksana dapat memberikan tindakan langsung kepada siswa atau guru yang mengalami kondisi darurat. Perawat sebagai pendidik dapat mengajar di dalam dan luar kelas terkait kesehatan. Perawat sebagai manajer kasus dapat melakukan koordinasi dengan tim lain. Perawat sebagai konsultan dapat menginisiasi kebijakan, perubahan dan peraturan sekolah tentang hidup sehat. Perawat sebagai konselor dapat melakukan konseling dengan siswa. Perawat sebagai penghubung dengan masyarakat dalam melakukan program kesehatan.

## 2.6. Integrasi Model dan Teori Masalah Obesitas pada Anak Usia Pra Sekolah

### INPUT

Model WSCC meliputi pendidikan kesehatan tentang kegemukan, kolaborasi orang tua dan guru, lingkungan dan pelayanan gizi, pelayanan kesehatan, kesehatan staf sekolah (Lewallen, Hunt, Potts-Datema, Zaza, & Giles, 2015)

*Health promotion model* : faktor personal biologi, sosiokultural, psikologi, perilaku pemenuhan nutrisi, faktor interpersonal keluarga yang mempengaruhi kegemukan (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002)

FCN: Data keluarga gemuk; riwayat kesehatan keluarga dengan kegemukan; lingkungan yang memicu kegemukan; struktur dan fungsi keluarga yang berkontribusi terkait kegemukan (Friedman, Bowden, Jones, 2010)

Manajemen pelayanan kesehatan: perencanaan, pengorganisasian, personalia, pengarahan, pengendalian program pencegahan kegemukan (Marquis & Huston, 2012)

### PROSES

Peran perawat Komunitas pada setting sekolah sebagai pelaksana, advokate, pendidik, penghubung dengan masyarakat, manajer kasus, konsultan, konselor dan peneliti (Nies & McEwen, 2015; Stanhope & Lancaster, 2016)

Diagnosa keperawatan terkait manajemen pelayanan keperawatan (Marquis & Huston, 2012), asuhan keperawatan komunitas dan keluarga (NANDA 2015-2017)

Skema 2.1. Integrasi teori dan model

### OUTPUT

Pelangi Sayur buah dan model peran keluarga (PELANGI SABUGA)

(Kristin Diaz, 2010; OPAL, City of palyford, Australian Government, SA Health, 2007 (Yee, Lwin, & Ho, 2017; IDAI, 2014; Keller, Motter, Motter, & Schwarzer, 2018; Natale, Messiah, Asfour, Uhlhorn, Delamater & Arheart, 2014)

Strategi intervensi

2. Pendidikan kesehatan
3. Pemberdayaan
4. Kemitraan
5. Proses kelompok (Stanhope & Lancaster, 2016)

1. Penurunan rerata berat badan anak
2. Peningkatan perilaku pencegahan obesitas
3. Peningkatan pengelolaan manajemen pelayanan sekolah

## **BAB 3**

### **PROFIL DAN KERANGKA KERJA**

Bab ini akan menguraikan tentang profil sekolah, kerangka kerja praktek residensi, inovasi pelangi sayur buah dan model peran keluarga (Pelangi Sabuga).

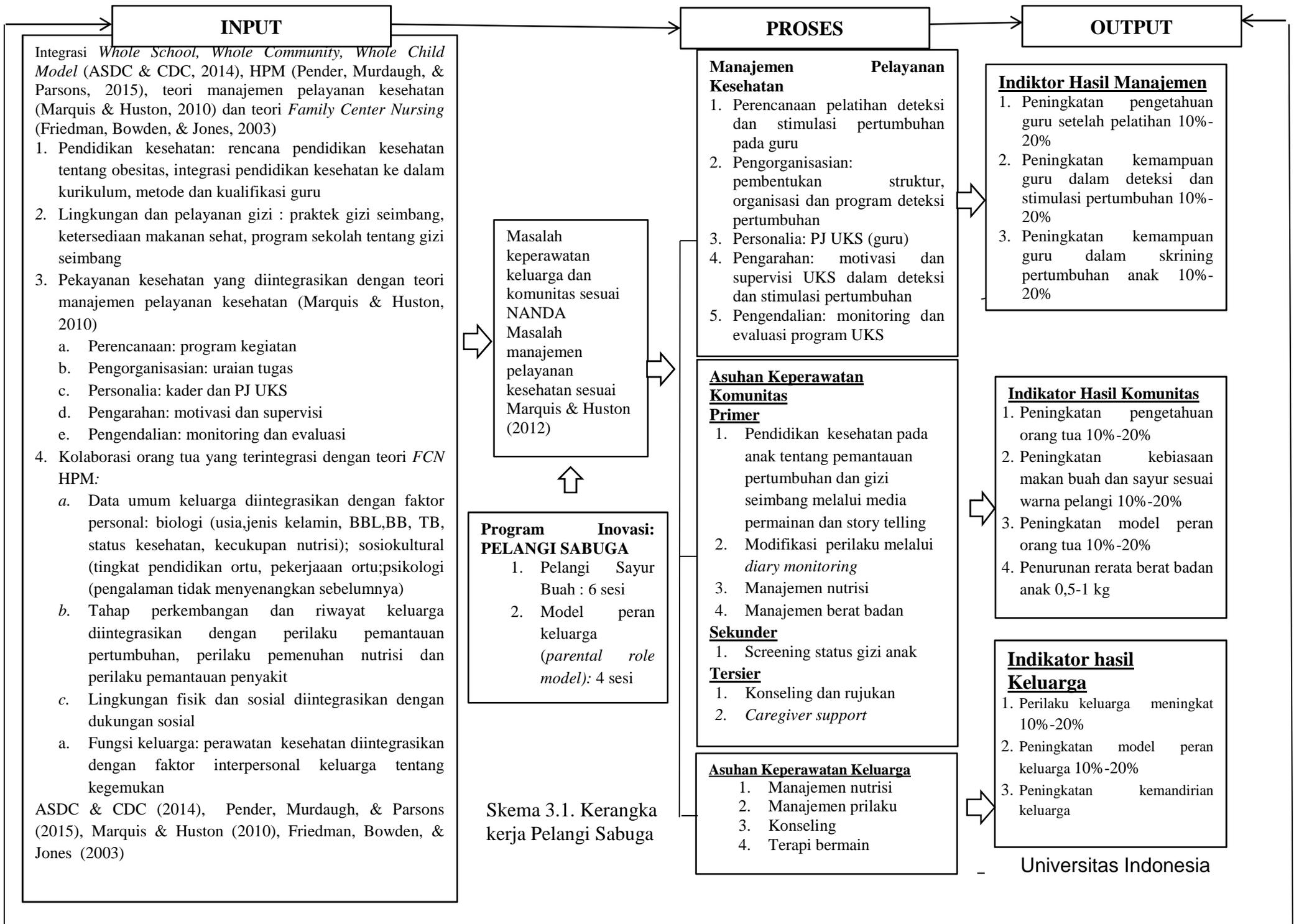
#### **3.1. Profil Sekolah**

Praktek residensi dilakukan di lima sekolah TK yang masuk ke dalam wilayah kerja UPTD Puskesmas Cimanggis Kelurahan Curug, kecamatan Cimanggis Depok. Sekolah tersebut antara lain TKIT Wahyu, TKIT Teratai Hijau, TKIT Nurul Bustan, TKIT Nursa'adah dan TK Cupu Wirada. TKIT Wahyu terletak di Gang Damon RW 4 dengan total siswa 36 orang, jumlah guru lima orang dan dikepalai oleh seorang kepala sekolah. Pengelolaan manajemen TK oleh kepala sekolah di bawah Yayasan. Latar belakang pendidikan guru adalah S1 PAUD 4 orang dan satu orang dengan tingkat pendidikan SMA.

TKIT Teratai Hijau terletak di Gg Ceria II RW 8 dengan jumlah total siswa 39 orang. Jumlah guru 4 orang dengan satu kepala sekolah merangkap sebagai guru. Latar belakang pendidikan guru adalah S1 dua orang dan SMA dua orang. TKIT Nurul Bustan terletak di perumahan koperasi RW 9 Curug. Jumlah total siswa ada 10 orang dengan satu orang guru. Latar belakang pendidikan guru adalah sarjana. TK Cupu Wirada terletak di perumahan Pertamina RW 3. Jumlah murid 14 orang dengan jumlah guru 2 orang. TKIT Nursa'adah terletak di RW 6 Kelurahan Curug. Jumlah siswa 21 orang dengan dua orang guru.

#### **3.2. Kerangka Kerja**

Kerangka kerja praktek residensi mengintegrasikan beberapa teori dan model. Pada bagian input residen mengintegrasikan model WSCC, HPM, FCN dan manajemen pelayanan kesehatan. Pada bagian proses residen mengembangkan inovasi Pelangi Sabuga mencakup pelangi buah sayur dan model peran keluarga. Pada bagian output, residen mengembangkan indikator hasil manajemen, asuhan keperawatan komunitas dan keluarga. Bagan kerangka kerja dapat dilihat dibawah ini.



### 3.3. Intervensi Keperawatan PELANGI SABUGA

Intervensi PELANGI SABUGA merupakan integrasi permainan pelangi sayur dan buah dengan model peran keluarga. Pelangi sayur dan buah terdiri dari 6 sesi dan model peran keluarga terdiri dari 4 sesi. Sesi yang dilakukan merupakan modifikasi dari beberapa referensi.

#### 3.3.1. Permainan Pelangi Sayur dan Buah

Permainan pelangi buah dan sayur yang dilakukan oleh Diaz (2010) terdiri dari 8 sesi, sedangkan SA Health Government of South Australia, Government of Australia, City of Playford, OPAL (2007) mengembangkan 6 sesi permainan. Residen mengembangkan enam sesi permainan disesuaikan dengan kondisi siswa di sekolah serta waktu yang diberikan. Muatan permainan diadopsi dari pedoman gizi seimbang menurut Kemenkes RI (2014), Ahern et al (2013), Diaz (2010) dan SA Health Government of South Australia, Government of Australia, City of Playford, OPAL (2007).

##### 3.3.1.1. Pengertian

Permainan pelangi Sayur Buah merupakan integrasi beberapa aktivitas permainan seperti pra karya, mencocokkan warna, bernyanyi, menonton serta mencoba buah dan sayuran asli berdasarkan pengelompokkan warna sesuai pelangi.

##### 3.3.1.2. Tujuan

Tujuan permainan Pelangi Sayur dan Buah adalah untuk memfasilitasi siswa memahami manfaat sayur dan buah, mampu memilih dan mengonsumsi sayur dan buah minimal tiga warna setiap hari.

##### 3.3.1.3. Proses intervensi

Tahap intervensi dilakukan selama 3 bulan dengan jumlah 6 sesi sehingga permainan akan dilakukan dua minggu sekali. Permainan akan diikuti oleh siswa di setiap kelas, dengan rata-rata jumlah siswa 10-15 per kelas.

Adapun sesi permainan adalah sebagai berikut:

##### Sesi 1 *Making a water melon*

Sesi ini dilakukan selama 30-40 menit. Siswa akan melakukan beberapa aktivitas permainan yaitu mendengarkan cerita, berkarya, mendengarkan nyanyian alphabet

buah sayur dan mengkonsumsi buah semangka. Alat bahan yang dibutuhkan adalah karton hijau dan merah yang sudah dibentuk semangka, cat/ pewarna hitam, buku cerita, dan paket buah semangka. Aktivitas yang dilakukan diawali dengan membaca cerita, membuat pekarya buah semangka dari karton, makan buah semangka sambil menyimak penjelasan tentang buah berwarna merah.

#### Sesi 2 Belajar nama buah dan sayur

Alat bahan yang dibutuhkan adalah video sayur buah, alat peraga sayur buah dan poster pelangi. Aktivitas akan dimulai dengan menonton video sayur buah. Aktivitas yang kedua adalah mencocokkan warna buah sayur sesuai pelangi. Alat peraga buah dan sayur akan diacak oleh residen lalu disebar di atas poster pelangi. Setiap anak yang mencocokkan alat peraga akan ditanya mengenai nama, warna, rasa dan kebiasaan mengkonsumsi buah sayur sesuai alat peraga. Sesi akan diakhiri dengan bermain tebak-tebakan lalu mengkonsumsi buah tiga warna sambil menonton video terkait konsumsi sayur dan buah.

#### Sesi 3 pelangi buah dan sayur

Alat dan bahan yang dibutuhkan pada sesi ini adalah video tentang kandungan dan manfaat sayur buah sesuai warna pelangi, lembar kerja berisi gambar buah sayur dan gambar organ tubuh, pensil. Aktivitas akan dimulai dengan review sesi dua lalu dilanjutkan dengan menonton video manfaat sayur dan buah. Selanjutnya anak dibagi lembar kerja. Anak akan menarik garis dari gambar pelangi buah dan sayur ke organ tubuh sesuai tayangan video sebelumnya.

#### Sesi 4 “memakan pelangi”

Alat dan bahan yang digunakan pada sesi ini adalah video Ella Ello seri buah dan sayur yang mewakili warna pelangi dipotong kecil serta siap dikonsumsi. Aktivitas intervensi yang dilakukan pada sesi ini adalah perawat akan memandu siswa untuk menonton video, lalu refleksi isi video dan diakhiri dengan makan buah bersama.

### Sesi 5 Piring makananku

Alat dan bahan yang dibutuhkan pada sesi lima adalah piring makan, alat peraga makanan, poster piring makananku sesuai dengan pedoman gizi seimbang dari Kemenkes RI (2014), potongan gambar buah sayur dan lem kertas. Aktivitas ini akan dimulai dengan menonton video gizi seimbang. Setelah itu, perawat akan memperagakan isi piring makananku menggunakan piring dan alat peraga. Sesi ini akan diakhiri dengan menempelkan potongan gambar buah sayur pada poster piring makananku.

### Sesi 6 “Kotak makan siang”

Alat dan bahan yang digunakan adalah kotak makan siang yang dimodifikasi dari kardus kecil, gambar buah dan sayur. Aktivitas sesi ini dimulai dengan mengambil kotak makan siang, kemudian memilih secara acak, masing-masing satu kotak tiga jenis dan warna. Setelah selesai, gambar buah dan sayur dimasukkan ke dalam kotak makan siang.

#### 3.3.1.4. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama sesi berlangsung kepada anak dan diakhir sesi pada anak dan orang tua. Anak dinyatakan berhasil jika dalam satu hari mengkonsumsi minimal 3 warna sayur buah.

### 3.3.2. Model Peran Keluarga

#### 3.3.2.1. Pengertian

Model peran keluarga merupakan kebiasaan atau perilaku yang dilakukan oleh anggota keluarga bersama anak-anak. Residen fokus pada pembiasaan model melalui keterampilan dimana pelaku rawat melakukan kebiasaan konsumsi buah sayur bersama anak yang akan dinilai.

#### 3.3.2.2. Tujuan

Tujuan dari pengembangan intervensi untuk meningkatkan model peran keluarga untuk mendukung perilaku anak dalam mengkonsumsi buah dan sayur.

### 3.3.2.3. Proses Intervensi

Topik minggu pertama adalah tentang konsep bagaimana anak menjadi gemuk yang diberi judul “anak gemuk itu lucu: mitos atau fakta”. Residen mengupas topik tentang konsep kegemukan. Topik minggu kedua membahas secara spesifik tentang metode diet untuk penanganan dan pencegahan obesitas pada anak mencakup gizi seimbang pada anak usia pra sekolah dan diet yang dianjurkan oleh IDAI (2014) yaitu *traffic light diet*. Topik minggu ketiga lebih spesifik tentang buah sayuran dengan judul “Buah dan Sayur: Kunci Sehat Keluarga”. Topik ini mencakup bagaimana memilih makan sehat khususnya buah dan sayur, memilih menu yang sesuai dengan perkembangan anak. Topik minggu terakhir diberi judul “cara menyiapkan sayur dan buah untuk anak”. Topik ini meliputi membuat perencanaan makan, membuat daftar belanja, membuat resep baru dan mencoba resep baru. Setelah disampaikan kepada orang tua, residen akan melakukan follow up secara acak pada saat menjemput anak di sekolah.

### 3.3.2.4. Evaluasi

Evaluasi dilakukan oleh residen dengan menyebarkan instrumen model peran keluarga. Evaluasi dilakukan diakhir setelah pemberian informasi kepada orang tua.

## **BAB 4**

### **PENGELOLAAN PELAYANAN KEPERAWATAN DI TK KELURAHAN CURUG CIMANGGIS KOTA DEPOK**

Bab ini menggambarkan analisis situasi manajemen pelayanan kesehatan, asuhan keperawatan komunitas dan asuhan keperawatan keluarga pada anak usia pra sekolah dengan masalah kegemukan di setting TK Kelurahan Curug, Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

#### **4.1. Pengelolaan Manajemen Pelayanan Kesehatan di TK Kelurahan Curug**

##### **4.1.1. Analisis situasi**

###### **4.1.1.1. Perencanaan**

Tahap pertama manajemen pelayanan adalah perencanaan. Aktivitas yang dilakukan dalam tahapan perencanaan meliputi penyusunan visi dan misi, penyusunan tujuan jangka panjang (strategi) dan jangka pendek (operasional), rencana anggaran serta memprioritaskan aktivitas termasuk alternatif (Gillies, 2000; Swansburg & Swansburg, 1999). Tahapan perencanaan manajemen pelayanan kesehatan di tingkat TK tergambar dalam pelayanan UKS. Hasil pengkajian tahapan perencanaan akan dijabarkan mulai tingkat Dinas Kesehatan hingga tingkat sekolah di bawah ini.

Hasil wawancara dengan kepala seksi kesehatan keluarga dan gizi Dinas Kesehatan kota Depok diperoleh data bahwa visi Depok adalah “terwujudnya kota Depok sehat dengan layanan kesehatan merata dan berkualitas”. Visi tersebut dijabarkan ke dalam misi antara lain: meningkatkan kualitas layanan kesehatan puskesmas dan jejaringnya yang professional, meningkatkan kualitas sumber daya manusia kesehatan yang professional, kreatif dan religious, meningkatkan promosi kesehatan dan kualitas lingkungan yang ber PHBS dan meningkatkan pemerataan layanan kesehatan yang akuntabel dan pembiayaan terjangkau. Pelayanan kesehatan primer di tingkat sekolah yaitu UKS merupakan salah satu program pengembangan UKM yang ada di bawah Puskesmas, oleh karena itu **UKS dipayungi oleh visi nomor satu yaitu meningkatkan kualitas layanan kesehatan puskesmas dan jejaringnya yang professional.**

Hasil wawancara dengan kepala seksi kesehatan keluarga dan gizi Dinas Kesehatan kota Depok tentang penjabaran misi ke dalam rencana kerja strategis Kota Depok dijabarkan berikut ini. Sasaran sebagai dasar pelaksanaan UKS khususnya pencegahan obesitas pada anak tertuang dalam strategi “meningkatkan upaya kesehatan terutama promotif dan preventif berorientasi pada proses dan kemandirian masyarakat. Arah kebijakan yang tertuang dalam renstra untuk melaksanakan strategi tersebut adalah peningkatan penciptaan upaya kesehatan preventif dan promotive yang berorientasi pada proses serta optimalisasi upaya kesehatan bersumber daya masyarakat. Strategi selanjutnya adalah percepatan perbaikan gizi masyarakat.

Hasil wawancara dengan penanggung jawab UKS UPT Puskesmas Cimanggis diperoleh data bahwa sampai saat ini belum memiliki perencanaan dan anggaran khusus untuk melaksanakan program UKS di TK. Visi dan misi khusus untuk program UKS di Puskesmas Cimanggis belum ada. Hasil wawancara dengan PJ SDIDTK baru menduduki posisi tersebut pada pertengahan tahun 2017 dan hanya fokus dengan program penjarangan siswa TK menggunakan format SDIDTK. Data UKS tingkat TK di Puskesmas Cimanggis belum ada. Hal ini berakibat dokumen-dokumen perencanaan seperti visi, misi dan sebagainya belum ada.

Residen melakukan wawancara dengan Kepala sekolah TK tempat praktek (TKIT Wahyu, TKIT Teratai Hijau, TKIT Nurul Bustan, TKIT Nursa'adah dan TK Cupu Wirada) diperoleh data bahwa belum ada visi, misi, rencana baik jangka panjang maupun jangka pendek terkait kegiatan UKS di sekolah. Hal ini disebabkan oleh dukungan dalam bentuk sarana prasarana belum memadai. Pernyataan tersebut didukung oleh data hasil wawancara dengan kepala Paud Dikmas Dinas Pendidikan Kota Depok bahwa salah satu hambatan dalam merencanakan pembentukan UKS di TK adalah dukungan yayasan. Yayasan belum memahami urgensi adanya UKS di tingkat TK/ PAUD. Peraturan dalam pembukaan sekolah TK mensyaratkan bahwa minimal luas tanah yang harus disediakan adalah 300 m<sup>2</sup>, akan tetapi masih banyak yayasan yang mendirikan sekolah TK di rumah atau gedung yang tidak sesuai syarat. Hal ini mengakibatkan pengurus sekolah tidak memiliki tempat dan fasilitas dalam menyelenggarakan UKS.

#### **4.1.1.2. Pengorganisasian**

Fungsi manajemen selanjutnya adalah pengorganisasian. Weber dalam Marquis dan Huston (2010) memberikan karakteristik pembagian struktur kerja suatu organisasi adalah: (1) adanya pembagian ketenagaan yang jelas, seperti individu dibagi kedalam suatu unit yang menggambarkan kompetensi yang dimiliki individu tersebut; (2) adanya struktur hirarki organisasi yang menggambarkan jalur birokrasi dari atas dan ke bawah serta tentang promosi jabatan; (3) adanya uraian tugas dan fungsi masing-masing elemen yang ada dalam suatu organisasi; (4) adanya prosedur atau aturan dalam bekerja; (5) adanya sistem aturan yang mencakup hak dan kewajiban pada setiap posisi dan (6) adanya seleksi tenaga yang sesuai dan kompeten dalam bidangnya serta adanya promosi bidang yang jelas.

Hasil wawancara, observasi serta telaah dokumen tentang pengorganisasian UKS di kota Depok khususnya TK dijabarkan berikut ini. Kegiatan UKS di tingkat Dinas Kesehatan Kota Depok secara struktur organisasi berada di bawah seksi kesehatan keluarga dan gizi. Secara garis komando seksi ini langsung berada di berada di bawah bidang pelayanan kesehatan masyarakat. Seksi kesehatan keluarga dikepalai oleh seorang sarjana kesehatan masyarakat dengan latar belakang pendidikan diploma kebidanan. Sedangkan penanggung jawab kegiatan UKS baik di TK, SD, SMP dan SMA memiliki latar belakang pendidikan kebidanan.

UKS berada di bawah unit kesehatan keluarga (Kesga) Puskesmas Cimanggis. Penanggung jawab selanjutnya dibagi untuk setiap jenjang sekolah satu orang. Penanggung jawab UKS di tingkat TK/ PAUD/ RA adalah dokter gigi sedangkan untuk program penjangkaran kesehatan di TK diserahkan kepada penanggung jawab SDIDTK yang dipegang oleh seorang perawat dengan jenjang pendidikan diploma tiga. Pemegang program memiliki beban ganda sebagai pemegang program MTBS dan kesehatan jemaah haji. Hasil telaah menunjukkan bahwa puskesmas belum memiliki uraian tugas yang jelas dalam menjalankan program, pembagian tugas dan peran tidak jelas, garis komando belum jelas sehingga kegiatan tidak dapat berjalan secara optimal. Pelaksanaan program UKS di tingkat TK/ PAUD/ RA belum ada sehingga program ini

seolah-olah terpisah sendiri. Secara langsung antara pelaksana program UKS dan SDIDTK belum ada sinergi dalam pelaksanaan program.

#### **4.1.1.3. Personalia**

Fungsi manajemen yang ketiga adalah fungsi personalia atau ketenagaan. Marquis dan Huston, 2012) menjabarkan aktivitas yang terdapat dalam fungsi ketenagaan mencakup: merekrut, memilih, menempatkan, dan mengajarkan karyawannya untuk mencapai tujuan organisasi; pengembangan staff baik pelatihan, melanjutkan pendidikan, maupun promosi jabatan

Hasil wawancara, observasi dan telaah dokumen tentang personalia UKS khususnya di TK dijabarkan berikut ini. Rekrutment petugas pengelola UKS di tingkat Puskesmas dan Dinas Kesehatan sepenuhnya mengikuti mekanisme rekrutmen CPNS atau rekrutmen sesuai dengan Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Kota Depok. Puskesmas masing-masing akan mengajukan kebutuhan tenaga, selanjutnya BKD akan melakukan analisis apakah ajuan kebutuhan akan diproses atau tidak. Pemilihan penanggung jawab program di tingkat puskesmas sepenuhnya diserahkan kepada mekanisme musyawarah. Kepala Puskesmas memiliki kewenangan untuk memilih stafnya ditempatkan dibagian tertentu sesuai dengan sruktur organisasi Puskesmas.

Staff yang sudah ditempatkan pada bagian UKS dan SDIDTK selanjutnya akan diikutsertakan ke dalam pelatihan penunjang yang biasanya diadakan oleh Dinas Kesehatan Kota Depok. Hasil pengkajian fungsi personalia di Puskesmas Cimanggis didapatkan bahwa upaya manajemen pelayanan kesehatan sekolah tingkat TK hanya dipegang oleh PJ program SDIDTK yang dilakukan oleh satu staff dan merangkap sebagai penanggung jawab program kesehatan haji dan MTBS. PJ SDIDTK sudah pernah mengikuti pelatihan di tingkat Dinas Kesehatan. Belum ada rencana pengembangan staf UKS TK dan SDIDTK baik kualitas maupun kuantitas. Hasil wawancara dengan kepala sekolah didapatkan data bahwa guru sudah memperoleh sosialisasi tentang penjaringan menggunakan form SDIDTK. Pelatihan UKS secara khusus belum pernah diikuti oleh guru.

#### 4.1.1.4. Pengarahan

Fungsi manajemen selanjutnya adalah pengarahan. Aktivitas yang dilakukan dalam pengarahan adalah terjadinya proses interpersonal keperawatan untuk menyelesaikan sasaran keperawatan. Pengarahan yang diberikan dapat berupa motivasi melalui komunikasi yang baik dalam suatu organisasi sebagai suatu umpan balik dari implementasi kegiatan organisasi. Pengarahan yang baik melalui komunikasi dan motivasi dapat mengarahkan pada delegasi tugas yang baik sehingga akan mencegah konflik dalam suatu organisasi (Peter dan Waterman (1998; dalam Marquis & Huston, 2010)

Hasil wawancara dengan penanggung jawab UKS di tingkat Dinas Kesehatan dan Puskesmas diperoleh data bahwa pengarahan terkait kegiatan dan program UKS menyesuaikan dengan SPM yang akan dicapai oleh Dinas Kesehatan. Pengarahan yang diberikan fokus pada kegiatan penjangkaran sekolah dan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Sedangkan untuk program pendidikan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat belum dilaksanakan.

Hasil wawancara dengan PJ SDIDTK diperoleh data bahwa belum memperoleh pengarahan secara langsung maupun tidak langsung tentang pelaksanaan UKS TK maupun SDIDTK. Hal ini berdampak pada pelaksanaan kegiatan baik SDIDTK maupun UKS di tingkat sekolah. Fungsi pengarahan belum berjalan secara optimal seperti tidak adanya *reward*, ruangan UKS khusus TK di puskesmas tidak ada, tata alur pelaksanaan pelayanan UKS TK belum terlihat.

Residen melakukan wawancara dengan lima kepala sekolah TK dan diperoleh data bahwa sekolah hanya mengetahui bahwa guru harus melakukan skrining tentang pertumbuhan dan perkembangan anak pada awal tahun ajaran sesuai dengan arahan dari Puskesmas. Guru belum memperoleh arahan terkait bagaimana melakukan stimulasi pertumbuhan sesuai dengan masalah yang ditemukan dari hasil penjangkaran. Sekolah tidak memiliki sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan trias UKS di sekolah seperti ruangan, media informasi kesehatan untuk siswa maupun orang tua, tenaga

kesehatan (perawat) terlatih dan pembinaan khusus dari puskesmas. Sistem rujukan khususnya untuk masalah kegemukan di sekolah belum ada.

#### **4.1.1.5. Pengendalian**

Fungsi pengawasan merupakan evaluasi dalam manajemen keperawatan. Aktivitas yang terjadi selama pengawasan adalah proses pengevaluasian sejauhmana implementasi rencana kegiatan yang telah dilakukan, pemberian masukan atau feedback, dan pembuatan prinsip-prinsip organisasi melalui pembuatan standar, perbandingan kinerja dengan standar dan memperbaiki kekurangan.

Hasil wawancara dengan penanggung jawab UKS Dinas Kesehatan diperoleh data bahwa pengendalian dilaksanakan melalui laporan kegiatan tahunan, sedangkan monitoring kegiatan dilakukan satu tahun sekali di tingkat kecamatan yang dilaksanakan oleh Tim Pembina UKS tingkat kota. Monitoring dan evaluasi kegiatan Trias UKS belum dilakukan oleh Perawat di Puskesmas. Standar acuan monitoring kegiatan UKS di puskesmas belum ada sehingga pencatatan dan monitoring baru sebatas penjangkaran kesehatan.

#### **4.1.2. Masalah dan Prioritas Masalah**

##### **4.1.2. 1. Masalah**

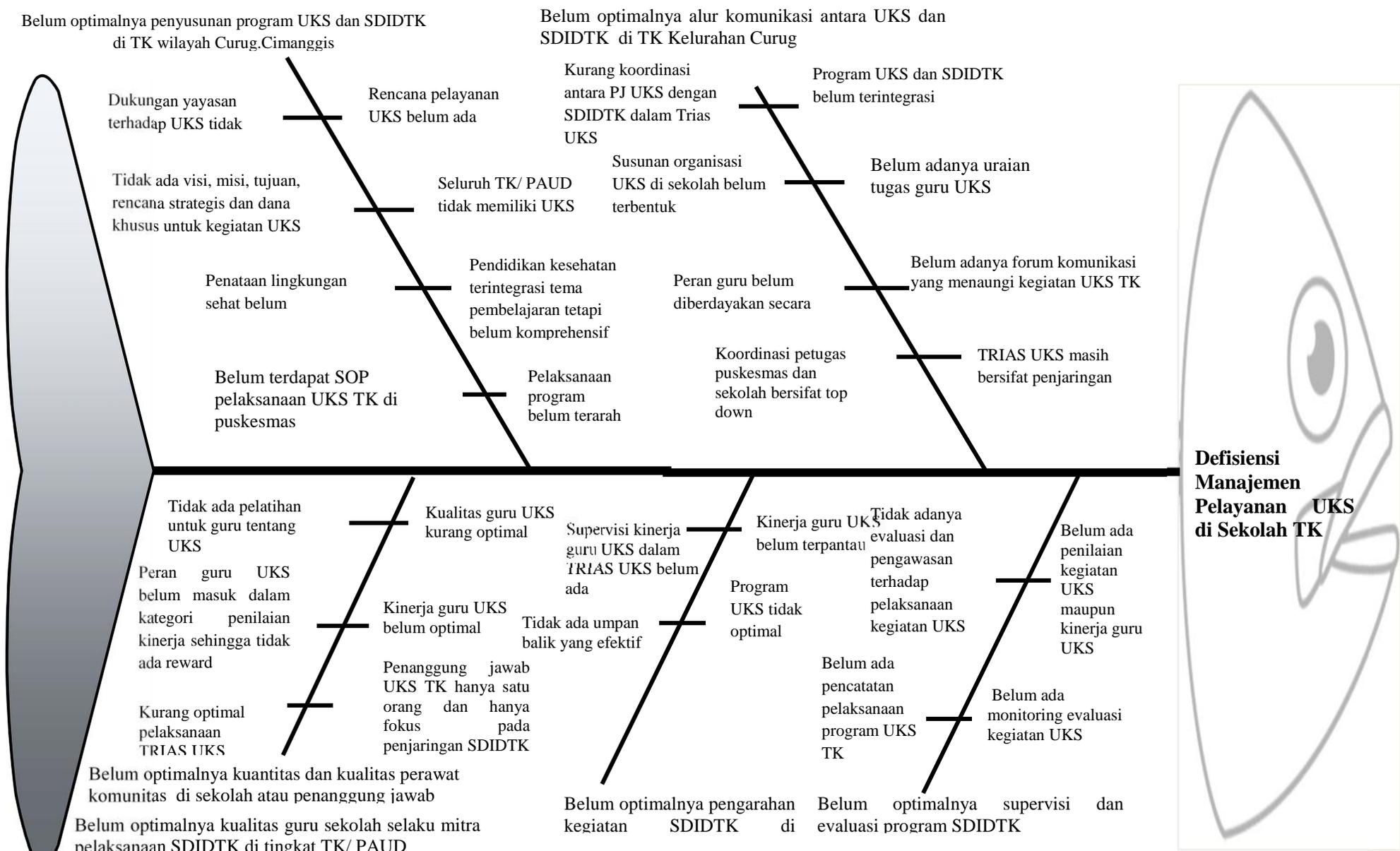
Uraian hasil pengkajian komponen fungsi manajemen dapat disimpulkan ke dalam beberapa masalah yang muncul. Gambaran pelaksanaan fungsi manajemen di TK Kelurahan Curug Cimanggis dapat dilihat pada diagram *fish bone* pada halaman berikutnya.

##### **4.1.2.2. Prioritas masalah**

Hasil prioritas masalah setelah dilakukan skoring menurut Ervin (2002) adalah belum optimalnya alur komunikasi antara UKS dan SDIDTK di TK Kelurahan Curug dan belum optimalnya kualitas guru sekolah selaku mitra pelaksanaan program UKS dan SDIDTK di tingkat TK. Proses skoring dapat dilihat pada bagian lampiran karya tulis.

**PLANNING**

**ORGANIZING:**



**STAFFING**

### **4.1.3. Perencanaan**

4.1.3.1. Perencanaan masalah belum optimalnya alur komunikasi antara UKS dan SDIDTK di TK Kelurahan Curug

#### **Tujuan Umum**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama periode September 2017 sampai April 2018, alur komunikasi dalam pelaksanaan UKS dan SDIDTK di TK menjadi optimal

#### **Tujuan Khusus**

- Teridentifikasi jumlah TK di kelurahan Curug
- Tersusun rencana kegiatan kesehatan sekolah selama 8 bulan ke depan dengan PJ SDIDTK
- Terlaksananya kegiatan pertama pertemuan antara guru sekolah, kepala sekolah, puskesmas dan dinas kesehatan serta dinas pendidikan
- Tersusunnya SOP penjangkauan siswa menggunakan format SDIDTK oleh guru UKS di TK

#### **Rencana Tindakan**

Rencana tindakan yang dapat disusun untuk mencapai tujuan khusus tersebut antara lain: identifikasi jumlah TK yang berada di wilayah kerja puskesmas Cimanggis; susun rencana kegiatan kesehatan sekolah selama 8 bulan ke depan dengan PJ SDIDTK rencanakan pertemuan antara guru sekolah, kepala sekolah, puskesmas, dinas kesehatan dan dinas pendidikan.

**Pembenaran:** UKS merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan primer di sekolah. Alur komunikasi yang terjalin antar bagian memungkinkan kegiatan organisasi berjalan sesuai tujuan organisasi. Kejelasan peran, fungsi dan tugas masing-masing bagian diperlukan agar organisasi dapat bekerja secara optimal (Marquis & Huston, 2012).

4.3.1.2. Masalah belum optimalnya kualitas guru sekolah selaku mitra pelaksanaan program UKS dan SDIDTK di tingkat TK.

#### **Tujuan Umum**

**Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama periode September 2017 sampai April 2018, kualitas guru sekolah selaku mitra pelaksanaan program UKS dan SDIDTK meningkat**

#### Tujuan Khusus

- Terbentuknya guru UKS di TK
- Tersusunnya rencana pelatihan guru UKS
- Terlaksananya pelatihan guru UKS di TK
- Terlaksananya supervisi guru UKS dalam melaksanakan deteksi dan stimulasi pertumbuhan di TK

#### Rencana Tindakan

Rencana tindakan yang dapat disusun untuk mencapai tujuan khusus tersebut antara lain: lakukan pembentukan guru UKS, susun rencana pelatihan guru UKS, lakukan pelatihan guru UKS, supervisi guru UKS dalam melaksanakan deteksi dan stimulasi pertumbuhan di TK.

**Pembenaran:** UKS merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan primer di sekolah. UKS berperan penting dalam membentuk perilaku siswa dan memastikan siswa dalam kondisi sehat agar dapat melalui proses pembelajaran dengan optimal. Guru UKS memiliki peranan penting dalam melaksanakan TRIAS UKS. Hal ini sesuai dengan fungsi pemberdayaan yang disampaikan oleh Marquis dan Huston (2012).

#### 4.1.3. Implementasi, Evaluasi dan Rencana Tindak Lanjut

**4.1.3.2. Implementasi, evaluasi dan rencana tindak lanjut masalah** belum optimalnya alur komunikasi antara UKS dan SDIDTK di TK Kelurahan Curug

#### Implementasi

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun. Implementasi pertama adalah mengidentifikasi jumlah TK/ PAUD di Kelurahan Curug yang dilaksanakan pada bulan September 2017 bekerjasama dengan PJ SDIDTK di puskesmas Cimanggis. Pada kegiatan ini teridentifikasi 16 TK/ PAUD di kelurahan Cimanggis.

Implementasi yang kedua adalah menyusun rencana kegiatan kesehatan kesehatan sekolah selama 8 bulan ke depan dengan PJ SDIDTK dengan hasil adalah mapping

sekolah dan jumlah siswa, kegiatan SDIDTK secara rutin di sekolah, susun SPO dan pedoman program SDIDTK bersama dengan PJ SDIDTK serta merencanakan pelatihan SDIDTK bagi guru TK/ PAUD.

Implementasi selanjutnya adalah melakukan pertemuan pertama guru sekolah, POMG, pihak puskesmas, UPT Pendas Cimanggis dan Dinas Kesehatan Kota Depok serta dinas pendidikan kota Depok. Pertemuan pertama dengan guru sekolah, POMG, pihak puskesmas, UPT Pendas Cimanggis dan Dinas Kesehatan Kota Depok dilakukan pada akhir bulan Oktober 2017. Pertemuan dihadiri oleh guru sekolah, POMG, pihak puskesmas, UPT Pendas Cimanggis dan Dinas Kesehatan. Pada kegiatan ini dijelaskan maksud dan tujuan kegiatan hingga target terbentuknya UKS dan SDIDTK.

### **Evaluasi**

Evaluasi untuk mengukur keberhasilan pelaksanaan kegiatan diantaranya teridentifikasi 16 TK/ PAUD di kelurahan Curug antara lain TK Islam Wahyu, TKIT Teratai Hijau, TKIT Nursa'adah, TKIT Al Fatah, TKIT Nurul Bustan, TK Cupu Wirada, TKIT Al Hikmah, TK Pondok Daun, PAUD Bintang, PAUD Teratai, PAUD Melati, TAAM Ar Rizky, TAAM Al Hidayah, PAUD Matahari, TAAM Nurul Amal, PAUD Himmatul Ilmi; rencana kegiatan yang tersusun selama 8 bulan ke depan dengan PJ SDIDTK; terlaksana pertemuan antara guru sekolah, POMG, pihak puskesmas, UPT Pendas Cimanggis dan Dinas Kesehatan Kota Depok dan dinas pendidikan kota Depok. Residen mengundang lima sekolah tempat praktek menghadiri pertemuan dan dihadiri dua sekolah yaitu TKIT Wahyu dan TKIT Teratai Hijau. Tiga sekolah lain tidak mengikuti karena tidak dapat meninggalkan pembelajaran karena keterbatasan guru yaitu TKIT Nursa'adah (dua guru memegang dua kelas), TKIT Nurul Bustan ( satu guru) dan TK Cupu Wirada (dua guru).

### **Rencana Tindak Lanjut**

Rencana tindak lanjut yang dilakukan adalah menghubungi dan melakukan laporan serta koordinasi dengan guru sekolah, POMG, pihak puskesmas, UPT Pendas Cimanggis dan Dinas Kesehatan Kota Depok tentang kegiatan yang sudah direncanakan; sosialisasi

ulang kepada sekolah yang tidak hadir pada pertemuan yaitu TK Cupu Wirada, TK Nurul Bustan dan TK Nursa'adah.

4.1.3.1. Implementasi, evaluasi dan rencana tindak lanjut masalah belum optimalnya kualitas guru sekolah selaku mitra pelaksanaan program UKS dan SDIDTK di tingkat TK

### **Implementasi**

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah manajemen pelayanan yang kedua adalah pembentukan guru UKS meliputi orientasi peran dan fungsi perawat kesehatan sekolah. Kegiatan ini direncanakan akan dilaksanakan pada bulan Maret/ April 2018. Tujuan kegiatan adalah sebagai orientasi peran dan fungsi perawat komunitas di UKS. Peserta kegiatan adalah perawat dari Puskesmas Cimanggis dan guru sekolah. Format pelatihan dan materi dikonsultasikan dengan pembimbing.

Kegiatan selanjutnya adalah menyusun rencana pelatihan beserta anggaran biaya untuk dirapatkan dalam rapat penyusunan anggaran puskesmas pada akhir 2017. Hasil negosiasi kepala puskesmas menyetujui dilakukan pelatihan tetapi untuk alokasi anggaran belum ada karena sebagian besar anggaran dialokasikan untuk pelaksanaan PISPK dan program ORI.

Kegiatan selanjutnya adalah melaksanakan pelatihan guru tentang UKS dan SDIDTK. Pelatihan dilakukan pada tanggal 27-28 Maret 2018 bertempat di aula 1 dan 2 Puskesmas Cimanggis. Pelatihan dihadiri oleh 12 sekolah TK/ PAUD sekelurahan Cimanggis.

Kegiatan selanjutnya untuk mengatasi masalah manajemen yang kedua adalah melaksanakan supervisi kemampuan guru dalam melaksanakan deteksi dan stimulasi pertumbuhan. Kegiatan dilaksanakan setelah pelatihan berlangsung selama satu minggu di awal April 2018 di lima TK yang menjadi fokus tempat praktek residensi.

## **Evaluasi**

Evaluasi untuk mengukur keberhasilan pelaksanaan dalam mengatasi masalah pertama diantaranya teridentifikasi guru UKS yaitu Saminah S.Pdi di TKIT Wahyu, Siti Khairunisa, S.Pd di TKIT; Suwanti, S.Pd di TKIT Teratai Hijau. Sedangkan untuk TKIT Nurul Bustan dan TK Cupu Wirada karena keterbatasan guru, kepala sekolah kesulitan menunjuk penanggung jawab UKS. Rencana pelatihan berhasil disusun dan disepakati. Pelaksanaan pelatihan dihadiri oleh 3 sekolah yang dikelola dan 9 sekolah yang tidak dikelola mahasiswa dengan hasil post test peserta meningkat 2 SD. Hasil supervisi keterampilan mendeteksi dan menstimulasi pertumbuhan rata-rata 80.

## **Rencana Tindak Lanjut**

Rencana tindak lanjut yang dilakukan adalah mengajarkan secara terpisah stimulasi dan deteksi pertumbuhan bagi dua sekolah yang tidak datang yaitu TKIT Nurul Bustan dan TK Cupu Wirada. Selain itu, penyusunan jadwal deteksi dan stimulasi pertumbuhan untuk tahun pelajaran yang akan mendatang. Deteksi pertumbuhan akan dilakukan setiap bulan, sedangkan stimulasi pada orang tua dilakukan melalui *parenting class* tatap muka 2 kali per semester dan online jejaring sosial dua kali per semester.

## **4.2. Asuhan Keperawatan Komunitas**

### **4.2.1. Analisis Situasi**

#### **4.2.1.1. Kerjasama orang tua yang terintegrasi dengan teori FCN dan HPM**

Hasil pengkajian demografi responden menunjukkan mayoritas jenis kelamin siswa adalah perempuan sebesar 54,78% dengan rerata usia 63 bulan; mayoritas suku bangsa orang tua adalah Jawa sebesar 48,7%; dengan tingkat pendidikan ibu mayoritas SMA sebesar 49,6%; pekerjaan ayah mayoritas pegawai swasta sebesar 44,3%; pekerjaan ibu mayoritas ibu rumah tangga sebesar 70,4% dengan total penghasilan keluarga kurang dari UMP sebesar 47,3%.

Hasil pengukuran status gizi diperoleh sebesar 68,69% normal, 22,61% gemuk dan 8,69% kurus. Hasil pengukuran perilaku diperoleh data mayoritas orang tua (55,7%) memiliki pengetahuan yang baik tentang pertumbuhan anak, mayoritas orang tua (63,5%) memiliki sikap yang baik tentang pertumbuhan anak dan mayoritas orang tua (45,2%) memiliki keterampilan yang baik tentang pertumbuhan anak. Hasil pengukuran

kebiasaan makan sayur sesuai gizi seimbang sebesar 13,9% dan buah 11,3%. Hasil pengukuran model peran keluarga sebesar 58,3% berada dalam kategori kurang serta konsumsi sayur buah minimal tiga warna/ hari pada anak mayoritas kurang sebesar 53%.

Hasil FGD dengan orang tua sebanyak 4 kelompok di TK Wahyu, TK Teratai Hijau, TK Nursa'adah dan TK Cupu Wirada didapatkan data: orang tua sibuk mengurus anak-anak yang lain dan keperluan suami sehingga sering tidak sempat menyiapkan sarapan di pagi hari, anak-anak cenderung menyukai masakan yang dibeli daripada masakan ibunya, beberapa anak susah makan sehingga harus diberikan pemicu dalam bentuk jajanan, anak susah makan sayur dan buah, anak minum susu terlalu banyak lebih dari 5 botol/ hari.

#### **4.2.1.2. Pendidikan kesehatan**

Perawat melakukan wawancara kepada lima kepala sekolah untuk mengetahui pendidikan kesehatan yang dilakukan di sekolah. Hasil wawancara diperoleh data sebagai berikut: kurikulum TK dilaksanakan secara tematik dengan cakupan aspek kognitif, afektif dan psikomotor, jika tema kurikulum ada kaitannya dengan kesehatan, maka pengajar akan menyampaikan kepada murid pada saat pembelajaran di kelas sesuai pengetahuan guru; petugas puskesmas belum memberikan pendidikan kesehatan terkait kegemukan baik pada orang tua siswa maupun siswa. Pernyataan tersebut didukung hasil wawancara dengan orang tua siswa didapatkan data bahwa orang tua belum pernah memperoleh penyuluhan terkait kegemukan dari pihak puskesmas.

#### **4.2.1.3. Lingkungan dan pelayanan nutrisi**

Pengkajian selanjutnya adalah lingkungan dan pelayanan nutrisi. Berdasarkan hasil wawancara dan FGD orang tua diperoleh data bahwa mayoritas anak dibekali minum dan cemilan seperti wafer, biskuit dan chiki. Hasil wawancara dengan kepala sekolah diperoleh data bahwa lima TK memiliki program *cooking class* dan *market day* melibatkan komite sekolah dan orang tua siswa pada saat pembelajaran tema sayur buah, program bekal sehat belum dilakukan berdasarkan hasil rapat awal tahun dengan orang tua karena orang tua secara ekonomi merasa keberatan.

#### 4.2.1.4. Pelayanan kesehatan

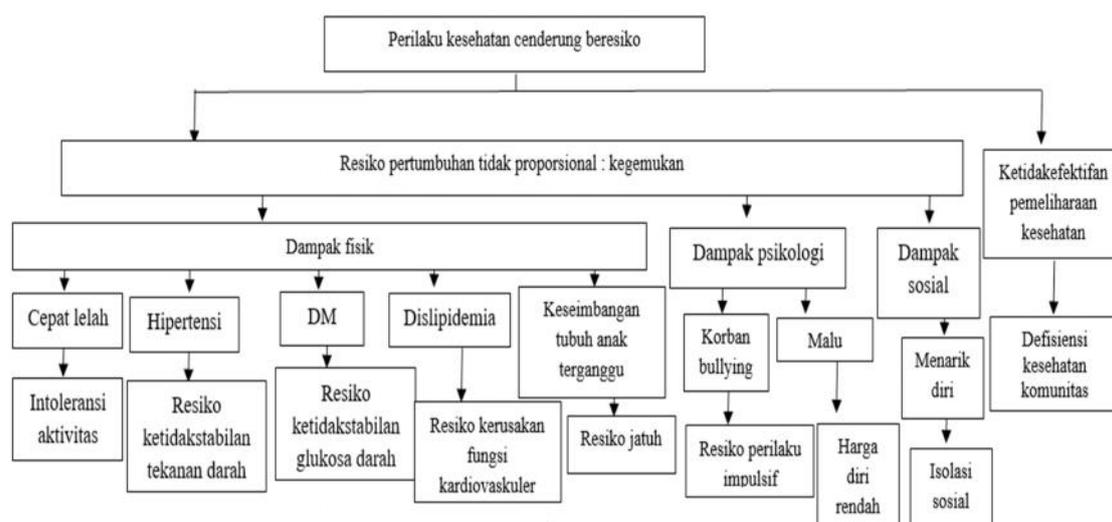
Menurut kepala sekolah, perencanaan kegiatan UKS di TK belum ada secara khusus. Hasil wawancara dengan penanggung jawab program SDIDTK di puskesmas diperoleh data bahwa pelaksanaan UKS secara umum belum ada, tahun ini baru dimulai penjangkaran menggunakan formulir SDIDTK di tingkat TK. Kepala sekolah mengatakan belum mendapatkan pembinaan khusus terkait program UKS. Kepala sekolah mengatakan bahwa program SDIDTK sudah disosialisasikan tetapi belum memperoleh pelatihan secara khusus. Hasil wawancara dengan kepala sekolah didapatkan data bahwa TK wajib melakukan penimbangan sebulan sekali walaupun karena kesibukan terkadang tidak selalu dilakukan. Sekolah belum pernah merujuk siswa karena hasil penimbangan menunjukkan gizi buruk atau kegemukan.

#### 4.2.1.5. Kesehatan Karyawan

Jumlah guru di sekolah sangat bervariasi yang paling sedikit satu guru dan paling banyak lima guru. Hasil pemeriksaan kesehatan mayoritas guru berada dalam kondisi sehat, 7,14% menderita diabetes mellitus dan 14,29% menderita hipertensi.

### 4.2.2. Web of Causation (WOC) dan Prioritas Masalah

#### 4.2.2.1. WOC



Skema 4.1. WOC Anak usia pra sekolah dengan masalah pertumbuhan kegemukan

#### 4.2.2.2. Prioritas Masalah

Masalah keperawatan yang sudah ditemukan akan dilakukan penilaian skoring untuk menentukan prioritas masalah. Penilaian prioritas menggunakan format penilaian dari Ervin (2002). Berikut merupakan dua prioritas masalah yang ditemukan sesuai hasil pengkajian: perilaku kesehatan cenderung beresiko masalah kegemukan pada siswa TK di Kelurahan Curug (00188) dan defisiensi kesehatan komunitas (00257).

#### 4.2.3. Perencanaan, implementasi, evaluasi dan rencana tindak lanjut asuhan keperawatan komunitas

##### 4.2.4.1. Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko: Masalah Gizi Lebih pada anak usia Pra sekolah di TK Kelurahan Curug (00188)

#### Tujuan

1. Prevensi primer dengan indikator pengetahuan perilaku kesehatan (1805), pengetahuan gaya hidup sehat (1855) dan pengetahuan manajemen berat badan (1841) meningkat dari skala 2 menjadi 5
2. Prevensi sekunder dengan indikator efektifitas program skrining komunitas (2807) meningkat dari skala 2 menjadi skala 5
3. Prevensi tersier dengan indikator efektifitas program komunitas (2807) dan kontrol resiko komunitas: obesitas (2809) meningkat dari skala 2 menjadi skala 5.

#### Rencana Tindakan

1. Prevensi primer meliputi pendidikan kesehatan (5510), pendampingan penurunan berat badan (1280), manajemen nutrisi (1100)
2. Prevensi sekunder meliputi skrining kesehatan (6520)
3. Prevensi tersier meliputi modifikasi perilaku (4360), pengembangan program (8700) dan konsultasi (7910)

**Pembenaran:** Pelaksanaan kegiatan komunitas menggunakan pendekatan preventif primer, sekunder dan tersier (Stanhope & Lancaster, 2016). Strategi intervensi mencakup pendidikan kesehatan, kemitraan, pemberdayaan dan kerja sama lintas sektor dapat dilakukan terintegrasi dalam program inovasi yang dilakukan. Perawat dapat

melakukan perannya sebagai pelaksana, pendidik, kolaborator, manajer kasus dan konselor dalam menyelesaikan permasalahan tersebut.

### **Implementasi**

1. Melakukan skrining awal pertumbuhan kepada seluruh siswa TK di lima sekolah yaitu TKIT Wahyu (36 siswa), TK Cupu Wirada (14 siswa), TKIT Teratai Hijau (39 siswa), TKIT Nursa'adah (19 siswa), TKIT Nurul Bustan (10 siswa).
2. Melakukan pemeriksaan pertumbuhan setiap bulan dengan melibatkan guru di setiap sekolah
3. Melakukan edukasi pada anak melalui pendekatan permainan pelangi sayur buah terdiri dari enam sesi setiap sekolah selama 3 bulan dengan pembagian jadwal hari Senin di TKIT Nurul Bustan, hari Selasa di TK Cupu Wirada, hari Rabu di TKIT Teratai Hijau, hari Kamis di TKIT Wahyu dan hari Jum'at di TKIT Nurussa'adah.
4. Melakukan pemantauan makan buah dan sayur pada saat sesi permainan di sekolah dan monitoring di rumah dengan melibatkan orang tua

### **Evaluasi**

1. Peningkatan rata-rata pemantauan konsumsi pelangi sayur buah 2,87 meningkat menjadi 3,09.
2. Persentasi siswa yang mengkonsumsi buah sayur sesuai warna pelangi (minimal 3 warna sesuai pelangi) pada saat sesi permainan Pelangi Sabuga di sekolah sebagai berikut: TK Nurul Bustan 70% siswa, TK Cupu Wirada 92,86% siswa; TKIT Nursaadah 94,74%; TKIT Teratai Hijau 92,31%; TKIT Wahyu 91,67%. Total distribusi praktek yang baik secara keseluruhan adalah 89,57%.
3. Rata-rata berat badan siswa yang berada dalam kategori kegemukan adalah 31,94 kg sebelum dilakukan intervensi turun menjadi 31,4 setelah intervensi PELANGI SABUGA.

### **Rencana Tindak Lanjut**

Rencana tindak lanjut yang disepakati adalah integrasi pendidikan nutrisi khususnya sayur buah sesuai dengan pendekatan warna pelangi ke dalam pembelajaran mencakup

pra karya, kolasi, menyanyi, storry telling serta konsumsi buah sayur secara langsung melalui *fun cooking* pada puncak tema.

#### 4.2.4.2. Defisiensi kesehatan komunitas di TK Kelurahan Curug (00257)

##### **Tujuan**

1. Prevensi primer dengan indikator perilaku promosi kesehatan meningkat dari skala 2 menjadi skala 5
2. Prevensi sekunder dengan indikator status kesehatan peserta didik (2005) meningkat dari skala 2 menjadi skala 5
3. Prevensi tersier dengan indikator partisipasi tim kesehatan dalam keluarga (2605) meningkat dari skala 2 menjadi skala 5.

##### **Rencana Tindakan**

1. Prevensi primer meliputi pengajaran kelompok (5604)
2. Prevensi sekunder meliputi manajemen lingkungan komunitas (6489)
3. Prevensi tersier meliputi dukungan keluarga (7140)

**Pembenaran:** Pelaksanaan kegiatan komunitas menggunakan pendekatan prevensi primer, sekunder dan tersier (Stanhope & Lancaster, 2016). Strategi intervensi mencakup pendidikan kesehatan, kemitraan, pemberdayaan dan kerja sama lintas sektor dapat dilakukan terintegrasi dalam program inovasi yang dilakukan. Perawat dapat melakukan perannya sebagai pelaksana, pendidik, kolaborator, manajer kasus dan konselor dalam menyelesaikan permasalahan tersebut.

##### **Implementasi**

1. Melakukan pendidikan kesehatan pada orang tua melalui *parenting class* tatap muka masing-masing 4 sesi per sekolah kecuali TKIT Nurul Bustan disebabkan oleh mayoritas orang tua bekerja dan tidak bersedia diadakan *parenting class* saat *weekend*. Topik pendidikan kesehatan meliputi sesi satu tentang konsep dasar pertumbuhan, sesi dua tentang gangguan pertumbuhan (*stunting*, *wasting*, *kegemukan*), sesi tiga tentang pencegahan dan penanganan gangguan pertumbuhan

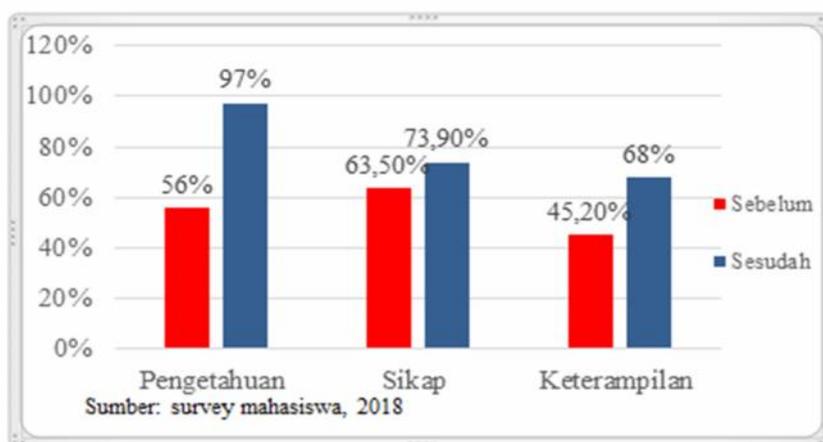
khususnya kegemukan, sesi empat tentang pola penyediaan nutrisi khusus buat anak mencakup jenis, porsi, komposisi dan pendekatan pelangi buah sayur.

2. Melakukan penyebaran informasi melalui jejaring whatsapp grup (WAG) orang tua selama 4 sesi untuk meningkatkan aksesibilitas informasi bagi yang tidak dapat datang tatap muka.
3. Melakukan *cooking class* melibatkan orang tua satu kali untuk setiap sekolah
4. Melakukan pemantauan makan buah dan sayur melalui buku monitoring di rumah dengan melibatkan orang tua

### Evaluasi

1. Peningkatan rata-rata pengetahuan orang tua dari 4,62 menjadi 9; rata-rata sikap sebelum intervensi 30,85 menjadi 32,84 ; rata-rata keterampilan 29 menjadi 30,08, rata-rata model peran keluarga 16,9 meningkat menjadi 17,9; rata-rata pemantauan konsumsi pelangi sayur buah 2,87 meningkat menjadi 3,09.
2. Peningkatan presentasi pengetahuan dari 55,7% menjadi 97,4%; sikap 63,5% menjadi 73,9%; keterampilan 45,2% menjadi 67,8%; model peran keluarga 41,7% menjadi 57%.
3. Hasil pemantauan orang tua melalui buku monitoring terjadi peningkatan konsumsi sayur buah sesuai warna pelangi dari 47 % menjadi 47,8%.
4. Angka partisipasi orang tua pada kegiatan *cooking class* 60%.

Diagram 4.1. Distribusi pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang stimulasi dan deteksi pertumbuhan anak pada orang tua siswa di TK Kelurahan Curug, 2018 (N=115)



### **Rencana Tindak Lanjut**

Rencana tindak lanjut yang disepakati adalah pendidikan kesehatan pada orang tua melalui *parenting class* tatap muka dua kali semester dan jejaring sosial dua kali per semester; bekal sesuai tema buah sayur minimal sebulan sekali dengan melibatkan partisipasi dan kreasi menu dari orang tua.

### **4.3. Asuhan Keperawatan Keluarga**

Pembinaan keluarga dilakukan kepada 10 keluarga binaan yang memiliki anak usia pra sekolah dengan kegemukan di wilayah kerja Puskesmas Cimanggis. Pelaksanaan asuhan keperawatan dibagi ke dalam dua tahap yaitu tahap pertama September sampai Desember 2017 dan tahap kedua Januari-April 2018. Pembinaan keluarga menggunakan pendekatan FCN.

#### **4.3.1. Pengkajian**

Keluarga Bpk.AH merupakan tipe keluarga inti, terdiri dari Bpk.AH (32 tahun, sehat) dan Ibu R (29 tahun, istri, memiliki riwayat varises vagina saat kelahiran anak kedua), dan An.S (6 tahun, obesitas dan masalah belajar) serta anak A (5 tahun, obesitas). Bpk.AH memiliki latar belakang pendidikan S1 dan berasal dari suku Betawi sedangkan Ibu R memiliki latar belakang pendidikan SMA dan berasal dari suku Batak. Bapak AH dan Ibu R menganut agama Islam. Bapak AH bekerja sebagai karyawan swasta dengan gaji di atas UMP dan Ibu R merupakan ibu rumah tangga.

Tahap perkembangan keluarga berada pada tahap keluarga dengan anak usia pra sekolah. Seluruh tugas perkembangan keluarga keluarga sudah terpenuhi. Keluarga sudah melakukan stimulasi perkembangan sesuai usia anak dibuktikan dengan anak didampingi untuk belajar dan bermain.

Hasil pengkajian fungsi perawatan kesehatan digambarkan sebagai berikut. Ibu R mengetahui Anak S dan A memiliki ukuran tubuh yang terlalu gemuk dan menganggap masalah ini perlu segera ditangani. Keluarga mengetahui bahwa kegemukan merupakan kondisi tidak sehat. Keluarga mengatakan bahwa anak S dan A gemuk mungkin karena minum susu serta kurang makan buah dan sayur. Menurut keluarga anak yang gemuk perlu ditangani agar tidak menimbulkan gangguan kesehatan yang serius.. Anak S dan

A makan antara 3 kali sehari dengan sayur dan lauk sesuai yang dimasak oleh ibunya. Keluarga belum pernah membawa anak S dan A untuk memeriksakan kondisi kegemukannya kepada fasilitas pelayanan kesehatan.

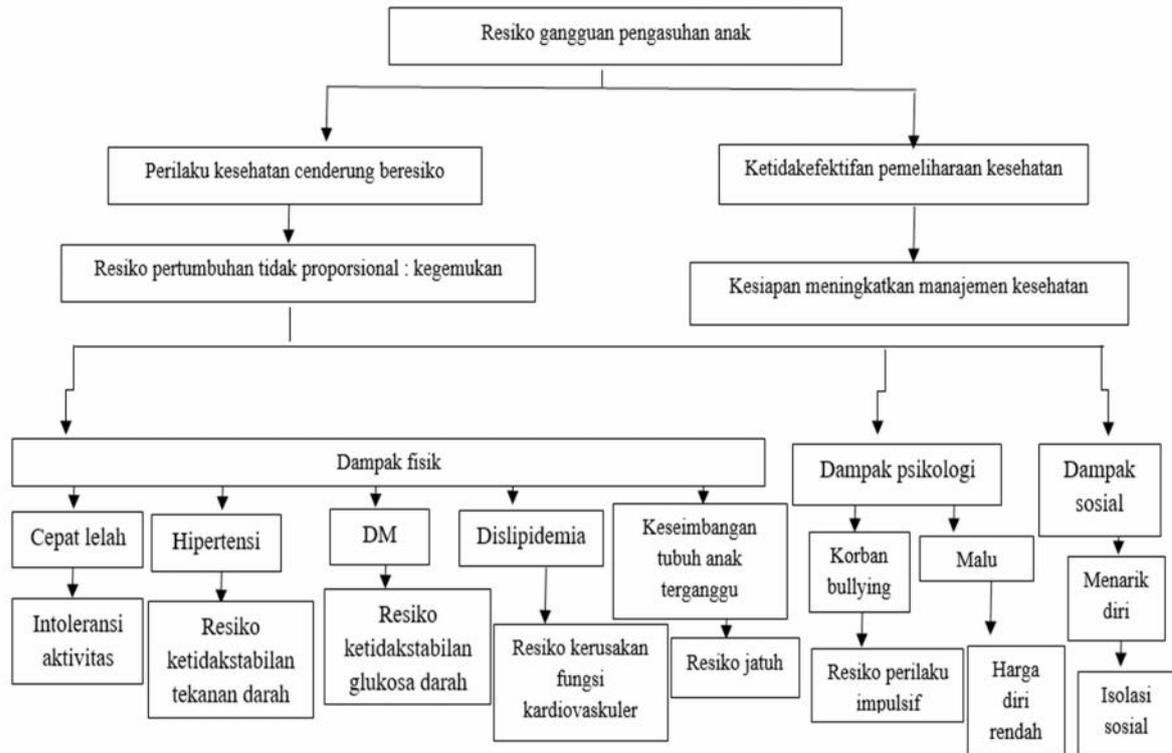
Pola makan dan minum anak S dan A digambarkan berikut ini: Anak S makan 3-4x/ sehari dengan jenis makanan: nasi, lauk, sayur. Anak S suka jeruk dan jus tetapi porsiya masih kurang. Anak S minum air putih 5-6 gelas per hari, susu tidak dibatasi terkadang 3 gelas atau 4 gelas ditambah susu UHT kotak 2 x 250 ml, minuman manis instan kadang minum sehari 1-2 kali. Ibu memberikan porsi makan pada Anak A sama dengan anak S.

Hasil pemeriksaan status pertumbuhan anak S adalah tinggi badan 110 cm dengan berat badan 34 kg. Hasil pemeriksaan status pertumbuhan anak A diperoleh data tinggi badan 105 cm dengan BB 24 kg, Hasil interpretasi sesuai kurva pertumbuhan WHO diperoleh bahwa anak S dan anak A mengalami kegemukan berdasarkan kurva IMT/ U untuk anak S dan BB/ TB untuk anak A. Hasil pengukuran tinggi badan anak S dan anak A berada pada status tinggi badan sesuai dengan usianya (normal).

Residen mengangkat diagnosa keperawatan prioritas pada keluarga bapak AH sesuai dengan topik karya tulis yaitu resiko pertumbuhan tidak proporsional pada anak S dan anak A serta ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan. Alasan pengangkatan diagnosa ini adalah data-data hasil pengkajian mendukung terhadap penegakkan diagnosa dimana data pertumbuhan anak S dan A melebihi percentil 95. Adapun detail prioritas diagnosa dilampirkan pada bagian belakang karya tulis ini.

### 4.3.2. Web of Causation/ pohon masalah dan prioritas masalah

#### 4.3.2.1. Web of causation



Skema 4.2. WOC masalah keperawatan keluarga

#### 4.2.2.2. Diagnosis keperawatan keluarga

Hasil analisis data dilakukan penilaian prioritas menggunakan pendekatan menurut Maglaya. Prioritas diagnosa keperawatan setelah dilakukan skoring adalah sebagai berikut: perilaku kesehatan cenderung beresiko dan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan.

### 4.3.3. Rencana Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

#### 4.3.3.1. Resiko pertumbuhan tidak proporsional (00133)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 bulan, diharapkan perilaku kesehatan pada keluarga Bapak AH meningkat lebih baik

#### Tujuan

Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan terkait pertumbuhan anak yang tidak proporsional dengan kriteria:

- 1) Mengenal masalah kesehatan dengan indikator pengetahuan: anjuran pengaturan diet (1802) meningkat dari 1 menjadi 4, pengetahuan
- 2) Memutuskan tindakan keperawatan dengan indikator berpartisipasi dalam membuat keputusan (1600) meningkat dari 2 menjadi 4
- 3) Merawat anggota keluarga yang sakit khususnya anak dengan kegemukan dengan kriteria perilaku mengurangi berat badan (1628), pertumbuhan dan status nutrisi meningkat dari 1 menjadi 4
- 4) Modifikasi lingkungan dengan kriteria deteksi resiko (1908) meningkat dari 1 menjadi 4
- 5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kriteria perilaku mencari pelayanan kesehatan (1603) meningkat dari 1 menjadi 4

### **Intervensi**

Rencana intervensi pada keluarga Bapak AH diantaranya: pengajaran diet sesuai anjuran (5614), pengajaran: individu (5606) , dukungan pengambilan keputusan (5250), manajemen berat badan (1280), manajemen nutrisi (1100), dukungan keluarga (7140), modifikasi perilaku (4360), konseling (5240) dan rujukan.

**Pembenaran:** Pengetahuan orang tua yang baik merupakan dasar pengambilan keputusan yang tepat. Sugondo (2014) menyampaikan bahwa mengatur pola makan diet merupakan salah satu intervensi yang efektif dalam mencegah kegemukan.

### **Implementasi**

Implementasi diagnosa prioritas dilakukan selama 6 kali kunjungan. Implementasi TUK 1 dilaksanakan pada hari Senin tanggal 12 Februari 2018 pukul 15.00-16.00 adalah pengajaran diet sesuai anjuran (5614). Implementasi **TUK 2** dilaksanakan hari Rabu tanggal 14 Februari 2018 pukul 15.00-16.00 adalah **dukungan pengambilan keputusan (5250)**. Implementasi TUK 3 dibagi ke dalam dua pertemuan yaitu tanggal 19 dan 21 Februari 2018. Pertemuan tanggal 19 Februari 2018 pukul 15.00-16.00 melaksanakan intervensi pendampingan penurunan berat badan (1280). Implementasi TUK 3 yang kedua yaitu tanggal 21 Februari 2018 pukul 15.00-16.00 adalah intervensi **Manajemen Nutrisi (1100)**. Implementasi TUK 4 dilaksanakan pada tanggal 26

Februari 2018 pukul 15.00-16.00 dengan intervensi modifikasi perilaku dan deteksi resiko. Implementasi TUK 5 dilakukan tanggal 28 Februari 2018 pukul 15.00-16.00 dengan tindakan pertama adalah **konsultasi (7910)**.

### **Evaluasi**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, keluarga mampu:

- 1) Menyebutkan kembali faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan anak, faktor penyebab kegemukan, akibat kegemukan, menyebutkan jenis dan porsi makan untuk anak sesuai usianya
- 2) Menyebutkan aturan diet sesuai dengan *traffic light diet* untuk mencegah kegemukan pada anak
- 3) Keluarga mampu menyebutkan kandungan buah sayur dan manfaatnya sesuai warna serta berkomitmen untuk makan buah dan sayur bersama anak
- 4) Keluarga mampu memutuskan akan melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan jika berat badan anak terus meningkat
- 5) Keluarga mampu mengukur berat badan dan tinggi badan serta mencocokkan ke dalam grafik serta mendemonstrasikan porsi makan untuk anak serta melaporkan perkembangannya baik pada saat kunjungan maupun melalui whatsapp
- 6) Nilai rata-rata konsumsi buah sesuai warna pelangi meningkat dari rerata 2,4 menjadi 4 (dari total skore 7)
- 7) Nilai rata-rata model peran keluarga meningkat dari 10,33 menjadi 18,13

#### 4.3.3.2. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (00099)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 bulan, diharapkan pemeliharaan kesehatan pada keluarga Bapak AH meningkat lebih baik

### **Tujuan**

Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan dengan indikator proses informasi (0907) meningkat dari 1 menjadi 4, pengetahuan
- 2) Memutuskan tindakan keperawatan dengan indikator berpartisipasi dalam membuat keputusan (1600) meningkat dari 2 menjadi 4

- 3) Merawat anggota keluarga yang sakit khususnya anak dengan kegemukan dengan kriteria motivasi (1209) meningkat dari 1 menjadi 4
- 4) Modifikasi lingkungan dengan kriteria deteksi resiko (1908) meningkat dari 1 menjadi 4
- 5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kriteria perilaku mencari pelayanan kesehatan (1603) meningkat dari 1 menjadi 4

### **Intervensi**

Rencana intervensi pada keluarga Bapak AH diantaranya: peningkatan literasi kesehatan (5315), dukungan pengambilan keputusan (5250), konseling (5240), manajemen nutrisi (1100), bantuan tanggung jawab individu (4360) dan rujukan.

**Pembenaran:** Pengetahuan orang tua yang baik merupakan dasar pengambilan keputusan yang tepat. Sugondo (2014) menyampaikan bahwa mengatur pola makan diet merupakan salah satu intervensi yang efektif dalam mencegah kegemukan.

### **Implementasi**

Implementasi diagnosa kedua dilakukan selama 3 kali kunjungan. Implementasi TUK 1 dilaksanakan pada hari Senin tanggal 5 Maret 2018 pukul 15.00-16.00 adalah peningkatan literasi kesehatan (5315). Implementasi TUK 2 dilaksanakan hari Rabu tanggal 7 Maret 2018 pukul 15.00-16.00 adalah dukungan pengambilan keputusan (5250). Implementasi TUK 3 dilakukan tanggal 12 Maret 2018 pukul 15.00-16.00 yaitu konseling (5240) dan manajemen nutrisi (1100). Implementasi TUK 4 dan 5 dilaksanakan pada tanggal 14 Maret 2018 pukul 15.00-16.00 dengan intervensi bantuan tanggung jawab individu (4360) dan rujukan.

### **Evaluasi**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, keluarga mampu:

1. Menyebutkan kembali sumber informasi dan jenis informasi yang dapat dicari untuk mengetahui status kesehatan anak
2. Keluarga mampu memutuskan akan melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan jika berat badan anak terus meningkat

3. Keluarga mampu menyepakati tanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak
4. Nilai rata-rata model peran keluarga meningkat dari 10,33 menjadi 18,13

Hasil pemberian asuhan keperawatan keluarga kepada 10 keluarga menunjukkan peningkatan kemandirian keluarga. Penilaian kemandirian keluarga merujuk standar yang dikeluarkan oleh Depkes (2006) yaitu menggunakan ketuntasan penyelesaian masalah berdasarkan lima tugas kesehatan keluarga. Hasil evaluasi kepada 10 keluarga binaan selama diberikan asuhan keperawatan keluarga 50% berada pada tingkat kemandirian III dan 50% berada pada tingkat kemandirian IV. Tabel berikut ini menunjukkan hasil akhir kemandirian keluarga setelah diberikan asuhan keperawatan

Tabel 4.1

Tingkat kemandirian keluarga anak usia prasekolah dengan kegemukan di  
Kelurahan Curug Cimanggis Depok

Keluarga Binaan	Lama Intervensi	Tingkat Kemandirian	
		Sebelum	Sesudah
1	6 bulan	I	IV
2	6 bulan	I	III
3	6 bulan	II	IV
4	3 bulan	I	III
5	6 bulan	I	IV
6	3 bulan	I	III
7	3 bulan	I	IV
8	6 bulan	I	III
9	3 bulan	I	III
10	3 bulan	II	IV

Berdasarkan tabel 4.1 semua keluarga mengalami peningkatan kemandirian. Keluarga 2 mengalami peningkatan kemandirian dari I menjadi III karena anak dirawat oleh nenek dengan tingkat pendidikan SD sehingga belum melaksanakan tindakan promosi kesehatan secara aktif. Keluarga 4, 6 dan 8 mengalami peningkatan kemandirian menjadi III karena tingkat pendidikan orang tua rendah dan penghasilan yang kurang sehingga perilaku promosi kesehatan termasuk penyediaan sayur buah di rumah rendah. Keluarga 9 mengalami peningkatan kemandirian menjadi III karena ibu merupakan orang tua tunggal yang mengurus 3 anak dan posisi tidak bekerja. Kebutuhan sehari-hari keluarga diperoleh dari bantuan adiknya.

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Bagian ini akan menguraikan analisis pencapaian dan kesenjangan pengelolaan manajemen pelayanan kesehatan, asuhan keperawatan komunitas dan asuhan keperawatan keluarga pada anak usia pra sekolah dengan masalah kegemukan di setting TK Kelurahan Curug, Kecamatan Cimanggis Kota Depok selama praktek residensi keperawatan.

#### **5.1. Interpretasi dan Diskusi**

##### **5.1.1. Manajemen Pelayanan Keperawatan**

###### **5.1.1.1. Perencanaan**

Dinas Kesehatan Kota Depok telah memiliki visi, misi, tujuan dan strategi dalam mencapai derajat kesehatan masyarakat, tetapi bidang UKS belum memiliki komponen tersebut. Hal ini tidak sesuai dengan elemen perencanaan harus memiliki visi, misi, tujuan dan strategi (Gillies, 2000; Swansburg & Swansburg, 1999). Perangkat organisasi ini dibutuhkan agar organisasi memiliki arah dan capaian yang jelas. Visi, misi, tujuan dan strategi dapat mengarahkan semua aktivitas organisasi sesuai dengan tujuan yang disepakati bersama.

Misi yang dirumuskan merupakan detail yang akan dicapai sesuai visi. Misi haruslah menaungi semua aktivitas organisasi sesuai peraturan yang berlaku untuk organisasi tersebut. Misi yang dijabarkan ke dalam rencana strategis kota Depok belum memperlihatkan rencana peningkatan kualitas pelayanan di UKS secara eksplisit, khususnya terkait dengan fenomena kegemukan yang terus meningkat pada level sekolah TK. Hal ini belum sesuai dengan PMK No. 66 tahun 2014 tentang pemantauan pertumbuhan, perkembangan dan gangguan tumbuh kembang anak pasal 4 ayat (1) menyatakan bahwa pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang anak dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan di taman kanak-kanak. Di dalam peraturan tersebut disampaikan bahwa salah satu upaya yang harus dilakukan termasuk promosi dan prevensi kegemukan pada anak TK.

Visi, misi dan rencana strategis Puskesmas Cimanggis belum menggambarkan rencana peningkatan pelayanan UKS yang mencakup Trias UKS. Salah satu misi Puskesmas yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang optimal dan bermutu sesuai standar. Hal ini seharusnya mencakup seluruh pelayanan baik di dalam maupun luar gedung sesuai dengan PP No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas. Pelayanan kesehatan yang optimal ini seharusnya mencakup kegiatan UKS baik dalam bidang pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan maupun pembinaan lingkungan sehat. UKS di TK wilayah Puskesmas Cimanggis belum terbentuk. Hal ini tidak sesuai dengan arahan Tim Pembina UKS Pusat (2010) bahwa UKS seharusnya dimulai dan dimiliki oleh seluruh jenjang pendidikan mulai TK hingga tingkat SMA. Beberapa kendala yang diungkapkan oleh pihak sekolah antara lain dukungan dari yayasan dalam bentuk dana maupun prasarana, luas sekolah yang tidak memadai, jumlah tenaga guru masih kurang sehingga tidak memungkinkan mengelola UKS. Kendala lain yang dihadapi adalah banyaknya sekolah TK serta perhatian pemerintah terhadap kegiatan UKS yang masih belum menjadi prioritas. TP UKS Kota memprioritaskan pembinaan TK yang akan disertakan ke dalam lomba UKS tingkat daerah.

Hasil wawancara dengan kepala sekolah terkait kegiatan sehari-hari dalam stimulasi dan deteksi tumbuh kembang diperoleh data bahwa pemeriksaan perkembangan dilakukan di awal saat anak masuk TK, sedangkan pemeriksaan pertumbuhan dilakukan di awal dan setiap bulan dalam bentuk penimbangan, pengukuran tinggi badan dan lingkaran kepala. Hal ini sesuai dengan pernyataan penanggung jawab SDIDTK bahwa deteksi sudah dilakukan dengan melibatkan sekolah. Hal ini sesuai dengan salah satu tugas sekolah TK dalam PMK No 66 tahun 2014 tentang pemantauan tumbuh kembang.

Hasil deteksi pertumbuhan dilaporkan sekolah ke Puskesmas tetapi tidak disampaikan kepada orang tua. Guru menyampaikan bahwa stimulasi pertumbuhan sesuai dengan hasil data pemeriksaan tidak ditindak lanjuti baik oleh guru maupun oleh puskesmas. Hal ini tidak sesuai dengan yang tertuang dalam PMK No. 66 Tahun 2014 tentang pemantauan tumbuh kembang anak bahwa sekolah harus memberikan pendidikan kesehatan kepada anak dan orang tua sesuai topik temuan. Salah satu topik yang

disampaikan adalah bagaimana mencegah dan menangani kegemukan pada anak. Hal ini sesuai dengan yang tertuang dalam PP No. 66 tahun 2014 tentang pemantauan tumbuh kembang serta Stanhope dan Lancaster (2016).

Kendala dalam melakukan kegiatan tersebut disampaikan baik oleh PJ SDIDTK maupun oleh guru. Guru menyampaikan bahwa tingkat pemahaman tentang masalah kesehatan masih kurang sehingga rasa percaya diri dalam menyampaikan informasi kepada orang tua masih rendah. Kepala sekolah juga menyampaikan adanya kendala dalam mengelola waktu dan budgeting jika memanggil narasumber dari luar untuk kelas parenting dalam rangka stimulasi pertumbuhan. Hambatan yang disampaikan oleh PJ SDIDTK adalah keterbatasan waktu dan tenaga karena PJ merangkap sebagai pemegang program kesehatan haji dan MTBS. Kendala yang dihadapi dalam perencanaan program SDIDTK selaku bagian pelayanan kesehatan dalam bentuk penjangkaran di TK adalah belum lengkapnya perangkat perencanaan seperti SOP dan dokumen penunjang.

#### **5.1.1.2. Pengorganisasian**

Hasil penelusuran data pengorganisasian menunjukkan bahwa secara dokumen susunan organisasi baik tingkat dinas kesehatan maupun puskesmas sudah tersusun. Selain itu jalur komunikasi melalui arah koordinasi baik langsung maupun tidak langsung dapat terlihat dari garis koordinasi pada bagan struktur. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Marquis dan Huston (2012) bahwa salah satu perangkat mencapai tujuan organisasi yang jelas adalah disusunnya struktur organisasi serta ditetapkannya arah komunikasi untuk mengetahui jalur komando.

Hasil telaah dokumen di tingkat dinas kesehatan menunjukkan bahwa tugas, pokok dan fungsi masing-masing bagian termasuk seksi kesehatan keluarga dan gizi sudah ditetapkan, disahkan dan disosialisasikan. Akan tetapi untuk tingkat puskesmas, meskipun struktur organisasi sudah ada, tetapi perangkat program seperti tupoksi SDIDTK belum ada. Hal ini tidak sesuai dengan yang disampaikan oleh Marquis dan Huston (2012) bahwa salah satu perangkat organisasi yang memastikan setiap unit berada dalam koridor kerja yang jelas sesuai tujuan organisasi adalah adanya SOP. Kendala yang disampaikan oleh PJ SDIDTK adalah metode komunikasi yang sifatnya *bottom up* dalam memenuhi dokumen program. Hal ini tidak sesuai dengan yang

disampaikan oleh Gillies (2000) bahwa dalam situasi tertentu pengambilan keputusan yang efektif untuk perusahaan besar adalah desentralisasi yaitu manajer paling atas yang mana dalam hal ini bisa diambil oleh kepala Puskesmas.

Perangkat organisasi UKS di tingkat TK belum ada. Hal ini tidak sesuai dengan Keputusan bersama 4 menteri yaitu menteri kesehatan, menteri pendidikan nasional, menteri agama dan menteri dalam negeri tentang UKS bahwa setiap sekolah mulai dari TK/ RA hingga jenjang SMA dan sederajat harus memiliki UKS. Selain itu, kondisi ini juga tidak sesuai dengan PMK No. 66 tentang pemantauan tumbuh kembang anak. Kendala yang disampaikan sekolah mencakup dana, fasilitas maupun tenaga pengelola serta dukungan dari yayasan.

### **5.1.1.3. Personalia**

Hasil pengkajian fungsi personalia menunjukkan bahwa penanggung jawab program UKS ditingkat dinas kesehatan dipegang oleh tenaga bidan. Hasil telaah dokumen diperoleh data bahwa belum ada prasyarat pendidikan dan pengalaman khusus yang ditetapkan sebagai syarat seseorang menjadi penanggung jawab program UKS. Hasil telaah literatur National Association of School Nurses (NASN) (2011) menyampaikan bahwa topik kesehatan sekolah merupakan salah satu bidang spesialisik dalam keperawatan. Kompleksitas masalah serta banyaknya lintas sektor yang terlibat membutuhkan keterampilan manajerial, lobby dan negosiasi dari petugas kesehatan sekolah untuk mengawal agar program tetap berjalan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Engelke, Swanson, Guttu (2014) bahwa perawat di sekolah memiliki peran sebagai manajer kasus, pelaksana dalam memberikan asuhan kepada siswa serta keluarganya.

Keberadaan perawat kesehatan sekolah dapat meningkatkan ketercapaian program usaha kesehatan sekolah. Riset menunjukkan bahwa keberadaan perawat di sekolah dapat meningkatkan cakupan imunisasi, koreksi gangguan penglihatan dan identifikasi kondisi yang mengancam kehidupan siswa. Penelitian selanjutnya tentang tenaga eprawat sekolah yang berdinis *full time* di sekolah menunjukkan bahwa keberadaan

perawat dapat mencegah penggunaan dana yang berlebihan untuk pembiayaan kesehatan serta meningkatkan produktifitas guru dan orang (Wang et al.. 2014).

Hasil pendataan jumlah tenaga menunjukkan bahwa jumlah perbandingan petugas UKS baik tingkat dinas kesehatan selaku pemangku kebijakan maupun UPT selaku pelaksana teknis belum memiliki standar jumlah. Hal ini berakibat pada ketercapaian program kegiatan di lapangan serta kualitas program yang dilaksanakan. Hasil penelusuran literatur menunjukkan rasio perawat kesehatan sekolah yang disampaikan oleh ANA dan NASN (2011) adalah 1: 750 siswa pada sekolah dengan siswa yang sehat, 1: 225 siswa jika siswa membutuhkan penanganan dengan tindakan keperawatan profesional, 1: 125 siswa pada sekolah dengan siswa berkebutuhan khusus. Sedangkan dalam *healthy people 2020* disampaikan bahwa rasio yang paling mungkin antara perawat kesehatan sekolah dengan jumlah siswa adalah 1: 750 siswa.

Hasil praktek manajemen pelayanan kesehatan khususnya pada masalah prioritas terkait ketenagaan menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan dan keterampilan guru setelah pelatihan. Marquis dan Huston (2012) menyampaikan bahwa salah satu hal yang harus dilakukan dalam personalia adalah pengembangan staff melalui pelatihan. Pelatihan diharapkan dapat meningkatkan kinerja guru UKS sehingga pelaksanaan TRIAS UKS menjadi lebih optimal.

Hasil pendataan kegiatan UKS yang dilakukan di sekolah oleh perawat Puskesmas adalah imunisasi melalui Program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) dan penjangkaran kesehatan setiap awal tahun ajaran. Kedua kegiatan tersebut termasuk ke dalam pelayanan kesehatan dalam TRIAS UKS. Perawat berperan sebagai pelaksana dan penghubung dengan masyarakat pada saat melakukan pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan Stanhope dan Lancaster (2016). Perawat belum melakukan perannya sebagai pendidik, advokat bagi siswa, manajer kasus, konselor dan peneliti.

Keterbatasan tenaga dapat dimusyawarahkan dengan melibatkan berbagai pihak antara lain guru dan komite orang tua, puskesmas, dinas pendidikan, dinas kesehatan, kementrian agama dan tim Pembina UKS tingkat kota. Keterlibatan berbagai pihak

dalam elemen perencanaan merupakan salah satu proses pemberdayaan. Pemberdayaan mencapai derajat kesehatan yang optimal perlu melibatkan berbagai pihak termasuk klien dalam penyusunan program perencanaan (Stanhope & Lancaster, 2016; Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

#### **5.1.1.4.Pengarahan**

Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa fungsi pengarahan baik secara langsung maupun tidak langsung di berbagai jenjang belum berjalan secara optimal. Hal ini tidak sesuai dengan yang diungkapkan oleh Gillies (2000); Swansburg (1999); Marquis dan Huston (2012) bahwa seorang manajer harus mengarahkan semua sumber daya untuk mencapai visi bersama. Beberapa kendala yang disampaikan antara lain terkait fokus capaian program. Fokus program UKS saat ini adalah penjangkaran kesehatan untuk meningkatkan cakupan agar mencapai SPM. Kegiatan lain yang dilakukan yaitu Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) sesuai dengan program nasional. Kegiatan UKS lain yang termasuk pembinaan lingkungan sehat dan pendidikan kesehatan belum dilaksanakan secara optimal sesuai dengan peraturan.

Secara keseluruhan program penjangkaran kesehatan TK yang dilaksanakan oleh perawat penanggung jawab di tingkat puskesmas dilaksanakan setiap tahun. Program penjangkaran ini menggunakan format SDIDTK pada tahun 2017. Penanggung jawab UKS di Puskesmas Cimanggis menjelaskan bahwa program UKS untuk tingkat TK belum ada, tetapi pelaksanaan SDIDTK sudah dimulai untuk tahun 2017.

#### **5.1.1.5.Pengawasan**

Pengawasan yang dilakukan Kepala Puskesmas kepada PJ kesehatan sekolah di Puskesmas Cimanggis melalui pelaporan kegiatan setiap tahun. Laporan kegiatan kesehatan sekolah yang sudah dilakukan Puskesmas dibuat berdasarkan format monev yang sudah ditentukan. Laporan kegiatan yang disampaikan adalah hasil penjangkaran menggunakan format SDIDTK. Penanggung jawab akan mengumpulkan data hasil pemeriksaan dari guru sekolah, kemudian dianalisis sesuai dengan standar pertumbuhan WHO dan dituliskan dalam format kohort yang sudah ada. Selanjutnya laporan akan

dikumpulkan kepada TU untuk dipelajari oleh Kepala Puskesmas sebelum masuk arsip. Laporan yang belum memenuhi standar penulisan akan dikembalikan untuk direvisi.

Kegiatan tersebut sesuai tahapan monitoring menurut Marquis dan Huston (2012) Tahapan monitoring yang sudah dilakukan adalah pengumpulan data, analisis, penyampaian laporan kepada manajemen tingkat atas dan manajer memberikan umpan balik untuk diperbaiki.

### **5.1.2. Asuhan Keperawatan Komunitas**

Hasil praktek asuhan keperawatan komunitas menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan saat pre test 55,7% dan post test 97,4% sikap meningkat dari 63,5% menjadi 73,9% serta keterampilan meningkat dari 45,2% menjadi 67,8%. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian McLean, K., Edwards, S., & Morris, H. (2017) dan Jones, Price, Okely, dan Lockyer (2009) dalam melakukan edukasi nutrisi anak secara online pada orang tua dengan hasil menunjukkan efek yang signifikan. Pengetahuan yang meningkat dapat mempengaruhi efikasi ibu (Keller, Motter, Motter & Schwarzer, 2018). Pemberian informasi kesehatan sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak.

Residen mengembangkan intervensi pendidikan kesehatan menggunakan jejaring sosial WA grup orang tua selain metode tatap muka. Hasil pendataan yang dilakukan terhadap sekolah menunjukkan bahwa 98% orang tua menjadi peserta jejaring soaial sekolah. Selain itu, menurut kepala sekolah agenda sekolah dan pengumuman lebih efektif melalui jejaring sosial dibandingkan melalui surat fisik atau mengundang orang tua ke sekolah. Jumlah pengguna jejaring sosial ini sesuai dengan hasil survey dari Pew Research Center (2015) bahwa ibu merupakan pengguna *smartphone* tertinggi dengan 97% memanfaatkan fasilitas *text messaging*. Selain itu, ibu juga menggunakan *smartphone* untuk mencari informasi tentang pengasuhan dan kesehatan anak (Asiodu, Waters, Dailey, Lee, & Lyndon, 2015; Okdie et al., 2014).

Hambatan ditemukan residen pada saat melakukan pendidikan kesehatan kesehatan tatap muka karena tidak dapat diikuti oleh seluruh orang tua siswa. Sekitar 29,57% (34 orang) merupakan pekerja. Selain itu, jumlah peserta yang hadir pada pendidikan

kesehatan tatap muka menurun dari sesi ke sesi. Komite orang tua menyampaikan bahwa kesibukan di rumah, kewajiban merawat dan mengasuh anak yang lain serta beberapa kegiatan masyarakat lain membuat sulit mengatur jadwal yang bisa dihadiri oleh semuanya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Jones, Price, Okely, Lockyer (2009) bahwa metode tradisional tatap muka menunjukkan beberapa hambatan dalam pelaksanaannya seperti jarak ke lokasi pertemuan serta pentingnya komitmen untuk menentukan waktu kegiatan.

Materi pendidikan kesehatan pada praktek yang dilakukan oleh residen antara lain tentang konsep pertumbuhan secara umum, kegemukan pada anak, diet pada anak sesuai dengan panduan yang dikeluarkan oleh IDAI (2014), Kementerian Kesehatan (2014), Jones, Price, Okely, dan Lockyer (2009) dan program Germas yaitu *traffic light diet*, manfaat buah dan sayur untuk menurunkan berat badan, peran orang tua sebagai contoh dalam konsumsi buah sayur serta pengelolaan buah sayur di rumah dari mulai memilih hingga menyajikan.

Pemilihan topik-topik tersebut juga berdasarkan pada data kualitatif yang dikumpulkan saat wawancara dan FGD orang tua bahwa tema yang dihasilkan adalah hambatan dalam menyiapkan makanan bagi keluarga dan pola perilaku stimulasi pertumbuhan tidak sehat. Penyediaan makanan juga dapat dipengaruhi oleh beban tanggung jawab dan komitmen atau efikasi diri orang tua yang rendah, tantangan khusus manajemen waktu mencakup komitmen kerja dan ketersediaan waktu yang kurang, kurangnya dukungan baik dari keluarga maupun lingkungan (Perry, Daniels, Bell & Magarey, 2016). Hambatan penyediaan makanan di rumah antara lain faktor personal mencakup kurang pengetahuan dan *personal taste*, komunikasi dan modeling mencakup orang lain dan media/ iklan, modernisasi mencakup transisi nutrisi dan peran wanita, akses yang kurang terhadap makanan sehat mencakup kepercayaan tidak adekuat, resiko yang dipersepsikan, tingginya harga dan keterbatasan waktu (Farahmand et al., 2015).

Strategi untuk menurunkan kegemukan pada anak pra sekolah tidak terlepas dari peran orang tua terutama ibu. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian kuantitatif tentang peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga menunjukkan bahwa terdapat

hubungan antara memasak makan malam di rumah dengan peningkatan intake makanan mencakup intake makanan rendah gula. Peneliti menjelaskan konsumsi makanan cepat saji satu minggu sekali erat kaitannya dengan meningkatnya prevalensi *overweight*/ obesitas (Taillie & Poti, 2017).

Hasil praktek residen menunjukkan terjadi peningkatan model peran keluarga dalam membentuk kebiasaan makan sayur dan buah pada anak sebesar 41,7% pada saat pretest menjadi 57% pada saat post test. Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan memiliki pengaruh terhadap kebiasaan orang tua dalam menjadi role model dalam konsumsi buah sayur di rumah. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Yee, Lwin dan Ho (2017) yang menjelaskan bahwa model peran keluarga memiliki pengaruh kuat terhadap pembentukan perilaku diet sehat pada anak. Pembentukan perilaku konsumsi makanan dibentuk sejak dini melalui proses meniru perilaku orang tua (Birch & Douthett, 2014). Natalie, Messiah, Asfour, Uhlhorn, Delamater dan Asheart (2014) melakukan penelitian tentang role modeling orang tua dengan hasil terjadi peningkatan konsumsi buah dan sayur pada anak.

Strategi intervensi pendidikan kesehatan tentang sayur dan buah tidak hanya kepada orang tua tetapi juga dilakukan pada anak di sekolah. Hal ini sesuai dengan arahan Kementerian Kesehatan (2016) bahwa program Germas mencakup semua instansi dan lembaga termasuk sekolah. Residen menggunakan pendekatan warna pelangi untuk mengenalkan sayur yang dipadukan dengan permainan. Hasil evaluasi konsumsi buah sayur di sekolah setiap akhir sesi menunjukkan peningkatan dengan persentase terendah 70% dan persentase konsumsi tertinggi adalah 92,86%. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Diaz (2010) melakukan penelitian kuasi eksperimen kepada anak usia 4-5 tahun di sekolah menggunakan integrasi berbagai permainan dalam mengajarkan pentingnya konsumsi buah dan sayur. Pada akhir sesi permainan dilaporkan bahwa rasa ingin tahu dan tingkat konsumsi buah dan sayur dilaporkan oleh keluarga meningkat.

Program peningkatan sayur dan buah yang lain dilakukan oleh Tuuri et al (2009) di 14 sekolah dasar yang terdiri dari 7 sekolah sebagai kontrol dan 7 sekolah sebagai kelompok intervensi. Program ini berlangsung selama 12 minggu dengan salah satu kegiatannya adalah meningkatkan konsumsi buah dan sayur menggunakan strategi

interaktif baik buku, cerita, boneka, video dan permainan. Hasil penelitian ini menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan dan factor psikososial dalam konsumsi buah dan sayur pada siswa.

Hasil pemantauan konsumsi sayur buah selama sesi permainan di sekolah berbanding terbalik dengan hasil pemantauan yang dilakukan di rumah. Meskipun meningkat dari distribusi konsumsi buah dan sayur pada survey awal 47% menjadi 47,8%, tetapi peningkatan tersebut kurang dari 10% sesuai dengan batas minimal indikator yang ditetapkan oleh residen. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor baik dari dalam diri anak itu sendiri maupun keluarga. Faktor dari dalam diri anak itu sendiri adalah kesukaan terhadap sayur buah tertentu sehingga variasi yang diberikan kurang. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Farahmand et al (2015) bahwa salah satu faktor personal yang mempengaruhi pemilihan makanan adalah *personal taste*. Faktor lain yang mendukung adalah tingkat ekonomi keluarga. Hasil survey menunjukkan setengah dari orang tua responden memiliki penghasilan di bawah UMP. Kondisi ini mengakibatkan pemenuhan kebutuhan gizi tidak bisa optimal.

Hasil akhir dari paket intervensi Pelangi Sabuga adalah pengukuran akhir rerata berat badan siswa. Setelah intervensi delapan bulan diperoleh penurunan rerata berat badan pada kategori siswa gemuk sebesar 31,94 menjadi 31,4 tetapi secara umum kondisi status gizi anak masih berada dalam kondisi awal yaitu gemuk. Perubahan yang tidak signifikan ini sesuai dengan pernyataan Sugondo (2014) bahwa intervensi selama 6 bulan diperkirakan hanya dapat menurunkan berat badan sebesar 10% dari berat badan awal jika diet ketat dilakukan. Pada anak-anak hal ini agak sulit mengingat kondisi perkembangannya belum seperti orang dewasa. Kushner, Lawrence, Kumar (2013) menyatakan bahwa banyak faktor yang dapat mempengaruhi usaha untuk menurunkan berat badan diantaranya adalah otonomi, kemampuan menahan keinginan dan mengurangi waktu cemilan. Anak-anak pra sekolah dengan karakteristik perkembangannya yang mulai bersosialisasi dengan teman sebayanya dapat mengikuti kebiasaan jajan, pemilihan makanan sesuai kelompok sebaya.

### **5.1.3. Asuhan Keperawatan Keluarga**

Pembinaan dilakukan pada sepuluh keluarga dengan anak usia pra sekolah yang memiliki anak gemuk. Friedman, Bowden, Jones (2010) menyampaikan bahwa penerapan asuhan keperawatan keluarga berfokus pada keluarga sebagai klien. Asuhan keperawatan keluarga difokuskan pada peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarga melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga, serta adanya saling ketergantungan antar anggota keluarga sebagai suatu sistem dan meningkatkan hubungan keluarga dengan lingkungannya. Oleh karena itu, pada saat menemukan masalah utama pada anak usia pra sekolah adalah kegemukan maka anak dan keluarga akan bersama-sama diberikan intervensi melalui pendekatan yang sesuai. Program kunjungan rumah yang dilakukan mengacu pada Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PISPK) yang dicanangkan kementerian kesehatan. Hasil penelitian Salvy, Haye, Galama, dan Goran, (2017) bahwa program kunjungan rumah pada anak merupakan salah satu cara yang efektif untuk pencegahan obesitas.

Intervensi dilakukan baik pada orang tua maupun pada anak dengan menggunakan pendekatan, strategi dan media yang berbeda disesuaikan dengan tingkat pemahaman dan perkembangan. Edukasi pada orang tua selain menggunakan media audiovisual juga menggunakan alat peraga. Sedangkan metode penyampaian informasi pada orang tua dalam bentuk diskusi, ceramah, demonstrasi tindakan dan refleksi. Pada anak informasi disampaikan dengan menggunakan pendekatan permainan yaitu pelangi buah dan sayur yang diadopsi dari penelitian Diaz (2010).

Hasil praktek residen kepada seluruh keluarga selama enam bulan menunjukkan terjadi peningkatan skor konsumsi buah sayur berdasarkan warna pelangi. Hal ini sesuai dengan hasil akhir penelitian Diaz (2010) melakukan penelitian intervensi dengan menggunakan game tentang buah dan sayur kepada 12 anak usia 4-5 tahun di pusat penitipan anak (day care). Setelah program selesai, orang tua melaporkan bahwa terjadi peningkatan keingintahuan anak dan minat anak dalam mengkonsumsi sayur dan buah di rumah.

Selain penelitian di atas, penelitian lain dilakukan oleh Hong, Bales dan Wallinga (2017) melakukan penelitian menggunakan *family backpack* dalam memberikan pendidikan kesehatan terkait perilaku makan buah dan sayur pada anak usia 4-5 tahun dengan melibat keluarga. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat kenaikan yang cukup signifikan baik perilaku anak maupun keluarga dalam mengkonsumsi buah dan sayur setelah intervensi. Penelitian lain dilakukan oleh Smith, Montaña, Dishion, Shaw dan Wilson (2015) mengatakan bahwa penelitian intervensi menggunakan perilaku positif pada keluarga saat kunjungan rumah terbukti berhubungan dengan kualitas nutrisi yang diberikan pada anak.

Hasil praktek residen terhadap sepuluh keluarga binaan juga menunjukkan peningkatan nilai rata-rata model peran keluarga meningkat dari 10,33 menjadi 18,13. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Yee, Lwin dan Ho (2017) bahwa model peran orang tua memiliki pengaruh kuat dalam membentuk perilaku diet sehat pada anak. Perilaku konsumsi makanan sehat termasuk konsumsi buah dan sayur dikembangkan sejak usia dini melalui proses meniru perilaku orang tua (Birch & Doub, 2014).

Hasil evaluasi akhir terjadi peningkatan kemandirian keluarga sesuai dengan format penilaian keluarga yang dikeluarkan Depkes (2006) sebesar 50% keluarga memiliki tingkat kemandirian IV dan sisanya tingkat kemandirian III. Variasi hasil akhir kemandirian tersebut sangat tergantung kepada karakteristik demografi masing-masing keluarga.

Keluarga binaan 2 mengalami peningkatan kemandirian dari I menjadi III disebabkan oleh pelaku rawat anak adalah nenek yang memiliki pendidikan rendah karena orang tua anak sibuk bekerja. Orang tua menyerahkan tugas pemberian nutrisi pada nenek. Pelibatan peran nenek dalam perawatan anak sesuai dengan pernyataan Aabel dan Alvarez (2011) bahwa salah satu peran nenek adalah menyiapkan dan memberikan makanan bagi anak. Selama kunjungan menunjukkan bahwa nenek cenderung lebih demokratis dalam menerapkan aturan terkait pola makan untuk cucunya. Hal ini mengakibatkan keinginan anak akan diikuti sehingga pola perilaku promosi kesehatan secara aktif tidak berhasil dicapai oleh keluarga ini.

Keluarga 4, 6 dan 8 mengalami peningkatan kemandirian menjadi III karena tingkat pendidikan orang tua rendah dan penghasilan yang kurang sehingga perilaku promosi kesehatan termasuk penyediaan sayur buah di rumah rendah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Chapman et al (2017) bahwa salah satu penghambat intake sayur buah adalah harga. Hasil kunjungan menunjukkan bahwa orang tua masih berfokus pada pemenuhan nutrisi dasar dan kebutuhan primer lain untuk menghemat anggaran pengeluaran rumah tangga. Keluarga menyampaikan bahwa untuk konsumsi buah khususnya merasa keberatan jika menyediakan sesuai porsi setiap hari dengan warna bervariasi. Akan tetapi untuk penyediaan sayur lebih mungkin dilakukan karena harga sayuran lebih murah dibandingkan harga buah-buahan.

Keluarga 9 mengalami peningkatan kemandirian menjadi III karena ibu merupakan orang tua tunggal yang mengurus 3 anak dan posisi tidak bekerja. Ibu mengatakan baru satu tahun menjadi orang tua tunggal dengan anak terakhir yang baru berusia 18 bulan. Hal ini mengakibatkan fokus perhatian lebih kepada pengasuhan anak yang terakhir. Selain itu, masalah ekonomi keluarga pasca perceraian juga sangat mempengaruhi pola penyediaan makan di rumah. Saat ini kebutuhan sehari-hari keluarga diperoleh dari bantuan adiknya. Oleh karena itu, ibu harus mengelola sebijak dan sehemat mungkin anggaran yang terbatas tersebut untuk memenuhi kebutuhan dirinya dan ketiga anaknya. Hal ini mengakibatkan perilaku promosi kesehatan dalam menurunkan berat badan anak sulit untuk dilakukan.

Hasil evaluasi secara umum kemandirian keluarga meningkat. Sepuluh keluarga binaan yang tinggal di Curug memiliki karakteristik serta permasalahan yang berbeda. Hal ini karena Curug merupakan daerah yang terdiri dari banyak warga pendatang sehingga keluarga memiliki nilai dan budaya yang berbeda pula. Hal ini membuat perlunya pendekatan yang berbeda dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga sehingga perlu memahami perbedaan budaya yang ada di setiap keluarga tersebut.

## **5.2. Keterbatasan**

Pelaksanaan intervensi di lapangan memiliki beberapa keterbatasan meskipun residen sudah berupaya secara optimal untuk melaksanakan sesuai dengan rencana. Keterbatasan yang pertama terkait dengan penyesuaian jadwal intervensi dengan jadwal pembelajaran di sekolah. Jadwal sekolah TK mulai pukul 08.00-10.30 secara serentak di seluruh TK. Hal ini mengakibatkan kegiatan intervensi hanya dapat dilakukan di pagi hari untuk kegiatan komunitas.

Keterbatasan selanjutnya adalah perbandingan jumlah siswa dan fasilitator untuk setiap kegiatan. Hasil penelitian terdahulu untuk intervensi komunitas di sekolah, satu kelompok terdiri dari 12 siswa dengan 1-2 fasilitator. Rata-rata jumlah siswa per kelompok pada saat residen melaksanakan tindakan adalah 10-18 siswa per kelas per grup dengan satu fasilitator. Hal ini dirasa sangat kurang optimal mengingat karakteristik anak TK yang tidak memungkinkan fokus dalam satu kegiatan dalam waktu lama. Residen memberdayakan guru kelas sebagai fasilitator kegiatan setelah diberikan pengarahan terlebih dahulu.

## **5.2. Implikasi Keperawatan**

Implikasi keperawatan dari Pelangi Sabuga disampaikan mencakup pelayanan keperawatan komunitas, pengembangan ilmu keperawatan dan riset keperawatan yang akan diuraikan berikut ini.

### **5.3.1. Pemegang Kebijakan (Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan)**

Hasil kegiatan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan fungsi manajemen keperawatan menunjukkan bahwa keterlibatan perawat komunitas di sekolah sangat penting dalam penguatan program UKS. Hasil praktek residensi ini dapat dijadikan acuan dalam mengatur jumlah ketenagaan perawat komunitas yang dapat dilibatkan di sekolah berdasarkan rasio jumlah siswa. Implikasi bagi lainnya perlu melibatkan perawat komunitas dalam penyusunan kurikulum pembelajaran TK sehingga dapat memberikan masukan terkait kesehatan ke dalam kurikulum.

### **5.3.2. Pelayanan Kesehatan/ Keperawatan**

Hasil kegiatan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan fungsi manajemen keperawatan menunjukkan bahwa keterlibatan perawat di dalamnya dapat meningkatkan peran serta dan keterampilan guru sekolah dalam deteksi dan stimulasi pertumbuhan. Hasil praktek residensi ini dapat dijadikan acuan pada manajemen pelayanan kesehatan yaitu meningkatkan upaya promotive dan preventif pencegahan obesitas melalui penguatan program UKS khusus pada perawat di TK. Kegiatan UKS diharapkan dapat disusun sesuai TRIAS UKS mulai tahap perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan dan pengendalian. Implikasi pada tahap perencanaan diantaranya pembenahan kerangka program termasuk acuan kegiatan dan SOP. Implikasi pada tatanan ketenagaan mencakup rekrutment tenaga perawat sebagai petugas UKS sesuai dengan rasio siswa. Implikasi pada pengarahan dan pengendalian mencakup pembuatan SOP monitoring dan evaluasi kegiatan UKS.

Hasil praktek asuhan keperawatan komunitas menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, keterampilan, model peran keluarga dan variasi konsumsi sayur buah. Pelangi Sabuga dapat dijadikan salah satu metode pembelajaran pada tema sayur buah di sekolah. Edukasi kesehatan orang tua menggunakan teknologi terkini dapat dijadikan salah satu pilihan oleh perawat di sekolah. Hasil praktek ini diharapkan dapat menjadi salah satu acuan bagi pengelola UKS agar membuat program kunjungan rumah siswa secara berkala.

### **5.3.3. Pendidikan Keperawatan**

Hasil survey menunjukkan bahwa kualifikasi perawat komunitas di UKS belum sesuai dengan acuan. Hasil praktek ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam membuat panduan ketenagaan perawat di UKS khususnya kualifikasi dan rasio perawat dengan siswa. Selain itu diharapkan dapat menjadi dasar penyusunan kerangka dan keterkaitan bahan ajar di sekolah dengan tema kesehatan yang dapat diberikan oleh perawat. Institusi pendidikan keperawatan dapat menjadikan sekolah sebagai salah satu tempat praktek mahasiswa dalam meningkatkan kemampuan pengelolaan UKS sebagai salah satu kompetensi yang harus dicapai pada mata ajar keperawatan komunitas.

#### **5.3.4. Penelitian Keperawatan**

Hasil suvey residen menunjukkan bahwa prevalensi kegemukan anak usia pra sekolah masih cukup tinggi. Hasil kegiatan ini diharapkan dapat memperkaya pengetahuan keperawatan khususnya tentang pendekatan intervensi sesuai dengan *evidence based nursing* (EBN). Perawat atau peneliti lain dapat mengembangkan program Pelangi Sabuga pada sekolah TK dengan tingkat ekonomi orang tua yang menengah pada level sekolah dasar.

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

Bagian ini memaparkan kesimpulan dan saran dari praktek keperawatan komunitas. Kesimpulan merupakan hasil yang didapatkan dari intervensi Pelangi Sabuga. Saran merupakan rekomendasi untuk tindak lanjut.

#### **6.1. Kesimpulan**

Simpulan hasil praktek residensi adalah Pelangi Sabuga berpengaruh terhadap perubahan perilaku orang tua dan siswa dalam penatalaksanaan obesitas. Saran akan dijabarkan secara rinci berikut ini:

- 6.1.1. Hasil pengkajian diperoleh data: UKS belum terbentuk, kegiatan UKS baru sebatas penjangkaran kesehatan pada awal tahun menggunakan formulir SDIDTK, tingkat perilaku orang tua tentang pencegahan obesitas dan model peran orang tua dalam konsumsi sayur buah masih rendah, tingkat kemandirian keluarga berkisar antara I dan II.
- 6.1.2. Diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas adalah belum optimalnya alur komunikasi antara UKS dan SDIDTK di TK Kelurahan Curug, belum optimalnya kualitas guru sekolah selaku mitra pelaksanaan program UKS di TK, perilaku kesehatan cenderung beresiko, defisiensi kesehatan komunitas, resiko pertumbuhan tidak proporsional dan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan.
- 6.1.3. Rencana tindakan keperawatan yang tersusun adalah penyusunan rencana kegiatan dan SOP SDIDTK, pelatihan dan supervisi guru. Rencana tindakan keperawatan komunitas menggunakan pendekatan Pelangi Sabuga. rencana tindakan keperawatan keluarga menggunakan pendekatan fungsi perawatan kesehatan keluarga.
- 6.1.4. Semua tindakan keperawatan yang sudah direncanakan dapat diimplementasikan sesuai rencana.
- 6.1.5. Hasil evaluasi menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan guru UKS dalam melakukan stimulasi dan deteksi pertumbuhan serta terjadi peningkatan pengetahuan guru UKS sebelum dan sesudah pelatihan, terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, keterampilan orang tua dalam pencegahan obesitas,

peningkatan model peran keluarga dalam konsumsi sayur buah sesuai warna pelangi. Kemandirian keluarga meningkat sebelum dan sesudah intervensi.

6.1.6. Rencana tindak lanjut telah disusun dengan melibatkan guru dan perwakilan komite orang tua.

## **6.2. Saran**

### **6.2.1. Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan**

Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan diharapkan menyusun pedoman kualifikasi dan rasio jumlah perawat komunitas yang ada di sekolah dengan siswa yaitu 1 perawat : 750 siswa. Kementerian pendidikan diharapkan melibatkan perawat komunitas dalam merumuskan kurikulum pembelajaran di TK khususnya yang berkaitan dengan kesehatan seperti tema sayur buah dan tema aku dan diriku untuk mengenalkan konsep kegemukan pada anak.

### **6.2.2. Dinas Kesehatan**

6.2.2.1. Melakukan monitoring dan supervisi berkala terhadap program kegiatan UKS di sekolah

6.2.2.2. Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelaksanaan Trias UKS khususnya untuk pencegahan dan penanganan masalah kegemukan

6.2.2.3. Meningkatkan jenjang pendidikan pemegang program UKS ke tingkat sarjana ditambah dengan pelatihan khusus terkait manajemen pelayanan kesehatan sekolah

### **6.2.3. Dinas Pendidikan**

6.2.3.1. Mengevaluasi regulasi terkait syarat pembentukan sekolah TK/ PAUD.

6.2.3.2. Mengevaluasi pendanaan kegiatan UKS untuk Trias UKS.

6.2.3.3. Merancang sistem supervisi dan pelaporan kegiatan UKS berbasis teknologi sehingga memudahkan dalam pemantauan kegiatan.

6.2.3.4. Merancang sistem penilaian kinerja bagi guru UKS serta reward yang jelas

#### **6.2.4. Puskesmas**

6.2.4.1. Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelaksanaan program UKS khususnya di tingkat TK

6.2.4.2. Menetapkan jadwal pembinaan dan supervisi secara berkala kepada masing-masing sekolah untuk memonitor pelaksanaan Trias UKS

6.2.4.4. Merancang jadwal pertemuan dengan guru UKS di awal tahun ajaran untuk merumuskan bersama program trias UKS selama satu tahun ke depan

6.2.4.5. Melakukan penyegaran guru UKS secara berkala tentang Trias UKS dan masalah pertumbuhan yang dihadapi

6.2.4.6. Melakukan kunjungan rumah kepada keluarga yang memiliki anak usia TK dengan kegemukan terintegrasi dengan program Perkesmas dan PISPK.

#### **6.2.5. Bagi penelitian selanjutnya**

6.2.5.1. Penelitian dengan rasio jumlah peserta dan fasilitator dalam satu kelompok perlu disesuaikan

6.2.5.2. Penelitian selanjutnya perlu memperhatikan homogenitas responden.

6.2.5.3. Perlu dilakukan penelitian selanjutnya menggunakan strategi proses kelompok yaitu *support group* pada orang tua siswa dalam meningkatkan konsumsi sayur buah berdasarkan warna pelangi

6.2.5.4. Perlu dilakukan penelitian menggunakan teknik lain yaitu berkebun (*gardening*) di sekolah dalam meningkatkan minat dan tingkat konsumsi sayur buah pada anak

#### **6.2.6. Bagi Pengembangan Keilmuan Keperawatan Komunitas**

6.2.6.1. Perawat komunitas perlu membentuk panduan asuhan keperawatan pada setting sekolah mencakup kualifikasi perawat, kewenangan, rasio serta proses keperawatan

6.2.6.2. Perawat komunitas perlu terlibat dalam membuat kurikulum pembelajaran yang berkaitan dengan tema kesehatan di sekolah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahern, S. M., Caton, S. J., Bouhlal, S., Hausner, H., Olsen, A., Nicklaus, S., ... & Hetherington, M. M. (2013). Eating a rainbow. Introducing vegetables in the first years of life in 3 European countries. *Appetite*, *71*, 48-56.
- Aldridge, V., Dovey, T. M., & Halford, J. C. (2009). The role of familiarity in dietary development. *Developmental Review*, *29*(1), 32-44.
- Álvarez-García, D., García, T., & Núñez, J. C. (2015). Predictors of school bullying perpetration in adolescence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *23*, 126-136. Desember, 8 2016. <http://remote-lib.ui.ac.id:2057/science/article/pii/S1359178915000695>.
- Allender, J.A., Rector, C., & Warner, K.D. (2014). *Community and public health nursing: promoting the public's health*. Philadelphia: J.B. Lippincot.
- Anzman, S. L., Rollins, B. Y., & Birch, L. L. (2010). Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *International Journal of Obesity*, *34*(7), 1116.
- Appelhans, B. M., French, S. A., Pagoto, S. L., & Sherwood, N. E. (2016). Managing temptation in obesity treatment: a neurobehavioral model of intervention strategies. *Appetite*, *96*, 268-279.
- Asiodu, I. V., Waters, C. M., Dailey, D. E., Lee, K. A., & Lyndon, A. (2015). Breastfeeding and use of social media among first time African American mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *44*(2), 268-278.
- Aubel, J., & Alvarez, M. (2011). The roles and influence of grandmothers and men: Evidence supporting a family-focused approach to optimal infant and young child nutrition. *Washington, DC: Infant and Young Child Nutrition Project/PATH, 2011*, 1-80.
- Beauchamp, G. K., & Mennella, J. A. (2009). Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, *48*, S25.
- Birch, L. L., & Doub, A. E. (2014). Learning to eat: birth to age 2 y-. *The American journal of clinical nutrition*, *99*(3), 723S-728S.
- Brian, R. L. (2011). The Experiences of Living with Excess Weight as an Adolescent: Everyday Life and Healthcare Encounters. Retrieved from [http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc\\_num=kent1300370920](http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=kent1300370920)

- Briefel, R. R., Deming, D. M., & Reidy, K. C. (2015). Peer Reviewed: Parents' Perceptions and Adherence to Children's Diet and Activity Recommendations: the 2008 Feeding Infants and Toddlers Study. *Preventing chronic disease, 12*.
- Buleheck, G.M., Butcher, H.K., Dotcherman, J.M., Wagner, C.M., (2015). *Nursing Intervention Classification (NIC).6<sup>th</sup> edition*. Mosby: Elsevier.
- Cameron, J. D., Sigal, R. J., Kenny, G. P., Alberga, A. S., Prud'homme, D., Phillips, P., ... & Goldfield, G. (2016). Body composition and energy intake—skeletal muscle mass is the strongest predictor of food intake in obese adolescents: the HEARTY Trial. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 41*(6), 611-617.
- Carrard, I., & Kruseman, M. (2016). Qualitative analysis of the role of self-weighing as a strategy of weight control for weight-loss maintainers in comparison with a normal, stable weight group. *Appetite, 105*, 604–610. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.035>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Parent Engagement: Strategies for Involving Parents in School Health*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- Chamidah, A. N. (2009). Deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. *JPK: JURNAL PENDIDIKAN KHUSUS, 4*(3).
- Chapman, K., Goldsbury, D., Watson, W., Havill, M., Wellard, L., Hughes, C., ... & Allman-Farinelli, M. (2017). Exploring perceptions and beliefs about the cost of fruit and vegetables and whether they are barriers to higher consumption. *Appetite, 113*, 310-319.
- Chong, K. H., Lee, S. T., Ng, S. A., Khouw, I., & Poh, B. K. (2017). Fruit and Vegetable Intake Patterns and Their Associations with Sociodemographic Characteristics, Anthropometric Status and Nutrient Intake Profiles among Malaysian Children Aged 1–6 Years. *Nutrients, 9*(8), 723.
- Costigan, S. A., Barnett, L., Plotnikoff, R. C., & Lubans, D. R. (2013). The health indicators associated with screen-based sedentary behavior among adolescent girls: a systematic review. *Journal of Adolescent Health, 52*(4), 382-392.
- Craig, L. C., Love, J., Ratcliffe, B., & McNeill, G. (2008). Overweight and cardiovascular risk factors in 4-to 18-year-olds. *Obesity facts, 1*(5), 237-242.
- Daniels, S. R. (2009). Complications of obesity in children and adolescents. *International journal of obesity, 33*(S1), S60.

- Diaz, K. (2010). *Educating preschooler's palates towards healthful food choices* (Order No. 1486176). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (753469490). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/753469490?accountid=17242>
- Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. (2012). *Pedoman pencegahan dan penanggulangan kelebihan berat badan dan obesitas pada anak sekolah*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak (2011). *Keputusan Menteri Kesehatan No. 1995/ Menkes/ SK/ XII/ 2010.tentang standar antropometri penilaian status gizi anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar. (2014). *Pedoman pelaksanaan UKS di Sekolah*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Direktorat Gizi Masyarakat, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. (2017) *Hasil pementauan status gizi (PSG) tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Direktorat Pembinaan Pendidikan Anak Usia Dini. (2015).*Kurikulum anak usia dini: apa, mengapa dan bagaimana*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Anak Usia Dini dan Pendidikan Masyarakat.
- Direktorat Pembinaan Pendidikan Anak Usia Dini. (2015).*Kerangka dasar dan struktur kurikulum 2013 Pendidikan Anak Usia Dini*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Anak Usia Dini dan Pendidikan Masyarakat.
- Draxten, M., Fulkerson, J. A., Friend, S., Flattum, C. F., & Schow, R. (2014). Parental role modeling of fruits and vegetables at meals and snacks is associated with children's adequate consumption. *Appetite*, 78, 1-7.
- Ervin (2002).*Advanced Community Health Nursing Practice Population-Focus Care*, New Jersey: Prentice Hall.
- Evans, D. S., Glacken, M., & Goggin, D. (2011). Childhood obesity: the extent of the problem among 6 year old Irish national school children. *Child: care, health and development*, 37(3), 352-359.
- Farahmand, M., Amiri, P., Ramezani Tehrani, F., Momenan, A. A., Mirmiran, P., & Azizi, F. (2015). What are the main barriers to healthy eating among families? A qualitative exploration of perceptions and experiences of Tehranian men. *Appetite*, 89, 291–297. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.025>.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC, 5-6.

- Friis, R. J., Benjamin, B., Daniel, B., Lena, M. H., Peder, F., Lykke, M. E., ... & Finn, R. (2018). Cross-sectional associations between maternal self-efficacy and dietary intake and physical activity in four-year-old children of first-time Swedish mothers. *Appetite*.
- Gillies, D.A. (2000). *Manajemen Keperawatan: Suatu Pendekatan Sistem*. Edisi kedua. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Golley, R., Hendrie, G. A., Slater, A., & Corsini, N. (2011). Interventions that involve parents to improve children's weight related nutrition intake and activity patterns—what nutrition and activity targets and behaviour change techniques are associated with intervention effectiveness?. *Obesity reviews*, 12(2), 114-130.
- Gregory, J. E., Paxton, S. J., & Brozovic, A. M. (2010). Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 55.
- Haire-Joshu, D., Elliott, M. B., Caito, N. M., Hessler, K., Nanney, M. S., Hale, N., ... & Brownson, R. C. (2008). High 5 for Kids: the impact of a home visiting program on fruit and vegetable intake of parents and their preschool children. *Preventive medicine*, 47(1), 77-82.
- Hitchcock JE, Schubert PE, Thomas SA (2003). *Community health nursing: Caring in action*. New York: Thomson learning Inc.
- Hockenberry, M.J & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. St. Louis: Mosby Inc.
- Hoey, H. (2014). Management of obesity in children differs from that of adults. *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(4), 519-525.
- Hughes, S. O., Shewchuk, R. M., Baskin, M. L., Nicklas, T. A., & Qu, H. (2008). Indulgent feeding style and children's weight status in preschool. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 29(5), 403.
- Huynh, L. M. (2014). *The Effect of School Policies and Practices and Food Environments on Fruits and Vegetables Selected from Salad Bars among U.S. Elementary Schools*. ProQuest Dissertations and Theses. The Ohio State University, Ann Arbor. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1647138196?accountid=17242>
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2014). *Diagnosis, tatalaksana dan pencegahan obesitas pada anak dan remaja*. UKK Nutrisi dan penyakit metabolic: IDAI.

- Jago, R., Davison, K. K., Thompson, J. L., Page, A. S., Brockman, R., & Fox, K. R. (2011). Parental sedentary restriction, maternal parenting style, and television viewing among 10-to 11-year-olds. *Pediatrics*, *128*(3), e572-e578.
- Jin, H., & Lu, Y. (2017). The relationship between obesity and socioeconomic status among Texas school children and its spatial variation. *Applied Geography*, *79*, 143–152. <http://doi.org/10.1016/j.apgeog.2016.12.008>
- Jones, R. A., Price, N., Okely, A. D., & Lockyer, L. (2009). Developing an online program to prevent obesity in preschool aged children: What do parents recommend?. *Nutrition & Dietetics*, *66*(3), 151-157.
- Juonala, M., Magnussen, C. G., Berenson, G. S., Venn, A., Burns, T. L., Sabin, M. A., ... & Sun, C. (2011). Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *New England Journal of Medicine*, *365*(20), 1876-1885.
- Juliawan, D. E., Prabandari, Y. S., & Hartini, T. N. S. (2010). Evaluasi Program Pencegahan Gizi Buruk Melalui Promosi dan Pemantauan Pertumbuhan Anak Balita. *Berita Kedokteran Masyarakat*, *26*(1), 7.
- Khalsa, A. S., Kharofa, R., Ollberding, N. J., Bishop, L., & Copeland, K. A. (2017). Attainment of ‘5-2-1-0’ obesity recommendations in preschool-aged children. *Preventive medicine reports*, *8*, 79-87.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Pusat data dan informasi profil kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Pusdatin Kemenkes RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2012). *Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2014). *Pedoman Pelaksanaan UKS di Sekolah*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar
- Keller, J., Motter, S., Motter, M., & Schwarzer, R. (2018). Augmenting fruit and vegetable consumption by an online intervention: Psychological mechanisms. *Appetite*, *120*, 348-355.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/ Menkes/ SK/ IV/ 2006 tentang pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas.
- Kiess, W., Wabitsch, M., & Sharma, A. M. (2015). *Metabolic Syndrome and Obesity in Childhood and Adolescence* (Vol. 19).

- Kim, S. A., Moore, L. V., Galuska, D., Wright, A. P., Harris, D., Grummer-Strawn, L. M., ... & Rhodes, D. G. (2014). Vital signs: fruit and vegetable intake among children-United States, 2003-2010. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 63(31), 671-676.
- Kushner, R., Lawrence, V., & Kumar, S. (2013). *Practical manual of clinical obesity*. John Wiley & Sons.
- Lewallen, T. C., Hunt, H., Potts-Datema, W., Zaza, S., & Giles, W. (2015). The Whole School, Whole Community, Whole Child model: a new approach for improving educational attainment and healthy development for students. *Journal of School Health*, 85(11), 729-739.
- Li, J. S., Barnett, T. A., Goodman, E., Wasserman, R. C., & Kemper, A. R. (2013). Approaches to the prevention and management of childhood obesity: the role of social networks and the use of social media and related electronic technologies. A scientific statement from the American heart association. *Circulation*, 127(2), 260e267
- Li, H. C. W., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 63-73.
- Maglaya, Archelis. (2009). *Nursing Practice in the Community*, (5th ed). Philippine: Argonauta Corporation.
- Ma, Y. N., Chen, T., Wang, D., Liu, M. M., He, Q. C., & Dong, G. H. (2011). Prevalence of overweight and obesity among preschool children from six cities of northeast China. *Archives of medical research*, 42(7), 633-640.
- Malhotra, K., Herman, A. N., Wright, G., Bruton, Y., Fisher, J. O., & Whitaker, R. C. (2013). Perceived benefits and challenges for low-income mothers of having family meals with preschool-aged children: childhood memories matter. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(11), 1484-1493.
- Marquis, L. B. & Huston, J. C. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Company
- McLean, K., Edwards, S., & Morris, H. (2017). Community playgroup social media and parental learning about young children's play. *Computers & Education*, 115, 201-210.

- Mitchell, S. J., Godoy, L., Shabazz, K., & Horn, I. B. (2014). Internet and mobile technology use among urban African American parents: survey study of a clinical population. *Journal of medical Internet research*, 16(1).
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E., (2013). *Nursing outcome classification (NOC): measurement of health outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier.
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10* editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Natale, R. A., Messiah, S. E., Asfour, L., Uhlhorn, S. B., Delamater, A., & Arheart, K. L. (2014). Role modeling as an early childhood obesity prevention strategy: effect of parents and teachers on preschool children's healthy lifestyle habits. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(6), 378-387.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766–781. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- Nies, M. A., & McEwen, M. (2015). *Community health nursing: promoting the health of populations*. Elsevier Health Sciences.
- Noh, J.-W., Kim, Y., Park, J., Oh, I.-H., & Kwon, Y. D. (2014). Impact of parental socioeconomic status on childhood and adolescent overweight and underweight in Korea. *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 24(3), 221–9. <http://doi.org/10.2188/jea.JE20130056>
- Norman, C. D. (2012). Social media and health promotion. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975912464593>
- Obesity-Preventing, W. H. O. (1997). managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. *Geneva: Who*, 7-17.
- Ohri-Vachaspati, P., Dachenhaus, E., Gruner, J., Mollner, K., Hekler, E. B., & Todd, M. (2018). Fresh Fruit and Vegetable Program and Requests for Fruits and Vegetables Outside School Settings. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.10.013>
- Oude Luttikhuis, H. G. M., Stolk, R. P., & Sauer, P. J. (2010). How do parents of 4-to 5-year-old children perceive the weight of their children?. *Acta Paediatrica*, 99(2), 263-267.

- Okdie, B. M., Ewoldsen, D. R., Muscanell, N. L., Guadagno, R. E., Eno, C. A., Velez, J. A., ... & Smith, L. R. (2014). Missed Programs (You Can't TiVo This One) Why Psychologists Should Study Media. *Perspectives on Psychological Science*, 9(2), 180-195.
- Parengkuan, R., Mayulu, N., & Ponidjan, T. (2013). Hubungan Pendapatan Keluarga Dengan Kejadian Obesitas Pada Anak Sekolah Dasar Dikota Manado. *Jurnal Keperawatan*. Retrieved from <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2227>
- Park, S. K., Ryoo, J. H., Oh, C. M., Choi, J. M., Kang, J. G., Lee, J. H., ... & Jung, J. Y. (2016). Effect of overweight and obesity (defined by Asian-specific Cutoff Criteria) on left ventricular diastolic function and structure in a general Korean population. *Circulation Journal*, 80(12), 2489-2495.
- Peraturan pemerintah No. 66 tahun 2014 tentang pemantauan tumbuh kembang anak
- Peraturan Bersama Antara Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negeri Nomor 6/X/PB/2014, Nomor 73 Tahun 2014, Nomor 41 Tahun 2014, dan Nomor 81 Tahun 2014 tentang pembinaan dan pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah/ Madrasah
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2012). Fruits and vegetables consumption and associated factors among in-school adolescents in five Southeast Asian countries. *International journal of environmental research and public health*, 9(10), 3575-3587.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice (4th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Perry, R. A., Daniels, L. A., Bell, L., & Magarey, A. M. (2017). Facilitators and barriers to the achievement of healthy lifestyle goals: qualitative findings from Australian parents enrolled in the PEACH child weight management program. *Journal of nutrition education and behavior*, 49(1), 43-52.
- Peterson, S.J., Bredow, T.S., (2013). *Middle-Range Theories. Application To Nursing Research*. Philadelphia, Pa, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pew Research Center. (2015). Chapter three a week in the life analysis of smartphone users. Pew Research Center's Internet & American Life Project. Available from: <http://www.pewinternet.org/2015/04/01/chapter-three-a-week-in-the-life-analysis-of-smartphone-users/>

- Piziak, V. (2012). A pilot study of a pictorial bilingual nutrition education game to improve the consumption of healthful foods in a head start population. *International journal of environmental research and public health*, 9(4), 1319-1325.
- Popkin, B. M., Adair, L. S., & Ng, S. W. (2012). Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition reviews*, 70(1), 3-21.
- Ranjani, H., Pradeepa, R., Mehreen, T. S., Anjana, R. M., Anand, K., Garg, R., & Mohan, V. (2014). Determinants, consequences and prevention of childhood overweight and obesity: An Indian context. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 18(Suppl 1), S17.
- Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., ... & Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *Bmj*, 330(7504), 1357.
- Robertson, W., Murphy, M., & Johnson, R. (2016). Evidence base for the prevention and management of child obesity. *Paediatrics and Child Health*, 26(5), 212-218.
- Rudolph, A. M., Hoffman, J. I., & Rudolph, C. D. (2014). *Buku Ajar Pediatrik Rudolph (Vol. 2)*. Jakarta: ECG.
- Rylatt, L., & Cartwright, T. (2016). Parental feeding behaviour and motivations regarding pre-school age children: A thematic synthesis of qualitative studies. *Appetite*, 99, 285–297. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.017>.
- SA Health Government of South Australia, Government of Australia, City of Playford, OPAL. (2007). *Eat a Rainbow Resource Guide Ideas for your Early Childhood Setting*. Retrieved from <http://www.playford.sa.gov.au/webdata/resources/files/Eat%20a%20Rainbow%20Resource%20Guide.pdf>.
- Salvy, S. J., Haye, K., Galama, T., & Goran, M. I. (2017). Home visitation programs: an untapped opportunity for the delivery of early childhood obesity prevention. *Obesity Reviews*, 18(2), 149-163.
- Schindler, J. M., Corbett, D., & Forestell, C. A. (2013). Assessing the effect of food exposure on children's identification and acceptance of fruit and vegetables. *Eating behaviors*, 14(1), 53-56.
- Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2015). The global burden of obesity and the challenges of prevention. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(Suppl. 2), 7-12.

- Smith, J. D., Montaña, Z., Dishion, T. J., Shaw, D. S., & Wilson, M. N. (2015). Preventing weight gain and obesity: indirect effects of the family check-up in early childhood. *Prevention Science*, 16(3), 408-419.
- Sreevatsava, M., Narayan, K. V., & Cunningham, S. A. (2013). Evidence for interventions to prevent and control obesity among children and adolescents: its applicability to India. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(1), 115-122.
- Stanhope. M., Lancaster, J., (2016). *Public health nursing: population centre health care in the community. 9th edition.* St Lous: Mosby.
- Strasburger, V. C. (2011). Children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics*, 128(1), 201-208.
- Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 253-272.
- Storfer-Isser, A., & Musher-Eizenman, D. (2013). Measuring parent time scarcity and fatigue as barriers to meal planning and preparation: Quantitative scale development. *Journal of nutrition education and behavior*, 45(2), 176-182.
- Soetjningsih. (2012). *Buku Ajar I Ilmu Perkembangan Anak Dan Remaja.* Jakarta :Sagung seto .
- Sugondo, S. (2014). *Obesitas. dalam buku ajar ilmu penyakit dalam edisi V .* Aru, AB; Setiyohadi, B, Alwi, I; Simadibrata, M; Setiati, S (Ed.) FK UI: Jakarta.
- Swansburg & Swansburg. (1999). *Introductoty management and leadership for nurses: an interactive text. second edition.* Boston: Jones & Burletts Publishers.
- Taber, D. R., Chriqui, J. F., & Chaloupka, F. J. (2013). State Laws Governing School Meals and Disparities in Fruit/Vegetable Intake. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4), 365–372.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.11.038>
- Taillie, L. S., & Poti, J. M. (2017). Associations of Cooking With Dietary Intake and Obesity Among Supplemental Nutrition Assistance Program Participants. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(2), S151–S160.  
<http://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.08.021>
- Tim pembina UKS Pusat (2010). *Pedoman Pembinaan Dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah.* Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah: Pusat Pengembangan Kualitas Jasmani Depdiknas.
- \_\_\_\_\_, (2012). *Pedoman Pelaksanaan UKS di Sekolah.* Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jendral Pendidikan Dasar.

- Tuuri, G., Zanovec, M., Silverman, L., Geaghan, J., Solmon, M., Holston, D., ... & Murphy, E. (2009). "Smart Bodies" school wellness program increased children's knowledge of healthy nutrition practices and self-efficacy to consume fruit and vegetables. *Appetite*, 52(2), 445-451.
- Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 15.
- Yee, A. Z., Lwin, M. O., & Ho, S. S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 47.
- Warta Kesmas. (2017). *Germas*. Edisi 01. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- World Bank. (2012). *Double Burden of Malnutrition: a review of global evidence*.  
diunduh dari  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/905651468339879888/pdf/795250WP0Doub100Box037737900PUBLIC0.pdf>
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva:WHO.
- World Health Organization (2006) *WHO Child Growth Standards: Length/Height-for-Age, Weight-for-Age, Weight-for-Length, Weight-for-Height and Body Mass Index-for-Age: Methods and Development*. Geneva: WHO
- World Health Organization. (2017). *Overweight and obesity*. Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Cancer research Fund, American Institute For Cancer Research (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington DC: World Cancer Research Fund International
- Wulansari, A., Martianto, D., & Baliwati, Y. F. (2016). Estimasi kerugian ekonomi akibat obesitas, 11(2), 159–168.

## **PEDOMAN WAWANCARA GURU SEKOLAH**

---

1. Bagaimana perencanaan pendidikan kesehatan tentang pertumbuhan anak untuk murid dan orang tua di Sekolah?
2. Deskripsikan pelatihan yang pernah diikuti oleh petugas UKS/ guru tentang pendidikan kesehatan?
3. Gambarkan metode dan strategi pendidikan kesehatan yang biasa digunakan di kelas untuk murid dan pada orang tua?
4. Bagaimana evaluasi pendidikan kesehatan yang biasa dilakukan?
5. Siapa saja pihak yang terlibat dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada siswa dan orang tua?
6. Apakah topik pertumbuhan dan factor yang menyebabkannya seperti penyakit infeksi dan nutrisi diintegrasikan dengan kurikulum?
7. Jelaskan integrasi pesan gizi seimbang ke dalam kurikulum yang ada di sekolah?
8. Gambarkan program sekolah tentang penerapan gizi seimbang?
9. Bagaimana pesan-pesan tentang gizi seimbang di sekolah?
10. Bagaimana program kerja sama antara sekolah/ UKS dengan POMG dalam tentang trias UKS dalam program pertumbuhan anak?
11. Bagaimana kerja sama yang dilakukan oleh sekolah/ UKS dengan pihak terkait dalam rangka program tentang trias UKS dalam program pertumbuhan anak?
12. Gambarkan kualifikasi tenaga pelaksana dalam program UKS di sekolah?
13. Bagaimana rasio antara petugas UKS dengan siswa?
14. Bagaimana tupoksi petugas dalam menjalankan program UKS?
15. Gambarkan frekuensi supervisi yang biasa dilakukan baik dari puskesmas maupun dafodik?
16. Gambarkan frekuensi monev yang biasa dilakukan baik dari puskesmas maupun dafodik?
17. Bagaimana program konseling anak dan keluarga di sekolah terkait tentang trias UKS dalam program pertumbuhan anak?

## **PEDOMAN FGD PADA ORANG TUA SISWA**

---

1. Bagaimana budaya dan keyakinan terkait pemantauan pertumbuhan anak?
2. Bagaimana ibu memilih bahan makanan untuk anak-anak?
3. Jelaskan cara ibu mengolah makanan untuk anak-anak di rumah?
4. Gambarkan cara ibu menyajikan makanan untuk anak-anak di rumah?
5. Bagaimana ibu memberikan makanan kepada anak-anak?
6. Bagaimana pola komunikasi secara umum antar keluarga?
7. Bagaimana keluarga mengajak anak untuk memantau pertumbuhan?
8. Bagaimana peran yang dilaksanakan orang tua dalam pemantauan pertumbuhan?
9. Bagaimana peran orang tua dalam pemenuhan gizi seimbang serta pemantauan penyakit yang dapat mengganggu pertumbuhan anak?
10. Apakah reward yang diberikan keluarga jika anak dapat memenuhi harapan keluarga terutama dalam perilaku yang mendukung pertumbuhan?
11. Apakah nilai dan keyakinan keluarga terkait pemantauan pertumbuhan anak?
12. Bagaimana pemenuhan nutrisi pada anak?
13. Bagaimana kebiasaan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan anggota keluarga?
14. Bagaimana pola aktivitas anggota keluarga?
15. Bagaimana pola tidur?
16. Adakah praktek pengobatan modern maupun tradisional/ komplementer yang biasa dilakukan keluarga?

Nama :  
No : P/

## **SURVEI KESEHATAN ANAK USIA PRASEKOLAH**





Selamat pagi/siang/sore Bapak/Ibu/Saudara/i yang kami hormati,

Usia Prasekolah merupakan usia keemasan pada anak sehingga diperlukan pencapaian pertumbuhan. Terkait dengan studi ini, kami memohon kesediaan Anda untuk berpartisipasi dengan mengisi survei terlampir.

Sebelum mengerjakan, dimohon untuk melengkapi data umum dan membaca petunjuk pengisian terlebih dahulu. Pengisian survei ini, tidak ada jawaban benar ataupun salah. Oleh karena itu, dimohon untuk mengisi sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Apabila sudah selesai mengisi, dimohon untuk memastikan semua pernyataan telah terjawab.

Jawaban yang diberikan dijamin kerahasiaannya. Selain itu, informasi dan data diri yang diberikan tidak diketahui oleh siapapun karena bersifat inisial dan digunakan hanya untuk kepentingan studi ini. Atas kesediaan waktu dan kerja samanya, kami ucapkan terima kasih.

Depok, Oktober 2017

Hormat Kami,

Mahasiswa FIK UI

Kontak yang dapat dihubungi:  
087820920710 (Rohayati)

**Petunjuk Umum Pengisian :**

1. Angket ini hanya boleh diisi oleh orang tua atau wali dari anak.
2. Isilah data keluarga dengan keadaan sebenarnya
3. Isilah jawaban pertanyaan sesuai dengan petunjuk pengisian
4. Jawablah pertanyaan pada topik pertumbuhan dan perkembangan
5. Pertanyaan bagian pertama yaitu tentang pertumbuhan dan pertanyaan bagian kedua dengan topik perkembangan

**Petunjuk Pengisian :**

Berikan tanda silang (X) pada pilihan jawaban atau isikan jawaban

<b>A. Identitas Anak</b>			
1. Nama	:		
2. Usia	:		
3. Alamat	:		
4. Jenis Kelamin	:		
5. Status Kesehatan	:	BB :.....kg	TB: .....cm
<b>B. Identitas Kepala Keluarga</b>			
1. 1. Nama	:		
2. Usia	:		
3. Suku	:	a. Sunda b. Betawi	c. Lainnya,sebutkan:.....
4. Agama	:	a. Islam b. Kristen	c. Katolik d. Budha e. Hindu
5. Pekerjaan Ayah	:	a. Pedagang b. PNS/TNI/ Polri	c. Pegawai swasta d. Lainnya, sebutkan:.....
6. Pekerjaan Ibu	:	a. Pedagang b. PNS/TNI/ Polri	c. Pegawai swasta d. Lainnya, sebutkan:.....
7. Pendidikan Ayah	:	a. Tidak lulus SD b. SD c. SMP	d. SMA e. PerguruanTinggi
8. Pendidikan Ibu	:	a. Tidak lulus SD b. SD c. SMP	d. SMA e. PerguruanTinggi
9. Penghasilan keluarga	:	a. < Rp 3.046.180	b. Rp 3.046.180
10. Status Gizi orang tua	:	a. BB Ayah :....kg b. TB Ayah : cm	a. BB Ibu:.....kg b. TB Ibu :.....cm

**D. Pelangi Makanan**

**Petunjuk Pengisian :**

Tabel ini diisi dengan menuliskan jenis buah sayur yang dimakan sesuai warna

Contoh: tulis “semangka” pada kolom warna merah jika anak makan semangka

Hari	Jenis sayur buah berdasarkan warna pelangi				
	Merah	Orange/ kuning	Hijau	Biru/ ungu	Putih
Senin					
Selasa					
Rabu					
Kamis					
Jumat					
Sabtu					
Minggu					

10	Saya mengobati penyakit anak saya hingga obat yang dianjurkan dokter habis				
----	--	--	--	--	--

#### D. MODEL PERAN ORANG TUA

##### Petunjuk Pengisian :

Tabel ini diisi dengan mencentang ( ) pernyataan sesuai dengan yang ibu/ pengasuh/ yang merawat anak lakukan pada hari itu.

Pernyataan	Jawaban			
	Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Tidak Pernah
Saya makan buah sebagai cemilan bersama anak				
Saya makan sayur sebagai cemilan bersama anak				
Saya makan dengan sayur/ lalapan pada saat makan bersama anak				
Saya makan sayur pada saat sarapan/ makan siang/ makan malam bersama anak				
Saya makan sayur pada saat sarapan/ makan siang/ makan malam bersama anak				
Saya makan satu potong buah setiap makan bersama anak				
Saya makan satu mangkok sayuran setiap kali makan bersama anak				

## I. Topik : Pertumbuhan

##### Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda (X) pada kolom jawaban dengan jawaban Anda untuk pertanyaan point A.

	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
<b>A. Pengetahuan</b>			
1.	Anak yang sudah masuk TK / PAUD tidak perlu ditimbang lagi		
2.	Sebaiknya anak TK / PAUD ditimbang tiap bulan		
3.	Kegemukan pada anak merupakan kondisi tidak sehat		
4.	Anak usia TK makan 3 kali sehari yaitu sarapan, makan siang dan makan malam		
5.	Sarapan tidak penting untuk anak usia TK		
6.	Ikan dan tempe merupakan protein yang baik untuk pertumbuhan otak anak		
7.	Sayuran dan buah-buahan berwarna warni dikonsumsi minimal tiga warna per hari sebagai sumber vitamin		
8.	Porsi makan anak TK adalah satu seperempat centong nasi, satu potong daging/ ayam/ ikan/ nugget dan setengah mangkok sayur		
9.	Diare, cacangan dan flek paru tidak berpengaruh terhadap pertumbuhan anak		
10.	Penyakit yang diderita anak dapat mengganggu pertumbuhan anak		

**Petunjuk Pengisian :**

Berilah tanda(X) pada kolom jawaban untuk pertanyaan B.

**SS** : Jika **sangat setuju** dengan pernyataan tersebut.

**S** : Jika **setuju** dengan pernyataan tersebut.

**TS** : Jika **tidak setuju** dengan pernyataan tersebut.

**STS** : Jika **sangat tidak setuju** dengan pernyataan tersebut

	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
<b>B. Sikap</b>					
1.	Anak harus ditimbang setiap bulan				
2.	Catatan berat badan yang ada di KMS harus dipantau orang tua				
3.	Anak harus makan 3 kali sehari				
4.	Anak harus sarapan pagi setiap hari				
5.	Ikan, atau tempe atau ayam merupakan jenis protein yang baik untuk pertumbuhan				
6.	Anak sebaiknya makan sayur 1-2 mangkok setiap hari				
7.	Anak sebaiknya makan buah 2-3 potong setiap hari				
8.	Satu porsi makan anak terdiri dari satu seperempat centong nasi, satu potong daging/ ayam/ ikan/ nugget dan setengah mangkok sayur				
9.	Anak dibawa ke dokter/ puskesmas/ klinik/ RS jika sakit				
10.	Penyakit yang diderita anak harus diobati sampai tuntas				

**Petunjuk Pengisian :**

Berilah tanda(X) pada kolom jawaban untuk pertanyaan C.

**Selalu**: Jika kegiatan dilakukan setiap hari

**Sering**: Jika kegiatan dilakukan 3x dalam seminggu

**Kadang-kadang**: Jika kegiatan dilakukan 1x dalam seminggu

**Tidak pernah**: Jika kegiatan tidak dilakukan setiap hari

	Pernyataan	Jawaban			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
<b>C. Keterampilan</b>					
1	Saya menimbang anak saya setiap bulan				
2	Saya memperhatikan catatan KMS berat badan anak				
3	Anak saya makan 3 kali sehari				
4	Anak saya sarapan pagi setiap hari				
5	Saya selalu memberikan ikan atau tempe atau ayam untuk anak saya				
6	Anak saya makan sayur 1-2 mangkok setiap hari				
7	Anak saya makan buah 2-3 potong setiap hari				
8	Saya memberikan makan anak dengan takaran satu seperempat centong nasi, satu potong daging/ ayam/ ikan/ nugget dan setengah mangkok sayur				
9	Saya memeriksa anak saya ke dokter/ puskesmas/ klinik/ RS jika anak saya sakit				

**DAFTAR PRIORITAS MASALAH MANAJEMEN PELAYANAN  
KESEHATAN SEKOLAH**

No	Masalah manajemen	Skor kriteria				Total Skor
		1	2	3	4	
1	Belum optimalnya penyusunan program UKS dan SDIDTK di TK wilayah Curug.	3	3	3	5	14
2	Belum optimalnya alur komunikasi antara UKS dan SDIDTK di TK Kelurahan Curug	3	3	3	6	15
3	Belum optimalnya kuantitas dan kualitas perawat sekolah atau penanggung jawab SDIDTK di Puskesmas	3	3	3	6	15
4	Belum optimalnya kualitas guru sekolah selaku mitra pelaksanaan SDIDTK di tingkat TK/ PAUD	3	3	3	4	13
5	Belum optimalnya sistem dokumentasi kegiatan SDIDTK di Puskesmas Cimanggis	3	3	3	4	13
6	Belum optimalnya supervisi dan evaluasi program SDIDTK di Puskesmas Cimanggis	2	3	3	3	11

Penentuan prioritas masalah manajemen pelayanan kesehatan sekolah di PKM Cimanggis menggunakan panduan penilaian dari Ervin (2002). Penentuan skor prioritas masalah ini berdasarkan 4 kriteria, yaitu:

1. Pentingnya masalah untuk dipecahkan (1: rendah; 2: sedang; 3: tinggi)
2. Perubahan positif pada komunitas bila masalah dipecahkan (0: tidak ada; 1: rendah; 2: sedang; 3: tinggi)
3. Peningkatan kualitas hidup bila masalah dipecahkan (0: tidak ada; 1: rendah; 2: sedang; 3: tinggi)
4. Peringkat semua masalah (skor 1-6; 1: kurang penting; 6: paling penting)

**DAFTAR PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN KOMUNITAS**

No	Masalah	Skor kriteria				Total Skor
		1	2	3	4	
1	Masalah Perilaku kesehatan cenderung beresiko: gizi lebih	5	3	5	5	18
2	Ketidakefektifan manajemen kesehatan sekolah TK/ PAUD: perencanaan dan pengorganisasian	3	3	3	6	15
3	Perilaku kesehatan cenderung beresiko: gizi kurang	3	3	3	6	15

Penentuan prioritas masalah manajemen pelayanan kesehatan sekolah di PKM Cimanggis menggunakan panduan penilaian dari Ervin (2002). Penentuan skor prioritas masalah ini berdasarkan 4 kriteria, yaitu:

1. Pentingnya masalah untuk dipecahkan (1: rendah; 2: sedang, 3: tinggi)
2. Perubahan positif pada komunitas bila masalah dipecahkan (0: tidak ada; 1: rendah; 2: sedang; 3: tinggi)
3. Peningkatan kualitas hidup bila masalah dipecahkan (0: tidak ada; 1: rendah; 2: sedang; 3: tinggi)
4. Peringkat semua masalah (skor 1-6; 1: kurang penting; 6: paling penting)

**TABEL 1**  
**RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA ANAK USIA PRA SEKOLAH DENGAN KEGEMUKAN**

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
<p>a. Hasil wawancara dan FGD di kelima TK diperoleh data bahwa orang tua merasa keterbatasan waktu dalam menyediakan makanan untuk anak dan keluarga terutama ketika pagi hari karena harus menyiapkan anak-anak sekolah, kadang masak seadanya atau membeli makanan jadi; anak sangat susah makan sayur dan buah, kalau makan sayur sop hanya kuahnya saja;</p> <p>b. Hasil wawancara orang tua di kelima TK tentang penimbangan di peroleh data orang tua rutin menimbang ke posyandu tiap bulan untuk yang masih berusia kurang dari 5 tahun tetapi jarang menimbang ke posyandu pada anak usia lebih dari lima tahun</p> <p>c. Hasil wawancara orang tua di kelima TK tentang konsumsi susu khusus pada anak gemuk diperoleh data bahwa anak minum susu terlalu banyak sekitar 7-8 botol sehari, kalau nggak dikasih ngamuk.</p> <p>d. Hasil FGD dengan 4 kelompok orang tua siswa tentang bekal</p>	<p><b>Diagnosis:</b></p> <p>Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko: Masalah Gizi Lebih pada anak usia Pra sekolah di TK/ PAUD Kelurahan Curug</p> <p>(00188) hal. 145 (NANDA)</p>	<p><b>Prevensi Primer:</b> Setelah dilakukan edukasi diharapkan pengetahuan orang tua meningkat</p> <p><b>Level 1:</b> Domain 7 <i>Community Health</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class <b>S</b>: Pengetahuan kesehatan</p> <p><b>Level 3:</b> Pengetahuan: Perilaku kesehatan <b>(1805) meningkat dari skala 2 (kurang) menjadi 4 (memadai)</b></p> <p><i>Indikator:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengetahui strategi untuk mencegah terjadi masalah gizi lebih</li> <li>Mengetahui tehnik pencegahan untuk meningkatkan kesehatan</li> </ol>	<p><b>Prevensi Primer:</b></p> <p><b>Level 1:</b> Domain 3 Behavioral</p> <p><b>Level 2:</b> Class <b>S</b> Patient Education</p> <p><b>Level 3:</b> Intervensi</p> <p><b>Pendidikan Kesehatan (5510)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan penjelasan tentang faktor internal (dalam diri individu) dan faktor eksternal (lingkungan) yang menyebabkan perilaku nutrisi tidak sehat pada kelompok anak</li> <li>Identifikasi kebutuhan/ alat bantu yang diperlukan untuk pencegahan perilaku nutrisi tidak sehat</li> <li>Gali faktor-faktor pada konteks personal dan riwayat sosial kultural yang mempengaruhi perilaku nutrisi tidak sehat</li> <li>Tentukan tingkat pengetahuan dan perilaku anak/ individu dan keluarga terkait perilaku nutrisi tidak sehat</li> <li>Dampingi anak dan keluarga dalam mengklarifikasi nilai dan keyakinan terkait perilaku nutrisi tidak sehat</li> <li>Tekankan manfaat yang diterima setelah merubah perilaku guna mencegah perilaku nutrisi tidak sehat</li> </ol>

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
<p>makanan diperoleh data bahwa anak membawa makanan selingan ke sekolah seperti biskuit, roti kadang ciki, tetapi kadang di makan oleh anak kadang tidak. Beberapa orang tua mengatakan anak tetap meminta jajan di warung dekat sekolah.</p> <p>Hasil angket:</p> <p>a. Perilaku orang tua tentang pertumbuhan: 55,7% pengetahuan baik, 63,5% sikap baik, dan 45,2% keterampilan orang tua baik</p> <p>b. Jumlah siswa dalam kategori gemuk: 7 orang usia kurang dari 5 tahun dan 11 orang siswa lebih dari 5 tahun</p> <p>c. Keterampilan pemantauan pertumbuhan: selalu rutin menimbang 33,04% dan memantau KMS 38,26%</p> <p>d. Perilaku yang mendukung pertumbuhan anak: 20,87% anak memiliki porsi makan sesuai gizi seimbang, 13,91% anak memiliki kebiasaan makan sayur setiap hari sesuai dengan pedoman gizi seimbang dan 11,30% anak memiliki kebiasaan makan buah sesuai pedoman gizi seimbang</p> <p>e. Jumlah orang tua yang memiliki IMT diatas normal: ibu <i>overweight</i> 11 orang dan obesitas 15 orang, sedangkan ayah</p>		<p><b>Level 1:</b> Domain 7 <i>Community Health</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class S: Pengetahuan kesehatan</p> <p><b>Level 3:</b></p> <p><b>Pengetahuan Manajemen Berat Badan (1841) meningkat dari skala 2 (kurang) menjadi 4 (memadai)</b></p> <p><b>Indikator</b></p> <p>a. mengetahui kisaran berat badan yang optimal</p> <p>b. mengetahui massa indeks tubuh yang optimal</p> <p>c. mengetahui strategi untuk mencapai berat badan optimal</p> <p>d. mengetahui strategi mempertahankan berat badan optimal</p> <p>e. mengetahui hubungan antara diet, olahraga dan berat badan</p>	<p>7. Siapkan materi yang sesuai dan mudah dipahami oleh anak dan keluarga</p> <p>8. Ajarkan strategi untuk menghindari perilaku nutrisi tidak sehat dengan memperbaiki faktor internal dan eksternal</p> <p>9. Libatkan anak dan keluarga dalam perencanaan dan implementasi untuk pencegahan gizi lebih</p> <p>10. Manfaatkan dukungan keluarga dalam memodifikasi perilaku dan lingkungan untuk mencegah gizi lebih</p> <p><b>Level 1:</b> Domain 1 <i>Physiological basic</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class D: <i>nutrition support</i></p> <p><b>Level 3:</b> Intervensi</p> <p><b>Pendampingan Penurunan Berat Badan (1280)</b></p> <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. diskusikan hubungan antara input makanan, olahraga, peningkatan/penurunan berat badan</li> <li>2. tentukan keinginan dan motivasi anak dalam mengurangi berat badan</li> <li>3. tentukan jumlah berat badan yang ingin dikurangi bersama anak</li> <li>4. tentukan tujuan realistis selama satu minggu</li> <li>5. timbang berat badan tiap seminggu sekali</li> <li>6. berikan pujian terhadap hasil penurunan berat badan yang dicapai</li> <li>7. tentukan rencana realistis yang melibatkan pengurangan makanan dan peningkatan aktivitas</li> <li>8. motivasi anak untuk melakukan monitoring pribadi dengan menggunakan <i>diary</i></li> </ol>

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
<p><i>overweight</i> 15 orang dan obesitas 6 orang.</p>		<p>f. mengetahui resiko kesehatan yang berhubungan dengan kelebihan berat badan</p> <p><b>Level 1:</b> Domain 7 <i>Community Health</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class <b>S:</b> Pengetahuan kesehatan</p> <p><b>Level 3:</b> Pengetahuan: Gaya hidup sehat <b>(1855) meningkat dari skala 2 (kurang) menjadi 4 (memadai)</b></p> <p>1. Mengetahui pentingnya melakukan pola nutrisi sesuai gizi seimbang</p>	<p>9. dampingi terhadap perubahan diet dan dampaknya pada kehidupan dan tingkat aktivitas</p> <p>10. fasilitasi aktivitas fisik 3x seminggu</p> <p>11. sediakan informasi energi yang dikeluarkan saat melakukan olahraga</p> <p>12. rencanakan program latihan</p> <p>13. sarankan untuk lebih aktif di rumah dengan melakukan pekerjaan rumah</p> <p>14. rencanakan menu makan sehari dengan diet seimbang, minim kalori, minim lemak sesuai yang disarankan</p> <p>15. motivasi anak menambah asupan buah, sayuran, dan makanan bebas lemak</p> <p>16. motivasi penggunaan pengganti gula</p> <p>17. sarankan penggunaan media <i>online</i> untuk mengurangi berat badan</p> <p>18. ajarkan membaca label nutrisi pada makanan yang dibeli</p> <p><b>Level 1:</b> Domain 1 <i>Physiological basic</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class D: <i>nutrition support</i></p> <p><b>Level 3:</b> Intervensi <b>Manajemen Nutrisi (1100)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>tentukan status nutrisi anak dan kemampuan mencapai status nutrisi optimal</li> <li>tentukan adanya alergi, intolerans, atau makanan kesukaan</li> <li>informasikan anak tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>dampingi klien dalam memahami piramida makanan</li> <li>sediakan pilihan makanan untuk susunan menu diet yang dianjurkan</li> </ol>

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
		<p><b>Prevensi Sekunder</b>  <b>Level 1:</b>  Domain 7  <i>Community Health</i></p> <p><b>Level 2:</b>  Class CC <i>Community Health Protection</i></p> <p><b>Level 3:</b>  <b>Outcome</b>  <b>Efektifitas Skrining Kesehatan Komunitas (2807) meningkat dari skala 2 (kurang) menjadi 4 (memadai)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teridentifikasinya prevalensi kondisi risiko tinggi di populasi (anak)</li> <li>2. Teridentifikasi dari kondisi yang bisa memberikan manfaat, deteksi dini dan <i>treatment</i></li> <li>3. Terseleksi fokus skrining fokus pada deteksi dini</li> <li>4. Pendidikan anggota penting saat skrining</li> <li>5. Identifikasi sumber yang dibutuhkan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. tentukan kebutuhan kalori yang sesuai dengan tingkat aktivitas</li> <li>7. instruksikan anak untuk mengkonsumsi diet sesuai kebutuhan usia</li> <li>8. pastikan makanan yang dikonsumsi tinggi serat</li> <li>9. monitor kalori dan asupan makanan</li> <li>10. monitor perubahan berat badan</li> </ol> <p><b>Prevensi Sekunder</b>  <b>Level 1:</b>  Domain 4 <i>Safety</i></p> <p><b>Level 2:</b>  Class V <i>Risk Management</i></p> <p><b>Level 3:</b>  <b>Intervensi</b>  <b>Health Screening (6520)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan skrining (perilaku nutrisi tidak sehat) pada populasi target (anak)</li> <li>2. Informasikan layanan skrining untuk meningkatkan perhatian publik (anak)</li> <li>3. Sediakan akses yang mudah untuk melakukan skrining (waktu, tempat)</li> <li>4. Jadwalkan sesuai kesepakatan untuk meningkatkan efisiensi</li> <li>5. Gunakan instrumen yang valid dan reliable dalam melakukan skrining</li> <li>6. Lakukan berdasarkan rasional tujuan dari skrining (perilaku nutrisi tidak sehat)</li> <li>7. Jalin kepercayaan dan privasi anak</li> <li>8. Lakukan prosedur yang nyaman saat melakukan skrining</li> <li>9. Jelaskan riwayat penyakit, termasuk gambaran</li> </ol>

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
		<p>saat skrining</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Identifikasi dampak budaya dari skrining</li> <li>7. Adanya ketentuan skrining untuk kondisi prevalensi di komunitas</li> <li>8. Adanya ketentuan skrining untuk anak</li> <li>9. Adanya mekanisme <i>follow up</i></li> <li>10. Adanya mekanisme rujukan</li> <li>11. Adanya dukungan dari anggota masyarakat yang berpengaruh/ tokoh masyarakat</li> <li>12. Rata-rata populasi target berpartisipasi dalam skrining</li> </ol> <p><b>Prevensi tersier:</b> Domain 4 Pengetahuan kesehatan dan perilaku</p> <p><b>Level 2:</b> Kelas Q: Perilaku kesehatan</p> <p><b>Level 3:</b> <b>Outcome:</b> <b>Partisipasi terhadap keputusan perawatan kesehatan (1606) meningkat dari skala 2 (kurang) menjadi 4 (memadai)</b></p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengemukakan pemecahan masalah terkait gizi lebih</li> <li>2. Mencari informasi yang benar terkait gizi</li> </ol>	<p>perilaku sehat, faktor risiko dan medikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Lakukan pengkajian fisik</li> <li>11. Ukur tinggi dan berat badan, lingkar kepala dan lingkar lengan</li> <li>12. Tunjukkan hasil skrining pada klien (anak)</li> <li>13. Informasikan ke klien tindakan yang harus dilakukan setelah mengetahui hasilnya</li> <li>14. Arahkan klien untuk melakukan tindakan selanjutnya sebagai kebutuhan yang harus dipenuhi Lakukan <i>follow up</i> kepada klien yang memiliki perilaku nutrisi tidak sehat</li> </ol> <p><b>Prevensi tersier</b> <b>Level 1:</b> Domain 3 <i>behavioral</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class O <i>Behavior therapy</i></p> <p><b>Level 3:</b> <b>Intervensi</b> <b>Modifikasi perilaku (4360)</b> Aktivitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan motivasi untuk berubah</li> <li>2. Pastikan intervensi dilakukan oleh semua kalangan</li> <li>3. Gunakan periode waktu yang spesifik ketika mengukur unit perilaku</li> <li>4. Kembangkan metode seperti grafik atau chart untuk merekam perilaku nutrisi tidak sehat yang berubah</li> <li>5. Fasilitasi pelibatan keluarga dalam proses modifikasi pencegahan perilaku nutrisi tidak sehat</li> <li>6. Golongkan perilaku yang berubah dengan membandingkan hasil sebelum dan sesudah intervensi</li> <li>7. Dokumentasikan dan sampaikan proses modifikasi</li> </ol>

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
		<p>lebih</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Teridentifikasi hasil kesehatan prioritas</li> <li>4. Teridentifikasi barrier untuk meningkatkan gizi lebih</li> <li>5. Teridentifikasi dukungan yang tersedia untuk mencegah dan menangani gizi lebih</li> </ol> <p><b>Level 1:</b> Domain 7 Community Health</p> <p><b>Level 2:</b> Class CC Community Health Protection</p> <p><b>Level 3:</b> <b>Outcome:</b> <b>Efektifitas Program Komunitas (2807) meningkat dari skala 2 (kurang) menjadi 4 (memadai)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsistensi tujuan program dengan pengkajiaan komunitas</li> <li>2. Terccapainya tujuan program</li> <li>3. Konsistensi dari konten dari tujuan program</li> <li>4. Konsistensi dari metode dengan tujuan program</li> <li>5. Kualitas metode program</li> <li>6. Adanya jadwal untuk aktivitas program</li> <li>7. Informasi terencana untuk program</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Tindak lanjuti <i>reinforcement</i> dalam waktu jangka panjang</li> </ol> <p><b>Level 1:</b> Domain 7 <i>Community</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class c <i>Community health protection</i></p> <p><b>Level 3:</b> <b>Intervensi</b></p> <p><b>Pengembangan program (8700)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manfaatkan dukungan kelompok/paguyuban dalam membantu mengubah perilaku</li> <li>2. Tentukan tujuan kelompok pendukung serta tugas setiap anggota kelompok</li> <li>3. Buat kelompok dengan jumlah anggota yang sesuai</li> <li>4. Atur jadwal, tempat pertemuan, dan waktu</li> <li>5. Monitor keaktifan setiap peserta kelompok</li> <li>6. Pertahankan suasana positif untuk mendukung perubahan gaya hidup</li> <li>7. Tekankan pentingnya koping yang efektif</li> <li>8. Identifikasi topik-topik yg mungkin muncul dalam kegiatan kelompok</li> <li>9. Bantu kelompok melalui semua tahap dalam proses, mulai dari orientasi sampai terbangun kedekatan antar anggota</li> </ol>

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
		<p>8. Rerata partisipasi dalam program  9. Berkurangnya target risiko kesehatan untuk partisipan (anak)  10. Mengembangkan status kesehatan partisipan (anak)  11. Adanya sumber keuangan untuk program  12. Personil dalam program terqualifikasi  13. Dukungan tujuan program dari data  14. Analisis manfaat dan keuntungan program dukungan  15. Pengukuran tujuan program  16. Partisipan puas dengan program  17. Anggota masyarakat puas dengan program  18. Dukungan dari tokoh masyarakat  19. Rencana keberlanjutan kesuksesan program</p> <p><b>Level 1:</b>  Domain 4  Pengetahuan kesehatan dan perilaku</p> <p><b>Level 2:</b>  Kelas Q: Perilaku kesehatan</p> <p><b>Level 3:</b>  <b>Outcome:</b>  Perilaku mencari fasilitas kesehatan (1603) meningkat dari skala 2 (kurang) menjadi 4 (memadai)</p>	<p><b>Level 1:</b>  Domain 6 <i>Health system</i></p> <p><b>Level 2:</b>  Class Y <i>Health system mediation</i></p> <p><b>Level 3:</b>  <b>Intervensi</b></p> <p><b>Konsultasi (7910)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Libatkan semua anggota dalam program konsultasi</li> <li>2. Gunakan model yang sesuai untuk proses konsultasi</li> <li>3. Kembangkan kontrak waktu secara tertulis untuk persetujuan dan mengurangi kesalahpahaman</li> </ol>

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
		<p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bertanya tentang masalah gizi lebih yang lebih kompleks</li> <li>Melakukan pola nutrisi seimbang sehari-sehari secara konsisten</li> <li>Menjelaskan strategi untuk mengurangi perilaku yang tidak sehat</li> <li>Melakukan pencegahan pemantauan pertumbuhan dan asupan nutrisi sesuai gizi seimbang atas kemauan sendiri</li> <li>Menggunakan informasi kesehatan yang tersedia</li> <li>Mencari fasilitas kesehatan apabila diperlukan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Promosikan kemampuan untuk mencari bantuan ke fasilitas kesehatan jika mengalami masalah kesehatan</li> <li>Siapkan laporan akhir yang akan direkomendasikan</li> <li>Berikan respon secara profesional atas penerimaan atau penolakan dari klien</li> </ol>
<p>a. Hasil wawancara guru diperoleh data bahwa pendidikan kesehatan siswa disesuaikan dengan tema pembelajaran tetapi informasi yang disampaikan belum mendalam.</p> <p>b. Hasil FGD orang tua diperoleh data belum memperoleh pendidikan kesehatan tentang gizi baik dari sekolah maupun puskesmas.</p> <p>c. Hasil FGD guru diperoleh data bahwa sekolah mengagendakan program <i>cooking class</i> atau <i>market day</i> pada saat tema buah sayur.</p> <p>Hasil wawancara pemegang program Kesga Dinas Kesehatan, SDIDTK Puskesmas Cimanggis dan Kepala</p>	<p><b>Diagnosis:</b> Defisiensi Kesehatan Komunitas (00257) (NANDA)</p>	<p><b>Prevensi Primer</b> Setelah dilakukan intervensi pada kelompok anak, pemeliharaan kesehatan pada anak lebih efektif <b>kriteria hasil:</b></p> <p><b>Level 1:</b> Domain 4 <i>Health Knowledge &amp; Behaviour</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class Q <i>Health Behaviour</i></p> <p><b>Level 3:</b> <b>Outcome:</b> <b>Pengetahuan promosi Kesehatan (1823) meningkat dari skala 2 (kurang memadai) menjadi 4 (baik/ memadai)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perilaku promosi kesehatan</li> <li>Praktek nutrisi sehat</li> <li>Strategi manajemen berat badan</li> </ol>	<p><b>Prevensi Primer:</b> <b>Level 1:</b> Domain 3 <i>Behavioral</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class S <i>Patient Education</i></p> <p><b>Level 3:</b> Intervensi <b>Pengajaran kelompok (5604)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan lingkungan yang mendukung untuk pembelajaran</li> <li>Ikutsertakan keluarga atau sistem pendukung lain</li> <li>Gali dukungan budget dan administratif</li> <li>Koordinasi dengan sumber-sumber di dalam komunitas untuk merencanakan dan komitmen program</li> <li>Rumuskan target sasaran</li> <li>Rancang outline isi pengajaran</li> <li>Tuliskan tujuan pembelajaran</li> <li>Kaji ketersediaan material edukasi</li> <li>Gali waktu efektif dalam pelaksanaan program pendidikan kelompok</li> </ol>

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
<p>Sekolah terkait UKS</p> <p>a. Menurut kepala sekolah, perencanaan kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di TK/ PAUD belum ada secara khusus.</p> <p>b. Hasil wawancara dengan penanggung jawab program SDIDTK di puskesmas diperoleh data bahwa pelaksanaan UKS secara umum belum ada, tahun ini baru dimulai penjangkaran menggunakan SDIDTK di tingkat TK/ PAUD yang dilakukan atas kerja sama Puskesmas dan TK/ PAUD.</p> <p>c. UKS mayoritas belum terbentuk, seluruh sekolah belum memiliki uraian tugas khusus untuk petugas UKS.</p> <p>d. Kepala sekolah mengatakan belum mendapatkan pembinaan khusus terkait program UKS.</p> <p>e. Kepala sekolah mengatakan bahwa program SDIDTK sudah disosialisasikan tetapi belum memperoleh pelatihan secara khusus.</p> <p>f. Hasil wawancara dengan penanggung jawab Kesga Dinas Kesehatan Kota Depok diperoleh data bahwa tidak semua sekolah TK memiliki program UKS. Hanya TK</p>		<p></p> <p><b>Prevensi Sekunder</b> Setelah dilakukan intervensi pada kelompok anak, pemeliharaan kesehatan pada anak lebih efektif <b>kriteria hasil:</b></p> <p><b>Level 1:</b> Domain 5 <i>Perceived Health</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class U <i>Health and life quality</i></p> <p><b>Level 3:</b> <b>Outcome</b> <b>Status Kesehatan siswa (2005) meningkat dari skala 2 (kurang) menjadi 4 (memadai)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesehatan fisik</li> <li>2. Kehadiran sekolah</li> <li>3. Penurunan kunjungan ke dokter</li> <li>4. Tindak lanjut oleh keluarga</li> <li>5. Pertumbuhan</li> <li>6. Berat badan optimal</li> <li>7. Perilaku diet sehat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Tulis memo atau publikasi untuk mengundang peserta program</li> <li>11. Revisi strategi dan metode belajar jika dibutuhkan</li> <li>12. Sediakan form untuk mengevaluasi program</li> <li>13. Lakukan evaluasi sumatif</li> </ol> <p><b>Prevensi Sekunder</b></p> <p><b>Level 1:</b> Domain 7 <i>Community</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class D <i>Community Risk Management</i></p> <p><b>Level 3:</b> <b>Intervensi</b> <b>Manajemen Lingkungan: Komunitas (6489)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan skrining untuk risiko kesehatan dari lingkungan</li> <li>2. Partisipasi dalam melakukan kerjasama tim multidisiplin untuk mengidentifikasi ancaman keamanan di komunitas/ masyarakat (khususnya anak)</li> <li>3. Pantasu status yang berisiko terhadap kesehatan</li> <li>4. Partisipasi di program komunitas sesuai risiko yang ditemukan</li> <li>5. Berkolaborasi dalam menyusun aksi program komunitas</li> <li>6. Promosi kebijakan pemerintah terkait faktor risiko</li> <li>7. Koordinasi dengan pelayanan untuk memberikan jaminan kepada komunitas dan kelompok berisiko (anak)</li> <li>8. Masukkan program pendidikan pada target kelompok risiko (anak)</li> </ol>

DATA	DIAGNOSIS (NANDA/INCP)	NOC	NIC
<p>unggulan yang diikutsertakan lomba UKS yang memiliki program UKS yaitu TK Ar Rahman Cinere untuk Kota Depok, sedangkan TK lain yang tidak termasuk dibina untuk lomba tidak memiliki program UKS.</p> <p>g. Penanggung jawab sekolah TK di Puskesmas mengatakan bahwa program UKS belum menyentuh sekolah TK. Program TK khususnya untuk penjangkaran menggunakan SDIDTK dan baru dilaksanakan tahun ini.</p>		<p><b>Prevensi Tersier</b> Setelah dilakukan intervensi pada kelompok anak, pemeliharaan kesehatan pada anak lebih efektif <b>kriteria hasil:</b></p> <p><b>Level 1:</b> Domain 6 <i>Family Health</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class X <i>Family wellbeing</i></p> <p><b>Level 3:</b> <b>Outcome</b> <b>Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional (2605) meningkat dari skala 2 (kurang) menjadi 4 (memadai)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Partisipasi dalam perencanaan perawatan</li> <li>Partisipasi dalam menyediakan perawatan</li> <li>Penyediaan informasi yang relevan</li> <li>Identifikasi masalah dan kebutuhan dalam perawatan</li> <li>Partisipasi dalam keputusan</li> <li>Partisipasi dalam membuat keputusan</li> <li>Evaluasi efektifitas perawatan</li> </ol>	<p><b>Prevensi Tersier</b></p> <p><b>Level 1:</b> Domain 5 <i>Family</i></p> <p><b>Level 2:</b> Class X <i>lifespan care</i></p> <p><b>Level 3:</b> <b>Intervensi</b> <b>Dukungan Keluarga (7140)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Yakinkan keluarga bahwa keluarga merupakan perawat terbaik untuk klien</li> <li>Dengarkan kebutuhan keluarga, perasaan dan pertanyaan</li> <li>Fasilitasi komunikasi antara klien dan keluarga</li> <li>Promosikan cara meningkatkan kepercayaan antara klien dan keluarga</li> <li>Terima nilai-nilai yang diungkapkan keluarga tanpa sikap menghakimi</li> <li>Jawab pertanyaan keluarga atau bantu mencari jawaban atas pertanyaan</li> <li>Berikan pengetahuan sesuai dengan kebutuhan keluarga</li> <li>Libatkan keluarga dan klien dalam memutuskan tindakan perawatan</li> </ol>



# Modul Pelatihan Guru



**Disampaikan pada Pelatihan Guru UKS pada 27-28  
Maret 2018 di Aula UPTD Puskesmas Pengasinan**

# **TIM PENYUSUN**

## **Editor**

Dr.Etty Rekawati, S.Kp., M.KM.

Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep., Sp. Kep. Kom

## **Penyusun**

Ns. Rohayati, M.Kep.

## **KATA PENGANTAR**

Salam sehat,

Modul ini dirancang sebagai media informasi khususnya tentang pengelolaan UKS oleh guru pada tatanan TK. Modul ini disusun untuk meningkatkan kapasitas guru dalam mengelola kesehatan sekolah sehingga tercipta sekolah sehat.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan unit kerja di sekolah yang khusus memperhatikan kesehatan warga sekolah melalui usaha promosi dan prevensi. Trias UKS meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan menciptakan lingkungan sekolah yang sehat diharapkan mampu menghasilkan generasi yang sehat di masa yang akan datang. Peran guru sebagai salah satu penggerak kegiatan UKS sangatlah penting dalam menciptakan sekolah sehat.

Semoga modul ini bermanfaat dalam rangka meningkatkan kesadaran akan pentingnya pelaksanaan trias UKS di sekolah. Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan modul ini.

Depok, Maret 2018

Penyusun

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Peran dan fungsi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di TK dalam pemantauan pertumbuhan siswa	1
Program SDIDTK di Puskesmas Cimanggis	11
Penjaringan kesehatan siswa TK menggunakan format SDIDTK	22
Deteksi dan Stimulasi Pertumbuhan	22
Pencegahan Obesitas dengan Gizi Seimbang	27
Pencegahan Obesitas dengan Pelangi Sayur Buah	31

seimbang kepada orang tua merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan guru untuk memfasilitasi pertumbuhan optimal anak.

## **E. Daftar Pustaka**

Kemenkes RI, (2014). *Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA.

Kemenkes RI, (2016). *Stimulasi, deteksi dan Intervensi dini tumbuh kembang anak*. Jakarta: Kemenkes

Kemenkes RI, (2016). *Buku kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA

SA Health Government of South Australia, Government of Australia, City of Playford, OPAL. (2007). *Eat a Rainbow Resource Guide Ideas for your Early Childhood Setting*. Retrieved from <http://www.playford.sa.gov.au/webdata/resources/files/Eat%20a%20Rainbow%20Resource%20Guide.pdf>.

## **PERAN DAN FUNGSI USAHA KESEHATAN SEKOLAH (UKS) DI TK DALAM PEMANTAUAN PERTUMBUHAN SISWA**

### **A. Pendahuluan**

Program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan upaya kesehatan masyarakat yang dilaksanakan dalam rangka pembinaan kesehatan siswa. Keberadaan UKS merupakan program pemerintah yang wajib ada dan dilaksanakan di sekolah dalam pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan, dan kebiasaan hidup sehat di sekolah maupun lingkungan sekitarnya. UKS berada pada seluruh jenjang sekolah mulai TK, SD, SMP hingga SMA dan yang sederajat. Pembinaan UKS dapat dikatakan tercapai secara optimal jika program TRIAS UKS berjalan baik dan berkelanjutan. Namun pada kenyataannya kegiatan UKS belum berjalan optimal.

### **B. Tujuan**

1. Peserta dapat memahami definisi UKS
2. Peserta dapat memahami program kerja yang terdapat di UKS
3. Peserta dapat memahami ruang lingkup UKS
4. Peserta dapat memahami sasaran UKS
5. Peserta dapat memahami sepuluh indikator kunci sekolah sehat dan pojok UKS

6. Peserta dapat memahami tim pelaksana UKS
7. Peserta dapat memahami peran dan fungsi Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Puskesmas dan kedudukan sekolah dalam pelaksanaan Trias UKS

### C. Pokok Bahasan

1. Definisi UKS
2. Program Kerja yang terdapat di UKS
3. Ruang lingkup UKS
4. Sasaran UKS
5. Sepuluh indikator kunci sekolah sehat dan pojok UKS
6. Tim Pelaksana UKS
7. Peran dan fungsi Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Puskesmas dan kedudukan sekolah dalam pelaksanaan Trias UKS

### D. URAIAN MATERI

#### 1. Apa itu UKS?

Upaya membina dan mengembangkan kebiasaan hidup sehat yang dilakukan secara terpadu melalui program pendidikan dan pelayanan kesehatan di sekolah, perguruan agama serta usaha-usaha yang dilakukan dalam rangka pembinaan dan pemeliharaan kesehatan di lingkungan sekolah.

	<p>dikonsumsi di rumah tetapi dikombinasikan menjadi berkelana bersama mainan hewan tersebut (<i>pet in journal</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. <i>Food passport</i>: buku yang diisi oleh orang tua tentang buah sayur yang disukai anak yang dimakan hari itu</li> <li>c. Program cemilan buah sore hari bersama orang tua</li> <li>d. Mengambil foto anak makan buah di sekolah dan dikirimkan ke orang tua</li> <li>e. <i>Mapping</i> buah dan sayur: anak-anak yang membawa bekal buah dan sayur akan diberi bintang setiap hari</li> <li>f. <i>Eat a rainbow display</i>: membuat dekorasi buah sayur dengan menggambar, foto atau <i>painting</i></li> <li>g. Sesi memasak: salad</li> <li>h. Menanam buah dan sayur sendiri: menanam sayur dan buah bersama anak</li> </ol>	
--	--	--

(Sumber: OPAL, City of palyford, Australian Government, SA Health, 2007)

#### D. Rangkuman

Guru memiliki peranan penting dalam memeriksa dan menstimulasi pertumbuhan. Pengukuran berat badan dan tinggi badan serta lingkar kepala merupakan salah satu cara untuk mengetahui apakah anak tumbuh sesuai usianya. Pemberian informasi mengenai gizi

Tabel 2.3. “eat the rainbow 6 week program”

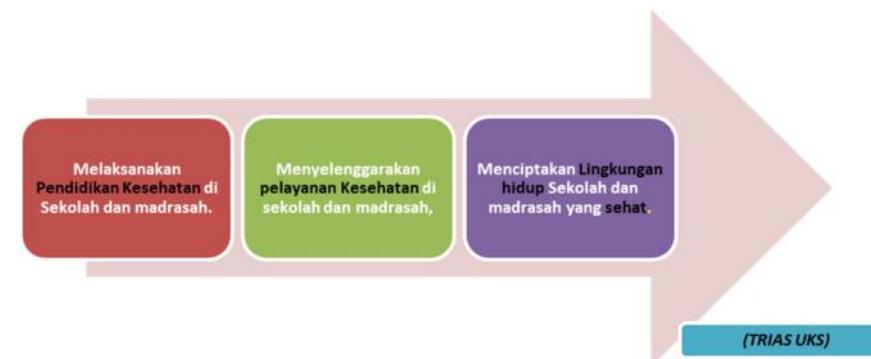
Sesi ke-	Activitas dan poin diskusi	Alat bahan
1	Pengenalan program serta warna yang sudah dimakan hari itu: tanya anak warna buah sayur yang sudah dimakan selama seminggu	Poster “eat the rainbow”
2	Diskusikan warna minggu lalu: nama, rasa, teksture, bau serta manfaat warna tersebut untuk tubuh	Gambar/ alat peraga buah dan sayur
3	Warna baru buah: kenalkan warna buah sayur hari ini, sesuaikan dengan poster, ajak anak memegang alat peraga buah sayur	Alat peraga
4	Diskusikan manfaat warna buah sayur hari ini	Poster
5	<i>Song time:</i> Bernyanyi buah sayur dan menari <i>Story time:</i> bercerita <i>Tasting;</i> mendiskusikan rasa dan tekstur	Nyanyian Buku cerita
6	Ada beberapa pilihan aktivitas untuk sesi 6, aktivitas bisa dipilih salah satu:  a. Membawa mainan hewan ke rumah: topik focus tentang buah dan sayur yang	



### B. Tujuan UKS?

meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat serta derajat kesehatan peserta didik dan menciptakan lingkungan yang sehat, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan yang harmonis dan optimal dalam rangka pembentukan manusia Indonesia seutuhnya.

### C. Program pokok UKS



## D.Ruang lingkup UKS?

### 1. Pendidikan Kesehatan Anak Di TK

a. Pembiasaan perilaku hidup bersih dan sehat (PBHS) melalui kegiatan:

- 1) Pendidikan kesehatan terintegrasi dalam program kegiatan belajar TK
- 2) Penyuluhan kesehatan melalui kegiatan: penyuluhan kegiatan bagi anak didik TK dan penyuluhan kelompok bagi anak didik dan orang tua

Kegiatan bersama anak didik TK dan keteladanan guru TK, didik dan penyelenggaraan PHBS.

b. Peningkatan kemampuan dan keterampilan petugas melalui kegiatan:

- 1) Pelatihan guru TK dan penyelenggaraan TK
- 2) Penyegaran/ orientasi/ seminar bagi guru TK, penyelenggara TK dan petugas kesehatan
- 3) Memanfaatkan sistem pembinaan profesional (SPP) guru melalui gugus TK

### 2. Pelayanan Kesehatan Anak Didik TK

a. Pemantauan/ pemeriksaan anak didik TK, meliputi kegiatan:

- 1) Pemeriksaan umum (kepala, kulit, tangan, kaki dan kuku)
- 2) Pemantauan berat badan terhadap umur pada anak didik TK

b. Pelayanan kesehatan rutin Kegiatan ini meliputi:

	dan kuning	parang, jagung, ubi manis, apricot, melon kuning, belimbing, manga, nanas, pisang	jantung, penglihatan, mempercepat proses penyembuhan inflamasi dan mencegah kanker
3	Hijau	Selada, zucchini, kacang polong, timun, bayam, pear, asparagus, alpukat, brokoli, anggur hijau, kiwi, sawi hijau	Mencegah kanker, membantu kesehatan mata, membantu kekuatan tulang dan gigi
4	Biru dan ungu	Blueberry, anggur ungu, plum, terong, zaitun dan buah naga ungu	Membantu mempertahankan memori dan mencegah penuaan dini
5	Putih	Jamur, bawang putih	Membantu kesehatan jantung dan mencegah kanker

(Sumber: OPAL, City of palyford, Australian Government, SA Health, 2007)

Salah satu kurikulum yang dikembangkan untuk anak dalam program “*eat the rainbow*” adalah “*eat the rainbow 6 week program*”. Program ini terdiri dari 6 sesi dengan pelaksanaan satu sesi satu minggu. Berikut ini merupakan detail sesi yang dikembangkan:

## PENCEGAHAN OBESITAS DENGAN PELANGI SAYUR BUAH

Vitamin dan mineral merupakan komponen penting dalam pertumbuhan anak. Buah dan sayur mengandung vitamin dan mineral. Permasalahan yang timbul berdasarkan penelusuran hasil penelitian adalah rendahnya minat anak dalam mengkonsumsi sayur dan buah. Oleh karena itu, dibutuhkan strategi yang dapat dilakukan sesuai perkembangan anak untuk meningkatkan minat terhadap konsumsi sayur buah.

Pengenalan sayur dan buah kepada anak dapat dilakukan berdasarkan warna pelangi. Pengelompokkan buah dan sayur berdasarkan lawarna pelangi tersebut bermanfaat juga untuk mengetahui manfaatnya berdasarkan warna. Berikut manfaat dan contoh buah sayur yang disampaikan dalam program “*eat the rainbow*”:

Tabel 2.2.

Pengelompokkan warna buah sayur berdasarkan warna pelangi serta contoh dan manfaatnya

No	Warna	Contoh buah sayur	Manfaat
1	Merah	Apel merah, semangka, stawberi, cherry, selada merah, tomat, beet, anggur merah, bayam merah	Membantu kesehatan jantung, memori dan mencegah kanker
2	Orange	Jeruk, wortel, labu	Membantu kesehatan

- 1) Pemberian vitamin A dan sirup besi serta kapsul yodium ( pada daerah resiko tinggi)
  - 2) Pemberian obat kecacingan
  - 3) Kegiatan makan bersama
  - 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah makan
  - 5) Gosok gigi bersama
- c. Pertolongan pertama pada kecelakaan
  - d. Penanggulangan penyakit
  - e. Penanggulangan kelainan gizi
  - f. Deteksi dan penanggulangan penyimpangan tumbuh kembang
  - g. Deteksi, penanggulangan prilaku dan masalah kejiwaan
  - h. Deteksi dan penanggulangan penyimpangan daya lihat
  - i. Deteksi dan penanggulangan penyimpangan daya dengar

### 3. Pembinaan Upaya Kesehatan Anak Didik TK

Pembinaan meliputi tiga aspek yaitu teknologi, sarana dan ketenagaan.

#### E. Sasaran UKS?

##### 1. Primer

Sasaran primer kegiatan UKS adalah peserta didik

##### 2. Sekunder

Sasaran sekunder UKS adalah Guru, pamong atau tutor, orang tua, pengelola pendidikan, dan pengelola kesehatan serta TP UKS disetiap jenjang

### 3. Sasaran Tersier

Lembaga pendidikan mulai dari tingkat prasekolah sampai kepada sekolah lanjutan tingkat atas, termasuk satuan pendidikan luar dan perguruan agama serta pondok pesantren beserta lingkungannya

### F. Sepuluh indikator kunci sekolah sehat dan pojok UKS

- Kepadatan ruang kelas minimal 1,75 m<sup>2</sup>/anak .
- Tingkat kebisingan 45 db
- Memiliki lapangan/halaman/aula untuk pendidikan jasmani
- Memiliki lingkungan sekolah yang bersih, rindang dan nyaman.
- Memiliki sumber air bersih yang memadai (jarak sumber air bersih dan septic tank minimal 10 m)
- Ventilasi kelas yang memadai
- Pencahayaan kelas yang memadai (terang)
- Memiliki kantin sekolah yang memenuhi syarat kesehatan
- Memiliki kamar mandi/WC yang cukup jumlahnya (memenuhi rasio km.wc terhadap siswa laki = 1:40, dan perempuan 1:25)
- Menerapkan kawasan tanpa rokok.

Plus ada ruang UKS

### G. Tim pelaksana UKS?

- Kepala Sekolah
- Guru UKS
- Peserta Didik
- Tim UKS Puskesmas
- Masyarakat Sekolah (Komite Sekolah, Penjual Kantin, Penjaga sekolah dan Masyarakat Lingkungan Sekitar)

### Porsi makan sesuai gizi seimbang untuk anak Anak usia 4-6 tahun

Nasi 4 porsi  
Sayuran 2 porsi  
Buah 3 porsi  
Tempe 2 porsi  
Daging 2 porsi  
Susu 1 porsi



#### Keterangan

1 porsi nasi =  $\frac{3}{4}$  gelas

1 porsi sayur = 1 gelas

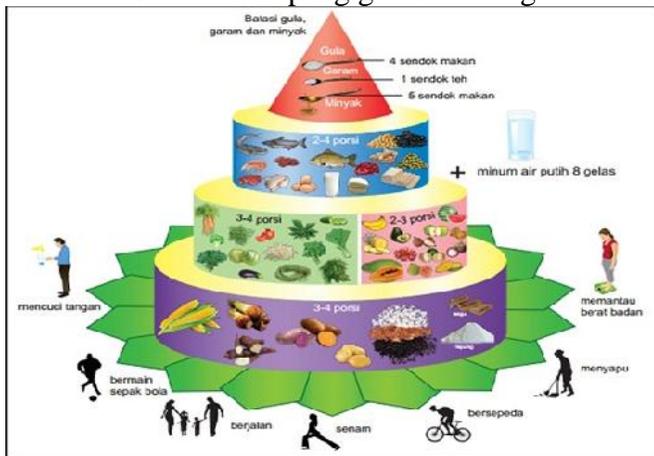
1 porsi buah = 1 potong pisang ambon ukuran sedang

1 porsi tempe = 2 potong

1 porsi daging = 1 potong

1 porsi susu cair = 200 cc; 1 porsi susu bubuk = 4 sendok makan

Gambar tumpeng gizi seimbang



(Sumber:Kemenkes RI, 2014)

### Empat pilar gizi seimbang

1. Konsumsi makanan yang beraneka ragam
2. Membiasakan perilaku hidup bersih dan sehat
3. Melakukan aktivitas fisik
4. Memantau berat badan secara teratur

### Pesan Gizi Seimbang Anak 2-5 tahun

1. Biasakan makan 3 kali sehari bersama keluarga
2. Perbanyak mengonsumsi makanan kaya protein
3. Perbanyak mengonsumsi sayuran dan buah-buahan
4. Batasi mengonsumsi makanan selingan yang terlalu manis, asin, berlemak
5. Minumlah air putih sesuai kebutuhan (1,2-1,5 L/hari)
6. Biasakan bermain bersama dan melakukan aktifitas fisik setiap hari

## H. Tugas dan peran Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan dalam Pelaksanaan TRIAS UKS khususnya terkait pemantauan pertumbuhan

### 1. Pendidikan Kesehatan

#### a. Tugas dan peran Dinas Pendidikan dan Kementerian Agama

- 1) Pelaksanaan & pengembangan pembinaan kegiatan kurikuler (kurikuler dan ekstra kurikuler)
- 2) Pembinaan materi metodologi dan evaluasi pendidikan kesehatan
- 3) Pelaksanaan Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan kegiatan kurikuler dan ekstrakurikuler

#### b. Tugas dan peran Dinas Kesehatan

- 1) Promosi dan penyuluhan kesehatan dan pelatihan keterampilan bagi petugas kesehatan, warga sekolah dan masyarakat lingkungan sekolah
- 2) Sumber masukan materi pendidikan kesehatan dalam kurikulum secara kurikuler dan kegiatan UKS secara ekstrakurikuler
- 3) Pelaksanaan Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan kegiatan ekstrakurikuler

### 2. Pelayanan Kesehatan

#### a. Tugas dan peran Dinas Pendidikan dan Kementerian Agama

- 1) Pelaksanaan pelayanan P3K dan P3P di sekolah secara ekstra kurikuler
- 2) Membantu administrasi pelayanan kesehatan di sekolah

- b. Tugas dan peran Dinas Kesehatan
  - 1) Pelaksanaan pelayanan kesehatan di sekolah dan perguruan agama secara komprehensif (promotif, preventif oleh Dinas Kesehatan dan rehabilitatif)
  - 2) Melaksanakan administrasi pelayanan kesehatan di sekolah dan perguruan agama
- 3. Pembinaan lingkungan sehat
  - a. Tugas dan peran Dinas Pendidikan dan Kementerian Agama
    - 1) Melaksanakan Program 7K/ Wawasan Wiyatamandala di sekolah
    - 2) Melaksanakan, membina dan mengembangkan pemeliharaan lingkungan sekolah yang bersih dan sehat (contoh lomba kebersihan)
  - b. Tugas dan peran Dinas Kesehatan
    - 1) Melaksanakan penyuluhan dan pengawasan kesehatan lingkungan di sekolah dan perguruan agama
    - 2) Memberikan bimbingan teknis dan pengawasan sanitasi lingkungan (pengawasan WC, air bersih, sampah, warung sekolah, pembuangan air limbah)

## **B. Tujuan**

- 3. Tujuan Umum  
Peserta pelatihan dapat memahami stimulasi dan deteksi dini pertumbuhan pada anak
- 4. Tujuan Khusus
  - d. Peserta pelatihan dapat mengerti tentang stimulasi dan deteksi dini penyimpangan pertumbuhan anak
  - e. Peserta pelatihan dapat mempraktikkan pemeriksaan pertumbuhan anak
  - f. Peserta pelatihan dapat mempraktikkan stimulasi pertumbuhan pada anak dengan gizi seimbang

## **C. MATERI**

### **Apa itu gizi seimbang?**

Susunan pangan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman pangan, aktifitas, perilaku hidup bersih dan memper tahankan berat badan normal untuk mencegah masalah gizi (Kemenkes RI, 2014).

## **PENCEGAHAN OBESITAS DENGAN GIZI SEIMBANG**

### **A. Pendahuluan**

Usia prasekolah termasuk dalam masa keemasan pada anak sehingga diperlukan perhatian khusus dari semua pihak yang terlibat pada anak seperti orang tua, guru, dan masyarakat. Pemantauan pada anak dilakukan terhadap dua aspek yaitu pertumbuhan dan perkembangan anak.

Hasil pengkajian pada 115 anak pra sekolah yang tersebar di TK/ PAUD di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok ditemukan anak usia diatas 5 tahun yang mengalami kegemukan 15, 49% (N= 71 orang) sedangkan anak usia 3-5 tahun yang mengalami kegemukan 15,91% (N=44 orang). Sedangkan anak usia diatas 5 tahun yang mengalami gizi kurang 11,27% (N= 71 orang) dan anak usia dibawah 5 tahun 4,55% (N= 44 orang).

Berdasarkan data tersebut sehingga diperlukan pemantauan pertumbuhan anak sehingga dapat dilakukan penanganan sejak dini. Pemantauan tahapan pertumbuhan dan perkembangan dapat dilakukan di TK/PAUD oleh guru, sehingga diperlukan pemahaman dan keterampilan untuk melakukan pemeriksaan pertumbuhan.

## **PENJARINGAN KESEHATANN SISWA TK MENGGUNAKAN FORM SDIDTK**

### **A. Pendahuluan**

Usia prasekolah termasuk dalam masa keemasan pada anak sehingga diperlukan perhatian khusus dari semua pihak yang terlibat pada anak seperti orang tua, guru, dan masyarakat. Pemantauan pada anak dilakukan terhadap dua aspek yaitu pertumbuhan dan perkembangan anak. Namun yang terjadi perhatian lebih banyak diberikan terhadap aspek pertumbuhan dibandingkan perkembangan pada anak. Program SDIDTK di tingkat puskesmas bersinergi dengan berbagai pihak termasuk posyandu, sekolah TK/ PAUD dan masyarakat. Keberhasilan program ini tentu saja membutuhkan peran serta dari berbagai elemen tersebut.

### **B. Tujuan**

1. Tujuan Umum  
Peserta pelatihan dapat memahami tentang program SDIDTK
2. Tujuan Khusus
  - a. Peserta pelatihan dapat memahami tumbuh kembang anak
  - b. Peserta pelatihan dapat memahami ciri tumbuh kembang anak
  - c. Peserta pelatihan dapat memahami prinsip tumbuh kembang anak
  - d. Peserta pelatihan dapat memahami faktor pertumbuhan dan perkembangan anak

- e. Peserta pelatihan dapat memahami aspek tumbuh kembang anak
- f. Peserta pelatihan dapat memahami gangguan tumbuh kembang
- g. Peserta dapat memahami peran guru dalam program SDIDTK

### C. MATERI

#### 1. Konsep Tumbuh Kembang

Anak memiliki suatu ciri yang khas yaitu selalu tumbuh dan berkembang sejak konsepsi sampai berakhirnya masa remaja. Hal ini yang membedakan anak dengan dewasa. Anak bukan dewasa kecil. Anak menunjukkan ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai dengan usianya.

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interselular, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat. Pertumbuhan terjadi secara simultan dengan perkembangan.

Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian. Perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi

Cara mengukur lingkaran kepala:

- a) Alat pengukur dilingkaran pada kepala anak melewati dahi, menutupi alis mata, diatas kedua telinga, dan bagian belakang kepala yang menonjol, tarik agak kencang, Baca angka pda pertemuan dengan angka
- b) Tanyakan tanggal lahir bayi/anak, hitung umur bayi/anak
- c) Hasil pengukuran dicatat pada grafik lingkaran kepala menurut umur dan jenis kelamin anak, Buat garis yang menghubungkan antara ukuran yang lalu dengan ukuran sekarang

Gambar pengukuran lingkaran kepala

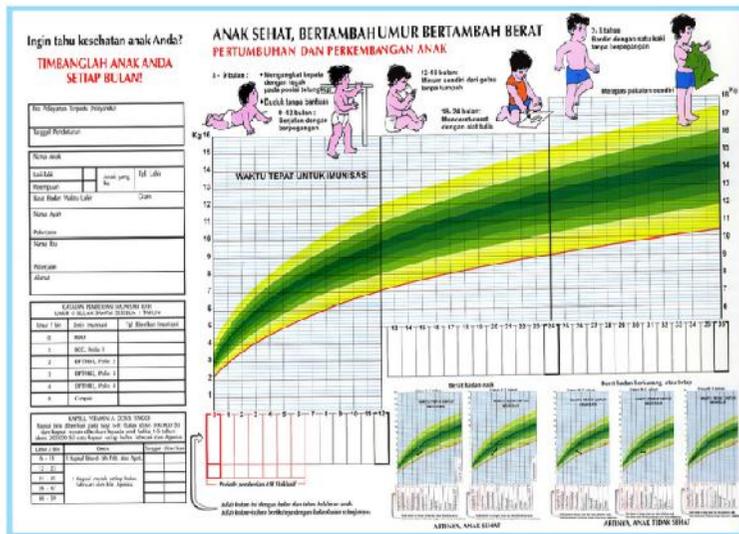


(Sumber: <http://mimospillowindo.com/mimos-pillow/>)

untuk menentukan status gizi anak: normal, pendek atau sangat pendek.

- c. Pengukuran indeks massa tubuh menurut umur (IMT/ U) untuk menentukan status gizi anak usia 5-6 untuk menentukan status gizi normal, sangat kurus, kurus, gemuk atau obesitas

Gambar KMS



**Pengukuran lingkaran kepala**

Tujuan untuk mengetahui lingkaran kepala anak dalam batas normal atau diluar batas normal Jadwal pengukuran disesuaikan dengan umur anak. Umur 0 - 11 Bln, pengukuran dilakukan setiap tiga Bln. Pada anak yang lebih besar, umur 12 – 72 Bln, pengukuran dilakukan setiap enam Bln. Pengukuran dan penilaian lingkaran kepala anak dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.

dan sosialisasi. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh.

**2. Ciri-ciri Tumbuh Kembang Anak**

- a. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya. Sebagai contoh, seorang anak tidak akan bisa berjalan sebelum ia bisa berdiri. Seorang anak tidak akan bisa berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh lain yang terkait dengan fungsi berdiri anak terhambat. Karena itu perkembangan awal ini merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.
- b. Pertumbuhan dan perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda, baik dalam pertumbuhan fisik maupun perkembangan fungsi organ dan perkembangan pada masing-masing anak.
- c. Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan dan setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Misalnya perkembangan intelegensia pada seorang anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf.
- d. Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan. Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembangan pun demikian, terjadi peningkatan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain. Anak sehat, bertambah umur, bertambah

berat dan tinggi badannya serta bertambah kependaiannya.

- e. Perkembangan mempunyai pola yang tetap, yaitu:
  - 1) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/anggota tubuh (pola sefalokaudal).
  - 2) Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (pola proksimodistal).
- f. Perkembangan memiliki tahap yang berurutan. Tahapan perkembangan tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum mampu membuat gambar kotak, atau anak mampu berdiri sebelum berjalan dan sebagainya.

### 3. Prinsip Perkembangan Anak

Perkembangan merupakan hasil proses kematangan dan belajar.

- a. Kematangan merupakan proses intrinsik yang terjadi dengan sendirinya sesuai dengan potensi yang ada pada individu.
- b. Belajar merupakan perkembangan yang berasal dari latihan dan usaha. Melalui belajar, anak memperoleh kemampuan menggunakan sumber yang diwariskan dan potensi yang dimiliki anak.
- c. Pola perkembangan dapat diramalkan.

## B. Tujuan

- 1. Tujuan Umum  
Peserta pelatihan dapat memahami stimulasi dan deteksi dini pertumbuhan pada anak
- 2. Tujuan Khusus
  - a. Peserta pelatihan dapat mengerti tentang stimulasi dan deteksi dini penyimpangan pertumbuhan anak
  - b. Peserta pelatihan dapat mempraktikkan pemeriksaan pertumbuhan anak
  - c. Peserta pelatihan dapat mempraktikkan stimulasi pertumbuhan pada anak dengan gizi seimbang

## C. MATERI

Deteksi dini gangguan pertumbuhan salah satunya dilakukan di tingkat sekolah TK/ PAUD. Guru sangat berperan dalam melakukan deteksi dini gangguan pertumbuhan. Alat dan bahan yang dibutuhkan:

- a. Formulir pencatatan DDTK
- b. Timbangan (dacin untuk < 5 tahun, timbangan digital > 5 tahun)
- c. Alat ukur tinggi badan

Penentuan status gizi anak:

- a. Pengukuran berat badan terhadap tinggi badan (BB/ TB) untuk menentukan status gizi anak di bawah 5 tahun. Status gizi dibagi ke dalam kategori: normal, kurus, sangat kurus dan gemuk
- b. Pengukuran panjang badan terhadap umur atau tinggi badan terhadap umur (TB/ U atau BB/ U)

## DETEKSI DINI DAN STIMULASI GANGGUAN PERTUMBUHAN

### A. Pendahuluan

Usia prasekolah termasuk dalam masa keemasan pada anak sehingga diperlukan perhatian khusus dari semua pihak yang terlibat pada anak seperti orang tua, guru, dan masyarakat. Pemantauan pada anak dilakukan terhadap dua aspek yaitu pertumbuhan dan perkembangan anak.

Hasil pengkajian pada 115 anak pra sekolah yang tersebar di TK/ PAUD di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok ditemukan anak usia diatas 5 tahun yang mengalami kegemukan 15, 49% (N= 71 orang) sedangkan anak usia 3-5 tahun yang mengalami kegemukan 15,91% (N=44 orang). Sedangkan anak usia diatas 5 tahun yang mengalami gizi kurang 11,27% (N= 71 orang) dan anak usia dibawah 5 tahun 4,55% (N= 44 orang).

Berdasarkan data tersebut sehingga diperlukan pemantauan pertumbuhan anak sehingga dapat dilakukan penangan sejak dini. Pemantauan tahapan pertumbuhan dan perkembangan dapat dilakukan di TK/PAUD oleh guru, sehingga diperlukan pemahaman dan keterampilan untuk melakukan pemeriksaan pertumbuhan.

d. Terdapat persamaan pola perkembangan bagi semua anak, dengan demikian perkembangan seorang anak dapat diramalkan. Perkembangan berlangsung dari tahapan umum ke tahapan spesifik, dan terjadi berkesinambungan.

### 3. **Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Tumbuh Kembang Anak.**

Banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak, antara lain:

- a. Faktor dalam (internal)
  - Ras/etnik atau bangsa.
  - Keluarga.
  - Umur.
  - Jenis kelamin.
  - Genetik.
  - Kelainan kromosom.
- b. Faktor luar (eksternal)
  - 1) Faktor Prenatal
    - Gizi
    - Mekanis
    - Toksin atau zat kimia
    - Endokrin
    - Radiasi
    - Infeksi
    - Kelainan imunologi
    - Anoksia embrio
    - Psikologi ibu
  - 2) Faktor Persalinan
    - Trauma kepala atau asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak.
  - 3) Faktor Pascasalin

- Gizi
- Penyakit kronis/ kelainan kongenital,
- Lingkungan fisis dan kimia.
- Psikologis
- Endokrin
- Sosio-ekonomi
- Lingkungan pengasuhan
- Stimulasi
- Obat-obatan

#### 4. Aspek Tumbuh Kembang

- a. Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri, dan sebagainya.
- b. Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjimpit, menulis, dan sebagainya.
- c. Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.
- d. Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain}, berpisah dengan ibu/pengasuh anak,

anak untuk mengetahui kemungkinan masalah tumbuh dan kembang anak.

#### E. Daftar Pustaka

Kemenkes RI, (2016). *Stimulasi, deteksi dan Intervensi dini tumbuh kembang anak*. Jakarta: Kemenkes

Kemenkes RI, (2016). *Buku kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: Kemenkes dan JICA

PP No. 66 Tahun 2014 Tentang Pemantauan Tumbuh Kembang Anak dan Gangguan Tumbuh Kembang

e. Retardasi Mental.

Merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh intelegensia yang rendah ( $IQ < 70$ ) yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal.

f. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

Merupakan gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas.

5. Peran Guru dalam pemeriksaan SDIDTK

- a. Mengisi identitas anak di formulir DDTK
- b. Melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan
- c. Menuliskan hasil pengukuran dan pemeriksaan perkembangan dalam formulir DDTK
- d. Melakukan pemeriksaan anak dengan KPSP
- e. Mengisi kuisioner Tes Daya Dengar (TDD)
- f. Melakukan Tes Daya Lihat (TDL)
- g. Mengisi kuisioner KMPE

**D. Rangkuman**

Pertumbuhan dan perkembangan anak terjadi secara beriringan. Banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang diketahui sejak dini dapat ditangani dengan segera. Guru sebagai pihak yang dilibatkan dalam program SDIDTK harus memahami beberapa pemeriksaan

bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya, dan sebagainya.

e. Masa anak balita umur 12-59 Bln.

Pada masa ini, kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik (gerak kasar dan gerak halus) serta fungsi ekskresi. Pertumbuhan dasar yang berlangsung pada masa balita akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya.

Setelah lahir terutama pada 3 tahun pertama kehidupan, pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak masih berlangsung; dan terjadi pertumbuhan serabut serabut syaraf dan cabang-cabangnya, sehingga terbentuk jaringan syaraf dan otak yang kompleks. Jumlah dan pengaturan hubungan-hubungan antar sel syaraf ini akan sangat mempengaruhi segala kinerja otak, mulai dari kemampuan belajar berjalan, mengenal huruf, hingga bersosialisasi.

Pada masa balita, perkembangan kemampuan bicara dan bahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan moral serta dasar-dasar kepribadian anak juga dibentuk pada masa ini, sehingga setiap kelainan/penyimpangan sekecil apapun apabila tidak dideteksi apalagi tidak ditangani dengan baik, akan mengurangi

kualitas sumber daya manusia dikemudian hari.

f. Masa anak prasekolah umur 60-72 Bln.

Pada masa ini, pertumbuhan berlangsung stabil. Terjadi perkembangan dengan aktivitas jasmani yang bertambah dan meningkatnya ketrampilan dan proses berfikir. Memasuki masa prasekolah, anak mulai menunjukkan keinginannya, seiring dengan pertumbuhan dan perkembangannya. Anak mulai senang bermain di luar rumah dan berteman. Semakin banyak taman kota atau taman bermain dibangun untuk anak, semakin baik untuk menunjang kebutuhan anak.

Pada masa ini anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panca indra dan sistim reseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik. Perlu diperhatikan bahwa proses belajar pada masa ini adalah dengan cara bermain. Orang tua dan keluarga diharapkan dapat memantau pertumbuhan dan perkembangan anaknya, agar dapat dilakukan intervensi dini bila anak mengalami kelainan atau gangguan.

### **5. Beberapa Gangguan Perkembangan Yang Sering Ditemukan.**

a. Gangguan bicara dan bahasa.

Kemampuan berbahasa merupakan indikator seluruh perkembangan anak. Karena kemampuan berbahasa sensitif terhadap keterlambatan atau

kerusakan pada sistem lainnya, sebab melibatkan kemampuan kognitif, motor, psikologis, emosi dan lingkungan sekitar anak. Kurangnya stimulasi akan dapat menyebabkan gangguan bicara dan berbahasa bahkan gangguan ini dapat menetap.

b. Cerebral palsy.

Merupakan suatu kelainan gerakan dan postur tubuh yang tidak progresif, yang disebabkan oleh karena suatu kerusakan/gangguan pada sel-sel motorik pada susunan saraf pusat yang sedang tumbuh/belum selesai pertumbuhannya.

c. Sindrom Down.

Anak dengan Sindrom Down adalah individu yang dapat dikenal dari fenotipnya dan mempunyai kecerdasan yang terbatas, yang terjadi akibat adanya jumlah kromosom 21 yang berlebih. Perkembangannya lebih lambat dari anak yang normal. Beberapa faktor seperti kelainan jantung kongenital, hipotonia yang berat, masalah biologis atau lingkungan lainnya dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik dan keterampilan untuk menolong diri sendiri.

d. Gangguan Autisme.

Merupakan gangguan perkembangan pervasif pada anak yang gejalanya muncul sebelum anak berumur 3 tahun. Pervasif berarti meliputi seluruh aspek perkembangan sehingga gangguan tersebut sangat luas dan berat, yang mempengaruhi anak secara mendalam. Gangguan perkembangan yang ditemukan pada autisme mencakup bidang interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.



Ayah Bunda Cerdas, bagaimana tumbuh dan kembang anak-anak hebat kita? Sudahkah sesuai usianya? Tumbuh kembang sehat sejak dini merupakan bekal anak-anak hebat kita di fase kehidupan selanjutnya. Nah, informasi kesehatan

yang akan diedarkan **setiap minggu ini** akan khusus mengupas tentang kesehatan anak-anak hebat kita. Jangan lupa, **DIBACA ya...**

Yuk kita simak.....

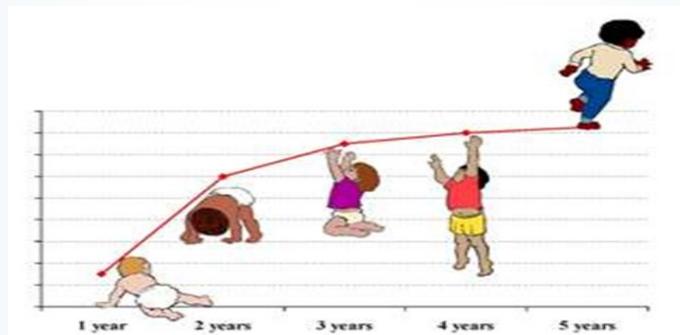
Ayah bunda Cerdas, sudahkah mendengar tentang istilah pertumbuhan? Nah pertumbuhan merupakan **sebuah proses dimana seorang anak bertambah besar dan bertambah tinggi** sedangkan **perkembangan adalah kemampuan atau kepintaran anak meningkat dari waktu ke waktu.**

Kita harus mengetahui apakah anak kita saat ini tumbuh sehat atau tidak, yuk kita simak ciri-cirinya:

1. Rambut bersih dan mengkilap, tidak kotor, tidak kusam, tidak berketombe, tidak ada kutu.
2. Mata bersih dan bersinar, tidak merah, tidak bengkak, tidak gatal dan tidak nyeri/sakit.
3. Telinga bersih dan sehat, tidak ber-

4. Hidung bersih, tidak ada ingus, tidak mudah berdarah/mimisan. Rongga mulut bersih, nafas tidak bau, gusi tidak mudah berdarah, tidak ada sariawan.
5. Gigi geligi bersih, tidak berlubang, tidak ada keluhan sakit gigi.
6. Bibir dan lidah tampak segar, bersih, tidak pucat, tidak kering dan tidak pecah-pecah.
7. Leher berkulit bersih, tidak bersisik, tidak ada benjolan, tidak ada bercak putih, panu, atau kadas, dan tidak gatal.
8. Tangan bersih, kuku pendek bersih, kulit bersih tidak bersisik, tidak ada luka, tidak ada bisul, tidak ada koreng
9. Badan bersih, kulit bersih tidak bersisik, tidak ada bercak putih, tidak ada luka atau bisul, tidak ada benjolan.
10. Kaki bersih, kuku pendek dan bersih, kulit tidak bersisik, tidak ada bercak putih, tidak ada luka atau borok.

Nah dari 10 ciri di atas, adakah ciri yang tidak terdapat pada anak Ayah Bunda? Yuk kita rajin cek kebersihan anak-anak kita setiap hari agar anak sehat selalu.



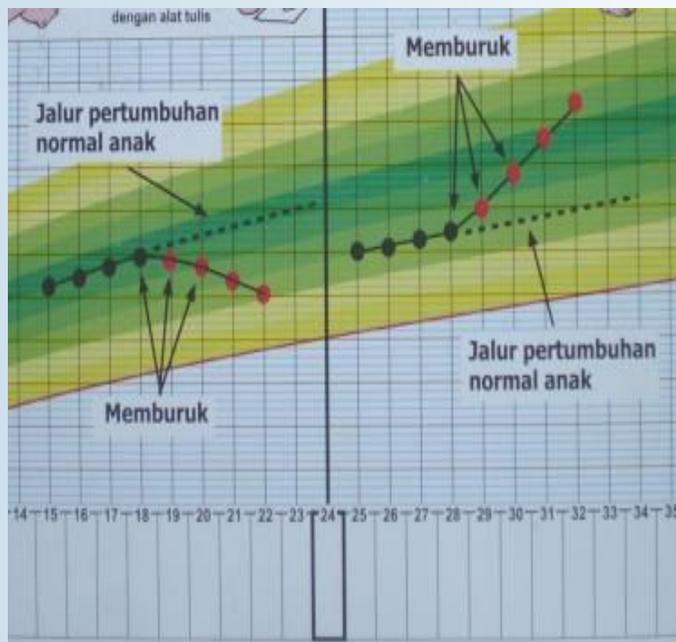
Ayah Bunda Cerdas, bagaimana kita tahu bahwa pertumbuhan anak kita sudah sesuai usianya? Jawabannya adalah pemantauan tiap bulan. Anak **WAJIB DITIMBANG dan DIUKUR TINGGI BADANNYA SETIAP BULAN.**

**Jangan lupa, PERHATIKAN KMS atau GRAFIK PERTUMBUHAN ANAK TIAP BULAN YA...**



MARI KITA CEGAH MASALAH KESEHATAN AKIBAT PERTUMBUHAN ANAK YANG KURANG OPTIMAL. PENCEGAHAN SEJAK DINI DAPAT MENURUNKAN TINGKAT KESAKITAN PADA ANAK PADA FASE KEHIDUPAN SELANJUTNYA

Coba kita perhatikan gambar KMS anak berikut ini:



Terlihat bahwa gambar sebelah kiri, kondisi pertumbuhan anak menurun selama empat kali pemantauan, Hal ini menunjukkan berat badan anak turun dan kondisi ini merupakan kondisi **TIDAK NORMAL**.

Nah gambar sebelah kanan sebaliknya, anak berat badannya terlalu cepat naik sehingga kemungkinan menderita kegemukan. Hal ini pun menunjukkan kondisi **TIDAK NORMAL**.

**Jadi Ayah Bunda, baik anak terlalu kurus, terlalu pendek maupun terlalu gemuk sama-sama kurang sehat dan tidak baik untuk masa depan anak jika tidak ditangani segera.**

## ANAK GEMUK

Akibat jangka pendek yang dirasakan anak terlalu gemuk antara lain:

1. Anak dipanggil, dijuluki atau diolok-olok akibat kegemukan yang dideritanya
2. Sulit mencari ukuran baju
3. Anak cepat capek karena nafas cenderung lebih pendek

Akibat jangka panjang yang dapat dirasakan anak terlalu gemuk antara lain:

1. Penyakit kencing manis
2. Penyakit jantung
3. Penyakit perlemakan hati
4. Kanker
5. *Sleep apneu* (nafas berhenti sesaat ketika tidur)
6. Arthritis (nyeri sendi terutama lutut)

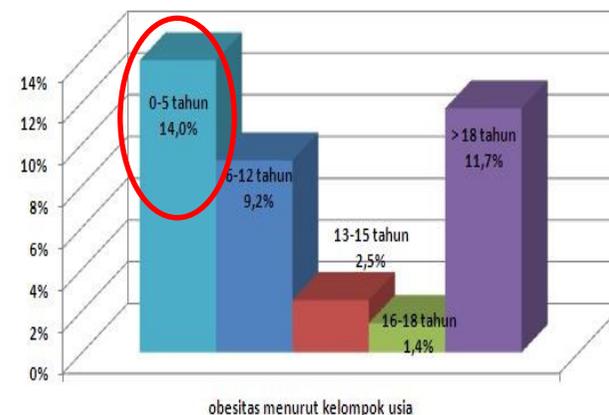
Penyebab anak terlalu gemuk antara lain:

1. Makan makanan yang tinggi kalori seperti gorengan, makanan manis dan minuman manis (susu/ sirop/ es the), makanan yang mengandung banyak tepung, makan karbohidrat dalam jumlah banyak, makanan cepat saji
2. Kurang gerak/ aktifitas
3. Sering menonton TV, main gadget/ hape dalam waktu yang lama
4. Kurang makan buah dan sayur



## DATA DAN FAKTA

### TOP 10 FATTEST COUNTRIES IN THE WORLD



**OBSITAS BISA DICEGAH SEJAK DINI DENGAN KEBIASAAN SEHARI-HARI YANG SEHAT.**

**TIPS DAN TRIKNYA SIMAK PADA LEMBAR INFORMASI MINGGU BERIKUTNYA**

**Program Studi Spesialis  
Keperawatan Komunitas  
FIK-UI**

**Yuk Patuh Berlalu Lintas:  
Traffic Light Diet**

**Oleh:  
Ns. Rohayati, M.Kep.**

Pola makan yang benar (Food Rules diet pada anak gemuk):

- Terjadwal dengan pola makan besar 3x/hari
- camilan 2x/hari yang terjadwal (camilan diutamakan dalam bentuk buah segar)
- diberikan air putih di antara jadwal makan utama dan camilan
- lama makan 30 menit/kali

Ubah kebiasaan di rumah agar anak tidak obesitas

- Tidak menyediakan minuman manis, konsumsi jus dan susu yang berlebih
- Makan bersama di meja makan → Matikan TV
- Batasi waktu menonton TV/ main game/ PS
- Tidak meletakkan TV di kamar
- Menyediakan makanan tidak digoreng, daging rendah lemak, ayam tanpa kulit

## Traffic light diet

Merah (red food)	Kuning (yellow food)	Hijau (green food)
Boleh dimakan 1 x/ minggu	Dimakan porsi kecil. Tapi tidak tiap hari	Boleh dimakan tiap hari
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Makanan digoreng &amp; kentang olahan</li> <li>- Daging olahan</li> <li>- Makanan penutup berbahan susu</li> <li>- Biskuit &amp; kue manis</li> <li>- Coklat &amp; minuman manis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daging olahan rendah lemak &amp; garam</li> <li>- Roti &amp; sereal olahan</li> <li>- Produk susu tinggi lemak</li> <li>- Biskuit rendah lemak/ gula</li> <li>- Susu/ jus buah rendah lemak tanpa gula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buah dan sayuran</li> <li>- Daging tanpa lemak &amp; Ikan</li> <li>- Kacang-kacangan, biji-bijian, buncis</li> <li>- Roti gandum, cereal, beras, pasta</li> <li>- Produk susu rendah lemak</li> <li>- Air</li> </ul>
Contoh: kentang goreng, sosis, mie instan, nugget, keripik kentang, kue coklat, muffin, donat, <i>soft drinks</i>	Contoh: sereal olahan, roti, keju, pancake,	Contoh: ikan, buah, sayur segar, daging sapi tanpa lemak, ayam tanpa kulit

Makan sayur buah, membantu anak berfikir cerdas dan tumbuh sehat



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**Makan SAYUR & BUAH Setiap Hari Sangat Penting, Karena :**

- 1** Mengandung **VITAMIN dan MINERAL**, yang mengatur pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh.
- 2** Mengandung **SERAT** yang tinggi.

Buah dan Sayur: Kunci keluarga sehat

Sebuah data dari studi Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2015 yang dicantumkan dalam Panduan Hari Gizi Nasional Kementerian Kesehatan 2017 menyebutkan bahwa konsumsi sayur dan buah masyarakat Indonesia masih tergolong rendah, yaitu 57,1 gram per hari dan 33,5 gram per orang per hari.

**Makan SAYUR DAN BUA setiap hari**

Setiap anggota rumah tangga mengonsumsi minimal

**3 (tiga)** porsi buah dan **2 (dua)** porsi sayuran atau sebaliknya setiap hari.

Kurang sayur buah, anak mudah sakit dan tidak bisa mengikuti pelajaran sekolah

**Konsumsi SAYUR Per Gram Per Hari 2**

1 (satu) mangkok kecil = 100 gr

atau

1 (satu) sendok panci = 100 gr

atau

4 (empat) sendok bebek = 100 gr

atau

2 (dua) = 100 gr sendok sayur

atau

x 5

5 (lima) sendok makan = 100 gr

Daun Singkong, Daun Pepaya, Daun Bawang, Daun Melinjo, Daun Pakis, Jagung Muda, Jamur Segar, Kangkung, Labu Siam, Lobak, Oyong, Pare, Rebung, Sawi, Tauge, Terong, Tomat, Wortel, Kacang Panjang, Ketimun

**Tabel Konsumsi BUA Per Gram Per Hari 1**

JENIS	UKURAN RT	Berat (gr)
Alpukat	½ buah besar	50
Apel	½ buah besar	75
Belimbing	1 buah besar	125
Melon	1 potong besar	100
Jambu air	2 buah sedang	100
Jeruk manis	1 buah sedang	100
Kedondong	1 buah besar	100
Mangga	½ buah sedang	50

# Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas FIK-UI

## Tips mengatur belanja dapur agar hemat



- Belanja di pasar tradisional, bukan supermarket
- Buat racikan bumbu sendiri
- Pilih makanan yang tahan lama dan tidak cepat basi
- Jangan biasakan menyimpan bahan makanan yang belum dibutuhkan
- Hindari jenis masakan yang cepat menghabiskan gas elpiji misal rending, pepes
- Kombinasi menu makanan sesuai gizi seimbang (makanan pokok, sayur, buah, lauk)



## Cara Memilih buah sayur



1. Pilihlah buah dan sayur yang penampilannya baik, tidak kusam, berwarna cerah, dan segar
2. Pilihlah sayuran yang berlubang karena ini merupakan tanda bahwa sayuran tersebut tidak disemprot pestisida. Jika buah atau sayuran disemprot pestisida, akan terlihat bercak putih pada permukaan buah dan sayur tersebut.
3. Pilihlah buah berwarna kuning dan merah karena kandungan serat, vitamin, dan mineralnya lebih tinggi, seperti jeruk, mangga, pepaya, dan apel.

# Peran Orang Tua menyiapkan hingga memberi contoh kon- sumsi sayur buah

## Cara Mengolah Makanan



- Mencuci beras cukup 2 kali dibilas
- Sayuran dicuci sebelum dipotong
- Sayuran dimasak jangan terlalu matang
- Tidak menghangatkan sayuran

## Cara Menyimpan Makanan (2)



- Makanan disimpan di tempat yang aman dan jauh terlindungi dari bahan berbahaya
- Lemari penyimpanan makanan sebaiknya tertutup dan tidak berada di bawah tanpa kaki penyangga/dipojok ruangan (tidak terjangkau oleh tikus, kecoa, hewan lainnya)

Oleh:  
Ns. Rohayati, M.Kep.

## Cara Menyimpan Makanan (1)



- Setelah dimasak, sebaiknya makanan segera dimakan
- Apabila disimpan di ruang terbuka (tidak di dalam lemari es) tidak lebih dari 6 jam dan ditutup rapat
- Apabila makanan akan dihangatkan, sebaiknya sampai suhu  $\geq 60^{\circ}\text{C}$  dan jangan terlalu lama dan sering

## Cara Menyimpan Makanan (2)



- Makanan disimpan di tempat yang aman dan jauh terlindungi dari bahan berbahaya
- Lemari penyimpanan makanan sebaiknya tertutup dan tidak berada di bawah tanpa kaki penyangga/dipojok ruangan (tidak terjangkau oleh tikus, kecoa, hewan lainnya)

## Makan sayur buah, membantu anak berfikir cerdas dan tumbuh sehat

Pengelompokkan warna buah sayur berdasarkan warna pelangi serta contoh dan manfaatnya

N	Warna	Contoh buah sayur	Manfaat
1	Merah	Apel merah, semangka, stawberi, cherry, selada merah, tomat, beet, anggur merah, ba-	Membantu kesehatan jantung, memori dan mencegah kanker
2	Orange dan kuning	Jeruk, wortel, labu parang, jagung, ubi manis, apricot, melon kuning, belimbing, manga, nanas,	Membantu kesehatan jantung, penglihatan, mempercepat proses penyembuhan inflamasi dan mencegah kanker
3	Hijau	Selada, zucchini, kacang polong, timun, bayam, pear, asparagus, alpukat, brokoli, anggur hijau, kiwi, sawi hijau	Mencegah kanker, membantu kesehatan mata, membantu kekuatan tulang dan gigi
4	Biru dan ungu	Blueberry, anggur ungu, plum, terong, zaitun dan buah naga ungu	Membantu mempertahankan memori dan mencegah penuaan dini
5	Putih	Jamur, bawang putih	Membantu kesehatan jantung dan mencegah kanker

(Sumber: OPAL, City of palyford, Australian Government, SA Health, 2007)

**ANAK MINIMAL MENGENGKONSUMSI TIGA WARNA SETIAP HARI, BOLEH DIKOMBINASKAN TIGA WARNA TERSEBUT TERDIRI DARI BUAH DAN SAYUR**

**TIGA WARNA/ HARI DAPAT MENCUKUPI KEBUTUHAN VITAMIN ANAK JIKA DIKONSUMSI DENGAN PORSI YANG BENAR**

## Buah dan Sayur: Kunci keluarga sehat

### Tips agar anak makan cukup

- Memberi makanan seimbang
- Makan teratur
- Memberi makan dalam porsi sedikit tapi sering
- Ajak makan bersama keluarga
- Memberi makan sambil bermain dan bercerita
- Tata makanan dengan bentuk dan warna yang menarik
- Jangan beri jajan dekat waktu makan
- Jangan beri makanan manis sebelum makan
- Jangan paksa anak bila tidak mau makan

### Tips membiasakan anak makan sayur buah

- Orang tua makan sayur buah bersama anak
- Sayur disembunyikan dalam makanan lain misal omelet telur+bayam+wortel
- Lembutkan tekstur sayuran/ potong lebih kecil
- Berikan nama lucu untuk buah sayur contoh semangka tawa
- Taburi keju
- Tunggu anak lapar
- Sisipkan dalam bekal sekolah anak



## Kurang sayur buah, anak mudah sakit dan tidak bisa mengikuti pelajaran sekolah

### Mengapa sayur dan buah penting?

- Menjaga daya tahan tubuh anak agar tidak mudah sakit
- Dalam beberapa penelitian terbukti bahwa sayur buah dapat mencegah penyakit kronis seperti jantung, darah tinggi, kencing manis dan obesitas
- Sayur dan buah baik untuk menjaga kecantikan kulit
- Konsumsi sayur dan buah memperlancar pencernaan dan peredaran darah
- Sayuran berwarna seperti wortel, bayam, labu, tomat dapat meningkatkan kecerdasan anak

**GERMAS**  
Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

**KEMENKES RI**

**Manfaat dari mengonsumsi buah dan sayur:**

- 1 Hasil penelitian di Amerika menunjukkan bahwa apabila mengonsumsi 3 porsi buah dan sayur maka penyakit kardiovaskular akan berkurang.
- 2 Badan Penelitian Penyakit Kanker Dunia menyatakan bahwa risiko terkena kanker akan berkurang sampai 20 % apabila mengonsumsi 5 porsi buah dan sayur atau lebih setiap harinya.
- 3 Obesitas (kelebihan berat badan) akan menghilang secara perlahan karena buah dan sayur mempunyai kalori yang rendah dan bebas dari lemak jahat yang dapat membahayakan tubuh.
- 4 Kandungan serat yang tinggi membuat metabolisme dalam tubuh bekerja dengan lancar, sehingga proses buang air besar lebih lancar.
- 5 Buah dan sayur banyak mengandung vitamin dan mineral sehingga membuat tubuh lebih energik dan segar.
- 6 Vitamin serta mineral akan membantu terhindar dari serangan penyakit, seperti influenza yang disebabkan oleh virus atau serangan bakteri lain.



## **RAPORT GIZI ANAK TK/ PAUD**



**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2017**

TEMPEL FOTO DISINI

<b>NAMAKU</b>	:	
<b>NAMA PANGGILANKU</b>	:	
<b>UMURKU</b>	:	
<b>NAMA AYAHKU</b>	:	
<b>NAMA IBUKU</b>	:	
<b>NAMA SEKOLAHKU</b>	:	

## FORMULIR DETEKSI DINI TUMBUH KEMBANG ANAK

Perkesmas:..... Kec:.....Kab/ Kota.....Prov:.....

### I. IDENTITAS ANAK

- a. Nama :.....Laki-laki/ perempuan:.....
- b. Nama ayah :.....  
Nama ibu :.....
- c. Alamat :.....
- d. Tanggal pemeriksaan : .....
- e. Tanggal lahir: .....
- f. Umur anak : .....

### II. ANAMNESIS

1. Keluhan Utama  
.....  
.....

2. Apakah anak punya masalah tumbuh kembang:  
.....  
.....

### III. PEMERIKSAAN RUTIN SESUAI JADWAL

1. BB: .....Kg; TB/ BB: .....BB/ TB: a. Gizi baik b. Gizi kurang c. Gizi lebih d. Gizi buruk e. Rujuk: ya/ tidak
2. LKA:.....LKA/ U:.....a. normal b. Mikrosefal c. Makrosefal d. Rujuk: ya/ tidak
3. Perkembangan anak:
  - a. Sesuai

Meragukan b1. GK b2. GH b3. Bahasa b4. Sosial kemandirian b5. Rujuk: ya/ tidak

- b. Penyimpangan : c1. GK c2. GH c3. Bahasa c4. Sosial kemandirian c5. Rujuk: ya/ tidak
- c. Daya lihat : d1. Normal d.2 curiga ada gangguan d3. Rujuk: ya/ tidak
- d. Daya dengar : e1. Normal e.2 curiga ada gangguan e3. Rujuk: ya/ tidak
- e. Mental emosional: f1. Normal f.2 curiga ada gangguan e3. Rujuk: ya/ tidak

### IV. PEMERIKSAAN ATAS INDIKASI JIKA ADA KELUHAN

- a. Autisme: a1.Resiko tinggi a2. Resiko rendah a3.gangguan lain a4.
- b. GPPH: b1. Kemungkinan GPPH b2.bukan GPPH  
b3. Rujuk: ya/ tidak

V. KESIMPULAN

.....  
.....

VI. TINDAKAN/ INTERVENSI

- a. Konseling stimulasi bagi ibu: a.1 Diberikan  
a.2. Tidak diberikan
- b. Intervensi stimulasi perkembangan: a. GK b. GH c. Bahasa Sosial kemandirian d.Rujuk: ya/ tidak
- c. Tindakan pengobatan lain:.....
- d. Dirujuk ke : ada surat rujukan  
Tidak ada surat rujukan

## Petunjuk pengisian Buku

### Bagian *Food Daily Recall*

Pada bagian ini, ibu diminta mengisi rekapan makanan setiap hari untuk mengetahui kecukupan gizi harian anak dari bangun tidur hingga tidur lagi. Berikut contoh pengisiannya.

#### **Hari/ tanggal: Kamis, 1 Maret 2018**

Waktu makan	Jenis Makanan	Jumlah (sendok/ gelas/ centong)
Sarapan Jam 07.00	Nasi Telur ceplok Susu	1 piring 1 butir 1 gelas
Cemilan Istirahat sekolah	Semangka Susu kotak	1 potong 250 ml
Makan siang Jam 13.00	Nasi Sayur bayam wortel Ikan tongkol	1piring Setengah mangkok Satu potong
Cemilan Jam 15.00	Es krim Sosis bakar	1 cup 2 potong
Makan malam Jam 20.00 Jam 21.00	Nasi goreng  Susu	1 piring  1 gelas

Bekal anak di sekolah: Semangka dan susu kotak

Selanjutnya ibu diminta kesediaannya untuk mengisi rekapan makanan. Buku ini akan dinilai setiap minggu sesuai dengan jadwal game anak. Rekapan ini akan dilakukan selama 6 minggu.

## REKAPAN MAKANAN SESUAI WARNA PELANGI

Periode tanggal:

Hari	Jenis sayur buah berdasarkan warna pelangi				
	Merah	Orange/ kuning	Hijau	Biru/ ungu	Putih
Senin	Tomat Bawang merah		Bayam		Bawang putih
Selasa	Semangka	Wortel	Kangkung		Bawang putih
Rabu		Pepaya	Bayam		Bawang putih
Kamis					
Jumat					
Sabtu					
Minggu					

Catatan orang tua: anak suka milih sendiri sayur buah sesuai kesukaannya

Catatan Perawat:

***FOOD DAILY RECALL***

**Hari/ tanggal: Senin, 5 Maret 2018**

Waktu makan	Jenis Makanan	Jumlah (sendok/ gelas/ centong)
Sarapan		
Cemilan		
Makan siang		
Cemilan		
Makan malam		

Bekal sekolah: .....

## REKAPAN MAKANAN SESUAI WARNA PELANGI

Hari	Jenis sayur buah berdasarkan warna pelangi				
	Merah	Orange/ kuning	Hijau	Biru/ ungu	Putih
Senin,					
Selasa					
Rabu					
Kamis					
Jumat					
Sabtu					
Minggu					

Periode tanggal: 5-11 Maret 201

Catatan orang tua:

Catatan Perawat:

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### Data Diri



Nama : Rohayati  
Tempat tanggal lahir : Sukabumi, 16 Juni 1981  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Suku : Sunda  
Alamat rumah : Jl. Cabe III RT 003 RW 007 No. 107B  
Kelurahan Pondok Cabe Ilir Kecamatan  
Pamulang Tangerang Selatan Banten  
Alamat email : [Athearobiansyah@gmail.com](mailto:Athearobiansyah@gmail.com)

### Riwayat Pendidikan

2017-2018 : Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
2015-2017 : Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
2011-2012 : Profesi Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
2009-2011 : Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
2003-2006 : Diploma III Keperawatan di Program Studi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Sukabumi  
1997-2000 : SMA Negeri 4 Sukabumi  
1994-1997 : SMP Negeri 1 Surade  
1988-1994 : SD Negeri Cisaat II