

## MODIFIKASI TINDAKAN : PIJAT TUINA DAN COACHING PADA KELUARGA MENURUNKAN STATUS RESIKO GIZI KURANG ANAK USIA SEKOLAH

Dely Maria<sup>\*)</sup>, Agus Setiawan

Akademi Keperawatan Rumah Sakit Jakarta

Jl. Jend Sudirman Kav. 49 Jakarta Selatan 12510 Telp. : +62-21 574.1401

### Abstrak

*Nutrisi merupakan suatu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh keluarga terhadap anak usia sekolah, dengan tujuan mempertahankan berat badan dan meningkatkan status kognitif melalui berbagai macam cara. Tujuan studi kasus ini untuk menurunkan status resiko gizi kurang pada anak usia sekolah dengan pendekatan tingkat keluarga. Desain penelitian menggunakan metode quasi eksperimen, responden sebesar 10 keluarga. Hasil studi kasus ini didapatkan 7 keluarga mengalami peningkatan tingkat kemandirian keluarga (KM II menjadi KM III), dan dua keluarga tetap berada di KM II dikarenakan faktor risk yang belum terselesaikan yaitu faktor ekonomi. Hasil dari therapy pijat TUINA terjadi peningkatan nafsu makan, namun secara pemenuhan porsi makan dan jenis makanan belum terpenuhi.*

**Kata kunci :** TUINA, kemandirian, gizi kurang

### Abstract

*[Behavior Modification: TUINA Massage And Coaching On Families Reduce The Risk Of Less Nutrition Status Of School Age Children] Nutrition is a basic need that must be met by the family of the children of school age, with the goal of maintaining weight loss and improve cognitive status in various ways. The purpose of these case studies to lower the risk status of malnutrition among school-age children with family -level approach. The study design using quasi-experimental method, the respondent amounted to 10 families. The results of this case study found seven families have increased the level of independence of the family (KM II became KM III), and the two families remain in KM II due to risk factors that have not been resolved is the economic factor. Results of TUINA massage therapy increased appetite, but in fulfillment of food portions and types of food have not been met .*

**Keywords :** TUINA, independence, malnutrition

### 1. Pendahuluan

Keluarga memiliki peran penting dalam menentukan status gizi anak usia sekolah, demikian juga kemampuan keluarga dalam memenuhi tugas kesehatan keluarga dalam pemenuhan nutrisi anak usia sekolah. Keluarga adalah terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ketergantungan satu sama lain dalam segi emosional, fisik dan ekonomi (Hanson, dalam Kaakinen, 2010).

Pelayanan keperawatan keluarga memiliki lima tingkat keperawatan keluarga yaitu keluarga dipandang sebagai konteks (individu sebagai focus keperawatan), keluarga dipandang sebagai kumpulan individu (sasaran asuhan keperawatan pada anggota keluarga), keluarga sebagai sistem (fokus asuhan

keluarga pada hubungan antar anggota keluarga), keluarga sebagai klien (seluruh anggota keluarga dipandang sebagai klien), keluarga sebagai komponen masyarakat (keluarga dipandang sebagai subsistem dalam sebuah system yang lebih luas yaitu masyarakat) (Friedman, 2003).

Status gizi anak usia sekolah dapat dikaitkan dengan fungsi keluarga. Friedman, Bowden (2003), fungsi keluarga terdiri dari 5 fungsi yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan. Fungsi – fungsi tersebut akan dikaitkan dengan status gizi anak usia sekolah. Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan.

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bila dihubungkan dengan nutrisi, keluarga berperan dalam

-----  
\*) Penulis Korespondensi  
Email: clara\_laalaa@yahoo.com

mengajarkan anak tentang nutrisi yang sehat, perilaku jajan.

Fungsi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga, mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, dan menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

Fungsi ekonomi merupakan faktor risiko terhadap masalah nutrisi (Hitchcock, 1999). Kemampuan keluarga menjalankan fungsinya secara ekonomi berarti keluarga tersebut memiliki kemampuan dalam memenuhi nutrisi anak usia sekolah baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan prevalensi nasional anak usia sekolah (6 - 12 tahun), kategori gizi kurang sebesar 11.2%. Hasil dari penyebaran kuesioner ditemukan faktor risiko dari keluarga yang mempengaruhi masalah gizi yaitu keluarga masih belum menyediakan sayur tiap hari (27,9%), belum menyediakan buah tiap hari (25,6%), menganggap berat badan kurang merupakan hal yang biasa (24.3%), keluarga tidak menyediakan sarapan tiap hari (45,3%).

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga di bidang kesehatan melalui tingkat kemandirian keluarga berdasarkan keputusan menteri kesehatan no. 279 tahun 2006. Tingkat kemandirian tersebut meliputi menerima petugas kesehatan, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran, melakukan tindakan pencegahan secara aktif, melakukan tindakan pencegahan secara aktif.

**Tingkat kemandirian I** meliputi menerima petugas kesehatan, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan. **Tingkat kemandirian II** yaitu menerima petugas kesehatan, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran. **Tingkat kemandirian III** terdiri dari menerima petugas kesehatan, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan anjuran, dan melakukan tindakan pencegahan secara aktif. **Tingkat kemandirian IV** terdiri dari kemampuan klg kemandirian III dan melakukan tindakan promotif secara aktif.

Implementasi keperawatan keluarga dilakukan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Implementasi yang dilakukan oleh seorang perawat kepada keluarga yaitu coaching dan guidance, modifikasi

perilaku, modifikasi lingkungan, modifikasi gaya hidup, advokasi keluarga, manajemen kasus, konseling, pemberdayaan.

Klasifikasi intervensi keperawatan keluarga meliputi *supplemental* (perawatan langsung/*direct care*), *fasilitatif* (pemanfaatan fasilitas kesehatan) dan *developmental* (terapi keluarga). Penggolongan intervensi menurut Wright and Leahey berupa kognitif, psikomotor dan afektif.

Pengelolaan studi kasus ini melalui model *Family Centered Nursing* (FCN). FCN disini meliputi tahap perkembangan dan riwayat keluarga dengan anak usia sekolah resiko gizi kurang, struktur keluarga, fungsi keluarga khususnya fungsi perawatan kesehatan yaitu keyakinan; nilai; perilaku kesehatan; tingkat pengetahuan; status kesehatan keluarga; tindakan pencegahan terhadap resiko gizi kurang, stress coping dan adaptasi keluarga.

Selain menggunakan model *Family Centered Nursing* (FCN), dilakukan modifikasi tindakan melalui cara pengukuran tingkat kemandirian keluarga dan therapy modalitas yaitu *Therapy Pijat TUINA*.

## 2. Bahan dan Metode

Desain penelitian menggunakan desain *quasi eksperimen*. Sampel yang diambil adalah keluarga yang memiliki anak usia sekolah dengan resiko gizi kurang. Jumlah keluarga yang diambil adalah 10 keluarga. Bahan yang digunakan dalam pendekatan pada keluarga menggunakan diri sendiri dan minyak telon/kayu putih sebagai media dalam melakukan therapy pijat TUINA.

## 3. Hasil dan Pembahasan

Hasil wawancara pada 10 keluarga, sebagian besar keluarga menganggap bahwa anak kurus merupakan hal yang biasa, dan yang penting anak mereka lincah. Keluarga mengatakan tidak tau kalo berat badan kurang merupakan hal yang bermasalah, porsi makan dalam sehari belum diketahui oleh ibu. Pola makan keluarga rata rata dengan frekuensi makan anak-anak 3-4 kali sehari, namun Ibu. P 1-2 kali sehari karena tidak nafsu makan. Sebagian besar keluarga binaan pada tingkat kemandirian keluarga KM II-III.

Anak dengan risiko gizi kurang memiliki perilaku makan yang kurang sehat (makan karbohidrat dengan karbohidrat, protein seadanya, sukar makan sayur dan buah) dan kemampuan secara ekonomi yang mendukung tidak terpenuhinya gizi seimbang sehingga terjadi risiko gizi kurang bahkan gizi kurang.

Faktor yang mendukung terjadinya risiko gizi kurang yaitu pendidikan keluarga, status ekonomi, pengetahuan keluarga mengenai gizi, daya beli keluarga rendah, keterbatasan sumber daya keluarga, dan pola pengasuhan praktik gizi yang kurang Analisis situasi pada satu keluarga yang dijelaskan

dikarenakan keluarga ini memiliki masalah yang kompleks.

Tabel 1. Gambaran singkat tingkat kemandirian 10 keluarga binaan dibawah ini :

Keluarga binaan	Tingkat kemandirian keluarga				Tingkat kemandirian keluarga			
	Pre – intervensi				Post - intervensi			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Bpk. R		√			√			
Bpk. K		√					√	
Bpk. W		√					√	
Bpk. D		√					√	
Bpk. S(1)		√			√			
Bpk. S(2)		√					√	
Bpk. A		√			√			
Bpk. P		√					√	
Bpk. F		√					√	
Bpk. O		√					√	

Tabel tingkat kemandirian keluarga (10 keluarga) menggambarkan sebelum dilakukan intervensi didapatkan tingkat kemandirian II. Setelah dilakukan intervensi pada tiap keluarga berupa pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang dan gizi kurang, penjadualan makan dan porsi makan tiap hari berdasarkan umur, terapi pijat TUINA, dilanjutkan dengan dilakukan evaluasi tingkat kemandirian keluarga.

Hasil evaluasi tersebut 7 keluarga mengalami peningkatan tingkat kemandirian keluarga (KM II-KM III), dan dua keluarga tetap berada di KM II dikarenakan faktor risk yang belum terselesaikan yaitu faktor ekonomi. Faktor ekonomi mempengaruhi kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anak usia sekolah.

Asuhan keperawatan keluarga dilakukan pada 10 keluarga binaan. Keluarga binaan diawali dari kemandirian keluarga (KM-II). Terdapat tujuh keluarga menjadi KM-III dan 3 keluarga tetap menjadi KM II. Sebagian besar keluarga belum melakukan tindakan promosi secara aktif, karena akibat gizi kurang belum dirasakan atau terlihat dampak negative dari anak gizi kurang.

Seluruh keluarga dilakukan tindakan therapy pijat TUINA dengan frekuensi yang sama setiap keluarga sebanyak dua kali dalam seminggu (dilakukan oleh penulis) dan 2 kali oleh keluarga. Hasil dari therapy tersebut terjadi peningkatan nafsu makan, namun secara pemenuhan makan sesuai porsi dan jenis makanan belum terpenuhi.

Dari 10 keluarga yang dilakukan asuhan keperawatan keluarga ada tiga keluarga yang belum terjadi peningkatan kemandirian dikarenakan berbagai faktor. Notoatmojo (2010) mengatakan bahwa ada tiga hal yang membuat seseorang lambat melakukan perilaku kesehatan yaitu pengetahuan yang terbatas, motivasi kurang dan keterampilan

hidup sehat serta dampak yang ditimbulkan tidak dirasakan langsung secara cepat.

Kesulitan dalam meningkatkan status nutrisi pada keluarga atau meningkatkan kemandirian keluarga dikarenakan salah satu faktornya yaitu social ekonomi. Penghasilan yang tidak memadai dalam pemenuhan nutrisi menjadi kendala dalam peningkatan status nutrisi.

Penguatan tindakan keperawatan pada keluarga terhadap penanganan gizi kurang adalah praktik diet keluarga yang dioptimalkan. Sebagian besar (90%) keluarga berada pada status sosial ekonomi menengah ke bawah. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, sebagian besar keluarga tidak memperhatikan menu seimbang bagi anak usia sekolah dengan resiko gizi kurang.

Gizi seimbang yang diajarkan mengacu pada Tumpeng Gizi Seimbang. Keluarga diberi pendidikan kesehatan terlebih dahulu untuk meningkatkan pengetahuan tentang gizi agar dari internalisasi pengetahuan dapat diaplikasikan menjadi perilaku sehari-hari (Pender&Murdaugh, 2006).

Fokus bimbingan (coaching) pada keluarga adalah menyusun menu seimbang sesuai jenis dan porsi. Keluarga diperkenalkan nilai gizi yang terkandung dalam setiap makanan, cara pengolahan yang baik, frekuensi makan serta ukuran porsi. Keluarga dibimbing dalam membuat menu seimbang berdasarkan kemampuan keluarga. Ukuran porsi karbohidrat khusus nasi dikonversi ke dalam gelas yang dimiliki keluarga. Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki diterapkan pada AUS dengan gizi kurang, keluarga dapat menyusun menu seimbang dan dipraktekkan sesuai keadaan ekonomi namun belum sesuai porsi.

Setiap keluarga juga diajarkan cara menilai status gizi AUS. Tujuan yang diharapkan agar dapat menilai anggota keluarga sehingga dapat mengatur pola makan anak. Keluarga belum mengetahui porsi dan ukuran makan untuk anak usia sekolah.

Pendidikan keluarga rata-rata SMA. Pengetahuan selalu dihubungkan dengan tingkat pendidikan seseorang. Hal ini dimungkinkan karena seseorang yang berpendidikan tinggi cenderung memiliki wawasan yang lebih baik dibanding yang pendidikan rendah, dan diharapkan informasi kesehatan yang diberikan lebih mudah dicerna dan diterima.

Praktik diet keluarga terkait protein, buah dan sayur bagi keluarga belum konsisten dikarenakan beberapa anggota keluarga tidak suka mengkonsumsi buah dan sayur. Notoatmojo (2010) menjeiaskan bahwa faktor nilai dan budaya dapat menjadi penghambat berperilaku kesehatan, oleh karena itu budaya yang terkait perilaku sehat perlu diajarkan sejak awal termasuk budaya makan protein, sayur dan buah.

Motivasi orangtua juga menentukan terhadap perbaikan praktik diet keluarga. Lindsay et al (2006)

juga mendukung keterlibatan dan upaya langsung dari orangtua perlu dimulai sejak dini pada tahap tumbuh kembang anak dalam melaksanakan praktek hidup sehat baik di dalam maupun di luar rumah.

Pendapatan memiliki dampak terhadap status gizi, khususnya status gizi tidak baik (kekurusian dan gemuk). Hal ini dikemukakan oleh Taylor;Evers;Kenna (2005), bahwa pendapatan identik dengan keterbatasan dalam pemilihan makanan yang diartikan kecenderungan seorang individu dalam memilih bahan makanan yang tinggi gula dan lemak dikarenakan dari segi biaya lebih murah.

Hal yang demikian berdampak pada malnutrisi dan meningkatnya resiko dan terpaparnya penyakit (Kanao;Osama;Abu-nada;Zabut, 2009). Diperkuat di dalam penelitian bahwa keluarga dengan status ekonomi rendah jarang sarapan pagi, terbatas dalam mengkonsumsi buah dan sayur, makan snack ringan dan permen.

Teknik modifikasi perilaku dengan sistem reward dan punishment membantu anak untuk mengurangi perilaku yang kurang baik. Modifikasi perilaku tidak bertahan lama jika keluarga kurang peduli sehingga kembali ke perilaku awal. Kaakinen et al (2010) sependapat bahwa keberhasilan atau kegagalan pada anggota keluarga karena pengaruh dukungan emosional, fisik dan ekonomi yang adekuat atau tidak adekuat. Friedman, Bowden dan Jones (2003) menambahkan bahwa keluarga berfungsi

terhadap kebutuhan fisik, emosional dan pembentukan kepribadian.

#### 4. Kesimpulan

Peningkatan kemandirian keluarga terhadap penanganan resiko gizi kurang yaitu sebagian besar keluarga yang memiliki tingkat KM-II meningkat menjadi KM-III

#### 5. Daftar Pustaka

- Friedman, M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2003). *Family nursing : Research theory & Practice*. Fifth edition. New Jersey. Person Education Inc.
- Hittchock, J.E et al. (1999). *Community health nursing. Caring in action*. New York. Delmar Publisher
- Kanao, Osama., Abu-Nada., Baker. (2009). *Nutritional status correlated with sosiodemographic and economic factors among preparatory school-aged children in the Gaza strip*. 113-119. Journal Pubic Health
- Laporan nasional Riskesdas tahun 2013. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id). Diakses tanggal 25 Maret 2014
- Notoatmodjo, S. (2010). *Kesehatan masyarakat Ilmu dan seni*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pender. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Fifth edition