

## **Efektifitas Model *Community As Partner* dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Balita dengan Gizi Buruk di Kelurahan Pancoran Mas, Kota Depok**

*The Effectiveness Of Community As Partner Model in Caring for Under-five Children Group with Poor Nutritional Status in Pancoran Mas Village, Depok City*

**Titih Huriah**

*Bagian Keperawatan Komunitas PSIK FK UMY*

### **Abstract**

*The prevalence rate of under-five children with poor nutritional status in Indonesia has been increasing. This also happens in Depok City, particularly in Pancoran Mas Village, wherein the prevalence rate of under-five children with poor nutritional status in 2005 reached 1.67% or there were 88 under-five children with poor nutritional status among 5249 under-five children. This study aimed to evaluating the effectiveness of the application of community nursing concept and theory in order to improve health services through community nursing care particularly in under-five children group with poor nutritional status in Pancoran Mas Village, Depok.*

*This was a quasi experiment research using a non-randomized pretest-posttest control group design. Data collection was done using observation, interview, focus group discussion (FGD) dan questionnaire. Research instruments used included food journal of under-five children within 24 hours, physical examination guideline, interview guideline, FGD guideline and questionnaire. The questionnaire was developed based on *Community as a Partner Model*. Research population was 44 mothers who had under-five children with poor nutritional status in Pancoran Mas Village. Research sample was 30 mothers who had under-five children with poor nutritional status who fulfilled the inclusion criteria. Primary, secondary dan tertiary interventions were done to the 30 mothers within 9 months.*

*Evaluation after the implementation of serial community nursing interventions showed that there was an increase in knowledge about nutrition and poor nutrition from 46% to 92%, an increase in attitude from 60% to 96%, and an increase in family skill in meeting the nutrition requirement for under-five children with poor nutritional status from 30% to 85%. Furthermore, there was improvement of nutritional status i.e. from 27 under-five children with poor nutritional status, after interventions they improved to 1 child with poor nutritional status, 19 children with low nutritional status and 12 children with good nutritional status; whereas five children with low nutritional status improved to good nutritional status.*

*Key words: Community as Partner Model, community nursing care, poor nutritional status, under-five children*

### **Abstrak**

Angka prevalensi kasus gizi buruk pada balita di Indonesia semakin menunjukkan peningkatan. Hal ini juga terjadi di Kota Depok khususnya di Kelurahan Pancoran Mas, di mana angka prevalensi

gizi buruk pada balita pada tahun 2005 mencapai 1,67% atau terdapat 88 balita gizi buruk dari 5249 balita. Tujuan penelitian ini adalah menilai keefektifan aplikasi teori dan konsep keperawatan komunitas dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan melalui asuhan keperawatan komunitas khususnya pada kelompok balita dengan gizi buruk di Kelurahan Pancoran Mas Depok.

Penelitian ini adalah eksperimen semu atau quasi eksperimental menggunakan desain *non-randomized pretest-posttest control group*. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, *focus group discussion* (FGD) dan kuesioner. Alat yang digunakan adalah catatan makanan balita selama 24 jam, pedoman pemeriksaan fisik, pedoman wawancara, pedoman FGD, dan kuesioner. Kuesioner disusun berdasarkan *Community as a Partner Model*. Populasi penelitian adalah 44 ibu yang memiliki balita dengan gizi buruk di Kelurahan Pancoran Mas Depok. Sampel penelitian adalah 30 ibu yang mempunyai balita dengan gizi buruk yang memenuhi kriteria inklusi. Pada 30 ibu tersebut dilakukan intervensi primer, sekunder dan tertier selama 9 bulan.

Evaluasi setelah pelaksanaan rangkaian kegiatan keperawatan komunitas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan tentang gizi dan gizi buruk dari 46% menjadi 92%, peningkatan sikap dari 60% menjadi 96% dan peningkatan keterampilan keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi pada balita gizi buruk dari 30% menjadi 85%. Selain itu, terjadi perbaikan status gizi yaitu dari 27 balita gizi buruk, setelah intervensi menjadi 1 balita gizi buruk, 19 gizi kurang dan 12 gizi baik. Sedangkan dari lima balita gizi kurang telah meningkat menjadi gizi baik.

Kata Kunci : anak balita, asuhan keperawatan komunitas, gizi buruk, model *Community as Partner*.

## Pendahuluan

Keberhasilan pembangunan nasional suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat dan kesehatan yang prima. Salah satu penentu kualitas sumber daya manusia adalah asupan gizi pada usia balita<sup>1</sup>.

Salah satu yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia adalah melalui perbaikan sektor ekonomi, namun krisis ekonomi yang melanda Indonesia sejak tahun 1997 telah sangat berpengaruh terhadap keadaan gizi penduduk. Kelompok usia yang paling terkena dampak dari krisis ekonomi terutama dalam pemenuhan asupan gizi adalah kelompok balita. Penelitian yang dilakukan oleh Tarigan tahun 2003 mengenai gambaran status gizi anak umur 6-36 bulan sebelum dan saat krisis ekonomi di Wilayah Jawa Tengah menyatakan bahwa anak usia 18-36 bulan merupakan kelompok yang paling terpengaruh dengan kondisi sebelum dan saat krisis ekonomi<sup>2</sup>.

Kerentanan balita akan gizi ditunjukkan dengan semakin meningkatnya

angka kejadian malnutrisi di dunia. Menurut Morris (2005), Direktur Eksekutif *World Food Programme* (WFP) PBB, saat ini 300 juta anak di dunia mengalami kelaparan dan 18 ribu anak meninggal setiap harinya dikarenakan malnutrisi<sup>3</sup>. Morris menambahkan bahwa 40-60% dari anak yang mengalami malnutrisi tersebut, berada di negara miskin dan berkembang. Keterangan di atas diperkuat oleh *Asia Child Right* (2005) yang menyatakan bahwa lebih dari 153 juta anak balita di dunia mengalami malnutrisi<sup>4</sup>.

Di Indonesia sendiri angka balita dengan gizi kurang dan gizi buruk ternyata tidak berubah atau stagnan selama 10 tahun terakhir. Hasil survey Departemen Kesehatan mengenai masalah gizi pada tahun 2004 didapatkan bahwa masalah gizi masih terjadi di 77,3 persen kabupaten dan 56 persen kota di Indonesia. Data tersebut juga mengidentifikasi bahwa pada tahun 2003 sebanyak lima juta anak balita (27,5%) kurang gizi dimana 3,5 juta anak (19,2%) diantaranya berada pada tingkat gizi kurang dan 1,5 juta anak (8,3%) mengalami gizi buruk. Sementara menurut pengelompokan prevalensi gizi kurang dari

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Indonesia tergolong sebagai negara dengan status kekurangan gizi yang tinggi pada tahun 2004 karena 5.119.935 balita dari 17.983.244 balita Indonesia (28,47%) termasuk kelompok gizi kurang dan gizi buruk<sup>5</sup>.

Menurut data Laporan Penanganan Gizi Buruk Dinas Kesehatan Depok tahun 2005, total balita gizi buruk di Kota Depok tahun 2005 sebesar 0,98% atau sebanyak 1.133 balita dari total 114.980 balita yang disurvei. Angka ini menunjukkan bahwa jumlah balita dengan gizi buruk di Depok menurun sebesar 8,5% dari tahun 2004 yaitu sebesar 9,5 persen atau sebanyak 9.157 balita dari total 96.391 balita yang disurvei. Kepala Sub Dinas Pembinaan Kesehatan Masyarakat (Binkesmas) Dinas Kesehatan Kota Depok, Karmawati, menyatakan bahwa dari enam kecamatan yang ada di Kota Depok, terdapat satu Kecamatan yang paling banyak terdapat balita gizi buruk, yaitu Kecamatan Pancoran Mas.

Berdasarkan data mengenai kekurangan gizi mulai dari tingkat global sampai dengan tingkat wilayah Kelurahan Pancoran Mas, terlihat bahwa angka gizi kurang dan gizi buruk pada kelompok usia balita masih sangat tinggi. Sedangkan para ahli mengatakan bahwa pada masa balita, proses tumbuh kembang berkembang sangat cepat dan masa balita sering disebut sebagai masa emas (*golden age periode*)<sup>6</sup>.

Upaya penanganan masalah gizi pada balita dinilai kurang efektif karena dalam beberapa tahun terakhir status gizi buruk pada populasi balita relatif stagnan bahkan meningkat. Angka prevalensi kasus gizi buruk pada balita di Indonesia semakin menunjukkan peningkatan dari 6,3% pada tahun 1998 menjadi 8,8% pada tahun 2006<sup>7</sup>. Meskipun saat ini telah banyak bantuan serta program penanganan gizi buruk, kondisi-kondisi tersebut menunjukkan bahwa Indonesia semakin jauh dari pencapaian

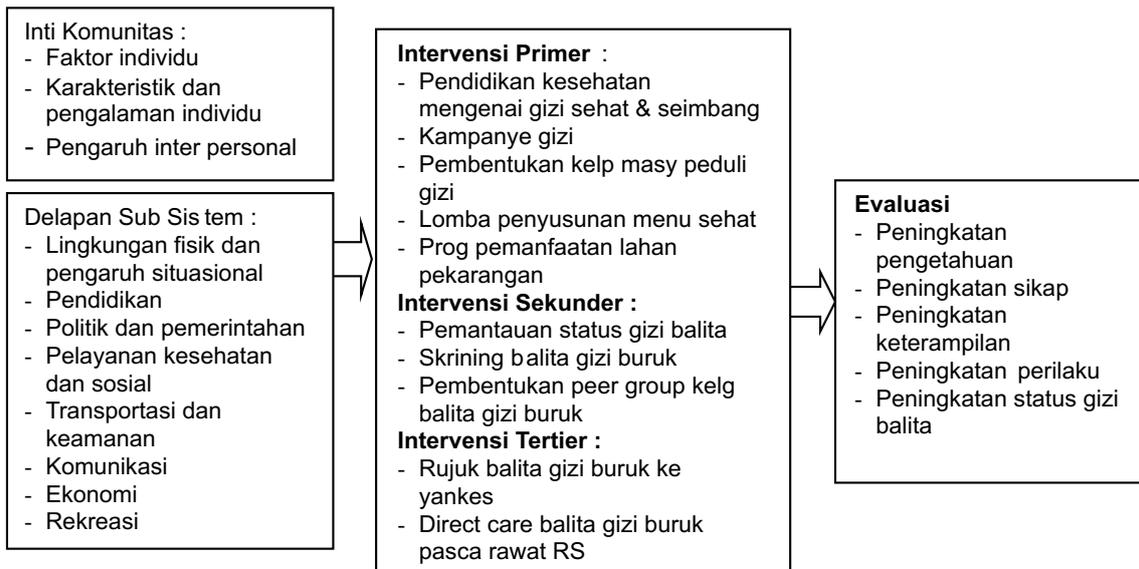
target *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk menurunkan angka kematian balita.

Keperawatan komunitas sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan mempunyai peranan yang sangat strategis dalam meningkatkan partisipasi masyarakat dalam melakukan upaya-upaya kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan. Perawat komunitas dapat berperan sebagai pembaharu, pemimpin, kolaborator, konselor, advokat, pendidik, pengelola, peneliti, penemu kasus dan pemberi asuhan keperawatan secara langsung<sup>8</sup>. Peran perawat komunitas dalam menangani masalah gizi sangat penting yaitu perawat komunitas harus mampu memberikan dorongan secara profesional kepada klien agar mereka mampu merubah perilaku dalam pemenuhan gizi dan berusaha memfasilitasi klien dalam merubah dan menghilangkan perilaku yang negatif dalam pemenuhan gizi.

Salah satu model yang dapat diaplikasikan dalam asuhan keperawatan komunitas adalah model *Community As Partner*. Model *Community As Partner* tidak hanya dapat menyelesaikan masalah saat ini, tetapi juga masalah yang akan datang melalui upaya preventif dan promotif yang terdapat dalam *three level prevention*<sup>9</sup>.

## **Bahan dan Cara**

Penelitian ini adalah eksperimen semu atau quasi eksperimental dengan rancangan *non randomized pretest-posttest control group design*. Metode pengumpulan data yang dilakukan adalah observasi, wawancara, FGD dan kuesioner. Alat yang digunakan adalah catatan makanan balita selama 24 jam, pedoman pemeriksaan fisik, pedoman wawancara, pedoman FGD, dan kuesioner. Kuesioner disusun berdasarkan model pengkajian yang digunakan yaitu Model *Community As Partner*



Populasi pada penelitian ini adalah ibu-ibu yang memiliki balita dengan gizi buruk di Kelurahan Pancoran Mas Depok yang berjumlah 44 orang. Sampel adalah 30 orang ibu yang mempunyai balita dengan gizi buruk yang memenuhi kriteria inklusi. Pada 30 orang tersebut dilakukan intervensi primer, sekunder dan tertier selama 9 bulan, sejak Oktober 2006 sampai dengan Juni 2007.

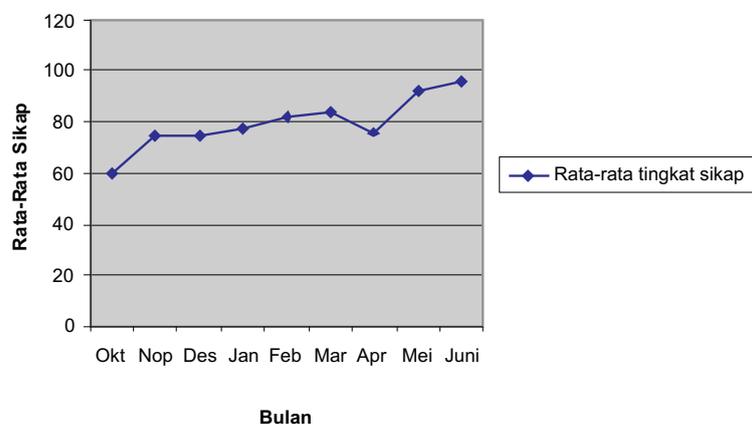
**Hasil**

Hasil yang didapatkan setelah dilakukan intervensi selama kurang lebih 9 bulan sejak bulan Oktober 2006 – Juni 2007 adalah telah terbentuk 5 peer group di 5 RW yaitu RW 03, 04, 14, 15 dan 16 dimana anggota peer group adalah ibu-

ibu yang memiliki balita dengan permasalahan gizi terutama gizi kurang dan gizi buruk. Kegiatan dilakukan satu bulan sekali untuk setiap peer group sesuai dengan buku modul kegiatan yang telah disusun.

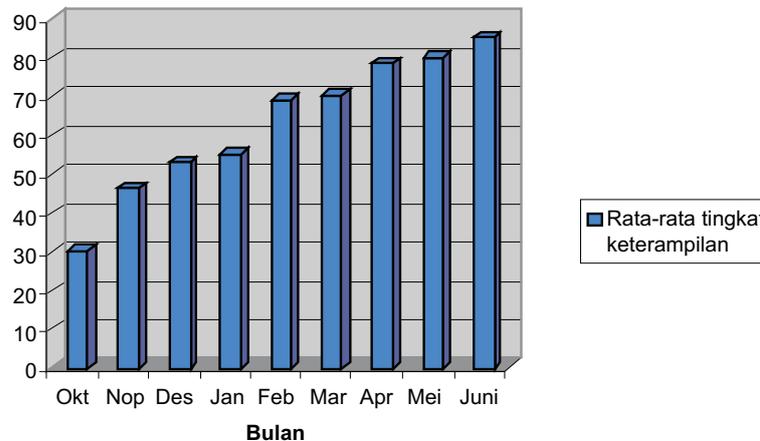
Berdasarkan hasil analisis terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan masyarakat mengenai pengetahuan dan keterampilan tentang pemenuhan kebutuhan gizi balita dengan gizi buruk, terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai gizi balita dari rata-rata 46% menjadi rata-rata 92%, terjadi peningkatan sikap masyarakat mengenai gizi balita dari rata-rata 60% menjadi 96%, dan terjadi peningkatan praktek masyarakat dalam memenuhi kebutuhan gizi balita dari 30% menjadi 85%

Tabel 1. Peningkatan sikap peer group ibu-ibu mengenai kebutuhan gizi balita di Kelurahan Pancoran Mas



Depok, Okt 2006-Juni 2007 (n = 30)

Tabel 2. Peningkatan keterampilan peer group ibu-ibu mengenai kebutuhan gizi balita di Kelurahan Pancoran Mas Depok, Okt 2006-Juni 2007 (n = 30)



Selain peningkatan perilaku masyarakat, indikator keberhasilan asuhan keperawatan komunitas dapat dilihat melalui food record pada kelompok balita gizi buruk, dimana masyarakat yang telah mampu memenuhi kebutuhan gizi balita dari 25% telah meningkat menjadi 75%. Hasil analisis hasil food record, teridentifikasi bahwa perubahan yang cukup signifikan terlihat dari konsumsi protein, dimana dari catatan konsumsi makanan sebelumnya hanya sekitar 20% masyarakat yang memberikan protein yang cukup pada

balita (10-15% dari keseluruhan zat gizi). Setelah dilakukan intervensi, terlihat bahwa dari 32 keluarga, 29 keluarga telah mencukupi kebutuhan protein dalam konsumsi makanan balita.

Keberhasilan peningkatan konsumsi makanan balita dapat terlihat dengan adanya peningkatan status gizi balita yaitu dari 27 balita gizi buruk, setelah intervensi menjadi 1 balita gizi buruk, 19 gizi kurang dan 12 gizi baik. Sedangkan dari lima balita gizi kurang telah meningkatkan menjadi gizi baik.

Tabel 3. Hasil uji statistik dengan menggunakan t- test one sample

Variabel	Mean		Standar Deviasi		Peningkatan SD	P Value
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah		
Pengetahuan	11,78	13,81	1,39	2,61	1,22	0,000
Sikap	7,78	10,28	1,61	2,30	0,69	0,000
Keterampilan	7,72	12,19	1,94	2,42	0,48	0,000
Perilaku	31,19	34,81	3,21	4,24	1,03	0,000
Status Gizi	0,19	1,06	0,40	0,67	0,27	0,000

Hasil diatas menggambarkan bahwa terdapat perbedaan antara variabel pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku

dan status gizi balita setelah dilakukan praktik keperawatan komunitas dengan p = 0.000.

Hasil diatas menggambarkan bahwa terdapat perbedaan antara variabel pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku dan status gizi balita setelah dilakukan praktik keperawatan komunitas dengan  $p = 0.000$ .

### Diskusi

Masalah yang ditemui pada kelompok balita dengan gizi buruk berdasarkan analisis situasi wilayah adalah belum optimalnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dalam penanganan dan pencegahan masalah gizi buruk pada balita di Kelurahan Pancoran Mas. Perencanaan pada program penanganan gizi buruk pada kelompok balita meliputi penetapan tujuan dari setiap program yang akan dilaksanakan, kebijakan yang mendukung pelaksanaan program penanganan gizi buruk pada kelompok balita, dan strategi yang akan dilakukan pada program penanganan gizi buruk pada kelompok balita.

Salah satu strategi yang dilakukan untuk mengatasi masalah diatas adalah pembentukan *peer group*. Tujuan pembentukan *peer group* adalah membentuk suatu wadah untuk meningkatkan perilaku masyarakat dan kesadaran ibu-ibu yang memiliki balita dengan gizi buruk tentang manfaat pelayanan kesehatan dalam meningkatkan kesehatan dan status gizi anak.

Individu secara alami membentuk kelompok pada *setting* rumah dan kelompok di masyarakat, yang secara perlahan mempengaruhi kesehatan komunitas secara umum. Menggunakan kelompok sebaya sebagai kelompok target merupakan langkah terbaik dalam memberikan pendidikan kesehatan pada mereka yang mempunyai masalah yang sama<sup>10</sup>. Pembentukan *peer group* merupakan bentuk intervensi yang efektif dimana antar anggota dapat saling memberikan informasi mengenai masalah yang mereka alami. Kelompok juga merupakan cara yang efektif untuk masuk dan mengimplementasikan perubahan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat<sup>11</sup>.

Upaya yang dilakukan dalam merubah perilaku yang kurang sehat dan meningkatkan perilaku sehat pada masyarakat balita dengan gizi buruk yaitu dengan meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam memenuhi kebutuhan gizi. Selain itu menyediakan sarana dan pra sarana serta melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat dan kader untuk mencari dukungan dalam merubah perilaku masyarakat, sehingga perlu upaya pembinaan secara terus menerus untuk mempertahankan kondisi yang telah dicapai.

Intervensi untuk memperbaiki pola makan meliputi perubahan pengetahuan, sikap dan keterampilan. Strategi yang dapat digunakan saat melakukan intervensi untuk merubah perilaku pemenuhan kebutuhan gizi yaitu : 1) Memperbaiki aksesibilitas informasi mengenai nutrisi, penkes nutrisi dan konseling nutrisi; 2) Fokus pada pencegahan penyakit kronik yang berhubungan dengan diet dan BB yang dimulai pada usia balita, 3) Mempertahankan program nasional mengenai nutrisi serta 4) Membangun dan mempertahankan kerjasama lintas program dan sektoral<sup>12</sup>.

Berdasarkan hasil analisis terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan masyarakat mengenai pengetahuan dan keterampilan tentang pemenuhan kebutuhan gizi balita dengan gizi buruk, terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai gizi balita dari rata-rata 46% menjadi rata-rata 92%, terjadi peningkatan sikap masyarakat mengenai gizi balita dari rata-rata 60% menjadi 96%, dan terjadi peningkatan praktek masyarakat dalam memenuhi kebutuhan gizi balita dari 30% menjadi 85%.

Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang. Perilaku yang didasarkan atas pengetahuan akan lebih baik dari pada yang tidak berdasarkan pada pengetahuan, walaupun pengetahuan yang mendasari sikap seseorang masih dipengaruhi oleh banyak faktor lain yang

sangat kompleks sehingga terbentuk perilaku yang nyata<sup>13</sup>. Pengetahuan ibu mengenai pemenuhan kebutuhan gizi akan berpengaruh terhadap hidangan yang disajikan untuk keluarga, dengan pengetahuan yang memadai seorang ibu diharapkan mampu menyediakan makanan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan gizi anggota keluarganya. Semakin rendah pengetahuan gizi ibu maka ia tidak mengetahui bagaimana cara pengolahan, penyajian makanan yang bergizi khususnya untuk anak balita. Pengetahuan ibu mengenai gizi akan berpengaruh terhadap mutu makanan yang disajikan untuk anggota keluarga.

Peningkatan pengetahuan keluarga dari rata-rata 46% menjadi 92% melebihi tujuan yang ingin dicapai yaitu dari 46% menjadi 75% hal ini memperlihatkan keberhasilan implementasi pendidikan kesehatan yang dilaksanakan. Hal ini didukung dengan media yang digunakan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat. Perawat komunitas dapat menggunakan berbagai media yang menarik dan sesuai dengan tingkat pendidikan klien sehingga masyarakat lebih mudah menerima informasi yang diberikan<sup>11</sup>.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dimana respon tersebut melibatkan emosi dan perasaan<sup>14</sup>. Manifestasi dari sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Hasil analisis mengenai sikap memperlihatkan bahwa sebagian besar responden telah memiliki sikap yang baik mengenai pemenuhan kebutuhan gizi balita. Sikap didasari oleh pengetahuan, apabila pengetahuan baik maka sikap akan baik dan sebaliknya apabila pengetahuan kurang baik maka sikap pun akan menjadi kurang baik<sup>13</sup>.

Peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan gizi balita menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan secara berkesinambungan dapat

memberi dampak terhadap perilaku masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Stanhope, bahwa pelayanan keperawatan komunitas bersifat berkelanjutan bukan episodik dan bertanggung jawab penuh terhadap status kesehatan seluruh penduduk<sup>11</sup>.

Selain peningkatan perilaku masyarakat, indikator keberhasilan asuhan keperawatan komunitas dapat dilihat melalui *food record* pada kelompok balita gizi buruk, dimana masyarakat yang telah mampu memenuhi kebutuhan gizi balita dari 25% telah meningkat menjadi 75%. Penelitian yang dilakukan oleh John Amos tahun 1999, diketahui bahwa konsumsi energi balita mempengaruhi terjadinya Kurang Energi Protein (KEP) pada balita dan faktor ini merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi status gizi balita. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Orisinal tahun 2001 mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita di Sumatera Barat tahun 2001 yang menyatakan bahwa variabel yang berhubungan dengan status gizi balita adalah konsumsi energi perkapita.

Hasil analisis hasil *food record*, teridentifikasi bahwa perubahan yang cukup signifikan terlihat dari konsumsi protein, dimana dari catatan konsumsi makanan sebelumnya hanya sekitar 20% masyarakat yang memberikan protein yang cukup pada balita (10-15% dari keseluruhan zat gizi). Setelah dilakukan intervensi, terlihat bahwa dari 32 keluarga, 29 keluarga telah mencukupi kebutuhan protein dalam konsumsi makanan balita.

Penelitian yang dilakukan oleh Orisinal tahun 2001 menyatakan bahwa konsumsi protein per kapita berhubungan dengan status gizi balita. Dalam penelitian ini, Orisinal juga menjelaskan bahwa variabel yang secara bersama-sama mempengaruhi status gizi balita adalah konsumsi protein per kapita, pendapatan per kapita, umur anak dan jenis kelamin anak. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Andra Fikar (2003) mengenai

faktor determinan KEP anak usia 6 bulan-3 tahun di Kota Padang, dalam penelitian ini Andra membuktikan bahwa variabel yang paling dominan berhubungan dengan KEP pada anak umur 6 bulan-3 tahun adalah tingkat konsumsi protein dengan nilai OR = 12,6.

Keberhasilan peningkatan konsumsi makanan balita dapat terlihat dengan adanya peningkatan status gizi balita yaitu dari 27 balita gizi buruk, setelah intervensi menjadi 1 balita gizi buruk, 19 gizi kurang dan 12 gizi baik. Sedangkan dari lima balita gizi kurang telah meningkat menjadi gizi baik.

Salah satu intervensi yang tidak berhasil dilakukan adalah pembentukan pos gizi dan pelaksanaan metode tungku untuk keluarga-keluarga yang mempunyai balita dengan gizi buruk. Kedua bentuk implementasi ini sangat membutuhkan peran serta aktif masyarakat. Metode tungku dapat digunakan sebagai salah satu cara mencegah kurang gizi yang berkelanjutan, yang mencoba memberdayakan masyarakat dengan secara ketat mengajarkan ibu untuk mengelola sumber daya yang terbatas, menanamkan disiplin pengasuhan, dan mengajarkan cara memberi makan pada anak. Kenyataan di lapangan, masyarakat terutama keluarga yang menerima bantuan PMT lebih tergantung pada bantuan yang diberikan oleh Puskesmas.

Pendekatan untuk membantu individu dan keluarga dalam peran aktif mereka terhadap kesehatan harus difokuskan pada pemberdayaan daripada memberikan bantuan secara langsung. Intervensi dengan memberikan bantuan langsung pada keluarga atau masyarakat tidak selalu memberikan hasil yang positif. Jika masyarakat tidak merasa bahwa kondisi yang mereka alami bukan suatu masalah, menawarkan atau memberikan bantuan secara langsung dapat menyebabkan penolakan. Dampak negatif lain adalah masyarakat menjadi tergantung pada bantuan yang diberikan sehingga

mereka tidak mempunyai motivasi untuk menyelesaikan masalah mereka sendiri<sup>11</sup>.

## Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan :

1. Intervensi yang didasari oleh model *Community as Partner* yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas pada kelompok balita dengan gizi buruk telah mampu mengatasi permasalahan pada kelompok balita dengan gizi buruk. Hal ini terlihat dengan peningkatan pengetahuan keluarga mengenai gizi balita dari 46% menjadi 92%, peningkatan sikap 60% menjadi 96%, terjadi peningkatan praktek keluarga dari 30% menjadi 85%.
2. Selain indikator peningkatan perilaku, Keberhasilan aplikasi integrasi teori dan model *Community as Partner* dan *Health Promotion Model* dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas pada kelompok balita dengan gizi buruk dapat dilihat dari peningkatan status gizi balita yaitu dari 27 balita gizi buruk, setelah intervensi menjadi 1 balita gizi buruk, 19 gizi kurang dan 12 gizi baik. Sedangkan dari lima balita gizi kurang telah meningkat menjadi gizi baik.

## Saran

1. Perlu adanya tindak lanjut kerjasama antara pihak pendidikan, dinas kesehatan dan puskesmas dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan komunitas pada kelompok balita gizi buruk, serta asuhan keperawatan komunitas secara berkesinambungan sehingga akan mendukung kemandirian masyarakat, khususnya keluarga-keluarga yang mempunyai balita gizi buruk dalam menyelesaikan masalahnya.
2. Perlu adanya pengembangan model pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas dan model dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas yang adekuat dan dapat

dijadikan acuan dalam pemberian asuhan keperawatan komunitas.

makanan keluarga di daerah perkotaan. Media gizi dan keluarga No XX (2) : 86-91.

#### Daftar Pustaka

1. Peranan gizi pada tumbuh kembang balita, Dharmawanto, 2005, <http://www.hellis.org/modules>, (diperoleh tanggal 7 Januari 2006)
  2. Tarigan, I. (2003). *Gambaran status gizi anak umur 6-36 bulan sebelum dan saat krisis ekonomi di Wilayah Jawa Tengah*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Jakarta
  3. Childrenhealth.(2006).[www.care.org/careswork/health/children](http://www.care.org/careswork/health/children)
  4. UNICEF (2006). *Malnutrition death of 5,6 million under fives every year*. [www.acr.hrschool.org](http://www.acr.hrschool.org).
  5. Angka gizi kurang dan gizi buruk berkurang hingga 20%, Falah (2007). [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)
  6. 50% perkembangan intelektual tumbuh saat balita, Moudouw (2003). [www.gizi.net/cgi](http://www.gizi.net/cgi)
  7. Hardiansyah. (1996). Status pekerjaan ibu dan pendapatan dalam hubungannya dengan mutu gizi makanan keluarga di daerah perkotaan.
  8. Helvie, C. (1998). *Advanced practice nursing in the community*. SAGE Publication, Inc. USA.
  9. Anderson & McFarlane. (2000). *Community As Partner : Theory and practice in nursing*. Third Edition. DNLM
  10. Hitchcock, Schubert & Thomas. (1999). *Community health nursing : Caring in action*. DNLM/DLC
  11. Stanhope, M., Lancaster, J. (2000). *Community and public health nursing*. Fifth edition. Mosby Inc. St Louis United States
  12. Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*, 5th edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Health,
  13. Rosmana, D. (2003). *Hubungan pola asuh gizi anak usia 6-24 bulan di Kabupaten Serang Tahun 2003*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
  14. Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. PT Rineka Cipta.Jakarta.
-