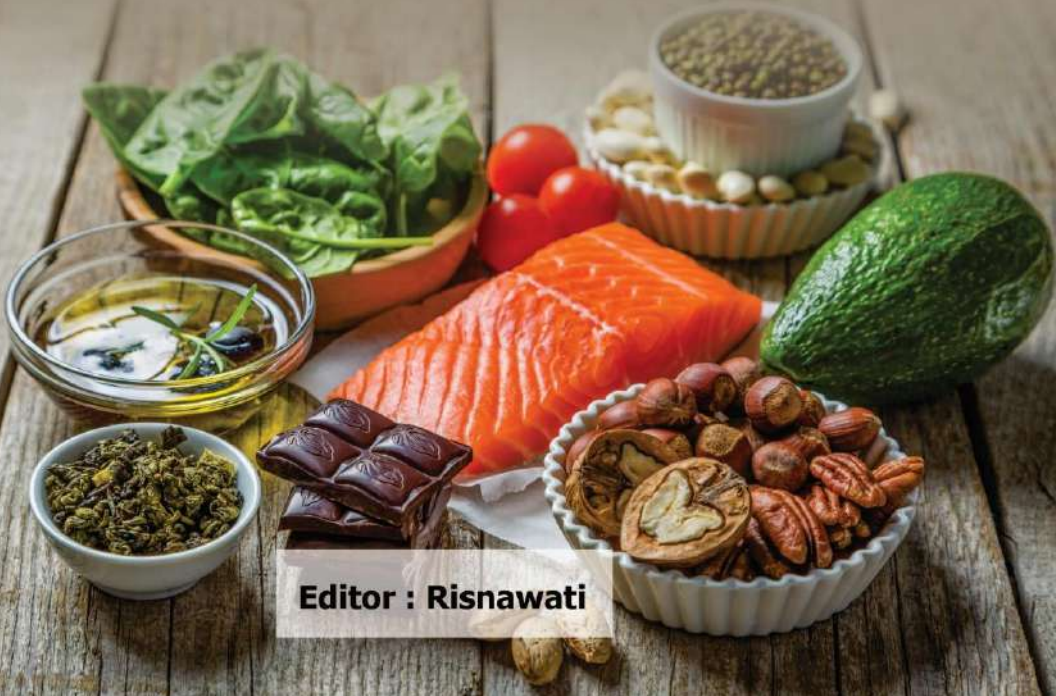


**Ns. Dely Maria P, Mkep., Sp.Kep.Kom**



# **TUGAS KESEHATAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN NUTRISI ANAK USIA SEKOLAH**



**Editor : Risnawati**

# **TUGAS KESEHATAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN NUTRISI ANAK USIA SEKOLAH**

**Ns. Dely Maria P, MKep., Sp.Kep.Kom**

**PENERBIT**



**2024**

## **UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta**

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# **TUGAS KESEHATAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN NUTRISI ANAK USIA SEKOLAH**

Ukuran unesco (15,5 x 23 cm )  
Halaman : vii + 67  
Isbn : 978-623-8050-48-2  
Penulis : Ns.Dely Maria P,MKep.,Sp.Kep.Kom

Editor : Risnawati

Layout &  
Desain Cover :Tim creative Rizmedia

## **RIZMEDIA PUSTAKA INDONESIA**

Redaksi :

Jl. Batara Ugi Blok/Griya Astra Blok C. No.18  
(Yogyakarta/Makassar)

IKAPI : 035/SSL/2022

Telp/Wa:085242065812

Email:[rizmediapustaka@gmail.com](mailto:rizmediapustaka@gmail.com)

Website : [www.rizmediapustakaindonesia.com](http://www.rizmediapustakaindonesia.com)

**Cetakan Pertama, Februari 2024**

Hak Cipta 2024 @Rizmedia Pustaka Indonesia

*Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

# PRAKATA

Puji tuhan penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat nya penulis dapat menyelesaikan buku ini. Penulisan buku ini adalah sebagai bentuk *sharing* ilmu dan wujud nyata dari karya penulis yang tertuang dalam sebuah buku yang berjudul **“TUGAS KESEHATAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN NUTRISI ANAK USIA SEKOLAH”**.

Seiring pertumbuhan fisik yang semakin meningkat, perkembangan secara kognitif, sosial, dan aktivitas anak usia sekolah juga semakin meningkat. Kebutuhan fisik dan perkembangan anak usia sekolah yang semakin meningkat, diperlukannya faktor yang mendukung untuk pemenuhan tersebut. Salah satu faktor yang mendukung yaitu pemenuhan kebutuhan nutrisi anak usia sekolah.

Tugas kesehatan keluarga meliputi kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Kemampuan keluarga melakukan tugas kesehatan keluarga dipengaruhi oleh pemahaman keluarga mengenai masalah kesehatan yang dialami, akibat lanjut yang dialami jika tidak ditangani dan berbagai faktor seperti kesadaran orangtua yang memiliki anak usia sekolah untuk membawa ke pelayanan kesehatan, kedekatan akses pelayanan kesehatan di lingkungan rumah. Perilaku keluarga dan praktik kesehatan di dalam keluarga sangat mempengaruhi kesehatan di dalam keluarga

Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini dari awal sampai akhir. Semoga buku ini dapat memberikan informasi dan manfaat bagi para pembaca.

**PENULIS**

# DAFTAR ISI

PRAKATA.....	v
BAB PENDAHULUAN.....	1
A. PROBLEMATIKA.....	2
B. MENGAPA BUKU INI DI TULIS.....	13
BAB 2 ANAK USIA SEKOLAH SEBAGAI KELOMPOK AT RISK .....	15
A. KONSEP AT RISK .....	16
B. <i>POPULATION AT RISK</i> .....	16
BAB 3 STATUS GIZI ANAK USIA SEKOLAH .....	23
A. PENGERTIAN.....	24
B. KEBUTUHAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH .....	26
C. PEMBAGIAN GIZI .....	29
D. PENILAIAN STATUS GIZI.....	30
BAB 4 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS GIZI .....	33
A. <i>FAKTOR EKONOMI</i> .....	34
B. FAKTOR SUPLAI MAKANAN .....	35
C. FAKTOR GAYA HIDUP .....	36
D. FAKTOR BIOLOGI .....	36
E. FAKTOR SOSIAL BUDAYA .....	36
F. FAKTOR LINGKUNGAN.....	37
BAB 5 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK USIA SEKOLAH.....	40
A. DEFINISI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN .....	41
B. PERTUMBUHAN FISIK.....	41
BAB 6 KONSEP KESEHATAN KELUARGA.....	44
A. DEFINISI KELUARGA.....	45
B. TUGAS KESEHATAN KELUARGA (MAGLAYA, 2009) .....	47
BAB 7 PERAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN NUTRISI DENGAN STATUS GIZI ANAK USIA SEKOLAH .....	50

DAFTAR PUSTAKA .....	55
GLOSARIUM.....	56
BIOGRAFI PENULIS .....	58





# BAB 1

# PENDAHULUAN



## **A. PROBLEMATIKA**

Anak usia sekolah (6-12 tahun) dimulai dari masuknya sekolah dan berlanjut mulai awal pubertas berkisar umur 10 tahun. Periode tersebut merupakan salah satu periode paling sehat sepanjang daur kehidupan (James, 2013). Secara teori, pertumbuhan anak usia sekolah berjalan lebih lambat dibandingkan dengan bayi dan toddler (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999), sehingga terlihat karakteristik pertumbuhan secara fisik lambat dan menetap. Periode usia sekolah selain mengalami pertumbuhan fisik juga mengalami perkembangan secara kognitif dan sosial.

Seiring pertumbuhan fisik yang semakin meningkat, perkembangan secara kognitif, sosial, dan aktivitas anak usia sekolah juga semakin meningkat. Kebutuhan fisik dan perkembangan anak usia sekolah yang semakin meningkat, diperlukannya faktor yang mendukung untuk pemenuhan tersebut. Salah satu faktor yang mendukung yaitu pemenuhan kebutuhan nutrisi anak usia sekolah.

Pemenuhan kebutuhan nutrisi anak sekolah dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko. Anak usia sekolah merupakan kelompok

berisiko.

Kelompok berisiko yang dimaksud disini adalah sekumpulan orang yang memiliki kecenderungan mengalami gangguan kesehatan dan dapat berkembang dikarenakan ada faktor penyebabnya (Allender, Rector&Warner, 2010). Menurut Stanhope dan Lancaster (2010), faktor risiko meliputi usia dan biologi, lingkungan dan gaya hidup. Faktor risiko yaitu usia, usia 6-12 tahun merupakan kelompok umur yang berisiko terhadap masalah nutrisi dikarenakan pemasukan yang tidak seimbang (Allender,Rector &Warner, 2010). Faktor biologi yaitu genetik, merupakan salah satu penyebab terjadinya gizi lebih (Hitchcock, 1999; Barlow, 2007; Kaakinen, 2010).

Faktor biologi yang lain yaitu kejadian dalam hidup (Stanhope & Lancaster, 2010). Risiko kejadian dalam hidup sering terjadi dalam transisi dari tahap perkembangan yang satu ke tahap perkembangan lainnya. Risiko kejadian hidup terdiri dari kejadian yang diharapkan dan kejadian yang tidak diharapkan. Kejadian yang diharapkan memungkinkan keluarga memiliki waktu untuk membuat perencanaan, mempelajari keterampilan yang baru, dan

menyiapkan konsekuensi dari akibat yang ditimbulkan.

Faktor lingkungan, meliputi lingkungan sosial dan lingkungan fisik (Stanhope & Lancaster, 2010). Lingkungan sosial meliputi faktor ekonomi, dimana terdapat hubungan antara sumber finansial dan kebutuhan. Keluarga yang memiliki sumber ekonomi yang adekuat memungkinkan keluarga dapat mengakomodasi kesehatannya. Hal ini juga diperjelas di dalam Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999), bahwa status ekonomi merupakan sumber kuat dalam menentukan status kesehatan dan nutrisi. Anak yang hidup dalam kemiskinan mengalami nutrisi kurang sampai dengan buruk (Benyamin, 1996 di dalam Hitchcock, 1999; Allender, Rector & Warner, 2010).

Faktor gaya hidup, dimana keluarga merupakan unit dasar dalam berperilaku meliputi nilai kesehatan, kebiasaan hidup dan persepsi. James dan Flores (2004), di dalam Kaakinen, Duff, Coehlo dan Hanson (2010), memperkuat bahwa perilaku hidup sehat sangat dipengaruhi oleh keluarga seperti konsumsi makan yang sehat. Gaya hidup juga dapat mempengaruhi kesehatan anggota keluarga lainnya. Kaakinen (2010) juga mempertegas, bahwa bila

salah satu anggota keluarga berinisiatif merubah perilaku, anggota keluarga yang lain juga akan melakukan perubahan.

Faktor psikologis juga mempengaruhi peningkatan pengetahuan tentang nutrisi dan berdampak positif atau negatif pada perilaku makan (Pender, 2002). Perasaan emosi, depresi, harga diri rendah dapat mengganggu perilaku makan. Perilaku negatif tersebut dapat berakibat pada gizi kurang atau gizi lebih. Faktor lingkungan psikologis sangat mempengaruhi anak dalam pemenuhan nutrisi seperti menyediakan makanan yang bervariasi, membujuk saat anak tidak mau makan, memberikan pujian saat anak mengkonsumsi makanan yang sehat, memotivasi anak untuk mau makan makanan yang sehat.

Faktor sosiokultural juga mempengaruhi status gizi anak sekolah. Faktor sosiokultural yang dimaksud disini adalah media massa. Media massa mempengaruhi individu dalam perilaku kesehatan. Media tersebut memberikan hal yang positif dan negatif terhadap hal yang ditampilkan (Pender, 2002). Hal tersebut diperkuat dalam penelitian Batada, Seitz, Wootan dan Story, 2008 bahwa meskipun keluarga dapat menjadi model dan mendorong

perilaku makan yang sehat, namun media massa merupakan pengaruh yang besar dalam pemilihan makanan.

Dari 10 iklan yang ditampilkan di televisi hanya 7% iklan yang menampilkan terkait buah dan sayuran, selebihnya menampilkan makanan yang tinggi lemak, sodium, gula dan rendah nutrisi. Faktor-faktor tersebut diatas mempengaruhi status gizi anak usia sekolah. Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat digunakan untuk pertumbuhan, energi dan pertahanan fungsi tubuh. Allender, Rector dan Warner (2010), menguraikan bahwa anak usia sekolah dalam tahap tumbuh kembangnya berisiko terhadap berbagai masalah kesehatan, antara lain masalah gizi. Masalah gizi yang dimaksud disini adalah gizi lebih dan gizi kurang.

Gizi yang adekuat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik dalam mengoptimalkan kapasitas kerja, reproduksi normal, reaksi daya tahan tubuh yang adekuat, daya tahan terhadap infeksi. Sedangkan gizi yang tidak adekuat menyebabkan gangguan (Une, Soumay, 2009). Gizi yang tidak adekuat menghasilkan mal-nutrition (kekurangan gizi) dan overweight (kelebihan gizi). Chandra (1997) menjelaskan

“malnutrisi dipengaruhi oleh berbagai aspek yaitu daya tahan tubuh, respon sel imun, respon antibodi, penyakit bakteri dan parasit pemasukan yang tidak adekuat, tidak terjangkau makanan, distribusi tidak merata dalam rumah tangga, persiapan dan penyimpanan makanan yang tidak tepat, tabu makanan dan penyakit menular” (Amare,2012).

Saat ini Indonesia memiliki beban ganda masalah gizi yaitu kekurangan gizi dan kelebihan gizi. Gizi kurang merupakan faktor risiko dari penyakit dan kematian di negara berkembang (Amare,et.all, 2012; Olosunya,2010). Pada kelompok usia 6-12 tahun, aktivitas mengalami peningkatan sehingga membutuhkan asupan nutrisi yang adekuat untuk pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya. Penyebab gizi kurang disebabkan oleh berbagai aspek yaitu pengaruh imunitas, repon imun, dan tingginya penyakit yang disebabkan karena bakteri (Amare,et.all, 2012). Faktor status sosial ekonomi juga mempengaruhi terjadinya penyebab gizi kurang (Olusunya, 2010)

Gizi kurang dapat menyebabkan gangguan kognitif atau perkembangan perilaku dalam jangka pendek atau panjang, dan

penurunan kapasitas produksi saat dewasa. Sarapan pagi merupakan salah satu cara memberikan anak energi pada otak yang mengarah pada peningkatan kemampuan belajar, pemasukan nutrisi, berat badan secara makro dan mikro, kebiasaan tidak sarapan dapat mempengaruhi fungsi kognitif (Rampersaud, 2005; Oboudi, 2010).

Gizi lebih merupakan lemak yang berlebihan di dalam tubuh ditandai dengan indeks massa tubuh lebih dari 95%. Gizi lebih merupakan masalah kesehatan utama di dunia. “ Pada tahun 2011 , 43 juta anak di atas usia lima tahun (7%) mengalami kelebihan berat badan, dan tinggal di negara-negara berkembang (6,1% dari total) dan 8 juta di negara-negara maju ( 11,7 % ) . Dibandingkan tahun 1990, prevalensi meningkat sebesar 44 %. Jumlah anak-anak yang mengalami gizi lebih diperkirakan akan meningkat menjadi sekitar 60 juta pada dekade berikutnya” (Gomes, 2013, hal 1135).

Penyebab Gizi lebih yaitu lingkungan (sosial dan rumah), genetik, perilaku, keyakinan keluarga, aktivitas keluarga, dan budaya (Baughcum, et all dalam Kaakinen, 2010). Anak usia sekolah mengalami gizi lebih akibat pemilihan makanan yang tidak tepat,



selektif terhadap makanan, cenderung mempunyai pilihan yang kuat terhadap satu jenis makanan atau makanan favorit, serta kebiasaan jajan (Allender, Rector&Warner, 2010; Hitchcock,Schubert &Thomas, 1999; Stanhope&Lancaster, 2010).

Gizi lebih juga diakibatkan oleh hal penting yang lain yaitu aktivitas fisik. Penyebab gizi lebih yang tersering disebabkan karena kurangnya aktivitas (CDC,2007 dalam James, 2013; Bowden, 2009; Juresa,2011). Hal ini diperkuat oleh Ramic,et.all (2009) bahwa anak yang menghabiskan waktunya menonton TV atau komputer selama 3 (tiga) jam mempengaruhi massa tubuh dan 1,95 kali lebih berpeluang terjadi kelebihan berat badan. Gizi lebih bila tidak ditangani beresiko terhadap perkembangan penyakit kronik seperti hipertensi, DM tipe 2, hipercolesterolemia (Taylor, 2005; Juresa, 2012).

Salah satu faktor sosial yang mempengaruhi status gizi yaitu faktor keluarga. Keluarga merupakan unit dasar dalam pembentukan perilaku kesehatan, salah satunya yaitu faktor penentu status gizi pada anak usia sekolah di rumah, dan memiliki peran penting dalam memenuhi nutrisi anak sekolah dikarenakan

keluarga merupakan dasar seseorang berperilaku kesehatan meliputi nilai kesehatan, kebiasaan, persepsi (Stanhope&Lancaster,2010). Faktor keluarga dalam hal ini meliputi kemampuan menyediakan makanan, pola asuh keluarga, jenis makanan yang disediakan keluarga, dan sosialisasi terhadap makanan (Taylor,2005). Didapatkan dari hasil penelitian, bahwa terdapat hubungan keluarga dengan anak usia sekolah dalam mengkonsumsi buah dan sayuran (Pearson, 2008).

Perilaku keluarga dan praktik kesehatan di dalam keluarga sangat mempengaruhi kesehatan di dalam keluarga (Kaakinen,Duff,Coehlo&Hanson, 2010). Faktor ini meliputi aktivitas fisik, makan, jenis makanan yang dikonsumsi. Perilaku keluarga yang berdampak pada hal positif yaitu sarapan pagi.

Selain bertujuan untuk memenuhi nutrisi, juga mendorong hubungan positif antar anggota keluarga dan dapat menerapkan role model dalam nutrisi (Levin, 2012; Taylor,2005). Perilaku salah satu anggota keluarga dapat merubah perilaku anggota keluarga lainnya (Kaakinen, 2010). Pola asuh dan pengetahuan keluarga juga mempengaruhi praktik pemberian makan pada anak usia

sekolah. Makanan dan jajanan sekolah juga perlu mendapat perhatian yang khusus oleh keluarga karena jajanan sangat berisiko terhadap pencemaran secara biologis, ataupun kimiawi dalam jangka waktu pendek ataupun panjang.

Praktik kesehatan keluarga mengenai gaya hidup merupakan aspek yang sangat penting mempengaruhi kesehatan anak terutama nutrisi (Murray, 2007). Perilaku makan keluarga mempengaruhi anak dikarenakan anak usia sekolah telah banyak mengetahui makanan yang sangat bervariasi (Bowden & Greenberg, 2009; James, Nelson & Ashwill, 2013).

Praktik kesehatan keluarga ini akan terlihat dari kemampuan keluarga melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga sangat diperlukan agar dapat meningkatkan status gizi dan mencegah berkembangnya gizi lebih anak usia sekolah di rumah. Tugas kesehatan keluarga meliputi kemampuan keluarga mengenal masalah, kemampuan keluarga mengambil keputusan, kemampuan keluarga melakukan perawatan, kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan, dan kemampuan keluarga

memanfaatkan pelayanan kesehatan (Maglaya, 2009).

Ruang lingkup tugas kesehatan yang digunakan yaitu kemampuan keluarga melakukan perawatan dengan indikator keluarga mampu mengenal masalah dan mengambil keputusan dalam penyelesaian masalah gizi. Keluarga mampu merawat dapat dilihat melalui keluarga memiliki pengetahuan tentang gizi, penyebab serta dampak dari masalah yang ada, persepsi keluarga terhadap masalah yang ada, konsekuensi dari tindakan yang diambil dan menganalisa konsekuensi dari keluarga bila tidak mengambil keputusan menyelesaikan gizi dan melakukan perawatan masalah gizi (Maglaya, 2009)

Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan, meliputi kemampuan keluarga menyediakan lingkungan rumah yang kondusif dalam memenuhi kebutuhan gizi. Lingkungan kondusif yang dimaksud disini adalah lingkungan fisik dan psikologis yang difasilitasi oleh keluarga dalam menyelesaikan masalah gizi. Kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan melalui pemahaman keluarga mengenai manfaat pelayanan kesehatan terkait dengan gizi (Maglaya, 2009).

## **B. MENGAPA BUKU INI DI TULIS**

Kemampuan keluarga melaksanakan tugas kesehatan keluarga terhadap pemenuhan nutrisi pada pertumbuhan anak usia sekolah yang akan mempengaruhi kehidupan saat dewasa, dikarenakan periode sebelumnya akan mempengaruhi periode berikutnya. Selain dari sisi kemampuan keluarga melaksanakan tugas kesehatan keluarga, kemampuan seorang anak memahami gizi sangat diperlukan. Dari segi kemampuan merawat, keluarga berupaya dalam mengatasi berat badan kurang dengan memberikan vitamin nafsu makan, dan membatasi makanan berlemak pada anak yang mengalami berat badan lebih. Namun sangat sulit penerapannya karena anak sudah jajan di sekolah ataupun di lingkungan rumah. Keluarga belum memanfaatkan pelayanan kesehatan terdekat untuk masalah gizi yang dialami oleh keluarga dikarenakan keluarga menganggap masalah tersebut masih dapat ditangani oleh keluarga. Ibu dalam hal ini yang dominan dalam pemenuhan nutrisi mengungkapkan sangat sulit melarang atau membatasi anak untuk membeli jajan, dikarenakan anak-anak tersebut sangat didominasi oleh lingkungan terutama

teman sebaya.

Atas dasar ini penulis tertarik menulis sebuah buku dengan harapan Semoga buku ini bisa memberikan pengetahuan dan keterampilan keluarga tentang gizi anak usia sekolah, dan upaya lebih awal melakukan hal yang positif dalam mengatasi masalah gizi. Keluarga juga dapat mengetahui manfaat dari penerapan tugas kesehatan keluarga (kemampuan keluarga merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan) dalam pemenuhan nutrisi anak usia sekolah. Semoga dengan adanya pandangan ini yang ditulis oleh penulis dalam sebuah buku dapat memberikan kontribusi bagi para pembaca baik dari kalangan akademisi maupun praktisi.



## **BAB 2**

# **ANAK USIA SEKOLAH SEBAGAI KELOMPOK AT RISK**



## **A. KONSEP AT RISK**

*Risk* menentukan kemungkinan suatu penyakit atau masalah kesehatan akan terjadi, atau dapat dikatakan suatu penyakit atau kondisi kesehatan akan berkembang dikarenakan faktor penyebab/faktor negatif (Allender, 2010). Faktor yang mempengaruhi secara negatif itulah yang dimaksud dengan *risk factor*.

## **B. POPULATION AT RISK**

Kelompok *at risk* merupakan sekumpulan orang yang memiliki masalah kesehatan, masalah tersebut dapat berkembang dikarenakan ada faktor penyebabnya (Allender, 2010). Risiko yang menyebabkan terjadinya perkembangan masalah kesehatan secara langsung dapat dipengaruhi faktor biologi, lingkungan, gaya hidup dan pelayanan kesehatan (Dever,1984;Llonde,1974 di dalam Allender 2010).

Keluarga dengan Anak usia sekolah sebagai kelompok *at risk* Anak usia sekolah merupakan masa periode pertumbuhan dan perkembangan yang cepat. Periode anak usia sekolah rentang usia 6-12 tahun (Wong, 2009). Masa usia sekolah dimulai dari



masuknya sekolah dan berlanjut pada awal pubertas berkisar umur 10 tahun (Stanhope&Lancaster, 2010). Pertumbuhan anak usia sekolah berjalan lebih lambat dibandingkan dengan bayi dan toddler (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999), sehingga pertumbuhan secara fisik tipikal lambat dan menetap.

Stanhope (2010), faktor *health risk* merupakan faktor yang menentukan atau mempengaruhi terjadinya penyakit. Faktor tersebut meliputi biologis dan usia, lingkungan fisik dan sosial, risiko gaya hidup.

#### 1. Risiko biologi dan umur

Risiko umur, secara teori anak usia sekolah (6-12 tahun) pertumbuhannya lebih lambat daripada bayi dan toddler (Hitchcock, schubert& Thomas, 1999). Namun, kelompok umur ini sangat aktif bermain dan banyak kegiatan baik di rumah ataupun di sekolah, dan nafsu makan kadang-kadang menurun (Soekidjo, 2007).

Anak yang mulai memasuki pertumbuhan cepat pra-pubertas, kebutuhan gizi seimbang untuk anak usia sekolah meningkat secara bermakna. Sehingga dikatakan

berisiko dari faktor umur, dikarenakan pemasukan atau kebiasaan mengkonsumsi makanan tidak seimbang dengan aktivitas. Hal ini diperkuat di dalam Allender (2010), anak usia sekolah dalam tahap tumbuh kembangnya berisiko terhadap berbagai masalah kesehatan, antara lain masalah gizi.

Risiko biologi meliputi faktor genetik dan kejadian dalam hidup. Faktor genetik merupakan salah satu penyebab terjadinya gizi lebih selain faktor perilaku/gaya hidup yang mendukung terjadinya gizi lebih (Kaakinen, 2010). Hal ini diperkuat di dalam penelitian, dikatakan bahwa anak akan berisiko dua kali mengalami gizi lebih apabila orangtuanya memiliki gizi lebih (IOM, 2004 )

Risiko biologi juga meliputi risiko kejadian dalam hidup (Stanhope & Lancaster, 2010). Risiko kejadian dalam hidup sering terjadi dalam transisi dari tahap perkembangan yang satu ke tahap perkembangan lainnya. Risiko kejadian dalam hidup terdiri dari kejadian

yang diharapkan dan kejadian yang tidak diharapkan. Kejadian yang diharapkan memiliki kemungkinan keluarga mencari sumber yang diperlukan, membuat perencanaan, mempelajari keterampilan yang baru, dan menyiapkan konsekuensi dari kejadian. Kejadian yang tidak diharapkan, keluarga memiliki waktu yang sedikit dalam persiapan bahkan tidak memiliki waktu untuk mengantisipasinya. Hal tersebut dapat berakibat stress, krisis bahkan disfungsi.

## 2. Risiko Lingkungan

Risiko lingkungan meliputi risiko sosial dan ekonomi. Risiko sosial di dalam komunitas meliputi keadekuatan pelayanan kesehatan, polusi kimia ataupun suara, lingkungan yang beresiko tinggi stress. Risiko ekonomi memiliki keterkaitan antara sumber finansial keluarga berhubungan kebutuhan sosial. Keluarga yang memiliki kemampuan finansial yang adekuat berarti keluarga tersebut memiliki kemampuan dalam memenuhi kebutuhan yang berhubungan dengan kesehatan, seperti

rumah, pakaian, makanan, pendidikan dan perawatan kesehatan. Status ekonomi merupakan faktor penentu status nutrisi (Hughes & Simpson, 1995 dalam Hitchcock,1999). Anak yang hidup dalam kemiskinan beresiko mengalami nutrisi kurang sampai dengan buruk (Benyamin, 1996 di dalam Hitchcock, 1999; Kanao, 2009; Allender & Spradley, 2010).

Pemilihan makanan juga dipengaruhi oleh status ekonomi, hal ini diperkuat di dalam penelitian bahwa keluarga dengan status ekonomi rendah jarang sarapan pagi, terbatas dalam mengkonsumsi buah dan sayur, makan snack ringan dan permen. Sebaliknya dengan keluarga yang memiliki status ekonomi tinggi (Ramic,et.all, 2009; Kanao, 2009)

### 3. Risiko gaya hidup

Stanhope (2010), keluarga merupakan unit dasar perilaku kesehatan meliputi nilai kesehatan, kebiasaan dan persepsi. Keluarga bertanggungjawab terhadap makanan yang disiapkan, perencanaan aktivitas

keluarga, monitoring kesehatan dan faktor risiko, menentukan anggota keluarga mengalami masalah kesehatan atau tidak, menentukan waktu dan jenis pelayanan kesehatan akan digunakan.

Keluarga juga menjadi role model pada anggota keluarga lainnya secara positif dan negatif (Friedman, Bowden, 2003 dalam Kaakinen, 2010). Hal ini dibuktikan dalam suatu referensi bahwa perilaku makan dalam keluarga mempengaruhi kualitas makanan pada anak (Taylor, 2005; Bowden,2009; Melybe,2013 )

Gaya hidup mempengaruhi kesehatan keluarga, dan dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya. Hal ini diperkuat di Kaakinen (2010), dikatakan bila satu anggota keluarga berinisiatif merubah perilaku, anggota keluarga lain juga akan melakukan perubahan.

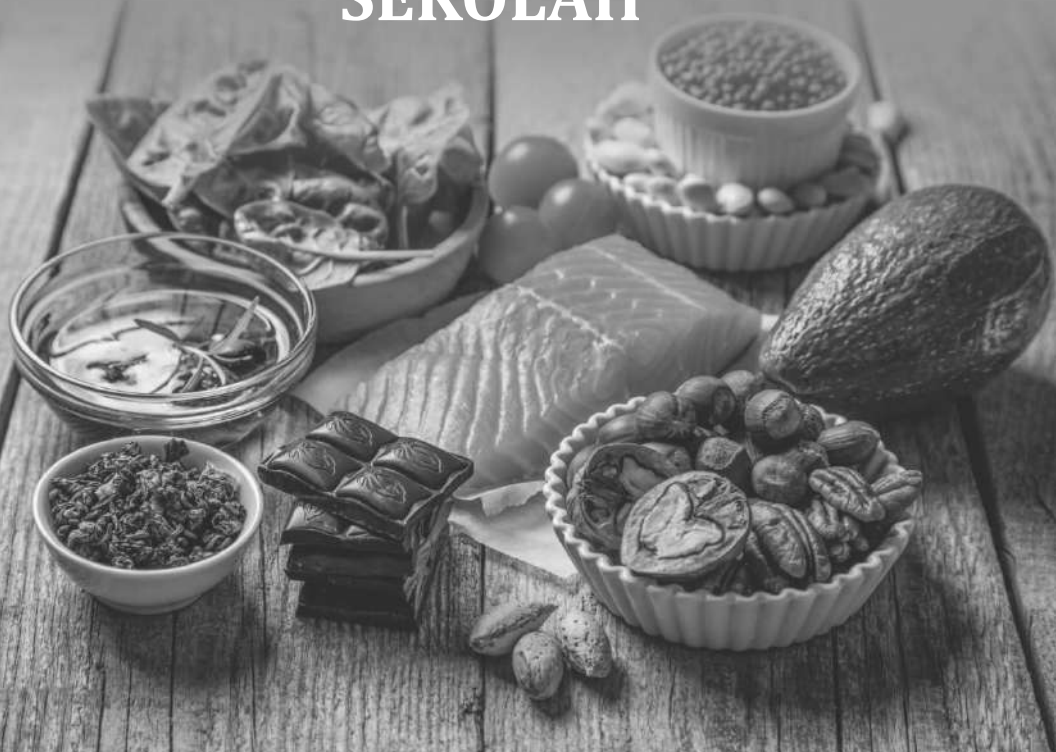
Karakteristik gaya hidup saat ini adalah penurunan aktivitas yang akan mempengaruhi peningkatan angka kejadian gizi lebih (Ramic,et.all,2009). Penyebab gizi lebih yang tersering disebabkan karena kurangnya

aktivitas (CDC,2007 di dalam James, 2013). Hal ini diperkuat oleh Ramic,et.all (2009) bahwa anak yang menghabiskan waktunya menonton TV atau komputer selama 3 (tiga) jam mempengaruhi massa tubuh 1,95 kali lebih berpeluang terjadi kelebihan berat badan.



## **BAB 3**

# **STATUS GIZI ANAK USIA SEKOLAH**



## A. PENGERTIAN

Gizi merupakan komponen penting untuk kesehatan dan juga untuk pertumbuhan perkembangan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Gizi merupakan suatu proses menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan, untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ- organ serta menghasilkan energi (Sulistyoningsih, 2012).

Status gizi merupakan keadaan kesehatan anak yang ditentukan oleh derajat kebutuhan fisik dan zat gizi lain yang diukur secara fisik melalui antropometri. Status gizi merupakan bentuk dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, 2002). Status gizi sebagai *state of the body* dari hasil pemasukan dan kumpulan nutrisi (Kanao, 2009).

Gizi seimbang merupakan susunan pangan sehari-hari mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip



keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan mempertahankan berat badan normal untuk mencegah masalah gizi (Depkes, 2014). Gizi seimbang adalah nutrisi yang terpenuhi sesuai dengan kebutuhan, dan dikombinasikan dengan aktivitas fisik yang teratur

Gizi seimbang akan terwujud apabila mengonsumsi beragam jenis bahan makanan, dan memperhatikan dari segi keamanannya (bebas dari kuman penyakit atau bahan berbahaya). Periode ini aktivitas yang dilakukan lebih banyak diluar, sehingga pengaruh kawan, tawaran makanan jajanan, keterpaparan terhadap sumber penyakit infeksi menjadi tinggi. Hal ini didukung dari referensi Batada (2008), bahwa iklan makanan yang ditayangkan di televisi menstimulasi anak mengonsumsi makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan anak usia sekolah seperti minuman manis dan sereal kaya gula. Makanan yang tidak aman juga dapat mempengaruhi anak usia sekolah dalam prestasi di sekolah, berat badan dan keterampilan sosial (Diana et al, 2005).

## B. KEBUTUHAN GIZI ANAK USIA SEKOLAH

Angka kecukupan gizi (AKG) adalah suatu kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, aktifitas tubuh untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Permenkes RI No.75 tahun 2013). Pemenuhan kebutuhan zat gizi dapat mencegah berbagai penyakit akibat kekurangan gizi antara lain stunting, anemia gizi, kekurangan vitamin A, kekurangan zat iodium.

Pemenuhan kebutuhan gizi anak usia sekolah (Depkes, 2014)

### 1. Makan 3 (tiga) kali sehari

Sarapan merupakan hal yang penting terutama bagi anak yang sedang tumbuh dan mengalami perkembangan otak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 40% anak sekolah tidak makan pagi (Kemenkes, 2014). Hal ini juga didukung dengan referensi yang menyatakan bahwa sarapan pagi memiliki dampak penting pada status nutrisi dan meningkatkan gula darah yang berdampak positif terhadap energi (Oboudi, 2010; Levin, 2012). Sarapan pagi juga mempengaruhi *performance* kognitif, dan

mempertahankan berat badan normal pada anak (Rampersaud,et.all, 2005).

2. Mengonsumsi ikan dan sumber protein lainnya

Protein merupakan zat gizi yang berfungsi untuk pertumbuhan, mempertahankan sel atau jaringan yang sudah terbentuk, mengganti sel yang sudah rusak, dan sebagai sumber energi. Protein hewani memiliki kualitas yang lebih baik dibandingkan dengan protein nabati karena komposisi asam amino lebih komplet dan asam amino esensial juga lebih banyak.

3. Memperbanyak mengonsumsi sayur dan buah-buahan

Masyarakat Indonesia masih sangat kurang dalam mengonsumsi sayuran dan buah-buahan. Sebesar 63,3% anak berumur >10 tahun tidak mengonsumsi sayuran dan 62,1 tidak mengonsumsi buah-buahan. Sayuran hijau maupun berwarna selain sebagai sumber vitamin dan mineral, juga sebagai sumber serat dan senyawa bioaktif yang tergolong sebagai antioksidan.

4. Membiasakan membawa bekal makanan dan air putih dari

rumah makan siang di sekolah harus memenuhi syarat dari segi jumlah dan keragaman makanan. Bekal yang dibawa anak sekolah tidak hanya penting untuk pemenuhan zat gizi namun diperlukan sebagai alat pendidikan gizi terutama bagi orangtua anak sekolah.

5. Membatasi mengkonsumsi makanan cepat saji, jajanan dan makanan selingan yang manis, asin dan berlemak.

Sebagian besar makanan cepat saji merupakan makanan yang tinggi gula, garam dan lemak yang tidak baik bagi kesehatan. Oleh sebab itu mengkonsumsi hal tersebut harus dibatasi, karena akan mengakibatkan penyakit kronis tidak menular seperti DM, hipertensi dan penyakit jantung. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian, kebiasaan mengkonsumsi makanan yang tidak aman mempengaruhi akademik, berat badan dan keterampilan sosial (Jyoti, et.all, 2005)

## C. PEMBAGIAN GIZI

Status gizi terbagi atas tiga yaitu gizi baik, gizi kurang dan gizi lebih. Gizi kurang merupakan kondisi multifaktor yang disebabkan karena tidak adekuatnya pemasukan atau ketidakadekuatan digesti dari nutrien (Kanao, et.all, 2009). Gizi kurang merupakan faktor risiko dari penyakit dan kematian di negara berkembang (Amare, 2012). Chandra (1997), malnutrisi dipengaruhi oleh berbagai aspek yaitu daya tahan tubuh, respon sel terhadap kekebalan tubuh, respon antibodi, penyakit bakteri dan parasit (Amare, 2012). Gizi kurang seringkali dihubungkan dengan kondisi sosioekonomi, kondisi sering sakit dan praktik pemberian makan yang tidak sesuai (Kanao, et.all,2009).

Gizi lebih merupakan kelebihan lemak di dalam tubuh, terjadi kelebihan indeks masa tubuh lebih dari 95%. Gizi lebih disebabkan perubahan nutrisi dan perilaku gaya hidup. Penyebab Gizi lebih yang lain yaitu faktor lingkungan (sosial dan rumah), genetik, perilaku dan keyakinan keluarga, aktivitas keluarga, dan budaya. (Baughcum,et all dalam

Kaakinen, 2010). Anak usia sekolah mengalami gizi lebih akibat cara memilih makanan yang tidak tepat (Allender & Spradley, 2010), selektif terhadap makanan, cenderung mempunyai pilihan yang kuat terhadap satu jenis makanan atau makanan favorit (Stanhope & Lancaster, 2010), serta kebiasaan jajan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Referensi lain mengatakan dari Saifah (2011), anak usia sekolah yang mengalami gizi lebih memiliki perilaku jarang mengkonsumsi buah dan sayuran (30%). Penyebab gizi lebih yang tersering disebabkan karena kurangnya aktivitas (CDC,2007 di dalam James, 2013). Hal ini diperkuat oleh Ramic,et.all (2009) bahwa anak yang menghabiskan waktunya menonton TV atau komputer selama 3 (tiga) jam mempengaruhi massa tubuh 1,95 kali lebih berpeluang terjadi kelebihan berat badan.

#### **D. PENILAIAN STATUS GIZI**

Penilaian status gizi secara langsung terdiri dari antropometri, klinis, biokimia dan biofisik (Supariasa, 2002). Antropometri merupakan pengukuran yang sangat umum

digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan protein dan energi.

Antropometri merupakan indikator status gizi dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter tersebut meliputi umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal lemak dibawah kulit. Indeks antropometri adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), lingkaran lengan atas menurut umur (LLA/U). Setelah mendapatkan indeks antropometri, untuk menentukan status gizi diperlukan ambang batas atau *cut off point*. Status gizi dapat diklasifikasikan menjadi gizi lebih, gizi baik dan gizi kurang.

Penilaian status gizi merupakan proses pemeriksaan keadaan gizi seseorang dengan cara mengumpulkan data penting baik yang bersifat subjektif maupun objektif, dan dibandingkan dengan baku yang telah tersedia (Arisman, 2004).

### Kategori dan ambang batas Status Gizi Anak Usia Sekolah berdasarkan indeks masa tubuh (IMT/U)

---

Indeks masa tubuh menurut Umur (IMT/U).	Sangat kurus	>2 SD
	Kurus	< -3 SD
	Normal	-2SD sampai dengan 1SD
	Gemuk	>1 sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

---

**Sumber: Depkes (2010)**





## **BAB 4**

# **FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS GIZI**



## **A. FAKTOR EKONOMI**

Faktor ekonomi meliputi pendapatan, pendidikan, kebudayaan dan praktik keagamaan (Hitchcock, Schubert&Thomas, 1999). Pendapatan merupakan faktor utama yang menentukan status kesehatan nutrisi. Meningkatnya pendapatan akan meningkatkan kesempatan untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik, demikian juga sebaliknya. Pendapatan yang tidak seimbang dengan pendidikan akan menjadikan seseorang tersebut konsumtif dalam pola makannya sehari-hari. Hal tersebut berdampak pada pemilihan makanan lebih didasarkan pada pertimbangan selera dibandingkan aspek gizi. Anak yang hidup dalam kemiskinan akan mengalami masalah dalam prestasi akademik, kegagalan dalam pertumbuhan dan perkembangan, nutrisi yang buruk.

Pendidikan juga memiliki hubungan dengan status sosial ekonomi. Pendidikan sebagai faktor resiko dalam masalah nutrisi dikarenakan, bila pendidikan rendah akan terjadi kurangnya informasi yang berdampak pada pemilihan bahan makanan dan perilaku makan yang tidak sehat. Hal ini didukung dalam penelitian

Taylor (2005), dinyatakan bahwa status pendidikan rendah berhubungan dengan pemasukan kualitas diet yang rendah (tinggi lemak dan rendah mikronutrien) pada anak. Diperkuat dari referensi Gurzkowska,et.all (2014), ibu yang memiliki pendidikan tinggi (universitas) memiliki hubungan yang positif terhadap tinggi badan anak usia sekolah. Prinsip yang dimiliki seseorang dengan pendidikan rendah adalah yang penting mengenyangkan sehingga porsi bahan makanan sumber karbohidrat lebih banyak dibandingkan dengan bahan makanan lain. Sebaliknya, kelompok pendidikan tinggi memiliki kecenderungan memilih bahan makanan sumber protein dan menyeimbangkan dengan kebutuhan gizi lain.

## **B. FAKTOR SUPLAI MAKANAN**

Faktor suplai makanan meliputi kualitas, kuantitas dan akses mendapatkan produk makanan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Kualitas makanan berdasarkan pada kesegaran dan nilai kandungan nutrisi dari jenis makanan. Keamanan makanan diukur berdasarkan pada bebas dari kuman penyakit, dan kontaminasi.

Kuantitas makanan merupakan hal yang utama, namun pada keluarga yang status ekonomi rendah mereka mengkonsumsi makanan hanya saat pada lapar. Akses mendapatkan produk makanan sangat mempengaruhi kejadian gizi lebih. Akses yang cepat dikonsumsi oleh masyarakat adalah produk makanan cepat saji. Hal ini dipertegas dalam penelitian Suntari dan Widianah (2012), asupan kalori makanan berhubungan erat dengan status gizi yang berpengaruh pada kecerdasan anak sekolah.

### **C. FAKTOR GAYA HIDUP**

Kategori gaya hidup meliputi pengaturan berat badan, aktivitas dan istirahat, pengetahuan tentang kesehatan dan akses pelayanan kesehatan.

### **D. FAKTOR BIOLOGI**

Faktor biologi meliputi daya tahan tubuh, jenis kelamin, dan umur. Faktor genetik merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya gizi lebih yang tidak dapat dirubah (Hitchock, 1999).

### **E. FAKTOR SOSIAL BUDAYA**

Budaya mempengaruhi seseorang dalam menentukan apa yang akan dimakan, bagaimana pengolahan, persiapan, penyajian, untuk

siapa dan dalam kondisi bagaimana pangan tersebut dikonsumsi. Determinan sosial meliputi faktor budaya, media massa, dan faktor keluarga (Taylor, 2005). Referensi lain mengatakan peran model orangtua merupakan pendukung anak makan sehat. Budaya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang dalam mengkonsumsi makanan.

## **F. FAKTOR LINGKUNGAN**

Pengaruh faktor lingkungan cukup besar terhadap pembentukan perilaku makan. Lingkungan dapat berupa lingkungan keluarga, sekolah, adanya promosi melalui media elektronik ataupun cetak. Kebiasaan makan dalam keluarga sangat berpengaruh besar terhadap pola makan seseorang, kesukaan seseorang terhadap makanan terbentuk dari kebiasaan makan yang terdapat dalam keluarga. Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian, terdapat hubungan keluarga dengan anak usia sekolah dalam mengkonsumsi buah dan sayuran (Pender, 2002; Pearson, 2008).

Efek dari media massa terhadap pemasaran makanan berdampak pada faktor penting terhadap kejadian gizi lebih (Taylor, 2005). Adanya iklan/promosi makanan atau minuman melalui media

cetak atau elektronik sangat berpengaruh besar terhadap pembentukan pola makan. Pengaruh media massa dan keragaman makanan “*junk food*” yang sangat besar memudahkan anak mengonsumsi makanan tanpa kalori yang tidak meningkatkan pertumbuhan seperti gula, tepung dan lemak berlebihan (Wong, 2009)

Sedangkan Faktor risiko masalah nutrisi (Hitchcock, 1999)

1. Faktor sosio ekonomi

- Penghasilan
- Pendidikan
- Budaya
- Praktik keagamaan

2. Faktor suplai makanan

- Kualitas
- Keamanan
- Kuantitas
- akses

3. Faktor perilaku

- Latihan dan istirahat

- Gaya hidup
- Pengetahuan tentang Kesehatan keluarga
- Akses pelayanan Kesehatan keluarga

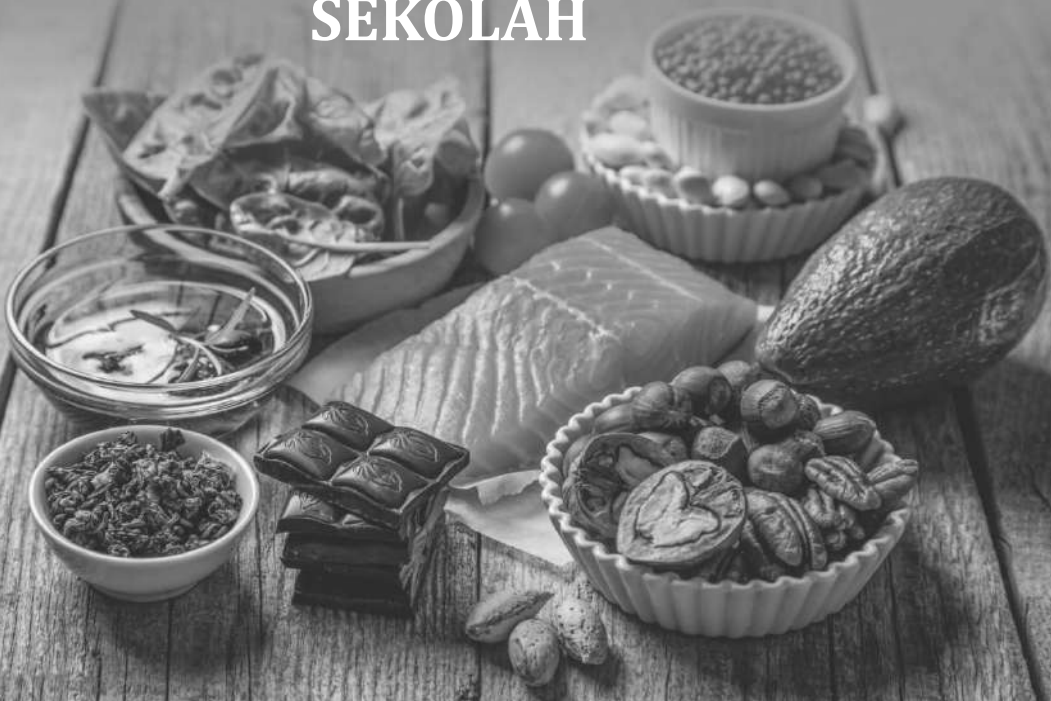
#### 4. Faktor biologi

- Umur
- Jenis kelamin
- Ras
- Genetik
- Gangguan fisik atau mental



## **BAB 5**

# **PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK USIA SEKOLAH**





## **A. DEFINISI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN**

Wong (2009), pertumbuhan merupakan peningkatan jumlah dan ukuran sel pada saat membelah diri dan mensintesis protein baru; menghasilkan peningkatan ukuran dan berat seluruh atau sebagian bagian sel. Sedangkan perkembangan yaitu serangkaian keterampilan dan kompetensi yang harus dicapai atau dikuasai pada setiap tahap perkembangan agar anak mampu berinteraksi secara efektif dengan lingkungannya.

Periode anak usia sekolah merupakan periode usia pertengahan, yang dimulai dengan masuknya anak ke lingkungan sekolah dan berdampak pada perkembangan dan hubungan anak dengan orang lain.

## **B. PERTUMBUHAN FISIK**

Karakteristik pertumbuhan fisik anak usia sekolah lambat dan menetap (James, 2013). Perubahan fisik terjadi selama periode tersebut secara bertahap. Rata-rata kenaikan berat badan anak 2,5 kg per tahun, peningkatan tinggi badan sekitar 5,5 cm setiap tahunnya. Sekitar umur 10-12 tahun, menjelang masa pubertas anak perempuan terjadi peningkatan yang signifikan. Tinggi badan

anak perempuan lebih tinggi 2,5cm daripada anak laki-laki.

Proporsi tubuh pada anak usia sekolah lebih bervariasi, dan lebih tinggi dibandingkan usia pra sekolah untuk memudahkan anak dalam beraktivitas seperti memanjat, mengendarai sepeda dan melakukan aktivitas lainnya. Selain pertumbuhan secara fisik, usia anak sekolah mengalami berbagai perkembangan. Perkembangan psikososial yang terjadi pada usia anak sekolah adalah periode perkembangan psikoseksual sebagai periode laten. Periode ini dimana anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya sesama jenis dan didahului dengan ketertarikan pada lawan jenis yang menyertai pubertas. Saat ini juga terjadi pengembangan rasa industri (Erikson), yang dicapai antara usia 6 tahun dan masa remaja. Anak usia sekolah ingin mengembangkan keterampilan dan berpartisipasi dalam pekerjaan yang berguna secara sosial.

Perkembangan kognitif juga terjadi di dalam periode anak usia sekolah. Anak saat mulai masuk sekolah mulai memperoleh kemampuan untuk menghubungkan serangkaian kejadian untuk menggambarkan mental anak yang diungkapkan secara verbal

ataupun simbolik. (tahap operasional- konkret, piaget). Anak mengalami kemajuan dari membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat (penilaian perseptual) sampai membuat penilaian berdasarkan alasan mereka (pemikiran konseptual)

Perkembangan moral. Pola pikir anak mulai berubah dari *egosentrisme* ke pola pikir yang lebih logis. Selama usia pra sekolah, anak mengadopsi dan menginternalisasi nilai-nilai moral orangtuanya. Mereka mempelajari standar untuk perilaku yang dapat diterima, bertindak sesuai dengan standar tersebut dan merasa bersalah jika melanggarnya.

Perkembangan sosial juga berkembang pada masa usia sekolah. Dalam kehidupan anak usia sekolah yang terpenting adalah kelompok teman sebaya. Melalui hubungan dengan teman sebaya, anak belajar bagaimana menghadapi dominansi dan permusuhan, berhubungan dengan pemimpin dan pemegang kekuasaan serta menggali ide-ide dan lingkungan fisik.



# **BAB 6**

## **KONSEP KESEHATAN**

### **KELUARGA**



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.

## **A. DEFINISI KELUARGA**

Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional, dan mengidentifikasi diri sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2003). Keluarga adalah terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ketergantungan satu sama lain dalam segi emosional, fisik dan ekonomi (Hanson, dalam Kaakinen, 2010).

Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan atau keintiman (Family Service America dalam Friedman, 2003). Allen, Fine dan Demo dalam Friedman 2003, mendefinisikan keluarga dikarakteristikan dengan kelahiran, perkawinan, dan adopsi

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang terikat

dalam kebersamaan dan ketergantungan satu sama lain dalam segi emosional, fisik dan ekonomi.

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. Nutrisi merupakan suatu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh keluarga terhadap anak usia sekolah, dengan tujuan mempertahankan berat badan dan meningkatkan status kognitif melalui dengan berbagai macam cara.

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 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 (Hitchock, 1999). Kemampuan keluarga menjalankan fungsinya secara ekonomi berarti keluarga tersebut memiliki kemampuan dalam memenuhi nutrisi anak usia sekolah baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

## **B. TUGAS KESEHATAN KELUARGA (MAGLAYA, 2009)**

1. Kemampuan keluarga mengenal masalah, meliputi pengetahuan keluarga tentang masalah yang dialami, tanda gejala, faktor penyebab serta dampak dari masalah kesehatan yang timbul di keluarga serta persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami oleh anggota keluarga dalam hal ini adalah anak usia sekolah.
2. Kemampuan keluarga mengambil keputusan meliputi keluarga mengambil bagian dalam penyelesaian masalah,

konsekuensi dari tindakan yang diambil dan menganalisa akibat yang muncul apabila keluarga tidak mengambil keputusan melakukan tindakan penyelesaian masalah gizi. Indikator yang muncul yaitu sifat dan luasnya masalah, masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga, mengetahui akibat dari masalah kesehatan, mempunyai sikap yang negatif terhadap upaya kesehatan yang dilakukan oleh keluarga.

3. Kemampuan keluarga melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kepercayaan diri pada keluarga dalam merawat anggota keluarga melalui demonstrasi, bahan dan alat yang murah dan dapat dicapai. Hal ini diperkuat pengetahuan keluarga tentang penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi), pengetahuan tentang cara perawatan, peralatan, sumber dan sikap keluarga.
4. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah meliputi kemampuan keluarga menyediakan lingkungan rumah yang kondusif melalui modifikasi lingkungan,



interaksi dan hubungan dalam keluarga. Hal ini diperkuat di dalam penelitian, sarapan pagi di dalam keluarga tidak hanya meningkatkan nutrisi, namun memiliki hubungan yang positif di dalam keluarga dan dapat menampilkan role model nutrisi di dalam keluarga (Levin, 2012).

5. Kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan melalui pemahaman keluarga mengenai manfaat pelayanan kesehatan. Indikatornya adalah lokasi, keuntungan, terjangkau.



**BAB 7**  
**PERAN TUGAS KESEHATAN**  
**KELUARGA DALAM PEMENUHAN**  
**NUTRISI DENGAN STATUS GIZI**  
**ANAK USIA SEKOLAH**



Tugas kesehatan keluarga meliputi kemampuan keluarga dalam merawat, kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan dan kemampuan keluarga dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pada penelitian ini, tugas kesehatan keluarga dalam hal kemampuan merawat (merupakan integrasi dari kemampuan keluarga mengenal; mengambil keputusan dan merawat)

Pemahaman keluarga terkait tugas kesehatan keluarga sangat diperlukan agar keluarga dapat memenuhi nutrisi pada balita dalam pemilihan makanan sampai anak mengkonsumsi makanan tersebut. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang baik diharapkan menunjukkan status gizi anak usia sekolah. Stanhope dan Lancaster (2010), keluarga merupakan unit dasar perilaku kesehatan meliputi nilai kesehatan, kebiasaan dan persepsi. Keluarga bertanggungjawab terhadap makanan yang disiapkan, perencanaan aktivitas keluarga, monitoring kesehatan dan faktor risiko, menentukan anggota keluarga mengalami masalah kesehatan atau tidak, menentukan waktu dan jenis pelayanan kesehatan akan digunakan.

Keluarga juga menjadi role model pada anggota keluarga

lainnya secara positif dan negatif (Friedman, Bowden, 2003 dalam Kaakinen, 2010). Hal ini dibuktikan dalam suatu penelitian, bahwa perilaku makan dalam keluarga mempengaruhi kualitas makanan pada anak (Taylor, 2005; Bowden, 2009; Melybe, 2013 ).

Secara teori, pendapatan keluarga merupakan faktor penentu status nutrisi (Hughes&Simpson, 1995 dalam Hitchcock, 1999). Anak yang hidup dalam kemiskinan beresiko mengalami nutrisi kurang sampai dengan buruk (Benyamin, 1996 di dalam Hitchcock, 1999; Kanao, 2009; Allender&Spradley, 2010). Pengaruh media massa memiliki dampak penting pada masalah gizi (Taylor, 2005).

Pendidikan merupakan faktor risiko sulitnya mendapatkan informasi tentang nutrisi dan pengolahan nutrisi yang berdampak pada perilaku makan yang tidak sehat (Hitchcock, 1999). Pendidikan ibu merupakan determinan yang kuat dalam distribusi dan pengolahan makanan. (Gomes, 2013)

Secara teori, keluarga yang memiliki banyak anak, pasangan muda berhubungan dengan malnutrisi pada anak (Gomes, 2013). Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa tinggi badan;

berat badan secara signifikan memiliki hubungan dengan jumlah anak dalam keluarga (Gurzowska, 2014).

Secara teori keluarga juga menjadi role model pada anggota keluarga lainnya secara positif dan negatif (Friedman, Bowden&Jones, 2003 dalam Kaakinen, 2010). Perilaku dan praktik keluarga juga mempengaruhi kesehatan yang meliputi praktik pemberian makan, jenis makanan yang dikonsumsi (Kaakinen, 2010).

Kemampuan keluarga merawat yang baik memiliki status gizi yang baik. Peran teman sebaya anak juga memperlihatkan peran yang baik dalam status gizi anak usia sekolah. Hal ini berarti status gizi dipengaruhi dari faktor internal dan eksternal, bahwa kemampuan keluarga dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu peran teman sebaya anak.

Secara teori gaya hidup mempengaruhi kesehatan keluarga, dan dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya. Hal ini diperkuat di Kaakinen (2010), dikatakan bila satu anggota keluarga berinisiatif merubah perilaku, anggota keluarga lain juga akan melakukan perubahan. Menurut kaakinen (2010), penyebab gizi

tidak baik (*obesitas* dan *overweight*) dipengaruhi oleh sikap dan perilaku keluarga, praktik pemenuhan nutrisi.

Tugas kesehatan keluarga yaitu kemampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kemampuan keluarga pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kesadaran orangtua yang memiliki anak usia sekolah untuk membawa ke pelayanan kesehatan, kedekatan akses pelayanan kesehatan di lingkungan rumah akan mempengaruhi status gizi anak usia sekolah.

Peningkatan kemampuan keluarga dalam memahami dan melaksanakan tugas keluarga tidak luput dari peran perawat di komunitas. Dalam hal ini perlunya pergerakan perkesmas, namun yang menjadi kendala adalah perawat di puskesmas jumlahnya sangat minim.

Selain dari faktor keluarga, anak usia sekolah juga berperan penting dalam meningkatkan status gizi anak usia sekolah. Dimana kelompok usia anak sekolah merupakan kelompok yang mudah terjangkau oleh program dan mudah dalam menerima pendidikan termasuk gizi (Soekidjo, 2007).

## DAFTAR PUSTAKA

Allender, Rector&Warner. (2010), Community health nursing: promoting and protecting the public health, seventh edition. Philadelphia: Lippincott

Almatsier, S. (2001). Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta :Gramedia Pustaka Utama .

Arisman, M.B. (2004). Gizi dalam daur Kehidupan. Jakarta:EGC  
Batada, Maia, Margo, Mary.(2008). Nine out of 10 food advertisements shown during Saturday morning children's television programming are for foods high in fat, sodium, or added sugars or low in nutrients. American Dietetic Association

Burn, N & Groove, S.K (2005). The Practice of Nursing Research : appraisal ,Synthesis, and generation of evidence. St. Louis : Saunders Elsevier

Eboh, Boye.(2006). Nutrition knowledge and food choices of primary school pupils in the niger-delta region nigeria. Pakistan Journal of Nutrition

Friedman, M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2003). Family nursing : Research theory& Practice. Fifth edition. New Jersey. Person Education Inc.

Friedman, Bowden.(2010). Buku ajar keperawatan keluarga. Jakarta:EGC

Gomes.(2013). Family and women decide child nutrition.Vo.5.No.7.SciRes

Hastono, S.P. (2007). Analisis data kesehatan. Fakultas kesehatan masyarakat Universitas Indonesia. Tidak publikasi

Hittchock, J.E et al. (1999). Community health nursing.Caring in action.New York. Delmar Publisher

Juresa, Musil, Majer.,(2012). Behavioral pattern of overweight and obese school children.Coll.Antropol.36

James.(2013). Nursing care of children :principles and practice.Fourth edition.St.Louis: Elsevier

Jyoti.(2005).Food insecurity affects school children academic performance, eight gain, and social skills.Community and International Nutrition

Kanao.,Osama.,Abu-Nada.,Baker.(2009).Nutritional status correlated with sosiodemographic and economic factors among preparatory school-aged children in the Gaza strip.Journal Pubic Health

Lameshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J.L., Wanga, S.K. (1997). Besar sampel dalam penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Gajah Mada University Press

Maglaya. (2009). Nursing practice in the community.Fifth edition.Philippine:Argonauta

Melybe.,Gaard.,Verby.(2013). Parental food-related behaviors and family meal frequencies:associations in norwegian dyads of parents and preadolescent children.BMC Public Health

Mohamed.,Fatima.,Ahmed.,Youssef.(2011). Nutritional status and school achievements in a rural area of anti-atlas,moroco.Food and nutrition Sciences

Notoatmodjo, S. (2007). Kesehatan masyarakat Ilmu dan seni. Jakarta:Rineka Cipta

Oboudi.(2010).Impact of breakfast eating pattern on nutritional status,Glucose level, iron status in blood and test grades among upper primary school girls in riyadh city. Pakistan of journal nutrition

Olusanya.(2010).Assesment of the food habits and school feeding programme of pupils in a rural community in odogbolu local government area of ogun state,nigeria.Pakistan Journl of Nutrition



Pearson.,Gorely.(2008). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescent:a systematic review.Public Health Nutrition

Pender.(2002).Health promotion in nursing practice.Fifth edition

Rampersaud.Pereira.Girard.(2005).Breakfast habits, nutritional status, body weight and academic performance in children and adolescent.American Dietetic Association.

Saifah,A., Sahar, J., (2011). Hubungan peran keluarga, guru, teman sebay dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah darar wilayah kerja puskesmas Mabelopura Kota Palu. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Sastroasmoro, S., Ismael, S. (2011). Dasardasar metodolologi penelitian klinis. Jakarta:Sagung Seto

Stanhope dan Lanchaster. (2010). Community public health nursing. Sixth Edition. USA. Mosby Company

Suci.(2009). Gambaran perilaku jajan murid sekolah dasar di jakarta.Psikobuana

Sugiyono. (2011). Statistika untuk penelitian. Cetakan kesembilan. Jawa Barat. Alfabeta

Sulistyoningsih, H. (2011). Gizi untuk kesehatan ibu dan anak. Edisi pertama. Cetakan pertama. Yogyakarta. Graha Ilmu

Supariasa, ID Nyoman dkk. (2002). Penilaian Status Gizi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Tylor., Evers.,Kenna.(2005). Determinants of healthy eating in children and youth.Canadian Journal of Public Health

Une.,Soumay.(2009). Assesment of nutritional status of school children in Makurdi,Benue State.Pakistan Journal of Nutrition

# GLOSARIUM

## A

**Absorpsi** : penyerapan

**Adopsi** : pengangkatan anak orang lain sebagai anak sendiri

**Afektif** : berkenaan dengan perasaan, mempengaruhi keadaan perasaan dan emosi

**Asam Amino** : asam organik yang mengandung paling sedikit satu gugusan amino (NH<sub>2</sub>) dan paling sedikit satu gugusan karboksil (COOH) atau turunannya, merupakan molekul dasar yang diikat satu sama lain melalui ikatan peptida dalam pembentukan molekul protein yang lebih besar.

**Anti oksidan** : asam organik yang mengandung paling sedikit satu gugusan amino (NH<sub>2</sub>) dan paling sedikit satu gugusan karboksil (COOH) atau turunannya, merupakan molekul dasar yang diikat satu sama lain melalui ikatan peptida dalam pembentukan molekul protein yang lebih besar

**Anemia Gizi** : anemia yang disebabkan oleh kekurangan zat gizi tertentu

## **B**

**Budaya** : sesuatu yang sudah menjadi kebiasaan yang sudah sukar diubah;

## **C**

-

## **D**

**Demonstrasi** : peragaan atau pertunjukan tentang cara melakukan atau mengerjakan sesuatu

**Determinan** : faktor yang menentukan

**Diet** : aturan makanan khusus untuk kesehatan dan sebagainya

**Disfungsi** : perihal tidak berfungsi secara normal atau terganggu fungsinya

## **E**

**Eksternal** : menyangkut bagian luar (tubuh, diri, mobil, dan sebagainya)

**Energi** : daya (kekuatan) yang dapat digunakan untuk melakukan berbagai proses kegiatan, tenaga

## **F**

-

## **G**

**Gizi** : zat makanan pokok yang diperlukan bagi pertumbuhan dan kesehatan badan

**Genetik** : keadaan unggul suatu sifat keturunan yang tampak di dalam penampilan

**Gaya hidup** : pola tingkah laku sehari-hari sekelompok manusia di dalam masyarakat;

## **H**

**Hiperkolesterolemia** : keadaan terlalu tingginya kandungan kolesterol di dalam darah

**Hipertensi** : tekanan darah atau denyut jantung yang lebih tinggi daripada normal karena penyempitan pembuluh darah atau gangguan lainnya

## **I**

**Internal** : menyangkut bagian dalam (tubuh, diri, mobil, dan sebagainya)

**Imunitas** : keimunan; kekebalan

J

-

K

**Komplikasi** : penyakit yang baru timbul kemudian sebagai tambahan pada penyakit yang sudah ada

**Karbohidrat** : senyawa organik karbon, hidrogen, dan oksigen, terdiri atas satu molekul gula sederhana atau lebih yang merupakan bahan makanan penting dan sumber tenaga (banyak terdapat dalam tumbuhan dan hewan)

**Kecerdasan** : perihal cerdas

**Klinis** : bersangkutan atau berdasarkan pengamatan klinik

**Konsumtif** : bersifat konsumsi (hanya memakai, tidak menghasilkan sendiri)

**Keterampilan social** : kemampuan berinteraksi dengan orang lain

**Kualitas** : derajat atau taraf (kepandaian, kecakapan, dan sebagainya)

**Kuantitas** : banyaknya (benda dan sebagainya); jumlah (sesuatu)

**Krisis** : keadaan yang berbahaya (dalam menderita sakit);

parah sekal

**I**

-

**L**

**Lemak** : zat minyak yang melekat pada daging

**M**

**Media massa**: sarana dan saluran resmi sebagai alat komunikasi untuk menyebarkan berita dan pesan kepada masyarakat luas;

**Massa tubuh** : besar tubuh

**Malnutrisi** : kekurangan gizi

**Mineral** : zat organik yang dalam jumlah tertentu diperlukan oleh tubuh untuk proses metabolisme normal yang diperoleh melalui makanan sehari-hari;

**Metabolisme**: pertukaran zat pada organisme yang meliputi proses fisika dan kimia, pembentukan dan penguraian zat di dalam badan yang memungkinkan berlangsungnya hidup

**N**

**Nutrisi** : proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh; makanan bergizi

**Norma** : aturan atau ketentuan yang mengikat warga kelompok dalam masyarakat, dipakai sebagai panduan, tatanan, dan pengendali tingkah laku yang sesuai dan berterima

**Nutriture** : nutrisi

**Nilai kesehatan**: variable yang membantu untuk mengukur status kesehatan

**O**

-

**P**

**Pelayanan Kesehatan** : sarana yang menyediakan bentuk pelayanan yang sifatnya lebih luas daripada bidang klinik, bersifat preventif, promotif, dan rehabilitatif

**Protein hewani** : protein yang dihasilkan dari hewan

**Protein nabati** : protein yang dihasilkan dari tumbuh-tumbuhan

**Pendapatan** : perhitungan banyaknya uang yang akan diterima

**Perawatan** : proses, cara, merawat, pemeliharaan

**Peran** : perangkat tingkah yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat;

**Prevalensi** : jumlah keseluruhan kasus penyakit yang terjadi

pada suatu waktu tertentu di suatu wilayah

**Pola makan** : cara mengatur jumlah porsi atau jenis makanan yang dikonsumsi tiap hari

**Pola asuh** : cara mendidik, membimbing, mendisiplinkan anak dan memperlakukan anak.

**Pertumbuhan:** hal (keadaan) tumbuh

**Persepsi** : anggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu;

**Penyakit kronis** : Penyakit yang telah berlangsung dalam waktu yang lama; menahun/ yang tidak sembuh-sembuh

**Perilaku** : tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau lingkungan;

**Q**

-

**R**

**Role model** : panutan

**S**

**Sosialisasi** : proses belajar seorang anggota masyarakat untuk mengenal dan menghayati kebudayaan masyarakat dalam lingkungannya



**Sikap** : perilaku

**Sosiokultural** : berkenaan dengan segi sosial dan budaya masyarakat

**Status gizi** : keadaan nutrisi

**T**

**Temannya**: teman yang sama usianya

**Transmisi** : penularan, penyebaran, penjangkitan penyakit

**U**

**Usia sekolah** : usia yang dianggap cocok bagi anak secara fisik dan mental untuk masuk sekolah

**V**

**Vitamin** : zat yang sangat penting bagi tubuh manusia dan hewan untuk pertumbuhan dan perkembangan

**Vitamin A** : vitamin yang larut dalam lemak, terdapat dalam minyak ikan, keju, kuning telur, sayuran berwarna hijau dan kemerah-merahan, seperti tomat dan wortel;

## BIOGRAFI PENULIS

**Ns. Dely Maria P, MKep., Sp.Kep.Kom.**



Penulis lahir di Pontianak tanggal 25 Desember 1978. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekes Cirebon (tahun 2000) kemudian melanjutkan ke jenjang S1 di STIK Sint Carolus (2004) dan Magister Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015).

Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkasbitung tahun 2004-2006, Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 – Juni 2021). Saat ini aktif di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia.

Penulis merupakan pengurus IPKKI DKI Jakarta (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia). Berkontribusi di dunia keperawatan dengan menjadi pembicara dalam pelatihan dan workshop yang diadakan oleh Suku Dinas Kesehatan dan PPNI.

# TUGAS KESEHATAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN NUTRISI ANAK USIA SEKOLAH

Tugas kesehatan keluarga yaitu kemampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kemampuan keluarga pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kesadaran orangtua yang memiliki anak usia sekolah untuk membawa ke pelayanan kesehatan, kedekatan akses pelayanan kesehatan di lingkungan rumah akan mempengaruhi status gizi anak usia sekolah. Perilaku keluarga dan praktik kesehatan di dalam keluarga sangat mempengaruhi kesehatan di dalam keluarga



## **Ns. Dely Maria P, MKep., Sp.Kep.Kom.**

Penulis lahir di Pontianak tanggal 25 Desember 1978. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekes Cirebon (tahun 2000) kemudian melanjutkan ke jenjang S1 di STIK Sint Carolus (2004) dan Magister Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015). Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkasbitung tahun 2004-2006, Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 – Juni 2021). Saat ini aktif di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Penulis merupakan pengurus IPKKI DKI Jakarta (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia). Berkontribusi di dunia keperawatan dengan menjadi pembicara dalam pelatihan dan workshop yang diadakan oleh Suku Dinas Kesehatan dan PPNI.



**PENERBIT**  
**CV RIZMEDIA PUSTAKA INDONESIA**  
**Jl. Batara Ugi/Griya Astra Blok C. No.18**  
**(Yogyakarta/Makassar)**  
**Telp/Wa:085242065812**  
**Email: rizmediapustaka@gmail.com**  
**Website: rizmediapustakaindonesia.com**



035/SSL/2022