

**TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA REMAJA  
DENGAN OBESITAS DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS PAUH KOTA PADANG**



**REFI ANANDA PUTRI**

**223110268**

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
2025**

## **TUGAS AKHIR**

# **ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA REMAJA DENGAN OBESITAS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAUH KOTA PADANG**

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang  
sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**REFI ANANDA PUTRI**

**223110268**

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
2025**

## PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tugas Akhir "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan Obesitas  
di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang"

Disusun oleh

Nama : Refi Ananda Putri

NIM : 223110268

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

14 Mei 2025

Menyetujui

Pembimbing Utama



Tasman, S. Ko, M.Kep, Sp.Kom

NIP. 19700522 199403 1 001

Pembimbing Pendamping



Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Hiwa

NIP. 19720524 199503 2 001

Padang, 14 Mei 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep

NIP. 19750121 199903 2 005

## **HALAMAN PENGESAHAN**

Tugas Akhir "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan Obesitas  
di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang"

Disusun oleh

Nama : Refi Ananda Putri

NIM : 223110268

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji  
pada tanggal : 2 Juni 2025

### **SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

Ketua,

**Ns. Verra Widhi Astuti, M.Kep**

NIP. 19910225 201902 2 001

(.....)

Anggota,

**Ns. Deharnita, S.S.I, M.Kes**

NIP. 19691205 198903 2 001

(.....)

Anggota,

**Tasman, S. Kp, M.Kep, Sp.Kom**

NIP. 19700522 199403 1 001

(.....)

Anggota,

**Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa**

NIP. 19720524 199503 2 001

(.....)

Padang, 02 Juni 2025  
Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang

**Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep**

NIP. 19750121 199903 2 005

### PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya

|                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| Nama Lengkap               | : Refi Ananda Putri                |
| NIM                        | : 223110268                        |
| Tempat/Tanggal Lahir       | : Koto Baru/ 17 Juli 2004          |
| Tahun Masuk                | : 2022                             |
| Nama PA                    | : Ns. Suhaimi, S.Kep, M.Kep        |
| Nama Pembimbing Utama      | : Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom      |
| Nama Pembimbing Pendamping | : Retidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa |

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Tugas Akhir saya, yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan Obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang"

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 16 Juni 2023

Yang Menyatakan



Refi Ananda Putri

NIM 223110268

## **PERNYATAAN ORISINALITAS**

Tugas Akhir ini adalah hasil karya penulis sendiri dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar

Nama : Refi Ananda Putri

NIM : 223110268

Tanda Tangan :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Refi' followed by a stylized flourish.

Tanggal : 16 Juni 2025

## **PROGRAM STUDI D 3 KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**

**Tugas Akhir, Mei 2025  
Refi Ananda Putri**

### **Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan Obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang**

**Isi : xiv + 126 halaman + 4 tabel + 1 gambar + 11 lampiran**

#### **ABSTRAK**

Lebih dari 160 juta anak dan remaja didunia hidup dengan obesitas. Indonesia salah satu bahkan menjadi peringkat keempat dari jumlah penderita terbanyak di dunia. Dinas Kesehatan Kota Padang Tahun 2023 menyebutkan estimasi remaja dengan obesitas mencapai 1.561 anak dengan angka tertinggi terdapat di wilayah kerja Puskesmas Pauh sebanyak 64 anak. Tujuan penelitian ini adalah menerapkan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan Obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan desain yang digunakan adalah deskriptif berbentuk studi kasus. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2024 sampai Juni 2025. Populasi dari penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anak remaja dengan obesitas sebanyak 13 orang dan sampel 1 orang menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Teknik pengumpulan data yaitu observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan dokumentasi dengan menggunakan format asuhan keperawatan keluarga. Data dianalisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian didapatkan klien memiliki berat badan 75 kg dengan tinggi badan 148 cm dengan IMT 34,2 dikategorikan obesitas, klien tidak percaya diri dengan bentuk tubuhnya sehingga masalah keperawatan yang ditemukan yaitu obesitas, gangguan citra tubuh dan defisit pengetahuan. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu edukasi proses penyakit obesitas, edukasi kesehatan gangguan citra tubuh, dukungan pengambilan keputusan edukasi diet obesitas, terapi aktivitas, terapi diversional, manajemen lingkungan dan edukasi program pengobatan. Implementasi dilakukan 10 kali kunjungan dan hasil evaluasi didapatkan keluarga mampu memahami tentang obesitas dan gangguan citra tubuh. Penelitian yang dilakukan menunjukkan masalah mulai teratasi dilihat dari penurunan berat badan klien sebanyak 1,5 kg. Kemudian dilanjutkan dengan intervensi mandiri yang dilakukan klien dan keluarga

Disarankan penggunaan sarana atau media pemberian informasi mengenai obesitas serta pengaturan pola makan khususnya pada remaja dapat dikembangkan lebih lanjut dan dapat menjadi dasar intervensi terhadap pemberian asuhan keperawatan khususnya terhadap remaja obesitas bagi penyelenggara pelayanan kesehatan.

**Kata Kunci : Obesitas, Keluarga, Asuhan Keperawatan Keluarga**  
**Daftar Bacaan : 44 (2010-2024)**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Remaja dengan Obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang”. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Tugas Akhir ini sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang dan pembimbing pendamping.
2. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang dan pembimbing utama.
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Dr. Mela Aryati selaku Kepala Puskesmas Pauh Kota Padang.
5. Bapak Ns. Suhaimi, S.Kep, M.Kep selaku Pembimbing Akademik di Poltekkes Kemenkes Padang.
6. Dosen dan Staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
7. Teristimewa kepada kedua orang tua, adik dan keluarga yang senantiasa selalu memberikan kasih sayang, dukungan moral dan material, semangat, motivasi serta doa selama penyusunan Tugas Akhir ini.
8. Sahabat dan teman dekat yang selalu memberikan semangat, masukan, dan dukungan kepada penulis selama penyusunan Tugas Akhir.
9. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang angkatan 2022.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.

Padang, Mei 2025

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials 'Rf' with a stylized flourish.

Penulis

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Refi Ananda Putri  
NIM : 223110268  
Tempat/Tanggal Lahir : Koto Baru/ 17 Juli 2004  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Nama Orang Tua  
Ayah : Fadli  
Ibu : Deswita  
Alamat : Jalan Pramuka No 48 Korong Tengah Jorong  
Lubuk Agung Nagari Koto Baru Kecamatan  
Kubung Kabupaten Solom Provinsi Sumatera  
Barat

### Riwayat Pendidikan

| N0 | Pendidikan                | Tahun Lulus |
|----|---------------------------|-------------|
| 1. | TK Pembina 1 Kubung       | 2009-2010   |
| 2. | SDN 28 Koto Baru          | 2010-2016   |
| 3. | MTsN 2 Solok              | 2016-2019   |
| 4. | SMAN 1 Gunung Talang      | 2019-2022   |
| 5. | Poltekkes Kemenkes Padang | 2022- 2025  |

## DAFTAR ISI

|  |        |
|--|--------|
| HALAMAN JUDUL.....                       | i      |
| LEMBAR PERSETUJUAN.....                  | ii     |
| LEMBAR PENGESAHAN .....                  | iii    |
| PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT.....            | iv     |
| PERNYATAAN ORISINALITAS.....             | v      |
| ABSTRAK.....                             | vi     |
| KATA PENGANTAR.....                      | vii    |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....                | ix     |
| DAFTAR ISI .....                         | x      |
| DAFTAR GAMBAR .....                      | xii    |
| DAFTAR TABEL.....                        | xiii   |
| DAFTAR LAMPIRAN .....                    | xiv    |
| <br><b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....       | <br>1  |
| A. Latar Belakang .....                  | 1      |
| B. Rumusan Masalah .....                 | 8      |
| C. Tujuan Penelitian.....                | 8      |
| D. Manfaat Penelitian .....              | 8      |
| <br><b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> ..... | <br>10 |
| A. Konsep Keluarga .....                 | 10     |
| 1. Pengertian Keluarga .....             | 10     |
| 2. Struktur Keluarga .....               | 10     |
| 3. Tipe Keluarga .....                   | 12     |
| 4. Fungsi Keluarga.....                  | 15     |
| 5. Tahap Perkembangan Keluarga .....     | 17     |
| 6. Peran Perawat Keluarga .....          | 20     |
| B. Konsep Remaja .....                   | 22     |
| 1. Pengertian Remaja.....                | 22     |
| 2. Pembagian Masa Remaja .....           | 22     |
| 3. Karakteristik Masa Remaja .....       | 23     |
| 4. Perkembangan Masa Remaja .....        | 25     |
| 5. Tugas Perkembangan Masa Remaja.....   | 27     |
| C. Konsep Obesitas.....                  | 28     |
| 1. Definisi Obesitas .....               | 28     |
| 2. Etiologi Obesitas .....               | 29     |
| 3. Cara Pengukuran Obesitas.....         | 30     |
| 4. Patofisiologi Obesitas.....           | 31     |
| 5. WOC.....                              | 33     |
| 6. Manifestasi Klinis Obesitas.....      | 34     |
| 7. Komplikasi Obesitas.....              | 34     |

|  |            |
|--|------------|
| 8. Pencegahan Preventif Obesitas.....                      | 35         |
| D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Obesitas..... | 36         |
| 1. Pengkajian keperawatan .....                            | 36         |
| 2. Diagnosa keperawatan.....                               | 45         |
| 3. Intervensi keperawatan.....                             | 48         |
| 4. Implementasi keperawatan .....                          | 55         |
| 5. Evaluasi keperawatan .....                              | 56         |
| <b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>                     | <b>57</b>  |
| A. Desain Penelitian.....                                  | 57         |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian.....                        | 57         |
| C. Populasi dan Sampel .....                               | 57         |
| D. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data .....                 | 58         |
| E. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data .....               | 60         |
| F. Prosedur Pengambilan Data.....                          | 60         |
| G. Analisa Data .....                                      | 61         |
| <b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN KASUS .....</b>             | <b>63</b>  |
| A. Hasil .....   | 63         |
| B. Pembahasan Kasus .....                                  | 83         |
| <b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>                    | <b>124</b> |
| A. Kesimpulan .....  | 124        |
| B. Saran.....  | 125        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>                                      |            |
| <b>LAMPIRAN</b>  |            |

## DAFTAR TABEL

|   |    |
|---|----|
| Tabel 2.1 Klasifikasi Obesitas.....                         | 31 |
| Tabel 2.2 Tanda dan Gejala Remaja Obesitas.....             | 34 |
| Tabel 2.3 Skala Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga..... | 48 |
| Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Keluarga.....              | 49 |

## DAFTAR GAMBAR

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Gambar 2.1 WOC Obesitas ..... | 33 |
|-------------------------------|----|

## **DAFTAR LAMPIRAN**

|             |   |
|-------------|---|
| Lampiran 1  | GANTCHART   |
| Lampiran 2  | Inform Consent  |
| Lampiran 3  | Format hasil Pengkajian sampai evaluasi Keperawatan Keluarga  |
| Lampiran 4  | Lembar Konsultasi Tugas Akhir Pembimbing 1  |
| Lampiran 5  | Lembar Konsultasi Tugas Akhir Pembimbing 2  |
| Lampiran 6  | Surat Izin Pengambilan Data dari Poltekkes Kemenkes Padang  |
| Lampiran 7  | Surat Izin survey awal dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang ke Dinas Kesehatan Kota Padang dan ke Puskesmas Pauh Kota Padang |
| Lampiran 8  | Surat Izin Penelitian Data dari Poltekkes Kemenkes Padang   |
| Lampiran 9  | Surat Izin penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang ke Puskesmas Pauh Kota Padang                                     |
| Lampiran 10 | Surat Selesai Penelitian dari Puskesmas Pauh Kota Padang  |
| Lampiran 11 | Laporan Pendahuluan, Satuan Acara Penyuluhan, Leaflet, dokumentasi kegiatan , Absensi kunjungan bersama keluarga  |

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Keluarga terdiri dari dua orang atau lebih yang berkumpul dan terikat oleh ikatan emosional bersama untuk berbagi pengalaman dan mengakui diri mereka sebagai anggota unit keluarga <sup>1</sup>. Keluarga terdiri dari dua orang atau lebih yang terhubung melalui pernikahan, hubungan darah (keturunan langsung), hidup bersama di bawah satu atap, atau hidup terpisah karena alasan seperti pekerjaan. Anggota keluarga memiliki peran dan tanggung jawab khusus yang terkait dengan setiap tugas, bersama dengan ikatan emosional yang membuat mereka sulit berpisah satu sama lain <sup>2</sup>.

Keluarga berfungsi sebagai sistem sosial karena terdiri dari dua atau lebih individu yang menempati peran sosial yang berbeda, yang dicirikan oleh saling ketergantungan dan hubungan satu sama lain. Seperti sistem umum lainnya, keluarga juga terdiri dari komponen-komponen sistem <sup>3</sup>. Keluarga mengalami delapan tahap perkembangan, salah satunya adalah fase perkembangan keluarga dengan anak-anak remaja. Pada titik ini, remaja akan mulai memprioritaskan untuk membahas hubungan mereka dengan orang tua secara terbuka. Tujuan perkembangan keluarga dalam fase ini adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab sambil menumbuhkan kedewasaan remaja <sup>1</sup>.

Masa remaja yaitu periode kehidupan yang terletak antara masa kanak-kanak dan dewasa, yaitu dari umur 10 sampai 19 tahun. Ini merupakan fase khas dalam perkembangan manusia dan periode krusial untuk membangun fondasi kesehatan yang baik. Remaja mengalami perkembangan fisik, kognitif, serta psikososial. Ini berdampak pada bagaimana mereka merasakan, berpikir, dan mengambil keputusan <sup>4</sup>.

Ciri utama pada masa remaja ditandai dengan adanya berbagai perubahan seperti perubahan fisik, perubahan intelektual, perubahan emosi, perubahan sosial dan perubahan moral. Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa

remaja dapat berpengaruh terhadap kebiasaan makannya. Masalah secara intensif terjadi pada remaja ketika proses kenaikan berat badan berjalan, peningkatan persentase lemak tubuh, pertumbuhan tinggi badan dan hal hal lain yang berkaitan dalam kematangan tubuh remaja. Perkembangan tersebut terjadi dalam periode dan perubahan yang sangat cepat <sup>5</sup>.

Berat badan saat masa remaja menjadi prediktor yang sangat baik untuk mengetahui risiko seseorang dapat terkena obesitas atau penyakit yang merugikan di masa depan. Remaja yang kelebihan berat badan saat masa remaja kemungkinan akan menjadi obesitas <sup>6</sup>.

Obesitas merupakan akumulasi lemak abnormal atau berlebihan yang dapat mengganggu kesehatan <sup>7</sup>. Obesitas atau kelebihan berat badan merupakan masalah serius bagi remaja. Obesitas terjadi ketika tubuh menjadi kelebihan berat badan (obesitas) karena banyaknya jaringan lemak. Secara ilmiah, obesitas terjadi akibat mengonsumsi kalori lebih banyak dari yang diperlukan tubuh. Obesitas pada remaja cenderung kompleks, multifaktorial dan berperan sebagai pencetus penyakit kronis dan generatif <sup>5</sup>.

Obesitas yang terjadi pada anak usia remaja dapat terjadi karena banyak hal, baik secara genetik ataupun karena faktor luar lainnya. Paling sering dijumpai faktor yang menyebabkan adanya obesitas adalah karena kurangnya aktivitas fisik, sering mengonsumsi *fastfood*, konsumsi zat gizi makro berlebih, tidak sarapan pagi, kurangnya pengetahuan tentang gizi, pola makan yang tidak seimbang, pendapatan orang tua sebagai faktor pendukung, dan faktor genetik seperti usia, jenis kelamin, dan keturunan orang tua <sup>8</sup>. Obesitas akibat ketidakseimbangan asupan energi dan pengeluaran energi (aktivitas fisik) <sup>9</sup>.

Secara klinis, obesitas dapat dengan mudah diidentifikasi karena memiliki tanda dan gejala yang khas seperti mendengkur, sering terbangun saat tidur di malam hari, wajah bulat, pipi tembam, dagu ganda, leher yang cenderung pendek, dada menonjol dengan payudara yang membesar mengandung lemak, serta perut buncit disertai lipatan pada dinding perut. Pada anak laki-laki ditemukan penis yang terlihat kecil akibat terpendam di jaringan suprapubik (penis terpendam).

Berdasarkan antropometris, obesitas biasanya diukur dengan membandingkan berat badan seseorang dengan berat badan ideal yang sesuai dengan tinggi badan <sup>10</sup>.

Apabila tidak ditangani, obesitas dapat menyebabkan berbagai masalah ortopedik, termasuk nyeri punggung bagian bawah, lutut dan pergelangan kaki. Sering juga ditemukan edema (pembengkakan akibat penimbunan sejumlah cairan) di daerah tungkai dan pergelangan kaki. Obesitas meningkatkan resiko terjadinya sejumlah penyakit menahun seperti diabetes tipe 2, tekanan darah tinggi (hipertensi), stroke, serangan jantung (infark miokardium), gagal jantung, kanker (jenis kanker tertentu, misalnya kanker prostat dan kanker usus besar <sup>5</sup>.

Dampak lain yang sering diabaikan adalah perasaan berbeda atau terpisah dari kelompoknya, yang dapat membuat individu yang mengalami obesitas rentan terhadap berbagai masalah psikologis. Remaja yang kelebihan berat badan dan diabaikan oleh teman sebayanya sering kali mengalami kesedihan yang mendalam dan mudah menganggap diri mereka tersisih atau tidak menarik. <sup>11</sup>. Obesitas masa kanak-kanak dan remaja memiliki konsekuensi psikososial yang merugikan berakibat mempengaruhi kinerja sekolah dan kualitas hidup, diperparah oleh stigma, diskriminasi dan intimidasi. Anak-anak dengan obesitas sangat mungkin menjadi orang dewasa dengan obesitas dan juga berisiko lebih tinggi terkena penyakit tidak menular <sup>9</sup>.

Lebih dari 390 juta anak-anak dan remaja 5-19 tahun mengalami kelebihan berat badan pada tahun 2022, termasuk 160 juta yang hidup dengan obesitas. Diperkirakan akan terdapat 206 juta anak dan remaja berusia 5-19 tahun yang hidup dengan obesitas pada tahun 2025, dan 254 juta pada tahun 2030. Apabila tidak segera ditangani akibat obesitas pada anak usia remaja diantaranya resiko lebih besar terkena asma, gangguan kognitif, serta dampak sosial. Dalam jangka panjang obesitas pada anak remaja bisa meningkatkan risiko terjadinya diabetes, penyakit jantung, beberapa jenis kanker, penyakit pernapasan, kesehatan mental, dan gangguan reproduksi di kemudian hari <sup>9</sup>.

Federasi Obesitas Dunia memperkirakan bahwa Indonesia salah satu bahkan menjadi peringkat keempat dari jumlah penderita terbanyak di dunia setelah Tiongkok, India, dan Amerika Serikat. Data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 menunjukkan prevalensi kegemukan dan obesitas hingga obesitas sekitar 19,7% pada anak usia 5-12 tahun dan 16% pada anak usia 13-15 tahun. Prevalensi status gizi remaja dengan obesitas umur 13- 15 tahun di Indonesia adalah 4,1% yaitu sebanyak 37.484 anak. Prevalensi tertinggi terdapat pada provinsi Papua barat (7,9%), DI Yogyakarta (7,3%), DKI Jakarta (6,8%), Bangka Belitung (6,3%), Papua (6,0%), Sumatera Barat (4,1%). Prevalensi status gizi remaja dengan obesitas umur 16- 18 tahun di Indonesia adalah 3,3% yaitu sebanyak 3.125 anak. Prevalensi tertinggi terdapat pada provinsi DI Yogyakarta (5,6%), Kalimantan Timur (5,2%) dan Gorontalo (5,2%), Sumatera Barat (2,4%). Hasil tersebut tidak jauh berbeda dengan hasil Riset Kesehatan Dasar 2018 yang berturut-turut sekitar 19,8% dan 16,2% pada kelompok usia yang sama <sup>12</sup>.

Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia pada tahun 2023 di Provinsi Sumatera Barat, prevalensi status gizi remaja dengan obesitas umur 5- 18 tahun adalah 12,4 % yaitu sebanyak 4.144 anak <sup>12</sup>. Mayoritas penduduk di Sumatra Barat adalah suku minangkabau yang mempunyai kebiasaan mengonsumsi makanan tradisional yang digoreng dan lebih sedikit konsumsi buah, sayuran dan kari daging (ikan, ayam, dan daging sapi yang diolah dengan kelapa dan banyak bumbu). Pengolahan makanan terutama yang dimasak dengan suhu tinggi, kadar air rendah dan waktu pemasakan yang lama seperti digoreng dan dipanggang, atau dibakar karena dapat meningkatkan kadar *Carboxymethyl lysine* (CML) yang dapat meningkatkan risiko obesitas.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2023 didapatkan rekapitulasi hasil penjarangan kesehatan peserta didik tahun 2023 pada anak SMP/ MTs dan anak SMA/ MA di Kota Padang dengan obesitas rentang usia 12- 19 tahun adalah 1.561 anak. Jumlah tertinggi terdapat di wilayah Puskesmas Pauh (310 orang), Puskesmas Andalas (299 orang), Puskesmas

Ambacang (277 orang), Puskesmas Lubuk kilangan (165 orang), dan Puskesmas Padang Pasir (154 orang).

Panduan Pelaksanaan Gerakan Nusantara Tekan Angka obesitas menyatakan Pengendalian obesitas yang optimal dapat dicapai jika kebijakan pengendalian PTM secara keseluruhan mengutamakan keterlibatan dan pemberdayaan masyarakat, karena kesehatan merupakan tugas bersama antara masyarakat, sektor swasta, dan pemerintah. Inisiatif yang signifikan bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, sehingga strategi pengendalian obesitas di tingkat masyarakat biasanya melibatkan penguatan hukum, peraturan, dan kebijakan, peningkatan pemberdayaan masyarakat, pelaksanaan penelitian operasional, pembinaan kemitraan, perluasan dan pengembangan sumber daya, dan peningkatan intervensi berbasis bukti <sup>13</sup>.

Metode untuk mencegah obesitas sama dengan cara untuk menurunkan atau mempertahankan berat badan ideal. Upaya yang dapat dilakukan adalah mengetahui berat badan serta timbang berat badan setiap 1 minggu sekali secara rutin, mengurangi asupan makanan cepat saji dan makanan atau minuman yang mengandung gula, memperbanyak asupan sayur dan buah-buahan, mengonsumsi makanan bergizi lengkap dan seimbang dengan indeks glikemik rendah, minum air putih dalam jumlah yang cukup, berolahraga dengan intensitas sedang, seperti bersepeda dan berenang, setidaknya selama 30 menit sehari atau 150 menit per minggu, mencukupi waktu tidur dan istirahat serta mengelola stres dengan baik <sup>14</sup>.

Dalam memberikan perawatan kepada keluarga, peran perawat meliputi pengenalan masalah, di mana perawat membantu keluarga untuk memahami penyimpangan dari kondisi kesehatan yang normal, memberikan layanan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, serta sebagai fasilitator, di mana perawat berupaya memudahkan akses pelayanan kesehatan bagi keluarga dan membantu menemukan solusi <sup>2</sup>.

Menurut Budyono dkk tahun 2022 untuk dapat mengetahui, mencegah dan mengurangi kejadian dari obesitas ini dapat dilakukan dengan pemeriksaan

BMI serta pendidikan gizi pada remaja. Pengetahuan tentang gizi remaja dengan obesitas dapat menurunkan tingkat kecukupan energi dan anjuran makanan sehat yang dapat diberikan untuk mencegah obesitas <sup>15</sup>.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 11 Desember 2024 Di Puskesmas Pauh Kota Padang, didapatkan rekapitulasi hasil penjangkaran kesehatan pemeriksaan peserta didik dengan obesitas di Puskesmas Pauh Tahun 2024 sebanyak 248 orang. Pada anak SMP/MTs sebanyak 94 orang, jumlah tertinggi terdapat di SMP Negeri 23 Padang (46 orang), SMP Negeri 14 Padang (32 orang), MTs Limau Manis (7 orang), SMP Negeri 44 Padang (7 orang) dan SMP Siti Khadijah (2 orang). Pada anak SMA/MAS/SMK sebanyak 154 orang, dengan jumlah tertinggi di SMA Negeri 9 Padang (64 orang), SMAN 15 Padang (37 orang), SMA Dian Andalas (2 orang) dan SMK-SMAK Padang (51 orang).

Berdasarkan Rekapitulasi Hasil Penjangkaran Kesehatan Pemeriksaan Peserta Didik di SMAN 9 Padang Tahun 2024, didapatkan data siswa- siswi dengan obesitas sebanyak 64 orang. Pada anak kelas X (30 orang), kelas XI (24 orang) dan kelas XII (12 orang). Berdasarkan data dari 30 orang siswa- siswi kelas X di SMAN 9 Padang yang termasuk ke wilayah kerja Puskesmas Pauh adalah 13 orang.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap pelayanan kesehatan perawat yang memegang program UKS mengatakan upaya yang dilakukan untuk menangani masalah obesitas di Puskesmas Pauh Kota Padang tersebut yaitu dengan skrinning pengukuran berat badan serta tinggi badan yang dilakukan pada awal ajaran serta memberikan pendidikan kesehatan terhadap remaja dengan obesitas meliputi memberikan penkes tentang gizi seimbang pada anak usia sekolah, kemudian jajanan yang baik untuk anak obesitas, olahraga teratur serta aktifitas fisik.

Berdasarkan hasil wawancara, observasi dan pemeriksaan terhadap siswa-siswi kelas X di SMAN 9 Padang yang termasuk ke wilayah kerja Puskesmas Pauh, didapatkan siswa- siswi dengan IMT > 27 adalah sebanyak 13 orang. Wilayah

kerja Puskesmas Pauh Kota Padang terdiri dari sembilan Kelurahan, di Kelurahan Cupak Tengah (4 orang), Piai Tengah (3 orang), Binuang Kp Dalam (2 orang), Lambung Bukit (2 orang), Koto Luar (1 orang) dan Limau Manis (1 orang) . Hasil wawancara didapatkan bahwa siswa-siswi suka makan makanan seperti bakso, mie, somay serta makan dalam porsi yang besar dan jarang melakukan aktifitas fisik seperti olahraga, siswa- siswi mengatakan tidak ada pergi ke fasilitas kesehatan seperti puskesmas untuk mendapatkan informasi terkait kondisi nya serta tidak mengontrol berat badannya.

Pada dasarnya peran dan fungsi keluarga sangat penting, disfungsi yang terjadi pada keluarga dengan remaja obesitas seperti ketidakmampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan remaja dengan obesitas (tidak mengetahui pengertian, penyebab, serta dampak dari obesitas). Keluarga yang tidak bisa memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, (kurangnya pemantauan pengendalian berat badan, tidak mengetahui bagaimana seharusnya kebiasaan makan dan pola makan untuk anak remaja dengan obesitas serta keluarga menyepelkan makanan yang dikonsumsi oleh remaja, serta tidak ada support dan pemantauan terhadap aktivitas fisik yang dilakukan oleh remaja). Keluarga yang tidak dapat merawat anak remaja dengan obesitas (kurangnya pemahaman cara perawatan anak remaja dengan obesitas seperti cara mengatur pola makan yang sehat dengan memperhatikan gizi seimbang, kemudian mengontrol aktifitas fisik yang dilakukan oleh anak).

Berdasarkan uraian diatas, kesehatan anak remaja memerlukan dukungan keluarga. Keluarga dituntut harus bisa melaksanakan tugas dalam perawatan kesehatan keluarga. Pada keluarga yang tidak bisa melaksanakan tugas dalam perawatan kesehatan keluarga, perawat memiliki tugas untuk memberikan asuhan keperawatan pada keluarga. Maka dari itu penulis melakukan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana penerapan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk diketahuinya konsep dasar asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.
- b. Untuk diketahuinya hasil pengkajian keperawatan pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.
- c. Untuk diketahuinya rumusan diagnosa keperawatan pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.
- d. Untuk diketahuinya rencana keperawatan pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.
- e. Untuk diketahuinya tindakan keperawatan pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.
- f. Untuk diketahuinya evaluasi keperawatan pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.
- g. Untuk diketahuinya dokumentasi asuhan keperawatan pada remaja dengan obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Aplikatif**

#### **a. Bagi Peneliti**

Dapat meningkatkan pemahaman dan pengalaman langsung dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan obesitas di Kota Padang.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menjadi referensi dan pengembangan penelitian oleh Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan tentang asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan obesitas.

c. Bagi Puskesmas

Disarankan petugas kesehatan di Puskesmas untuk dapat meningkatkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada remaja dengan obesitas.

## **2. Manfaat Pengembangan Keilmuan**

Hasil penelitian ini dapat membantu akademisi memajukan bidang ilmiah dengan meningkatkan pengetahuan, meningkatkan pemahaman, dan meningkatkan keterampilan dalam memberikan perawatan yang berujung pada kesedihan dalam keluarga remaja yang mengalami obesitas. Selain itu, penelitian ini dapat memberikan arahan bagi peneliti di masa mendatang untuk meningkatkan pemahaman, informasi, dan pengumpulan data dasar dalam penelitian mereka.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Keluarga**

##### **1. Pengertian Keluarga**

Keluarga berasal dari bahasa *sanskerta* yaitu *kula* dan warga "*kulawarga*" yang berarti "anggota" atau "kelompok kerabat" <sup>16</sup>. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung dan disatukan oleh kebersamaan serta pendekatan emosional untuk saling berbagi pengalaman serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari <sup>1</sup>.

Keluarga menjadi bagian terpenting dalam sistem sosial kemasyarakatan, bahkan dalam sistem ekonomi. Meski keberadaannya merupakan bagian terkecil, tetapi keluarga memiliki peran sebagai kunci. Tanpa adanya keluarga, sistem sosial tidak akan terbentuk. Hal ini karena terbentuknya sebuah masyarakat dimulai dari adanya keluarga <sup>17</sup>. Secara umum, keluarga diartikan sebagai dua atau lebih individu yang memiliki hubungan melalui pernikahan, memiliki hubungan darah, tinggal bersama dalam satu rumah tangga, atau memiliki rumah terpisah karena faktor-faktor seperti pekerjaan. Mereka juga memiliki peran dan tanggung jawab yang ditetapkan untuk berbagai tugas, dan terdapat hubungan emosional yang mendalam yang membuat setiap anggota keluarga sulit untuk berpisah <sup>2</sup>.

##### **2. Struktur Keluarga**

Struktur keluarga dibagi menjadi empat kategori <sup>1</sup>.

###### **a. Pola komunikasi keluarga**

Komunikasi keluarga dinyatakan dalam bentuk konsep sebagai salah satu dari empat dimensi struktur sistem keluarga, kekuasaan, pengambilan keputusan, dan struktur peran serta norma dan nilai keluarga. Pola komunikasi dalam sistem keluarga mencerminkan peran dan hubungan anggota keluarga. Komunikasi dalam suatu keluarga dapat dipandang sebagai isi pola dan diuraikan sebagai suatu

komponen struktural <sup>1</sup>. Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah dan ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga lain (keluarga besar) dengan keluarga inti <sup>3</sup>.

b. Struktur peran

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial yang diberikan <sup>1</sup>.

c. Struktur kekuatan

Struktur kekuatan keluarga menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk memengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan. Struktur keluarga ini sangat penting untuk diketahui dan dipahami perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Berikut kesimpulan dari struktur kekuatan keluarga <sup>3</sup>.

- 1) Keluarga merupakan sistem sosial yang mampu menyelesaikan masalah individu dan lingkungannya.
- 2) Keluarga merupakan sistem sosial yang memiliki fungsi sendiri.
- 3) Keluarga merupakan suatu kelompok kecil yang dapat memengaruhi kelompok lain.
- 4) Perilaku individu yang ditampilkan merupakan gambaran dari nilai dan norma yang berlaku dalam keluarga.

d. Nilai keluarga

Nilai berfungsi sebagai panduan umum berperilaku. Dalam keluarga, atau membimbing atau mengarahkan perkembangan keyakinan norma atau aturan yang dianut keluarga. Nilai-nilai keluarga dicirikan sebagai suatu kerangka gagasan, tindakan, dan keyakinan mengenai pentingnya sesuatu atau gagasan yang secara sadar atau tidak sadar menghubungkan anggota keluarga <sup>1</sup>.

Struktur keluarga terdiri dari 5 yaitu : <sup>18</sup>.

- a. Patrilineal: keluarga yang terbentuk dari kerabat sedarah dalam beberapa generasi di mana dibangun melalui garis keturunan ayah.

- b. Matrilineal: keluarga yang berkaitan melalui darah dari beberapa generasi, di mana ikatan itu dibentuk melalui garis keturunan ibu.
- c. Matrilokal: pasangan suami istri yang menetap dengan keluarga dari pihak ibu.
- d. Patrilokal: pasangan suami istri yang menetap bersama keluarga asal suami.
- e. Keluarga kawinan: hubungan antara suami dan istri yang menjadi landasan untuk membangun keluarga, serta beberapa kerabat yang termasuk dalam keluarga melalui hubungan dengan suami atau istri.

### 3. Tipe Keluarga

Secara umum, tipe keluarga dibagi menjadi dua, yaitu keluarga tradisional dan keluarga *modern* (non tradisional). Keluarga tradisional memiliki anggota keluarga seperti umumnya, yaitu kedua orang tua dan anak <sup>17</sup>.

#### a. Tipe Keluarga Tradisional

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh. Tipe keluarga ini merupakan yang paling umum kita temui di mana saja, terutama di negara-negara Timur yang menjunjung tinggi norma-norma. Oleh sebab itu, seseorang yang terlalu lama single akan gelisah karena sering menjadi bahan perbincangan. Begitu pula dengan orang yang sudah pernah menikah tetapi kemudian bercerai <sup>17</sup>.

Tipe keluarga tradisional sebagai berikut.

##### 1) Keluarga Inti (*nuclear family*)

Keluarga inti merupakan unit keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan

anak-anak yang tinggal bersama, baik anak kandung maupun anak angkat. Keluarga inti dianggap sebagai lingkungan yang ideal untuk membesarkan anak, karena memberikan stabilitas dan dukungan finansial dari kedua orang tua.

##### 2) The dyad family (keluarga *dyad*)

Keluarga dyad adalah rumah tangga yang hanya terdiri dari suami dan istri tanpa anak. Tipe keluarga ini sering di anggap keluarga

yang tidak lengkap oleh masyarakat. Hal ini terjadi karena beberapa pasangan yang memilih tidak ingin memiliki anak, selain itu ada pasangan yang mungkin mengalami masalah medis yang menghalangi mereka untuk memiliki anak.

3) Single parent (orang tua tunggal)

Orang tua tunggal merupakan keluarga yang dipimpin oleh satu orang tua yang tidak tinggal bersama pasangan, baik akibat karena perceraian maupun kemantian. Orang tua tunggal masi tinggal bersama anaknya dan memiliki tanggung jawab utama dalam membesarkan anak-anaknya.

4) Single adult (dewasa tunggal)

Rumah tangga yang hanya dihuni oleh satu orang dewasa yang tidak menikah atau tidak memiliki pasangan hidup.

5) Extended family (Keluarga besar)

Tipe keluarga yang melibatkan anggota keluarga lainnya seperti, kakek-nenek, paman, bibi, sepupu yang tinggal berasama atau dekat satu sama lain Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah. Dalam keseharian, anggota keluarga inti ini hidup bersama dan saling menjaga. Terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak <sup>17</sup>.

b. Tipe Keluarga *Modern* (Non tradisional)

Keberadaan keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial di masyarakat. Banyak faktor yang melatarbelakangi kenapa muncul keluarga modern. Salah satu faktor tersebut adalah munculnya kebutuhan berbagi dan berkeluarga yang tidak hanya sebatas keluarga inti. Relasi sosial yang sangat luas membuat manusia yang berinteraksi bisa saling terkait dan terikat. Mereka kemudian bersepakat hidup bersama baik secara legal maupun tidak. Apalagi soal legalitas kini syarat-syaratnya mudah dipenuhi <sup>17</sup>.

Berikut ialah beberapa tipe keluarga modern.

1) *The Unmarriedteenege Mother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarakat kita. Meski pada akhirnya beberapa pasangan itu

menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya pada akhirnya perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan inilah yang kemudian masuk dalam kategori keluarga <sup>17</sup>.

2) *Reconstituted Nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tinggal serta hidup bersama anak-anaknya, baik anak dari pernikahan sebelumnya, maupun hasil dari perkawinan baru <sup>17</sup>.

3) *The Stepparent Family*

Dengan berbagai alasan, dewasa ini kita temui seorang anak diadopsi oleh sepasang suami-istri, baik yang sudah memiliki anak maupun belum <sup>17</sup>.

4) *Commune Family*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap. Hal ini bisa berlangsung dalam waktu yang singkat, sampai dengan waktu yang lama. Mereka tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas, dan pengalaman yang sama <sup>17</sup>.

5) *The Non Marital Heterosexual Cohabiting Family*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya. Namun dalam waktu yang relatif singkat, seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan <sup>17</sup>.

6) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagai pasangan suami istri (suami dan istri/suami) <sup>17</sup>.

7) *Cohabiting Couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau satu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakat untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti

kehidupan berkeluarga. Alasan untuk hidup bersama ini bisa beragam <sup>17</sup>.

8) *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama <sup>17</sup>.

9) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya <sup>17</sup>.

10) *Foster Family*

Seorang anak kehilangan orangtuanya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurung waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya. Dalam kasus lain, bisa jadi orangtua si anak menitipkan kepada seseorang dalam waktu tertentu hingga ia kembali mengambil anaknya <sup>17</sup>.

11) *Institutional*

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti. Entah dengan alasan dititipkan oleh keluarga atau memang ditemukan dan kemudian ditampung oleh panti atau dinas sosial <sup>17</sup>.

12) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental <sup>17</sup>.

#### 4. Fungsi Keluarga

Saat mengevaluasi dan melibatkan keluarga, lima fungsi keluarga saling terkait erat <sup>1</sup>.

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif berfungsi sebagai fondasi fundamental untuk pembentukan dan penentuan unit keluarga, menjadikannya salah satu

fungsi keluarga yang paling penting. Saat ini, karena banyak tanggung jawab sosial terjadi di luar unit keluarga, sebagian besar upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggotanya akan kasih sayang dan empati. Fungsi utama orang dewasa dalam keluarga adalah peran emosional. Peran ini menjaga kesadaran dan pertimbangan keluarga terhadap persyaratan sosial-emosional setiap anggota <sup>1</sup>.

b. Fungsi sosialisasi dan status sosial

Sosialisasi anggota keluarga berfungsi sebagai kebutuhan universal dan lintas budaya untuk kelangsungan masyarakat. Sosialisasi mengacu pada sejumlah pengalaman belajar yang diberikan oleh keluarga untuk mengajarkan anak-anak mengenai cara menjalankan fungsi serta memegang peran sosial orang dewasa, seperti peran suami-ayah dan istri-ibu. Status sosial atau penetapan status merupakan aspek lain dari peran sosialisasi. Memberikan status pada anak berarti mewariskan tradisi, nilai, dan hak keluarga <sup>1</sup>.

c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi fisik keluarga dijalankan oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, layanan kesehatan, dan keamanan dari ancaman. Layanan dan praktik kesehatan (yang berdampak pada kondisi kesehatan masing-masing anggota keluarga) merupakan fungsi utama keluarga yang menjadi perhatian perawat keluarga <sup>1</sup>. Sejalan dengan peran pemeliharaan kesehatan, keluarga memiliki tanggung jawab di sektor kesehatan yang harus dikenali dan dilaksanakan <sup>3</sup>.

1) Mengidentifikasi masalah kesehatan dalam keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang vital yang tidak boleh diabaikan, karena tanpanya, kehidupan kehilangan maknanya, dan terkadang, kekuatan penuh keluarga dalam hal sumber daya dan keuangan terkuras karena masalah kesehatan. Orang tua harus menyadari masalah kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarga. Setiap perubahan kecil yang dirasakan oleh anggota keluarga secara tidak langsung memengaruhi kekhawatiran orang tua atau keraba.

- 2) Memilih tindakan kesehatan yang sesuai untuk keluarga. Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk menemukan bantuan yang sesuai berdasarkan situasi mereka, dengan mempertimbangkan anggota keluarga mana yang memiliki kewenangan untuk membuat keputusan terkait tindakan keluarga. Tindakan kesehatan keluarga diharapkan sesuai, yang memungkinkan pengurangan atau penyelesaian masalah kesehatan secara menyeluruh.
  - 3) Merawat anggota keluarga yang menghadapi masalah kesehatan. Sering kali, keluarga telah membuat pilihan yang tepat dan benar, tetapi keluarga tersebut menyadari keterbatasannya sendiri. Jika demikian halnya, anggota keluarga yang menghadapi masalah kesehatan harus mendapatkan perawatan atau pengobatan tambahan untuk mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.
  - 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
  - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.
- d. Fungsi reproduksi
- Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat-yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat <sup>1</sup>.
- e. Fungsi ekonomi
- Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang, dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan <sup>1</sup>.

## 5. Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga dirancang berdasarkan asumsi bahwa pada keluarga ada saling ketergantungan yang sangat tinggi antar anggota keluarga. Keluarga dipaksa berubah setiap saat jika ada anggota keluarga yang bertambah atau berkurang, atau setiap saat jika tahap perkembangan anak tertua berubah <sup>1</sup>.

a. Tahap I: Keluarga Pasangan Baru

Perkembangan pasangan menandakan permulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai kehubungan intim yang baru. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah pembentukan pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, hubungan yang harmonis dengan sanak saudara, dan perencanaan keluarga (keputusan tentang menjadi orangtua) <sup>1</sup>.

b. Tahap II: *Childbearing Family*

Tahap II dimulai dengan kelahiran anak pertama serta berlanjut sampai bayi usia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orangtua merupakan salah satu kunci dalam daur kehidupan keluarga baru. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah membentuk keluarga muda menjadi suatu unit yang stabil (menggabungkan bayi yang baru kedalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan dan kebutuhan berbagai anggota keluarga, menjaga hubungan pernikahan yang memuaskan, dan mempererat hubungan dengan keluarga besar dengan menambah peran menjadi orangtua serta menjadi kakek/nenek <sup>1</sup>.

c. Tahap III: Keluarga dengan Anak Prasekolah

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai sejak anak pertama berusia dua setengah tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga umumnya terdiri atas tiga sampai lima orang, dengan posisi suami-ayah, isteri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putri-saudara perempuan. Tugas perkembangan keluarga yang dilakukan pada tahap ini adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga akan rumah yang layak, ruang, privasi, keamanan yang memadai, sosialisasi anak, mengintegrasikan anak kecil sebagai anggota keluarga baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak lain, mempertahankan hubungan yang sehat didalam keluarga (hubungan pernikahan dan hubungan orang-anak) dan diluar keluarga (hubungan dengan keluarga besar dan komunitas) <sup>1</sup>.

d. Tahap IV: Keluarga dengan Anak sekolah

Tahap ini berlangsung sejak anak pertama memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun, dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas, sekitar usia 13 tahun ketika memasuki usia awal remaja. Tugas perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah yaitu menyosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi akademik dan membantu hubungan anak-anak yang sehat dengan teman sebaya, memelihara hubungan pernikahan yang memuaskan, dan memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga <sup>1</sup>.

e. Tahap V: Keluarga dengan Anak Remaja

Tahap kelima dari siklus atau perjalanan kehidupan keluarga dimulai. Tujuan utama keluarga tahap anak remaja adalah untuk melonggarkan ikatan keluarga guna memberikan tanggungjawab dan kebebasan remaja yang lebih besar kepada remaja dalam mempersiapkan diri menjadi dewasa muda. Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja adalah menyeimbangkan kebebasan dengan bertanggungjawab pada saat anak remaja telah dewasa dan semakin otonomi, memfokuskan kembali hubungan pernikahan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak <sup>1</sup>.

f. Tahap VI: Keluarga Melepaskan Anak Dewasa Muda

Permulaan tahap perkembangan keluarga ini ditandai dengan perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan kosongnya rumah ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga dengan anak dewasa muda yaitu memperluas hubungan lingkaran keluarga terhadap anak dewasa muda, termasuk memasukkan anggota keluarga baru yang berasal dari pernikahan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, serta membantu orangtua suami dan isteri yang sudah menua atau sakit <sup>1</sup>.

g. Tahap VII: Keluarga dengan Orang Tua Paruh Baya

Tahap ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pension atau kematian salah satu pasangan. Tugas

perkembangan pada tahap ini yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan dan hubungan yang bermakna antara orangtua yang telah menua dan anak mereka, dan memperkuat hubungan pernikahan <sup>1</sup>.

h. Tahap VIII: Keluarga Lansia dan Pensiunan

Tahap ini dimulai dengan pensiunan salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan dan berakhir dengan kematian pasangan yang lain. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan terhadap penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, dan melanjutkan merasionalisasikan kehilangan keberadaan anggota keluarga <sup>1</sup>.

## 6. Peran Perawat Keluarga

Perawat kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga sebagai unit pelayanan, dengan tujuan mewujudkan keluarga yang sehat. Peran perawat adalah membantu keluarga mengatasi masalah kesehatan dengan meningkatkan kemampuan keluarga dalam melaksanakan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga. Perawat memiliki berbagai peran penting dalam membantu keluarga dalam menyelesaikan masalah atau memberikan perawatan kesehatan keluarga <sup>19</sup>. Beberapa peran tersebut meliputi :

a. Pendidik

Perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar mereka dapat mengelola inisiatif perawatan kesehatan keluarga secara mandiri. Pendidikan atau konseling ini tidak membekali keluarga dengan alat untuk mengatasi dan mengelola masalah kesehatan mereka secara efektif <sup>19</sup>.

b. Koordinator

Koordinator sangat penting dalam perawatan berkelanjutan untuk mencapai layanan kesehatan yang komprehensif. Sangat penting untuk

menyinkronkan program kegiatan atau terapi dari berbagai bidang untuk mencegah tumpang tindih dan kelebihan beban <sup>19</sup>.

c. Pelaksana

Perawat yang merawat klien dan keluarga, baik di rumah, klinik, atau rumah sakit, bertugas memberikan perawatan langsung. Perawat dapat memberikan demonstrasi asuhan keperawatan kepada keluarga dengan harapan keluarga nantinya dapat memberikan asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit <sup>19</sup>.

d. Pengawas Kesehatan

Sebagai pengawas kesehatan, perawat harus melakukan kunjungan rumah atau *home visit* secara teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga. Kunjungan ini tidak hanya sekadar kunjungan, tetapi juga harus diikuti dengan tindak lanjut yang sesuai <sup>19</sup>.

e. Konsultan

Perawat berperan sebagai nara sumber bagi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan. Untuk membangun hubungan yang baik antara perawat dan keluarga, perawat harus dapat memberikan nasehat yang bisa dipercayai, terbuka, dan dapat dipertanggungjawabkan <sup>19</sup>.

f. Kolaborasi

Sebagai perawat di komunitas, kolaborasi dengan pelayanan rumah sakit, puskesmas, dan anggota tim kesehatan lainnya diperlukan untuk mencapai tingkat kesehatan keluarga yang optimal. Kolaborasi ini tidak hanya berlaku di rumah sakit, tetapi juga di lingkungan keluarga dan komunitas <sup>19</sup>.

g. Fasilitator

Peran perawat komunitas adalah membantu keluarga mengatasi kendala yang mungkin mereka hadapi dalam meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Kendala tersebut mungkin termasuk ragu-ragu dalam menggunakan pelayanan kesehatan, masalah ekonomi, dan masalah sosial-budaya <sup>19</sup>.

#### h. Penemu Kasus

Peran penting lainnya dari perawat komunitas adalah mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini (*Case Finding*) untuk mencegah terjadinya ledakan atau kejadian luar biasa (KLB) <sup>19</sup>.

#### i. Modifikasi Lingkungan

Perawat keluarga juga memiliki peran dalam memodifikasi lingkungan, termasuk lingkungan rumah, masyarakat, dan lingkungan sekitarnya, agar menciptakan lingkungan yang sehat <sup>19</sup>.

## B. Konsep Remaja

### 1. Pengertian Remaja

Secara etimologi, remaja berarti "tumbuh menjadi dewasa". Masa remaja adalah masa yang penting dalam perjalanan setiap kehidupan manusia. Golongan umur ini penting karena menjadi jembatan antara masa kanak-kanak yang bebas menuju masa dewasa yang menuntut tanggung jawab <sup>20</sup>. Masa remaja merupakan fase kehidupan antara masa kanak-kanak dan dewasa, dari usia 10 hingga 19 tahun <sup>4</sup>.

Masa remaja adalah masa pergantian atau masa transisi dari masa anak-anak menuju masa dewasa. Masa peralihan atau transisi ini, remaja mengalami berbagai perubahan. Secara fisik perubahan itu akan terlihat nyata sekali berubahnya bentuk fisik yang terus tumbuh dan berkembang seperti orang dewasa, ini merupakan tantangan bagi diri sendiri agar siap menerima perubahan ini. Sedangkan tantangan dari lingkungan yang sering terjadi yaitu masih adanya keraguan bagi orang yang sudah dewasa untuk memperlakukan remaja <sup>21</sup>.

### 2. Pembagian Masa Remaja

Masa remaja terdiri dari tiga bagian : <sup>22</sup>

#### a. Masa remaja awal

Pada masa ini, individu mulai meninggalkan peran sebagai anak-anak dan berusaha mengembangkan diri sebagai individu yang unik dan tidak

tergantung pada orang tua. Masa remaja tahap ini adalah penerimaan terhadap bentuk dan kondisi fisik serta adanya konformitas yang kuat dengan teman sebaya.

b. Masa remaja pertengahan

Masa ini ditandai dengan berkembangnya kemampuan berpikir yang baru. Teman sebaya masih memiliki peran yang penting, namun individu sudah lebih mampu mengarahkan diri sendiri (self-directed). Pada masa ini, remaja mulai mengembangkan kematangan tingkah laku, belajar mengendalikan impulsivitas, dan membuat keputusan-keputusan awal yang berkaitan dengan tujuan vokasional yang ingin dicapai.

c. Masa remaja akhir

Masa ini ditandai oleh persiapan akhir untuk memasuki peran-peran orang dewasa. Selama periode ini, remaja berusaha memantapkan tujuan vokasional dan mengembangkan sense of personal identity. Keinginan yang kuat untuk menjadi matang dan diterima dalam kelompok teman sebaya dan orang dewasa, juga menjadi ciri dari tahap ini.

### 3. Karakteristik Masa Remaja

Masa remaja ditandai dengan berbagai perubahan, baik fisik maupun psikologis, yang dapat menimbulkan tantangan atau kesulitan tertentu bagi remaja. Jika tidak dibarengi dengan upaya untuk memahami diri sendiri dan membimbing diri sendiri dengan benar, hal ini bahkan dapat memicu berbagai bentuk pelanggaran dan kejahatan remaja<sup>23</sup>.

a. Masa remaja sebagai periode yang penting

Periode ini dianggap sebagai masa penting karena memiliki dampak langsung dan dampak jangka panjang dari apa yang terjadi pada masa ini. Selain itu, periode ini pun memiliki dampak penting terhadap perkembangan fisik dan psikologis individu, dimana terjadi perkembangan fisik dan psikologis yang cepat dan penting<sup>23</sup>.

b. Masa remaja sebagai periode peralihan

Transisi tidak menandakan gangguan atau perubahan dari kondisi sebelumnya, melainkan perpindahan dari satu fase perkembangan ke

fase berikutnya. Selama fase transisi, status seseorang tidak jelas, dan terdapat ambiguitas mengenai peran yang harus mereka penuhi<sup>23</sup>.

c. Remaja sebagai masa transformasi

Transformasi dalam pola pikir dan tindakan selama masa remaja selaras dengan tingkat transformasi tubuh. Ada 3 transformasi global :

- 1) Perubahan sikap dan perilaku dalam periode remaja sejajar dengan tingkat Perasaan yang meningkat yang tingkat keparahannya dipengaruhi oleh perubahan fisiologis dan mental.
- 2) Pergeseran dalam tubuh, minat, dan peran yang diantisipasi oleh kelompok sosial.
- 3) Seiring dengan berkembangnya minat dan perilaku, demikian pula nilai-nilai<sup>23</sup>.

d. Masa remaja sebagai periode yang menantang

Masa remaja sering kali menghadirkan masalah yang menantang bagi pria dan wanita. Ada dua alasan, khususnya :

- 1) Selama masa kanak-kanak, orang tua dan guru menyelesaikan sebagian masalah anak, yang mengakibatkan sebagian besar remaja kurang berpengalaman dalam memecahkan masalah.
- 2) Karena remaja menganggap diri mereka mampu mandiri, mereka sering mengabaikan bantuan dari orang tua dan pendidik.

e. Masa remaja sebagai masa mencari identitas

Seorang remaja lambat laun mendambakan identitas diri dan tidak puas lagi dengan menjadi sama dengan teman-teman dalam segala hal seperti sebelumnya. Salah satu cara untuk mengangkat diri sendiri sebagai individu adalah dengan menggunakan simbol status dengan bentuk mobil, pakaian, dan pemilikan barang lain yang mudah terlihat<sup>23</sup>.

f. Masa remaja sebagai usia yang menimbulkan ketakutan

Tanggapan *stereotip* remaja adalah anak-anak yang tidak rapi, yang tidak dapat dipercaya dan cenderung rusak serta berperilaku merusak menyebabkan orang dewasa yang harus membimbing dan mengawasi kehidupan remaja muda yang takut bertanggung jawab dan tidak bersikap simpatik kepada perilaku remaja yang normal<sup>23</sup>.

- g. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistic  
Cita-cita yang tidak realistic menimbulkan meningginya emosi. Semakin tidak realistic cita-citanya maka semakin ia menjadi marah. Remaja akan sakit hati dan kecewa apabila orang lain mengecewakannya atau jika ia tidak berhasil dalam mencapai tujuan yang ditetapkannya sendiri <sup>23</sup>.
- h. Masa remaja menandai dimulainya masa dewasa  
Saat remaja mendekati usia yang dianggap sebagai orang dewasa secara hukum, mereka merasa menghargai stereotip tentang menjadi orang muda dan berusaha menyampaikan gagasan bahwa mereka sedang bergerak menuju masa dewasa <sup>23</sup>.

#### **4. Perkembangan Masa Remaja**

- a. Perkembangan pada masa remaja awal  
Masa remaja awal bertepatan dengan masa pubertas, karena masa pubertas meliputi tahap akhir masa kanak-kanak dan tahap awal masa remaja, sehingga ciri-ciri masa remaja awal cukup mirip dengan ciri-ciri yang terlihat pada masa pubertas. Beberapa ciri muncul selama masa remaja awal yang membedakannya dari tahap-tahap kehidupan sebelum dan sesudahnya <sup>23</sup>.

- 1) Ketidakstabilan emosi
- 2) Ketertarikan pada lawan jenis
- 3) Mulai sempurnanya kecerdasan
- 4) Kesulitan dalam menentukan status
- 5) Mengalami masa yang kritis

Dalam perkembangan pesat awal masa remaja, yang termasuk masa pubertas, terjadi 4 perubahan fisik signifikan <sup>23</sup>.

- 1) Perubahan struktur tubuh

Transformasi fisik selama masa pubertas, khususnya perubahan tinggi dan berat badan. Anak perempuan biasanya mengalami peningkatan tinggi rata-rata 7,5 cm per tahun sebelum menstruasi. Setelah menstruasi, laju pertumbuhan menurun sekitar 2,5 cm setiap tahun dan berhenti sekitar usia 18 tahun. Pada anak laki-laki, fase

awal peningkatan tinggi badan yang cepat dimulai sekitar usia 12,8 tahun dan berakhir pada usia 15,3 tahun, dengan puncaknya pada usia 14 tahun. Sementara itu, penambahan berat badan tidak hanya disebabkan oleh penumpukan lemak tetapi juga pertumbuhan tulang dan jaringan otot. Anak perempuan mengalami peningkatan penambahan berat badan sebelum dan sesudah menstruasi, diikuti oleh penurunan laju penambahan berat badan. Anak laki-laki mengalami penambahan berat badan tertinggi satu atau dua tahun lebih lambat daripada anak perempuan, mencapai puncaknya pada usia 16 tahun, kemudian laju penambahan berat badan menurun.

## 2) Perubahan rasio tubuh

Bagian tubuh tertentu yang awalnya kecil kini membesar karena proses pematangan yang lebih cepat daripada bagian tubuh lainnya. Hal ini terlihat jelas pada tangan, kaki, dan hidung. Bentuk tubuh yang ramping dan memanjang mulai melebar di bagian pinggul dan bahu, sehingga menghasilkan ukuran pinggang yang lebih besar.

## 3) Perubahan pada ciri-ciri seks

Perubahan fisik berikutnya melibatkan pematangan dan perkembangan ciri-ciri seksual primer, khususnya alat kelamin. Pada laki-laki, gonad atau testis, yang terletak di skrotum atau kantung di luar tubuh, hanya berukuran sekitar 10% dari ukuran dewasanya pada usia 14 tahun. Selama masa pubertas, semua organ reproduksi wanita berkembang pada wanita. Pada usia 11 atau 12 tahun, berat rahim sekitar 5,3 gram, dan pada usia 16 tahun, beratnya sekitar 43 gram. Pada periode ini, tuba falopi, sel telur, dan vagina juga tumbuh dengan cepat. Tanda awal perkembangan sistem reproduksi seorang gadis adalah dimulainya menstruasi, yang melibatkan pengeluaran darah, lendir, dan jaringan sel yang membusuk secara teratur dari rahim.

## b. Perkembangan remaja akhir

Remaja akhir adalah tahap untuk mencapai kedewasaan karena pada masa ini kebanyakan remaja telah mampu menentukan suatu kode moral

dan relatif merasa senang dengan hubungan seksual. Walaupun masih sering timbul keraguan tentang dirinya, perkembangan kognitifnya akan terus berkembang dengan cara berpikir secara logis dan prihatin akan masa depan. Remaja akhir memiliki keyakinan yang kuat, yang berarti bahwa begitu mereka memahami harapan mereka, antusiasme dan keterampilan mereka akan membuat mereka termotivasi untuk mencapai hasil yang mereka cari. Meskipun demikian, beberapa remaja di akhir masa remaja belum mencapainya sepenuhnya, terutama mereka yang menghadapi perlakuan negatif dari lingkungan mereka mengenai faktor fisiologis, fisik, psikologis, dan gizi. Selama fase ini, dan dengan jelas membedakannya dari awal masa remaja, mengenai pola sikap, pola emosional, pola kognitif, dan pola perilaku <sup>23</sup>.

1) Stabilitas mulai timbul dan meningkat

Dalam masa remaja akhir ini terjadi keseimbangan tubuh dan anggota badan, panjang dan besar yang berimbang.

2) Menghadapi masalahnya secara lebih matang

Kematangan dengan usaha pemecahan masalah- masalah yang dihadapi, baik dengan cara sendiri-sendiri maupun dengan diskusi.

## 5. Tugas Perkembangan Masa Remaja

Perkembangan tidak dapat dipisahkan dari pertumbuhan. Pertumbuhan sesuatu materi jasmaniah dapat menumbuhkan fungsi dan bahkan perubahan fungsi pada materi jasmaniah itu. Perubahan fungsi jasmaniah dapat menghasilkan kematangan atas fungsi itu. Kematangan fungsi-fungsi jasmaniah sangat mempengaruhi perubahan pada fungsi-fungsi kejiwaan. Itulah sebabnya mengapadikatan, bahwa perkembangan tidak dapat dipisahkan dengan pertumbuhan. Tugas perkembangan masa remaja difokuskan pada upaya meninggalkan sikap dan perilaku keanak-kanakan serta berusaha untuk mencapai kemampuan bersikap dan berperilaku secara dewasa <sup>24</sup>. Adapun tugas-tugas perkembangan masa remaja :

- a. Mampu mengenali kondisi fisiknya.
- b. Mampu mengenali dan memahami fungsi seksualitas.

- c. Mampu membina hubungan positif dengan individu dari berbagai kelompok gender.
- d. Tidak bergantung pada otonomi emosional.
- e. Selain otonomi finansial.
- f. Mengklarifikasi ide dan kemampuan kognitif yang penting untuk berpartisipasi sebagai anggota masyarakat.
- g. Memahami dan mengasimilasi nilai-nilai orang dewasa dan pengasuh.
- h. Mengizinkan tindakan yang bertanggung jawab secara sosial yang diperlukan untuk bertransisi menuju kedewasaan.
- i. Bersiap untuk menikah.
- j. Memahami dan bersiap untuk berbagai tugas kehidupan keluarga.

### **C. Konsep Obesitas**

#### **1. Definisi Obesitas**

Obesitas atau yang biasa dikenal sebagai kegemukan, merupakan suatu masalah yang cukup merisaukan di kalangan remaja. Obesitas atau kegemukan terjadi pada saat badan menjadi gemuk (*obese*) yang disebabkan penumpukan jaringan adipose secara berlebihan. Jadi obesitas adalah keadaan dimana seseorang memiliki berat badan yang lebih berat dibandingkan berat badan idealnya yang disebabkan terjadinya penumpukan lemak di tubuhnya <sup>5</sup>.

Obesitas adalah peningkatan berat badan melebihi batas kebutuhan skeletal dan fisik sebagai akibat akumulasi lemak berlebihan dalam tubuh. Setiap orang memerlukan sejumlah lemak tubuh untuk menyimpan energi, sebagai penghambat panas dan penyerap guncangan dan fungsi lainnya. Jumlah lemak tubuh antara wanita dan pria tidaklah sama. Rata-rata wanita memiliki lemak tubuh yang lebih banyak dari pada pria dan perbandingan yang normal antara lemak tubuh dan berat badan adalah sekitar 16-28% pada wanita dan 12- 23% pada pria obesitas, bila lemak tubuh lebih dari 30% pada wanita dan 25% pada pria <sup>25</sup>.

## 2. Etiologi Obesitas

Secara ilmiah, obesitas terjadi akibat mengkonsumsi kalori lebih banyak dari yang diperlukan tubuh. Meskipun penyebab utamanya belum diketahui, namun obesitas pada remaja terlihat cenderung kompleks, multifaktorial, dan berperan sebagai pencetus terjadinya penyakit kronis dan degeneratif. Faktor resiko yang berperan terjadinya obesitas <sup>5</sup>.

### a. Faktor genetik

Obesitas cenderung untuk diturunkan, sehingga diduga memiliki penyebab genetik. Tetapi anggota keluarga tidak hanya berbagi gen, tetapi juga makanan dan kebiasaan gaya hidup, yang bias mendorong terjadinya obesitas. Seringkali sulit untuk memisahkan faktor gaya hidup dengan faktor genetik. Penelitian menunjukkan bahwa rata-rata faktor genetik memberikan kontribusi sebesar 33% terhadap berat badan seseorang <sup>5</sup>.

### b. Faktor lingkungan

Gen merupakan faktor penting dalam timbulnya obesitas, namun lingkungan. seseorang juga memegang peranan yang cukup berarti. Yang termasuk lingkungan dalam hal ini adalah perilaku atau pola gaya hidup, misalnya apa yang dimakan dan berapa kali seseorang makan, serta bagaimana aktivitasnya setiap hari <sup>5</sup>.

### c. Faktor psikososial

Apa yang ada dalam pikiran seseorang dapat mempengaruhi kebiasaan maknnya. Banyak orang yang memberikan reaksi terhadap emosinya dengan makan. Salah satu bentuk gangguan emosi adalah. persepsi diri yang negative. Gangguan emosi ini merupakan masalah serius pada wanita muda pnderita obesitas, dan dapat menimbulkan kesadaran berlebih tentang kegemukan nya serta rasa tidak nyaman dalam pergaulan bersosial <sup>5</sup>.

### d. Faktor kesehatan

Ada beberapa penyakit yang dapat mengakibatkan terjadinya obesitas <sup>5</sup>.

- 1) Hipotiroidisme
- 2) Sindroma Chusing

- 3) Sindroma Prader-Willi, dan
- 4) Beberapa kelainan saraf yang dapat menyebabkan banyak makan.

e. Faktor perkembangan

Penambahan ukuran dan atau jumlah sel- sel lemak menyebabkan bertambahnya jumlah lemak yang disimpan dalam tubuh. Penderita obesitas, terutama yang menjadi gemuk pada masa kanak-kanak, dapat memiliki sel lemak sampai lima kali lebih banyak dibandingkan dengan orang dengan berat badan normal. Jumlah sel-sel lemak tidak dapat dikurangi, oleh karena itu penurunan berat badan hanya dapat dilakukan dengan cara mengurangi jumlah lemak dalam setiap sel <sup>5</sup>.

f. Aktivitas fisik

Seseorang dengan aktivitas fisik yang kurang dapat meningkatkan prevalensi terjadinya obesitas. Orang-orang yang kurang aktif memerlukan kalori dalam jumlah sedikit dibandingkan orang dengan aktivitas tinggi. Seseorang yang hidupnya kurang aktif (sedentary life) atau tidak melakukan aktivitas fisik yang seimbang dan mengonsumsi makanan yang tinggi lemak, akan cenderung mengalami obesitas <sup>5</sup>.

### 3. Cara Pengukuran Obesitas

Body Mass Index (BMI) merupakan suatu pengukuran yang menunjukkan hubungan antara berat badan dengan tinggi badan. BMI merupakan suatu rumus matematika dimana berat badan seseorang (dalam kg) dibagi dengan tinggi badan (dalam m). BMI lebih dihubungkan dengan lemak tubuh dibandingkan dengan indikator lainnya untuk tinggi badan dan berat badan. BMI dapat memperkirakan lemak tubuh, tetapi tidak dapat diartikan sebagai persentase yang pasti dari lemak tubuh <sup>25</sup>.

Rumus perhitungan BMI:

$BMI = \text{Berat badan (kg)} / \text{tinggi badan (m)}$ , atau  $BMI = \text{Berat badan (kg)} / \text{tinggi badan (cm)} / \text{tinggi badan (cm)} \times 10.000$

Contoh: Seseorang dengan BB 95.3 kg dan TB 182,9 cm memiliki BMI =  $95,3/182,9/182,9 \times 10.000 = 28,8$

Interpretasi nilai tanpa memperhatikan umur maupun jenis kelamin:

- a. Underweight (berat badan kurang): BMI < 18,5,
- b. Overweight (kelebihan berat badan): BMI 23, 5- 27
- c. Obesitas BMI 27 atau lebih.

Klasifikasi Obesitas setelah pengukuran IMT menurut Kemenkes RI

Tabel 2.1

Klasifikasi Obesitas

| Klasifikasi  | IMT          |
|--------------|--------------|
| Sangat kurus | <17,0        |
| Kurus        | <17,0 – 18,4 |
| Normal       | 18,5 – 25,0  |
| Gemuk        | 25,1 – 27,0  |
| Obesitas     | >27          |

Kemenkes RI, 2019

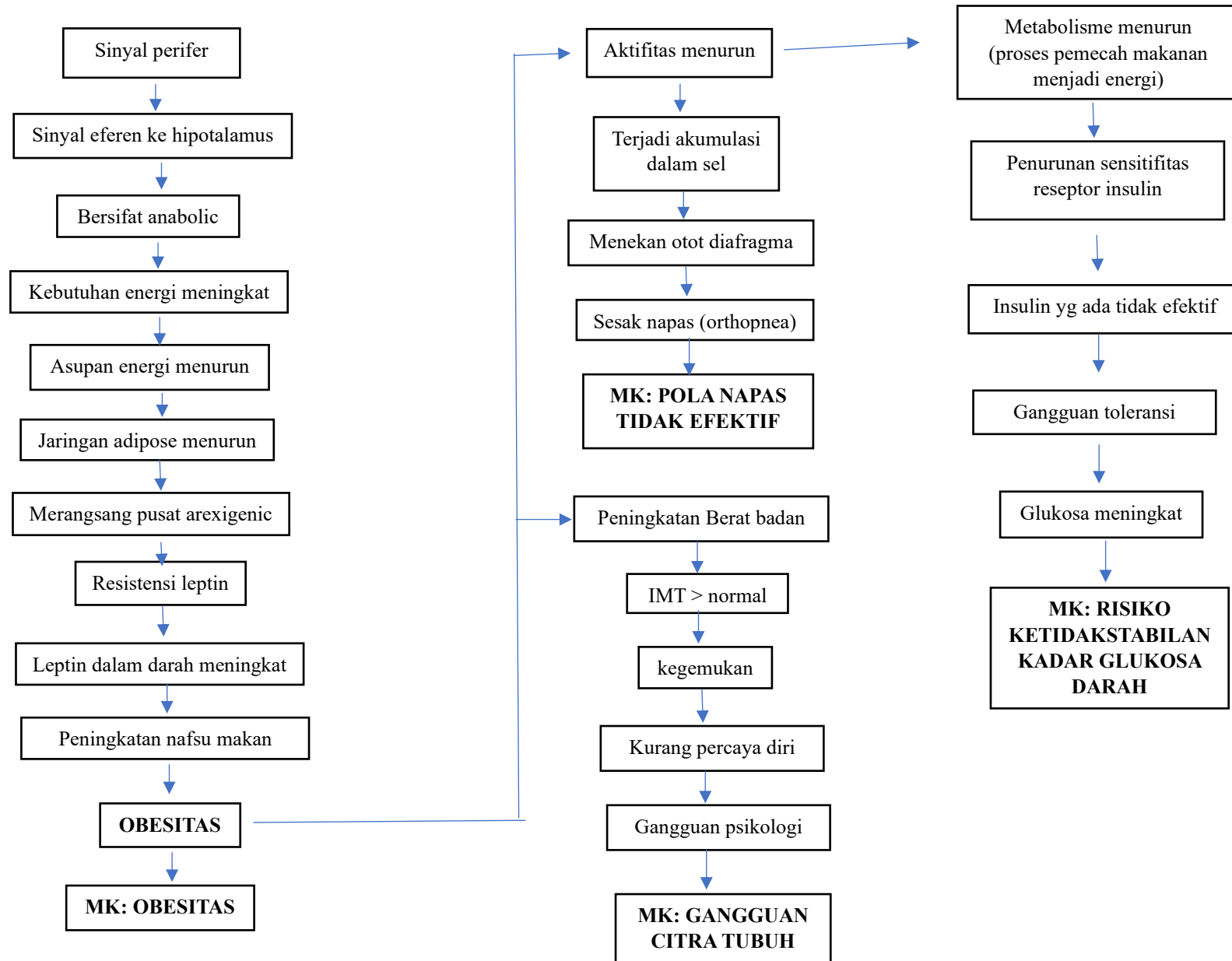
#### 4. Patofisiologi Obesitas

Obesitas terjadi karena adanya kelebihan energi yang disimpan dalam bentuk jaringan lemak. Gangguan keseimbangan energi ini dapat disebabkan oleh faktor eksogen (obesitas primer) sebagai akibat nutrisi (90%) dan faktor endogen (obesitas sekunder) akibatnya kelainan hormonal, sindroma atau defek genetik (meliputi 10%).

Pengaturan keseimbangan energi diperankan oleh hipotalamus melalui 3 proses fisiologis, yaitu: pengendalian rasa lapar dan kenyang mempengaruhi laju pengeluaran energi dan regulasi sekresi hormone. Proses dalam pengaturan penyimpanan energi ini terjadi melalui sinyal-sinyal eferen (yang berpusat di hipotalamus) setelah mendapatkan sinyal eferen dari perifer (jaringan adipose, usus dan jaringan otot). Sinyal-sinyal tersebut bersifat anabolik (meningkatkan rasa lapar serta menurunkan pengeluaran energi) dan dapat pula bersifat katabolic (anoreksia, meningkatkan pengeluaran energi) dan di bagi menjadi 2 kategori, yaitu sinyal pendek dan sinyal panjang. Sinyal pendek mempengaruhi porsi makan dan waktu makan, serta berhubungan dengan faktor distensi lambung dan peptide gastrointestinal, yang diperankan oleh kolessitokinin

(CKK) sebagai stimulator dalam peningkatan rasa lapar. Sinyal panjang diperakan oleh fat-derived dari yang di butuhkan, maka jaringan adipose meningkat disertai dengan peningkatan kadar leptin dalam peredaran darah. Leptin kemudian merangang pusat anorexigenic di hipotalamus agar menurunkan produksi neuro Peptide-Y (NPY), sehingga terjadi penurunan nafsu makan. Demikian pula sebaliknya, bila kebutuhan energi lebih besar dari asupan energi, maka jaringan adipose berkurang dan terjadi rangsangan pada pusat orexigenic di hipotalamus yang menyebabkan peningkatan nafsu makan. Pada sebagian besar penderita obesitas terjadi resistensi leptin, sehingga tingginya kadar leptin tidak menyebabkan penurunan nafsu makan.

## 5. WOC



## 6. Manifestasi Klinis Obesitas

Tanda dan gejala dari pemeriksaan fisik pada remaja dengan obesitas <sup>10</sup>.

Tabel 2.2

Tanda dan Gejala Remaja Obesitas

| Bagian Sistem Tubuh | Tanda Dan Gejala   |
|---------------------|--|
| Kepala              | Wajah membulat, pipi tembem, dagu rangkap  |
| Leher               | Leher relatif pendek   |
| Dada                | Dada yang membusung dengan payudara membesar   |
| Perut               | Perut membuncit disertai dinding perut yang berlipat-lipat   |
| Ekstremitas         | Tungkai umumnya berbentuk x  |
| Genitalia           | Penis tampak kecil   |
| Kulit               | Sering ditemukan pada anak obes, yaitu kulit terlihat gelap disebabkan peningkatan risiko resistensi insulin |

(IDAI, 2014)

## 7. Komplikasi Obesitas

Obesitas dapat menyebabkan berbagai masalah ortopedik, termasuk nyeri punggung bagian bawah, lutut dan pergelangan kaki. Seseorang yang menderita obesitas memiliki permukaan tubuh yang relatif lebih sempit dibandingkan dengan berat badannya, sehingga panas tubuh tidak dapat dibuang secara efisien dan mengeluarkan keringat yang lebih banyak. Sering juga ditemukan oedema (pembengkakan akibat penimbunan sejumlah cairan) di daerah tungkai dan pergelangan kaki <sup>5</sup>. Obesitas bukan hanya tidak enak dipandang mata, namun merupakan dilema kesehatan yang mengerikan. Obesitas secara langsung membahayakan kesehatan seseorang. Obesitas meningkatkan resiko terjadinya sejumlah penyakit menahun <sup>5</sup>.

- a. Diabetes tipe 2
- b. Tekanan darah tinggi (hipertensi)
- c. Stroke
- d. Serangan jantung (infark miokardium)

- e. Gagal jantung
- f. Kanker (jenis kanker tertentu, misalnya kanker prostat dan kanker usus besar)
- g. Batu kandung empedu dan batu kandung kemih
- h. Gout dan arthritis
- i. Osteoarthritis
- j. Tidur apneu (kegagalan bernafas secara normal ketika sedang tidur, menyebabkan berkurangnya kadar oksigen dalam darah)
- k. Sindroma Pickwickian (obesitas disertai wajah kemerahan, underventilasi, dan ngantuk)

Penderita obesitas cenderung lebih responsif bila dibandingkan dengan orang yang berat badannya normal, terhadap isyarat lapar eksternal, seperti rasa dan bau makanan, atau waktunya untuk makan. Penderita obesitas cenderung makan bila dia merasa ingin makan, bukan pada saat dia lapar. Pola makan berlebih akan menyebabkan mereka sulit untuk keluar dari kondisi kegemukan atau obesitas, hal ini disebabkan mereka tidak memiliki control diri dan motivasi yang kuat untuk mengurangi berat badan mereka<sup>5</sup>.

## **8. Pencegahan Preventif Obesitas**

Tingkat risiko obesitas pada anak dapat dicegah dengan melakukan beberapa hal di antaranya meningkatkan aktivitas anak, modifikasi pola asuh orangtua dan perilaku anak, dan modifikasi pola makan ke arah pola makan sehat. Faktor risiko dapat dihambat dan dicegah apabila orangtua telah menyadari sejak dini bahwa anaknya berpotensi terkena obesitas. Meningkatkan aktivitas pada anak merupakan salah satu cara yang tepat untuk mencegah obesitas pada anak. Pola aktivitas yang baik dapat diterapkan orangtua pada anak mereka<sup>25</sup>.

Beraktivitas di luar rumah seperti bermain bola dengan teman sebayanya dan berolahraga secara rutin dapat meningkatkan pengeluaran energi dan pembakaran kalori yang terdapat dalam tubuh anak. Olahraga secara rutin dapat memberikan dampak yang baik bagi kesehatan tubuh anak. Pola asuh orangtua haruslah memperhatikan aspek kesehatan dan psikologi dalam

tumbuh kembang anak. Orangtua dapat memberi contoh kepada anak mereka untuk selalu berolahraga secara teratur. Istirahat yang cukup dapat mengurangi risiko obesitas pada anak. Memberikan perhatian yang cukup kepada anak dan selalu melakukan pengawasan dan pengontrolan terhadap aktivitas anak mereka <sup>25</sup>.

Pola makan anak hindarkan anak dari kebiasaan mengonsumsi makanan cepat saji. Berikanlah makanan yang bervariasi setiap harinya dengan kandungan gizi yang seimbang. Anak yang menderita obesitas akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan fisik maupun psikis. Peran orangtua sangatlah diharapkan untuk mencegah obesitas pada anak. Pengontrolan dan pengawasan orangtua terhadap keseharian perilaku dan pola hidup anak haruslah memuat unsur kesehatan fisik maupun psikis. Pola aktivitas dan pola makan anak hendaknya dipantau orangtua untuk mencegah hasil yang tepat jika dilakukan oleh seorang ahli dan dengan cara yang tepat sesuai aturan <sup>25</sup>.

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Obesitas**

##### **1. Pengkajian keperawatan**

Data yang perlu dikaji dalam keperawatan keluarga adalah:

###### **a. Data umum**

Pengkajian pada data umum meliputi :

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Alamat
- 3) No telepon
- 4) Umur

Umur seseorang mempengaruhi pengetahuan, sikap serta perilakunya.

###### **5) Pendidikan**

Pendidikan orang tua serta anak-anak, karena pengetahuan orang tua sangat penting untuk mendidik anak mengenai makanan sehat, serta rajin untuk berolahraga. Berat badan dan tinggi badan anggota

keluarga karna jika keluarga memiliki keturunan yang obesitas maka keturunannya beresiko juga untuk mengalami obesitas.

6) Pekerjaan

Pekerjaan dari orang tua klien.

7) Susunan anggota keluarga

Komposisi yang dapat dibuat dengan genogram, disini menjelaskan anggota keluarga yang mengidentifikasi diri sebagai bagian dari keluarga anak usia remaja dengan Obesitas. Pada genogram keluarga akan menggambarkan pohon keluarga dan dapat mengetahui keluarga dengan anak usia remaja yang menderita obesitas, riwayat keluarga penderita obesitas dan penyakit lainnya.

8) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga. Tipe keluarga disini terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional. Keluarga *extended family*, dan *nuclear Family*.

9) Latar belakang kebudayaan

Bagaimana latar belakang kebudayaan yang dianut, latar belakang penduduk Sumatra Barat adalah suku minangkabau yang mempunyai kebiasaan mengonsumsi makanan tradisional yang digoreng dan lebih sedikit konsumsi buah, sayuran dan kari daging (ikan, ayam, dan daging sapi yang diolah dengan kelapa dan banyak bumbu). Pengolahan makanan terutama yang dimasak dengan suhu tinggi, kadar air rendah dan waktu pemasakan yang lama seperti digoreng dan dipanggang, atau dibakar karena dapat meningkatkan risiko obesitas.

10) Identifikasi religious

Agama yang dianut keluarga, dalam agama islam dalam permasalahan makanan juga di atur tidak boleh makan-makanan yang berlebihan dan yang dapat membuat tubuh menjadi tidak sehat yaitu makan makanan yang sehat dengan gizi seimbang, serta juga dianjurkan untuk rajin berolahraga serta rajin berpuasa.

#### 11) Status kelas sosial

Merupakan identifikasi kelas social berupa indikator pekerjaan, pendidikan dan pendapatan, apakah keluarga menerima bantuan dalam memenuhi kebutuhannya.

#### 12) Mobilitas keluarga

Mobilitas keluarga yang dimaksud adalah rekreasi yang tidak hanya dilihat dari kapan saja pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, tetapi dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi. Keluarga yang beraktivitas bersama dengan penderita obesitas

### b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

#### 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga di tentukan dengan anak tertua dari keluarga. Bagaimana prilaku dari anak pertama akan di tiru oleh adik-adiknya contohnya dalam masalah memilih-milih makanan, kebiasaan bermain game dan menonton televisi yang lama serta kurangnya beraktifitas fisik. Jadi jika anak-anak tidak diberi pendidikan tentang gizi serta pentingnya berolahraga maka anak-anak akan beresiko mengalami berbagai masalah kesehatan salah satunya obesitas.

#### 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja adalah menyeimbangkan kebebasan dengan bertanggungjawab pada saat anak remaja telah dewasa dan semakin otonomi, memfokuskan kembali hubungan pernikahan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak. serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi. Jika di dalam keluarga terdapat permasalahan kesehatan maka keluarga harus mengatasi hal tersebut mencari jalan keluar setidaknya mengunjungi fasilitas kesehatan dengan rutin untuk dapat memperoleh berbagai informas kesehatan. Tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga dengan anak remaja dengan obesitas memberikan kebebasan terhadap

remaja seperti kebiasaan makan dan pola makan, keluarga bertanggungjawab dalam mempersiapkan diri menjadi dewasa muda.

3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, jika memiliki riwayat keluarga dengan obesitas maka keturunannya akan bisa beresiko terkena obesitas juga, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian biasa digunakan terhadap pencegahan penyakit (status imunisasi), sumber pelayanan kesehatan seperti fasilitas kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Di jelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri. Jika salah satu dari orang tua memiliki riwayat keluarga dengan obesitas maka keturunannya akan bisa beresiko terkena obesitas juga, maka untuk mengendalikannya dengan cara hidup yang sehat makan makanan dengan gizi seimbang, rajin berolahraga, dan mendatangi fasilitas kesehatan minimal 1 kali sebulan untuk cek kesehatan.

c. Pengkajian lingkungan

1) Karakteristik rumah

Fitur-fitur rumah ditentukan dengan memeriksa tipe rumah, jumlah kamar, tipe kamar, jumlah jendela, jarak dari tangki septik ke sumber air, sumber air minum, dan keberadaan denah rumah. Ciri-ciri tetangga dan komunitas RW. Menguraikan ciri-ciri tetangga dan komunitas sekitar, yang mencakup praktik yang diadopsi oleh keluarga, seperti melebihi porsi makanan yang direkomendasikan berdasarkan kebutuhan tubuh. Makan makanan berlemak tinggi dapat menyebabkan obesitas. Lingkungan fisik, aturan/kesepakatan komunitas juga memengaruhi keluarga, seperti halnya budaya lokal memengaruhi kesehatan. Misalnya, keluarga yang menghindari terlibat dalam aktivitas fisik yang sehat dan memilih untuk menonton TV untuk waktu yang lama, bersama dengan kebiasaan

makan yang buruk, sering kali menghadapi masalah kesehatan di kemudian hari.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal.

Menjelaskan karakteristik tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk, serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu digunakan keluarga untuk berkumpul satu perkumpulan keluarga yang ada sejauh mana interaksinya dengan masyarakat, kebiasaan keluarga dalam mengunjungi fasilitas kesehatan.

5) Sumber pendukung

Menjelaskan jumlah anggota yang sehat, fasilitas yang dimiliki untuk menunjang kesehatan yang mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau pendukung dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antara anggota keluarga. Bila ada keluarga komunikasi yang terjadi secara terbuka dan dua arah akan sangat mendukung remaja dengan obesitas. saling mengingatkan dan memotivasi penderitanya untuk terus melakukan upaya untuk menjaga kesehatan dan sering berolahraga teratur.

2) Struktur kekuatan

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku. Seperti kemampuan ayah untuk mempengaruhi anaknya menjalankan pola hidup sehat yang di mulai dari ayah sendiri akan berdampak baik untuk anak remaja yang mengalami obesitas.

### 3) Struktur peran

Menggambarkan fungsi masing-masing anggota keluarga dalam konteks formal dan informal. Ibu yang memiliki pengetahuan yang tinggi dapat menasehati, memantau, dan mendidik anak-anak serta keluarga untuk menjaga kesehatan. Dapat memasak dan menyajikan makanan yang sehat untuk anak-anak di rumah serta mempersiapkan bekal untuk anak, cenderung akan memiliki anak-anak yang sehat.

### 4) Nilai keluarga

Menjelaskan mengenai nilai yang di anut oleh keluarga, yang berhubungan dengan kesehatan. Keluarga yang memiliki nilai-nilai akan sangat memperhatikan nilai, cara serta kebiasaan yang sehat bagi keluarga sendiri.

## e. Fungsi keluarga

### 1) Fungsi afektif

Hal perlu diperhatikan adalah sejauh mana anggota keluarga peduli dan mendukung satu sama lain, membina hubungan positif dengan orang lain, menunjukkan empati, dan memperhatikan perasaan satu sama lain. Keluarga saling sayang menyayangi, keluarga saling melindungi, memusyawarhkan bagaimana cara mengatasi obesitas pada anak remaja dengan cenderung lebih mengatur pola makan yang sehat, kemudian rajin berolahraga secara teratur, sehingga keluarga dituntut untuk memberi dukungan dan motivasi anak yang obesitas supaya bersemangat.

### 2) Fungsi reproduksi

Aspek-aspek yang perlu dicermati terkait fungsi reproduksi keluarga antara lain:

- a) Jumlah anak
- b) Bagaimana keluarga menentukan jumlah anggota keluarga
- c) Strategi apa yang digunakan keluarga untuk mengatur jumlah anggota keluarga

### 3) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi antara hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, penghargaan, hukuman serta memberi dan menerima cinta. Keluarga dengan anak obesitas cenderung makan dengan frekuensi sering serta dalam porsi yang besar. Anak remaja dengan obesitas cenderung mengeluh sering kelelahan setelah beraktifitas dan sesak nafas terutama pada saat tidur.

### 4) Fungsi perawatan kesehatan

a) Mengetahui masalah kesehatan keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan bagi keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena dalam tataran kesehatan, segala sesuatunya akan menjadi tidak berarti dan akibat dari masalah kesehatan, terkadang seluruh tenaga dan sumber daya terkuras. Keluarga yang mampu mengetahui masalah kesehatan anggota keluarga akan tau mengenai definisi, penyebab, serta dampak dari obesitas, maka akan mampu mengontrol serta mengatasi hal yang terjadi jika ada permasalahan kesehatan.

b) Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan mempertimbangkan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan untuk memutuskan dan menentukan tindakan keluarga. Biasanya di dalam keluarga yang memiliki kemampuan untuk memutuskan keputusan adalah seorang ayah, jika tidak ada ayah maka ibu yang akan mengambil keputusan. Seorang ayah akan mengambil tindakan untuk segera mengambil tindakan jika anak mengalami masalah obesitas, ayah akan membawa anak ke fasilitas kesehatan untuk dapat memperoleh informasi yang penting dan tindak lanjut yang akan dilakukan kepada anak.

- c) Merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Keluarga dapat mengambil tindakan yang tepat dan benar, keluarga dapat merawat keluarga yang memiliki anak remaja dengan obesitas, keluarga dapat memahami cara perawatan anak remaja dengan obesitas setelah mendapatkan informasi kesehatan dari tenaga kesehatan. Serta keluarga mampu merawat anak dengan cara mengatur pola makan yang sehat, dengan memperhatikan gizi seimbang, kemudian mengontrol aktifitas fisik yang dilakukan oleh anak.
- d) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Pemeliharaan lingkungan yang baik akan meningkatkan kesehatan keluarga dan membantu penyembuhan pada klien dengan obesitas. Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan bisa disebabkan karena terbatasnya sumber-sumber keluarga diantaranya keuangan, kondisi rumah yang tidak sehat.
- e) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan  
Keluarga dapat mengatasi dengan menyediakan satu ruangan yang ramah lingkungan untuk dapat digunakan beraktifitas fisik, seperti berolahraga.

#### 5) Fungsi ekonomi

Hal di kaji mengenai fungsi ekonomi keluarga adalah sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan. Keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan harus memperhatikan terhadap makanan yang akan di konsumsi oleh keluarga.

#### f. Stressor dan coping keluarga

- 1) Stresor jangka pendek adalah stresor bawaan dalam keluarga dan butuh penyelesaian dalam waktu 6 bulan atau kurang.
- 2) Stresor jangka panjang yaitu stresor bawaan dalam keluarga dan butuh solusi dalam waktu lebih dari 6 bulan.

3) Koping keluarga

Keluarga dan klien dapat menerima keadaanya nya dengan sabar yang terjadi pada remaja dengan obesitas.

4) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stresor Keluarga dan klien dalam mengatasi masalah yang terjadi sangat cemas dalam menurunkan berat badan.

5) Strategi koping yang digunakan

Klien dan keluarga mampu menjaga menu makanan untuk anak remaja dengan obesitas.

g. Pemeriksaaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk semua anggota keluarga. Teknik yang digunakan dalam penilaian fisik dari kepala hingga kaki untuk pemeriksaan diuraikan sebagai berikut:

1) Tanda-tanda vital, meliputi tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu tubuh.

2) Keadaan umum

Melihat keadaan umum klien, suara bicara, tinggi badan, berat badan. Anak terlihat sangat gemuk dan umumnya lebih tinggi daripada anak normal seumur, buah dada seolah-olah berkembang.

3) Kulit, rambut dan kuku

Kaji keadaan rambut dan kuku, tugor kulit tidak menurun, obesitas disertai wajah kemerahan, underventilasi dan mengantuk), juga kadang sering ditemukan kelainan kulit, pada anak obesitas ditemukan kulit terlihat gelap disebabkan peningkatan risiko resistensi insulin.

4) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, Sering terlihat dagu yang berganda (double chin), wajah membulat, pipi tembem, dagu rangkap, adakah pembesaran pada leher, telinga, adakah gangguan pendengaran, gigi. Biasanya adanya peningkatan nafsu makannya.

5) Thoraks dan paru

Penimbunan lemak yang berlebihan di bawah diafragma dan di dalam dinding dada bisa menekan paru-paru, sehingga timbul gangguan pernafasan dan sesak nafas, meskipun penderita hanya melakukan aktivitas yang ringan. Gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat tidur dan menyebabkan terhentinya pernafasan untuk sementara waktu (tidur apneu), sehingga pada siang hari penderita sering merasa mengantuk.

6) Abdomen

Biasanya perut membuncit disertai dinding perut yang berlipat-lipat.

7) Genitalia

Biasanya produksi urine normal dan tidak mengalami gangguan. Pada anak laki-laki penisnya terlihat kecil karena sebagian organ tersebut tersembunyi dalam jaringan lemak pubis.

8) Ekstremitas

Biasanya lemah dan cepat lelah. Kedua tungkai umumnya berbentuk huruf x dengan kedua pangkal paha bagian dalam saling menempel menyebabkan laserasi dan ulserasi yang dapat menimbulkan bau yang kurang sedap. Sering ditemukan edema (pembengkakan akibat penimbunan sejumlah cairan) di daerah tungkai pergelangan kaki.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis penyakit keluarga memperluas penilaian ke sistem keluarga dan subsistemnya, yang berasal dari hasil pengkajian keluarga <sup>1</sup>. Diagnosis keperawatan keluarga termasuk masalah kesehatan aktual dan potensial dengan perawat keluarga yang memiliki kemampuan dan mendapatkan lisensi untuk menanganinya berdasarkan pendidikan dan pengalaman. Tipologi dari diagnosa keperawatan adalah:

- a. Diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)

- b. Diagnosa keperawatan keluarga resiko (ancaman) dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.
- c. Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera (potensial) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

Kemungkinan diagnosa yang mungkin terjadi pada Remaja Obesitas <sup>26</sup>.

- a. Obesitas (kode D.0030)

**Definisi:** Akumulasi lemak berlebih atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin, serta mampu melampaui kondisi berat badan lebih (overweight).

**Penyebab:** faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil dan sering makan makanan berlemak.

**Gejala dan tanda mayor**

Subjektif: -

Objektif: IMT  $> 27 \text{ kg/m}^2$  (pada dewasa) atau lebih dari persentil ke 95 untuk usia dan jenis kelamin (pada anak)

**Gejala dan tanda minor**

Subjektif: -

Objektif: tebal lipatan kulit trisep  $> 25 \text{ mm}$

- b. Gangguan Citra Tubuh (kode D.0083)

**Definisi:** perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu

**Penyebab:** perubahan struktur/ bentuk tubuh

**Gejala dan tanda mayor**

Subjektif: mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh

Objektif: kehilangan bagian tubuh

**Gejala dan tanda minor**

Subjektif: tidak mau mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh, mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuh, mengungkapkan keawatiran pada penolakan reaksi orang lain, mengungkapkan perubahan gaya hidup

Objektif: menyembunyikan/ menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan, menghindari melihat dan atau menyentuh bagian tubuh, focus berlebihan pada perubahan tubuh, respon non verbal pada perubahan dan persepsi tubuh, focus pada penampilan dan kekuatan masa lalu, hubungan social berubah.

c. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (Kode D.0038)

**Definisi:** Risiko terhadap variasi kadar gula darah dari rentang normal.

**Faktor Risiko:** Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes, ketidaktepatan pemantauan glukosa darah, kurang patuh pada rencana manajemen diabetes, manajemen medikasi tidak terkontrol, kehamilan, periode pertumbuhan cepat, stress berlebihan, penambahan berat badan, kurang dapat menerima diagnosis.

d. Pola nafas tidak efektif (kode D.0005)

**Definisi:** Inspirasi dan/ ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi yang adekuat.

**Penyebab:** obesitas

**Gejala dan tanda mayor**

Subjektif: dyspnea

Objektif: penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekpirasi memanjang, pola nafas abnormal

**Gejala dan tanda minor**

Subjektif: orthopnea

Objektif: pernafasan pursed-lip, pernafasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekpirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskresi dada berubah.

Menetapkan prioritas masalah keperawatan keluarga berguna untuk menyusun prioritas dalam menentukan diagnose keperawatan keluarga.

Tabel 2.3  
Skala Prioritas Masalah

| Kriteria                         | Skor | Bobot | Pembenaran |
|----------------------------------|------|-------|------------|
| Sifat masalah                    |      |       |            |
| a. Tidak/ kurang sehat           | 3    | 1     |            |
| b. Ancaman kesehatan             | 2    |       |            |
| c. Keadaan sejahtera             | 1    |       |            |
| Kemungkinan masalah dapat diubah |      |       |            |
| a. Dengan mudah                  | 2    | 2     |            |
| b. Hanya sebagian                | 1    |       |            |
| c. Tidak dapat                   | 0    |       |            |
| Potensial masalah untuk dicegah  |      |       |            |
| a. Tinggi                        | 3    | 1     |            |
| b. Cukup                         | 2    |       |            |
| c. rendah                        | 1    |       |            |
| Menonjolnya masalah              |      | 1     |            |
| a. segera                        | 2    |       |            |
| b. tidak perlu                   | 1    |       |            |
| c. tidak dirasakan               | 0    |       |            |

Metode penilaiannya adalah:

- Tentukan skor untuk setiap kriteria dan nilai skor untuk setiap kriteria
- Bagi skor dengan angka maksimum, lalu kalikan dengan bobot.
- Jumlah skor untuk semua kriteria
- Hitung skornya; nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosis.

### 3. Intervensi keperawatan

Intervensi perawatan keluarga dikembangkan melalui diagnosis perawatan, dan perencanaan keluarga dengan menetapkan tujuan, mengenali strategi intervensi, dan menentukan prioritas intervensi yang disesuaikan, tidak sewenang-wenang atau konvensional, tetapi dibuat khusus untuk keluarga unik yang dibantu oleh perawat keluarga.<sup>1</sup>

Tabel 2.4

## Intervensi Keperawatan Keluarga Dengan Remaja Obesitas

| No | Diagnosis Keperawatan   | Tujuan/SLKI   | Intervensi/SIKI  |
|----|---|---|--|
| 1. | Obesitas berhubungan dengan faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil dan sering makan makanan berlemak (D.0030) | <p>Tujuan Umum :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 30 menit diharapkan berat badan (L.03018) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan membaik</li> <li>2. Indeks massa tubuh membaik</li> </ol> <p>TUK 1 :</p> <p>Keluarga dan klien mampu mengenal masalah kesehatan pada remaja dengan obesitas</p> | <p>Intervensi 1 :</p> <p>Edukasi proses penyakit (I.12444)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>5. Persiapkan materi, media, terkait edukasi obesitas.</li> <li>6. Jelaskan penyebab dan faktor risiko obesitas</li> <li>7. Jelaskan proses munculnya obesitas</li> <li>8. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas</li> <li>9. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas</li> </ol> |
|    |   | <p>TUK 2 :</p> <p>Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas</p>  | <p>Intervensi 2 :</p> <p>Dukungan pengambilan Keputusan (I.09265)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik</li> <li>2. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan.</li> <li>3. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</li> <li>4. Fasilitasi melihat situasi secara realistis</li> <li>5. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain</li> <li>6. Informasikan alternatif solusi secara jelas</li> </ol>  |
|    |   | <p>TUK 3 :</p> <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas</p>  | <p>Intervensi 3:</p> <p>Edukasi diet (I.12369)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait diet obesitas.</li> <li>2. Identifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang diet sehat obesitas.</li> <li>3. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu.</li> <li>4. Persiapkan materi, media, dan alat peraga terkait edukasi diet obesitas.</li> <li>5. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang</li> </ol>   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  |   | <p>diet obesitas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet obesitas.</li> <li>7. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan.</li> <li>8. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang dalam diet yang diprogramkan</li> <li>9. Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Terapi aktivitas (I.05186)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>2. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten dan sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial.</li> <li>4. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>5. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi</li> <li>6. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li> <li>7. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.</li> </ol> |
|  |  | <p>TUK 4 :<br/>Klien dan keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas</p> | <p>Intervensi 4:<br/>Manajemen lingkungan (I.14514)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan</li> <li>2. Atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau</li> <li>3. Sediakan ruang berjalan yang cukup dan aman</li> <li>4. Sediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman</li> <li>5. Sediakan pewangi ruangan, jika perlu</li> <li>6. Hindari pandangan langsung ke kamar mandi, toilet, atau peralatan untuk eliminasi</li> <li>7. Ganti pakaian secara berkala</li> <li>8. Hindari paparan langsung dengan cahaya matahari atau cahaya yang tidak perlu</li> <li>9. Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman</li> </ol>   |
|  |  | <p>TUK 5 :<br/>Klien dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas</p>  | <p>Intervensi 5 :<br/>Edukasi program pengobatan (I.12441)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengetahuan tentang</li> </ol>  |

|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
|    |   | kesehatan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas   | <p>pengobatan yang direkomendasikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman</li> <li>3. Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar</li> <li>4. Informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan</li> <li>5. Ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (self-medication)</li> </ol>  |
| 2. | Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/ bentuk tubuh (D.0083) | <p>Tujuan Umum:<br/>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 30 menit diharapkan citra tubuh (L.09067) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melihat bagian tubuh membaik</li> <li>2. Menyentuh bagian tubuh membaik</li> <li>3. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh</li> <li>4. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain</li> </ol> <p>TUK 1 :<br/>Keluarga dan klien mampu mengenal masalah gangguan citra tubuh</p> | <p>Intervensi 1:<br/>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku terhadap citra tubuh.</li> <li>3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</li> <li>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</li> <li>5. Berikan kesempatan untuk bertanya.</li> <li>6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Gangguan citra tubuh.</li> <li>7. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan citra tubuh.</li> </ol> |
|    |   | <p>TUK 2 :<br/>Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah gangguan citra tubuh</p>   | <p>Intervensi 2 :<br/>Dukungan pengambilan keputusan (I.09265)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik</li> <li>2. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan.</li> <li>3. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</li> <li>4. Fasilitasi melihat situasi secara realistis</li> <li>5. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain</li> <li>6. Informasikan alternatif solusi secara jelas</li> </ol>  |
|    |   | <p>TUK 3 :<br/>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah gangguan citra tubuh</p>   | <p>Intervensi 3:<br/>Terapi diversional (I.09319)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi hobi dan aktivitas yang biasa dilakukan</li> </ol>  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>5. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>6. Anjurkan menyiapkan ruangan yang tenang dan nyaman</li> <li>7. Anjurkan menjalankan hobi dan/atau aktivitas yang biasa dilakukan</li> <li>8. Anjurkan menonton televisi, membaca buku, atau hiburan lainnya</li> </ol>   |
|  |  | <p>TUK 4:<br/>Klien dan keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah gangguan citra tubuh</p>   | <p>Intervensi 4:<br/>Manajemen lingkungan (I.14514)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan</li> <li>2. Atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau</li> <li>3. Sediakan ruang berjalan yang cukup dan aman</li> <li>4. Sediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman</li> <li>5. Sediakan pewangi ruangan, jika perlu</li> <li>6. Hindari pandangan langsung ke kamar mandi, toilet, atau peralatan untuk eliminasi</li> <li>7. Ganti pakaian secara berkala</li> <li>8. Hindari paparan langsung dengan cahaya matahari atau cahaya yang tidak perlu</li> <li>9. Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman</li> </ol> |
|  |  | <p>TUK 5 :<br/>Klien dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan gangguan citra tubuh</p> | <p>Intervensi 5 :<br/>Edukasi program pengobatan (I.12441)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan</li> <li>2. Fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman</li> <li>3. Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar</li> <li>4. Informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan</li> <li>5. Ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (self-medication)</li> </ol>   |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 3 | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111) | <p>Tujuan Umum :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 30 menit diharapkan tingkat pengetahuan (L.12111) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat</li> <li>3. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat</li> </ol> <p>TUK 1 :</p> <p>Keluarga dan klien mampu mengenal masalah gangguan citra tubuh</p> | <p>Intervensi 1 :</p> <p>Edukasi proses penyakit (I.12444)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>5. Jelaskan penyebab dan faktor risiko obesitas</li> <li>6. Jelaskan proses munculnya obesitas</li> <li>7. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas</li> <li>8. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas</li> </ol>  |
|   |   | <p>TUK 2 :</p> <p>Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas</p>  | <p>Intervensi 2 :</p> <p>Dukungan pengambilan keputusan (I.09265)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik</li> <li>8. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan.</li> <li>9. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</li> <li>10. Fasilitasi melihat situasi secara realistis</li> <li>11. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain</li> <li>12. Informasikan alternatif solusi secara jelas</li> </ol>  |
|   |   | <p>TUK 3 :</p> <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas</p>  | <p>Intervensi 3:</p> <p>Edukasi diet (I.12369)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Identifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait diet obesitas.</li> <li>11. Identifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang diet sehat obesitas.</li> <li>12. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu.</li> <li>13. Persiapkan materi, media, dan alat peraga terkait edukasi diet obesitas.</li> <li>14. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang diet obesitas.</li> <li>15. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet obesitas.</li> </ol> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   | <p>16. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan.</p> <p>17. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang dalam diet yang diprogramkan</p> <p>18. Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</p> <p>Terapi aktivitas (I.05186)</p> <p>8. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>9. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>10. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten dan sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial.</p> <p>11. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>12. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi</p> <p>13. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p>Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> |
|  | <p>TUK 4 :</p> <p>Klien dan keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas</p>          | <p>Intervensi 4:</p> <p>Manajemen lingkungan (I.14514)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan</li> <li>2. Atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau</li> <li>3. Sediakan ruang berjalan yang cukup dan aman</li> <li>4. Sediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman</li> <li>5. Sediakan pewangi ruangan, jika perlu</li> <li>6. Hindari pandangan langsung ke kamar mandi, toilet, atau peralatan untuk eliminasi</li> <li>7. Ganti pakaian secara berkala</li> <li>8. Hindari paparan langsung dengan cahaya matahari atau cahaya yang tidak perlu</li> <li>9. Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman</li> </ol>   |
|  | <p>TUK 5 :</p> <p>Klien dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas</p> | <p>Intervensi 5 :</p> <p>Edukasi program pengobatan (I.12441)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan</li> <li>2. Fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman</li> </ol>  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | 3. Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar<br>4. Informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan<br>5. Ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (self medication) |
|--|--|--|---|

(SLKI & SIKI, 2018)

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasinya melibatkan pelaksanaan terapi pembunuhan keluarga melalui intervensi independen atau kolaboratif dengan menggunakan sumber daya keluarga. Implementasi diprioritaskan sesuai dengan kemampuan keluarga dan sumber yang dimiliki keluarga <sup>1</sup>. Implementasi adalah serangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya. Tindakan perawatan terhadap keluarga meliputi :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
  1. Memberikan informasi seperti penyuluhan atau konseling
  2. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
  3. Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
  1. Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
  2. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
  3. Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
  1. Mendemonstrasikan cara perawatan
  2. Menggunakan alat dan fasilitas kesehatan yang ada di rumah
  3. Mengawasi keluarga melakukan tindakan perawatan
- d. Membuat keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi :
  1. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga

2. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
  1. Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
  2. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dengan beberapa metode seperti melalui partisipasi aktif keluarga, pendidikan kesehatan, kontrak, manajemen kasus, kolaborasi dan konsultasi.

#### **4. Evaluasi keperawatan**

Penilaian bergantung pada efektivitas intervensi yang dilakukan oleh anggota keluarga, perawat, dan pihak lain yang terlibat. Keberhasilan lebih dipengaruhi oleh hasil dalam sistem keluarga dan bagaimana anggota keluarga merespons daripada oleh intervensi yang dilakukan. Penilaian merupakan upaya kolaboratif yang melibatkan perawat dan keluarga. Penilaian merupakan proses berkelanjutan yang berlangsung setiap kali perawat meninjau rencana konservasi. Untuk penilaian, lebih baik untuk mengaturnya secara operasional menggunakan SOAP:

- a. S adalah berbagai masalah yang diungkapkan oleh keluarga setelah tindakan perlindungan diterapkan.
- b. O adalah berbagai masalah yang diidentifikasi oleh perawat setelah tindakan penyelamatan diterapkan.
- c. A adalah evaluasi hasil yang telah dicapai dengan merujuk pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
- d. P adalah strategi yang direvisi setelah menilai reaksi keluarga selama fase evaluasi

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang berusaha mendeskripsikan suatu gejala, peristiwa dan kejadian yang terjadi pada saat sekarang, dimana peneliti berusaha memotret peristiwa dan kejadian yang menjadi pusat perhatian untuk kemudian digambarkan sebagaimana adanya <sup>27</sup>. Penelitian ini berupa studi kasus melalui pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi serta evaluasi keperawatan. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan keluarga pada remaja dengan obesitas di wilayah kerja Puskesmas Pauh Kota Padang tahun 2025.

##### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Wilayah kerja Puskesmas Pauh Kota Padang pada keluarga Ibu J yang mempunyai anak usia remaja dengan obesitas. Waktu penelitian dilakukan mulai dari bulan Oktober 2024 sampai dengan bulan Juni 2025. Asuhan keperawatan keluarga dilakukan mulai tanggal 24 Februari – 13 Maret 2025 dalam 12 kali kunjungan.

##### **C. Populasi dan Sampel**

###### **1. Populasi**

Populasi merupakan seluruh kelompok yang akan diteliti pada cakupan wilayah dan waktu tertentu berdasarkan karakteristik yang telah ditentukan peneliti. Populasi tersebut akan menjadi sumber data penelitian. Oleh karena itu peneliti memilih sasaran populasi sesuai dengan tujuan penelitian <sup>28</sup>. Populasi dari penelitian ini adalah keluarga dengan anak remaja obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang berjumlah 13 orang.

## 2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari subjek populasi yang diteliti dan sudah tentu mampu secara representatif dapat mewakili populasi lainnya. Teknik pengambilan sampel adalah suatu cara pemilihan sampel yang digunakan dalam penelitian yang berasal dari populasi. Pemilihan partisipan merujuk pada teknik *purposive sampling* <sup>29</sup>. Pada penelitian ini diambil 1 partisipan yang bisa mewakili karakteristik populasi dari keluarga dengan anak remaja obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang, dengan diurutkan klien dari IMT terbesar ke terkecil.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

### a. Kriteria Inklusi

- 1) Keluarga dengan anak remaja obesitas yang beralamat di wilayah kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.
- 2) Klien dengan Indeks Massa Tubuh  $> 27$ .  

$$IMT = \text{berat badan (kg)} : \text{tinggi badan (m)}^2$$
 Klien berada di tempat saat penelitian dilakukan.
- 3) Klien dan keluarga setuju berpartisipasi dengan peneliti.

### b. Kriteria Eksklusi

- 1) Tidak mengikuti atau menolak untuk bekerjasama dengan peneliti.
- 2) Klien obesitas dengan penyakit komplikasi.

## D. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

### 1. Jenis Data

#### a. Data primer

Data primer merupakan informasi yang diambil secara langsung dari klien seperti pemeriksaan terhadap klien, mencakup identitas klien, riwayat kesehatan klien, tindakan sehari-hari di rumah, serta evaluasi fisik terhadap klien.

#### b. Data sekunder

Data sekunder adalah sumber informasi penelitian yang didapatkan secara langsung dari catatan medis, serta dari dokumentasi hasil kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Pauh Kota Padang. Data

sekunder biasanya berupa bukti, informasi penyokong, catatan atau laporan sejarah yang sudah disusun dalam arsip yang belum dipublikasikan.

## 2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan sebagai berikut <sup>29</sup>.

### a. Observasi

Melakukan obeservasi atau melihat kondisi dari klien, seperti keadaan umum klien apakah klien susah berdiri sehabis duduk dari lantai, klien tidak mengalami keluhan apa-apa selain merasakan berat badan nya bertambah.

### b. Pengukuran

Pengukuran adalah melakukan pengawasan terhadap kondisi responden dengan menghitung berat badan dengan menggunakan timbangan berat badan setiap hari, kemudian melakukan pengukuran tanda tanda vital seperti suhu, pernafasan, nadi, dan tekanan darah.

### c. Wawancara

Wawancara dipakai sebagai metode pengumpulan data saat peneliti ingin melaksanakan studi awal guna mengidentifikasi permasalahan yang diteliti. Dalam penelitian ini, wawancara dilaksanakan dengan memanfaatkan pedoman wawancara semi-terstruktur. Wawancara dilakukan mengenai identitas klien, termasuk nama klien, nama keluarga, riwayat kesehatan (kesehatan saat ini, penyakit yang pernah diderita, dan riwayat kesehatan keluarga sebelumnya, serta kondisi lingkungan klien), serta aktivitas sehari-hari seperti makan, minum, buang air besar, buang air kecil, istirahat, dan tidur.

### d. Dokumentasi

Dokumen adalah rekaman kejadian yang telah terjadi. Dokumen dapat berupa teks, ilustrasi, atau karya-karya besar dari individu tertentu. Dalam studi ini memanfaatkan dokumentasi dari puskesmas untuk mendukung penelitian yang akan dilaksanakan dan data pemeriksaan Berat berat badan serta status gizi klien.

### **E. Alat Dan Instrumen Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data yaitu alat pemeriksaan fisik (menggunakan tensi meter, thermometer, meteran, timbangan, mikrotoise)<sup>29</sup>. Instrument pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan format proses asuhan keperawatan keluarga yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan serta evaluasi keperawatan.

#### **1. Format pengkajian**

Dalam format pengkajian ini terbagi atas identitas klien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan sekarang dan dahulu, pemeriksaan fisik, data sosial ekonomi, lingkungan tempat tinggal dan program pengobatannya.

#### **2. Format diagnosa keperawatan**

Dari pengkajian yang dilakukan, akan mendapatkan atau bisa menegaskan diagnosa keperawatan dengan menganalisa data yang telah dikaji dan diagnosa

keperawatan ini didasari dari SDKI.

#### **3. Format rencana keperawatan**

Dalam rencana keperawatan ini terdiri dari beberapa komponen, yaitu diagnose keperawatan, tujuan dan kriteria hasil serta intervensi atau rencana keperawatan yang didasari oleh SIKI dan SLKI.

#### **4. Format tindakan keperawatan**

Pada tindakan keperawatan ini juga terdiri dari beberapa komponen, yaitu tanggal dan waktu melakukan tindakan, diagnose keperawatan, tindakan yang akan dilakukan berdasarkan intervensi dan tanda tangan perawat.

#### **5. Format evaluasi keperawatan**

Pada evaluasi ini dapat melihat perkembangan dari tindakan keperawatan.

### **F. Prosedur Pengambilan Data**

1. Peneliti meminta surat izin survey awal dari Poltekkes Kemenkes Padang.
2. Peneliti meminta surat izin survey awal dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang.

3. Peneliti mendatangi Dinas Kesehatan Kota Padang, menyerahkan surat izin survey awal penelitian dan meminta data anak usia remaja dengan obesitas di Kota Padang.
4. Peneliti mengunjungi Puskesmas Pauh dan memberikan surat izin survey awal penelitian dilanjutkan dengan melakukan survey awal tentang remaja dengan obesitas di wilayah kerja Puskesmas Pauh Kota Padang.
5. Peneliti melakukan pemilihan populasi dan dilanjutkan pemilihan sampel sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
6. Peneliti meminta surat izin penelitian dari Poltekkes Kemenkes Padang.
7. Peneliti meminta surat izin penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang.
8. Peneliti melakukan penelitian terhadap sampel yang terpilih serta menyampaikan maksud dan tujuan penelitian, kemudian memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya.
9. Informed consent diberikan kepada responden dan melakukan asuhan keperawatan keluarga selama 2 minggu dalam 12 kali kunjungan.
10. Peneliti meminta waktu dari responden untuk melaksanakan pengkajian dengan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan keluarga melalui teknik wawancara dan anamnesis. Melakukan observasi dan pengukuran dengan cara mengadakan pemeriksaan fisik secara menyeluruh pada responden.
11. Bersama dengan keluarga peneliti, merancang dan menguraikan intervensi yang akan diterapkan dalam memberikan perawatan keperawatan kepada keluarga responden.
12. Peneliti melaksanakan pelaksanaan dan penilaian dalam dua belas kunjungan kepada responden, kemudian melakukan pencatatan keperawatan dan menyelesaikan proses dengan responden.

#### **G. Analisa Data**

Metode analisa data menjelaskan bagaimana peneliti mengolah data dari hasil penelitian yang dilakukan sehingga mendapatkan informasi dan dapat digunakan untuk menyimpulkan hasil dari penelitian tersebut <sup>29</sup>. Analisa data

ditemukan saat pengkajian berdasarkan data subjektif dan data objektif sehingga dapat ditegakkan diagnosa keperawatan, kemudian menentukan rencana keperawatan yang sesuai dengan permasalahan responden dan memberikan tindakan keperawatan dan evaluasi dari hasil tindakan yang telah diberikan. Pada pembahasan hasil data tersebut dianalisa dengan membandingkan antara teori yang ada dan keadaan yang dialami oleh keluarga dengan anak remaja yang mengalami obesitas.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

Asuhan keperawatan keluarga telah dilakukan pada keluarga Ibu J khususnya pada Anak K dengan masalah kesehatan obesitas. Kunjungan telah dimulai pada tanggal 24 Februari 2025 – 13 Maret 2025 di wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang. Kunjungan dilakukan selama 12 hari kunjungan ke keluarga Ibu J. Berikut peneliti deskripsikan hasil penelitian secara narasi.

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan keluarga dilakukan pada tanggal 24 sd 25 Februari 2025 di Jalan Piai atas No 17, RT 002, RW 005, Kelurahan Piai Tengah. Pada saat pengkajian didapatkan Ibu J sebagai kepala keluarga berusia 57 tahun, pendidikan terakhir SMEA dan pekerjaan sehari-hari yaitu berdagang kue kering. Anak K merupakan anak kedua dari 3 orang bersaudara, memiliki kakak laki-laki dan adik perempuan. Anak K tinggal bersama Ibu J karena bapaknya telah meninggal satu tahun yang lalu.

Tipe keluarga Ibu J adalah tipe keluarga tradisional (*single parent*) yaitu dimana tipe keluarga yang hanya dikepalai oleh satu kepala keluarga (istri). Ibu J tinggal bersama anak kandung dan anak asuh. Suku keluarga Ibu J adalah suku minang, yaitu melayu. Keluarga mengatakan mereka masih menjalankan dan menganut adat istiadat di Minangkabau. Kebiasaan dari keluarga Ibu J tentang pola makan yaitu suka makan yang manis-manis dan tinggi lemak. Agama dari keluarga Ibu J yaitu Islam, keluarga Ibu J melaksanakan kewajiban yaitu shalat lima waktu sehari semalam kemudian mengaji.

Penghasilan Ibu J didapatkan dari anak-anaknya dan hasil dagangannya. Ibu J mendapatkan sekitar Rp2.000.000 – Rp2.500.000 per bulannya, tapi biaya sekolah An.K dan An. H dibiayai oleh kakaknya. Keluarga Ibu J juga memiliki Kartu Jaminan Kesehatan (BPJS).

An. K mengatakan untuk aktifitas rekreasi keluarga tidak terjadwalkan, biasanya An. K dan keluarga berkumpul setelah shalat Magrib diruang tamu karena semuanya sudah dirumah, makan bersama serta menonton televisi dan sesekali keluarga An. K pergi untuk rekreasi seperti pergi ke tepi pantai.

Tahap perkembangan keluarga An. K yaitu tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah memberi kebebasan seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja sudah bertambah dewasa dan meningkatkan otonom dan berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak. Pada saat ini komunikasi keluarga An. K sudah cukup bagus karna Anak K jika ada masalah maka akan menceritakan kepada Ibu J dan Ibu J memberikan kebebasan terhadap An. K seperti kebiasaan makan dan pola makan sehingga An. K mengalami obesitas.

Riwayat kesehatan pada Ibu J yaitu Ibu J mengatakan bahwa saat ini merasakan nyeri pada bagian kaki dan terkadang kekakuan sendi akibat dari asam urat dan mendapatkan obat dari klinik serta meminumnya secara rutin, ibu j juga meminum obat hipertensi, DM karena memiliki riwayat hipertensi dan juga meminumnya secara rutin apabila telah habis ibu J akan konsultasikan ulang ke klinik. Ibu J mengatakan bahwa dia juga gemuk tetapi semenjak sakit badannya mulai kurus dari biasanya dan anak pertamanya juga gemuk. Ibu J mengatakan almarhum suami Ibu J memiliki riwayat penyakit jantung. Saat dilakukan pemeriksaan fisik menunjukkan tinggi badan 150 cm, berat badan 60 kg, tekanan darah 149/100 mmhg, suhu 36,5 c, pernapasan 17 kali/ menit dan denyut nadi 88 kali/ menit.

Riwayat kesehatan pada Anak M yaitu anak M tampak gemuk, kebiasaan olahraga jarang sekali karena bekerja, kebiasaan makan suka makanan seperti bakso, somay dan jajanan seafood. Saat dilakukan pemeriksaan fisik tinggi badan 160 cm, berat badan 80 kg, tekanan darah 110/65 mmhg, suhu 36,6 c, pernapasan 19 kali/ menit dan denyut nadi 75 kali/ menit.

Riwayat kesehatan pada Anak K yaitu Ibu J mengatakan bahwa ketika lahir Anak K memiliki berat badan 3500 gr dan Anak K memang memiliki badan yang gemuk dari usia SD. Ibu J mengatakan Anak K belum pernah di rawat di rumah sakit, hanya saja pernah demam biasa-biasa saja, Untuk makan dalam sehari frekuensi satu hari tiga kali dengan jumlah banyak, jika makanan di masak ibu makanan kesukaan anak K maka frekuensi makan akan lebih dari tiga kali dalam sehari. Menu yang paling di sukai oleh anak K adalah sayuran yang bersantan, pecel, bakso, daging ayam dan goreng. Anak K menyukai cemilan seperti roti goreng, cilok, seblak, donat, goreng-gorengan dan sering beli di dekat rumah seperti goreng pisang, tahu dan bakwan. Anak K lebih sering makan jajanan luar rumah. Anak K mengatakan jajanan yang paling di sukai adalah bakso, mie dan somay. Untuk kebiasaan olahraga anak K jarang melakukan aktifitas fisik. Anak K melakukan olahraga satu kali dalam seminggu hanya di sekolah, olahraga yang dilakukan seperti bermain voly, dan senam. Saat dilakukan pemeriksaan fisik tinggi badan 148 cm, berat badan 75 kg, tekanan darah 105/63 mmhg, suhu 36,5 c, pernapasan 18 kali/ menit dan denyut nadi 90 kali/ menit. Ibu J tidak mengetahui apa itu obesitas, penyebab dari obesitas, serta tanda dan gejala dari obesitas, keluarga anak K mengatakan tidak mengetahui anak K mengalami obesitas, hanya mengira kelebihan berat badan, keluarga ibu J mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara mengatasi masalah tersebut.

Riwayat kesehatan pada Anak H saat dilakukan pengkajian anak H tampak sehat tidak ada keluhan, anak H tampak gemuk, memiliki kebiasaan olahraga 1x seminggu, kebiasaan makan biasanya suka makanan seperti bakso, somay dan jajanan seafood. Saat dilakukan pemeriksaan fisik tinggi badan 155 cm, berat badan 60 kg, tekanan darah 108/65 mmhg, suhu 36,8 c, pernapasan 17 kali/ menit dan denyut nadi 80 kali/ menit.

Rumah yang dimiliki oleh keluarga An. K adalah permanen dan milik sendiri, terdiri dari satu ruang tamu, satu ruang keluarga, kemudian tiga ruang kamar tidur, serta satu kamar mandi, dapur dan ruang makan.

Ventilasi rumah cukup banyak dan memiliki pencahayaan yang cukup baik karena rumah memiliki banyak jendela. Sumber air yang digunakan keluarga adalah air sumur bor. Air ini di pakai untuk memasak, mandi dan mencuci. Sedangkan untuk minum menggunakan air galon atau isi ulang. Jarak septi tank dengan wc  $\pm$  lebih 12 meter. Peralatan yang ada di rumah keluarga An. K yaitu ada kursi sofa tamu, kemudian TV, kemudian peralatan dapur lemari dapur, kompor gas, piring, sendok, juga terdapat mesin cuci, kemudian di kamar ada tempat tidur lemari dll. Pembuangan limbah rumah tangga keluarga mengalir dengan baik ke dalam got di samping rumah yang kondisinya cukup bersih, mengalir serta tertutup. Tipe Lingkungan Anak K lumayan ramai dan sedikit berisik, karena di depan rumah Anak K terdapat beberapa tempat yaitu bengkel, tempat-tempat orang jual-jual makanan dan dekat dengan jalan yang lumayan ramai. Jarak rumah Anak K dengan rumah tetangga rapat dan padat. Mayoritas tetangga Anak K bersuku minang dan beragama Islam, untuk pekerjaan tetangga bermacam macam, ada yang buka warung, buka tempat make up, ada yang berdagang baju, ada yang buka bengkel, ada banyak yang berjualan makanan.

Keluarga Anak K mengatakan memiliki hubungan komunikasi yang baik dengan para tetangga nya. Namun karena kesibukan masing-masing jarang berinteraksi pada sebuah acara seperti gotong royong atau sedang berbelanja. Anak di sana bermain dengan yang seusia nya dan kakak-kakak yang berada di atas usia nya. Keluarga Anak K mengatakan memiliki hubungan yang baik karena jika ada salah satu keluarga yang sakit maka keluarga yang lain akan membantu dan mengingatkan serta membawa berobat ke fasilitas kesehatan terdekat, keluarga juga memiliki kartu jaminan kesehatan.

Pola komunikasi Anak K lumayan terbuka, karna jika ada permasalahan pada keluarga mereka akan membicarakan dengan anggota keluarga dan mencari jalan keluar. Pengambilan keputusan keluarga di lakukan dengan bermusyawarah. Keluarga Anak K mengatakan saling menghargai keputusan yang di putuskan, namun yang memiliki wewenang untuk

mengambil keputusan di keluarga adalah Ibu J. Ibu J sebagai kepala keluarga serta ibu dari Anak K. Ibu J berperan dalam mengontrol keuangan dan mencari uang, yaitu dengan berjualan kue kering di rumah. Anak K sebagai seorang anak di rumah, yang bertugas untuk mematuhi menolong kegiatan ibu di rumah seperti mencuci piring, menyapu rumah serta peran sebagai anak. Keluarga Anak K menganggap nilai serta norma sangat penting seperti saling menghargai, menghormati, serta sopan santun dan tata bicara yang baik. Keluarga Anak K mengatakan ibunya menyayangi dirinya dan saling menghargai, kemudian saling mendukung satu sama lain. Keluarga An. K memiliki hubungan baik dalam berkeluarga, keluarga Anak K juga memiliki hubungan yang baik dengan lingkungan sekitar tempat tinggalnya, Ibu J tidak memiliki kedudukan atau mengikuti organisasi tertentu di lingkungan tempat tinggalnya. Ibu J bekerja sebagai pedagang kue kering, penghasilan Ibu J tidak menentu dikarenakan tergantung banyaknya orderan kue yang masuk perharinya. Penghasilan Ibu J lebih kurang lebih dalam sebulan Rp2.000.000 – Rp2.500.000 serta sudah bisa membiayai keperluan sehari-hari ditambah juga dengan penghasilan dari An. R yang membantu biaya sekolah adiknya.

Keluarga An. K belum mengetahui bahwa An. K mengalami masalah obesitas, keluarga An. K sebelumnya hanya mengira bahwa An. K mengiri An. K hanya kelebihan berat badan serta tubuh yang berisi dan gemuk. Keluarga An. K baru mengetahui bahwa An. K mengalami obesitas saat di beri tahu oleh mahasiswa setelah di hitung Indeks Massa Tubuh nya.

Keluarga An. K mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit maka akan di putuskan untuk membawa pergi berobat ke tempat fasilitas kesehatan terdekat, keluarga mengatakan terkait masalah kesehatan pada anak K tidak mengetahui faktor risikonya dan dampak untuk kedepannya, karna ibu J mengira bahwa berta badan berlebih tidak akan menjadi masalah kesehatan. Keluarga An. K mengatakan kurang tau cara merawat An. K mengalami obesitas, keluarga hanya mengetahui cara yaitu mengurangi porsi makan untuk An. K. Keluarga An. K mengatakan dapat memodifikasi lingkungan

menjadi senyaman mungkin, membersihkan serta merapikan apabila rumah sudah tidak bersih dan tidak rapi. Keluarga An. K mengatakan jika ada keluarga yang sakit, maka akan di bawa pergi berobat ke tempat fasilitas kesehatan terdekat, seperti puskesmas dan klinik. Ibu J berusia 57 tahun dan sudah monopouse sedangkan An. K sudah berusia 16 tahun yaitu sedang dalam masa remaja.

Keluarga An. K terkadang berfikir-fikir tentang An. K yang memiliki bobot badan berlebih atau obesitas, terkadang orang tua An. K memikirkan bagaimana cara An. K bersosialisasi dan tidak merasa keberatan dengan postur tubuh yang gemuk karena An. K juga seorang perempuan yang sudah akan memasuki masa remaja. An. K mengatakan kurang percaya diri dengan badannya yang gemuk karena sebelumnya pernah diejek oleh teman temannya disaat SMP. Keluarga An. K memikirkan untuk kedepannya jika berat badan An. K semakin bertambah akan berdampak pada psikososial nya karena terkadang An. K merasa malu dengan bentuk tubuhnya.

Keluarga An. K mengatakan akan mendukung An. K supaya mencapai berat badan ideal pada usinya saat ini, Ibu J mengatakan akan mengontrol makan An. K serta selalu mengingatkan untuk rajin berolahraga dan aktifitas fisik. An. K di rumah seperti kebanyakan anak- anak pada umumnya, bangun pagi kemudian pergi ke sekolah setelah itu pulang shalat makan serta beristirahat. Sekitaran rumah An. K memiliki teman-teman yang seusianya An. K memiliki teman sebaya di rumah dan sekolah, di lingkungan rumah ada kakak kelas dan adik kelas yang tinggal satu lingkungan.

## 2. Diagnosis

Setelah dilakukan pengkajian pada keluarga Ibu J, Khususnya Anak K peneliti mendapatkan data subjektif dan objektif, dimana dari analisis data dapat diangkat diagnosis keperawatan.

Diagnosis pertama adalah **Obesitas** berhubungan dengan **faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil dan sering makan makanan berlemak** dibuktikan

dengan Berat badan anak K 75 kg, Tinggi Badan 148 cm, IMT yaitu 34,2. Anak K tampak gemuk, buah dada seolah olah mengembang, perut buncit. Anak K mengatakan ibu dan kakaknya mengalami kelebihan berat badan, berat badannya berlebih, kemudian jika tidur terlentang kadang-kadang sedikit sesak nafas, olahraga 1x dalam seminggu, suka makan makanan manis dan makan siap saji.

**Diagnosis kedua yaitu Gangguan Citra Tubuh** berhubungan dengan **perubahan struktur tubuh (Obesitas)** dibuktikan dengan anak K tampak kurang percaya diri dengan tubuhnya, tampak malu malu diajak bicara dan sering menutup bagian perut dengan tangannya, anak K mengatakan tidak percaya diri dengan bentuk tubuhnya, badan nya terlalu gemuk, bentuk tubuhnya tidak ideal seperti kebanyakan anak remaja seperti teman-teman di sekolah dia juga mengatakan pernah diejek teman teman nya waktu SMP karena gemuk dan khawatir teman-teman tidak mau mengajaknya untuk bermain karna berbadan gemuk.

**Diagnosis ketiga yaitu Defisit Pengetahuan** berhubungan dengan **kurang terpapar informasi** dibuktikan dengan saat ditanya tentang obesitas keluarga tidak mengetahui apa itu obesitas, penyebab dari obesitas, serta tanda dan gejala dari obesitas, keluarga anak K mengatakan tidak mengetahui anak K mengalami obesitas, hanya mengira kelebihan berat badan, keluarga ibu J mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara mengatasi masalah tersebut.

### 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan diagnosis yang telah diangkat, Lalu dibuat intervensi keperawatan sebagai pemecah masalah yang didapatkan dan dialami keluarga. Berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus yang dilengkapi dengan kriteria hasil.

**Obesitas** berhubungan dengan **faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil, sering makan makanan berlemak.**

**Tujuan Umum** : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan berat badan membaik.

**TUK 1** : keluarga dan klien mampu mengenal masalah kesehatan pada penderita obesitas dengan rencana tindakan **Edukasi proses penyakit** yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, persiapkan materi, media, terkait edukasi obesitas, jelaskan penyebab dan faktor risiko obesitas, jelaskan proses munculnya obesitas, jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas, jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas.

**TUK 2** : keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas melalui **dukungan pengambilan keputusan** yaitu fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan obesitas, diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan obesitas, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan obesitas yang diharapkan, informasikan alternatif solusi secara jelas dan berikan informasi yang diminta.

**TUK 3** : keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas dengan **Edukasi diet** yaitu identifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait atur pola makan, identifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang atur pola makan untuk penderita obesitas, identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, persiapkan materi, media, dan alat peraga terkait atur pola makan, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang atur pola makan, berikan kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi tentang program atur pola makan, jelaskan tujuan kepatuhan atur pola makan terhadap kesehatan dan **Terapi aktivitas** yaitu identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, jelaskan tentang aktif bergerak,

fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten dan sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial, fasilitasi makna aktivitas yang dipilih, tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, jelaskan metode aktivitas fisik, ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.

**TUK 4** : keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas dengan **manajemen lingkungan** yaitu identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan dan atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau (susun ulang dapur dan ruang makan dengan menyimpan makanan seperti meletakkan makanan sehat seperti buah, sayur, kacang-kacangan, dan biji-bijian di tempat yang mudah dijangkau, menghindari penyimpanan makanan tinggi kalori atau junk food di tempat yang terlihat atau mudah diakses, letakkan piring lebih kecil di dapur untuk membantu mengontrol porsi makan dan ciptakan area untuk aktivitas fisik seperti di ruang tamu atau ruang kosong untuk berolahraga ringan seperti skipping dan latihan kekuatan).

**TUK 5** : keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas dengan **edukasi program pengobatan** yaitu identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan untuk penderita obesitas dengan melakukan pengecekan berkala tinggi badan dan berat badan dan cek kesehatan secara rutin ke puskesmas apabila mengalami masalah yang berlanjut, informasikan fasilitas kesehatan yang digunakan selama pengobatan, ajarkan kemampuan melakukan konsultasi ahli gizi ke puskesmas.

**Gangguan Citra Tubuh** berhubungan dengan **perubahan struktur tubuh (Obesitas).**

**Tujuan Umum** : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan citra tubuh meningkat

**TUK 1** : keluarga dan klien mampu mengenal masalah kesehatan pada penderita obesitas dengan gangguan citra tubuh, rencana tindakan **edukasi kesehatan** yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku terhadap citra tubuh, sediakan materi dan media

pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan edukasi kesehatan (definisi citra tubuh, klasifikasi citra tubuh, tanda dan gejala gangguan citra, faktor faktor yg mempengaruhi citra tubuh, kriteria citra tubuh, respon klien terhadap perubahan

**TUK 2** : keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan Gangguan Citra Tubuh melalui **dukungan pengambilan keputusan** yaitu jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi gangguan citra tubuh, fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan gangguan citra tubuh, diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan gangguan citra tubuh, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan gangguan citra tubuh yang diharapkan, informasikan alternatif solusi secara jelas dan berikan informasi yang diminta.

**TUK 3** : keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan gangguan citra tubuh, **terapi diversional** yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi hobi dan aktivitas yang biasa dilakukan, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, anjurkan menyiapkan ruangan yang tenang dan nyaman, anjurkan menjalankan hobi dan/atau aktivitas yang biasa dilakukan, anjurkan menonton televisi, membaca buku, atau hiburan lainnya

**TUK 4** : keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan gangguan citra tubuh, rencana tindakan yaitu **manajemen lingkungan** yaitu identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau (kurangi paparan cermin dengan mengurangi jumlah cermin di rumah, terutama di tempat yang mudah dijangkau atau sering dilalui, seperti di ruang tamu, letakkan cermin hanya di tempat yang dibutuhkan,

seperti kamar mandi atau ruang berpakaian, dan pastikan itu digunakan untuk tujuan fungsional, bukan untuk evaluasi penampilan secara berlebihan dan dorong penerimaan diri dan dukungan Positif dengan tempelkan kutipan atau gambar yang mempromosikan penerimaan diri, cinta diri, dan keberagaman tubuh di berbagai tempat di rumah, seperti di dinding kamar tidur atau ruang tamu).

**TUK 5 :** keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan gangguan citra tubuh, rencana **tindakan Edukasi program pengobatan** yaitu identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, fasilitasi informasi pentingnya percaya diri untuk meningkatkan pemahaman, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan apabila tingkat percaya diri semakin menurun dengan baik dan benar, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, ajarkan kemampuan melakukan konsultasi ke psikologi.

#### **Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi**

**Tujuan Umum :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat.

**TUK 1 :** keluarga mampu mengenal masalah kesehatan pada penderita obesitas dengan masalah defisit pengetahuan, rencana tindakan **Edukasi proses penyakit** yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, persiapkan materi, media, terkait edukasi obesitas, jelaskan penyebab dan faktor risiko obesitas, jelaskan proses munculnya obesitas, jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas, jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas.

**TUK 2 :** keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan masalah defisit pengetahuan melalui **dukungan pengambilan keputusan** yaitu fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan

obesitas, diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan obesitas, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan obesitas yang diharapkan, informasikan alternatif solusi secara jelas dan berikan informasi yang diminta.

**TUK 3** : keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan masalah defisit pengetahuan, rencana tindakan **Edukasi diet** yaitu identifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait diet obesitas, identifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang diet sehat obesitas, identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, persiapkan materi, media, dan alat peraga terkait edukasi diet obesitas, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang diet obesitas, berikan kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet obesitas, jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan dan **Terapi aktivitas** yaitu identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten dan sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial, fasilitasi makna aktivitas yang dipilih, tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.

**TUK 4** : keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan masalah defisit pengetahuan, rencana tindakan yaitu **manajemen lingkungan** yaitu identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau, sediakan ruang berjalan yang cukup dan aman, sediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman, sediakan pewangi ruangan, jika perlu, hindari pandangan langsung ke kamar mandi, toilet, atau peralatan untuk eliminasi, ganti pakaian secara berkala, hindari paparan langsung dengan cahaya matahari atau cahaya yang tidak perlu, jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman.

**TUK 5** : keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan masalah defisit

pengetahuan, rencana **tindakan Edukasi program pengobatan** yaitu identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi dari diagnosis keperawatan yang pertama yaitu obesitas berhubungan dengan faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil, sering makan makanan berlemak.

Implementasi TUK 1 dan TUK 2 dilakukan pada Senin, tanggal 03-03-2025, pukul 12.00-12.30 yaitu mengenal masalah kesehatan dengan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan pengertian, penyebab, tanda gejala dan faktor risiko obesitas, menjelaskan proses munculnya obesitas, menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas, menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas, memberikan reinforcement positif atas jawaban, mengidentifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik, mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi, menginformasikan alternatif solusi secara jelas, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya.

Implementasi TUK 3 dilakukan pada hari Selasa, tanggal 04-03-2025, pukul 14.00-14.30 yaitu merawat anggota keluarga dengan mengidentifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait atur pola makan untuk penderita obesitas, mengidentifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang atur pola makan untuk penderita obesitas, mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, mempersiapkan materi, media, terkait edukasi atur pola makan untuk penderita obesitas, menjadwalkan

waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang atur pola makan dan aktif bergerak, memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang program atur pola makan untuk penderita obesitas, menjelaskan tujuan kepatuhan atur pola makan untuk penderita obesitas terhadap kesehatan, mengidentifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, meningkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, menjelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari seperti aktivitas fisik ringan, sedang dan berat serta melakukan aktivitas fisik sedang bersama yaitu jogging di gor.

Implementasi dari Diagnosis keperawatan yang kedua yaitu Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/ bentuk tubuh.

Implementasi TUK 1 dan TUK 2 dilaksanakan pada hari Jumat, tanggal 07-03-2025, pukul 16.00-16.30 yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku terhadap citra tubuh, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menyampaikan materi tentang pengertian dari citra tubuh, gangguan citra tubuh, tanda dan gejala perubahan citra tubuh, konsep dari obesitas mulai dari citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi citra tubuh, memberikan kesempatan untuk bertanya, memberikan reinforcement positif atas jawaban, menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi gangguan citra tubuh, mengidentifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik, mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi, menginformasikan alternatif solusi secara jelas, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya

Implementasi TUK 3 dilakukan pada hari Sabtu, tanggal 08-03-2025, pukul 16.00-16.30 yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi hobi dan aktivitas yang biasa dilakukan, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menyampaikan materi tentang

terapi diversional, memberikan kesempatan untuk bertanya, menganjurkan menyiapkan ruangan yang tenang dan nyaman, menganjurkan menjalankan hobi dan/atau aktivitas yang biasa dilakukan, menganjurkan menonton televisi, membaca buku, atau hiburan lainnya, menganjurkan klien untuk melakukan hobinya yaitu membuat kue supaya klien bisa melakukan pengalihan terhadap dirinya serta memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya.

Implementasi dari diagnosis keperawatan yang ketiga yaitu Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Implementasi TUK 1 dan TUK 2 dilaksanakan pada hari Minggu, tanggal 09-03-2025, pukul 12.00-12.30 yaitu mengenal masalah kesehatan dengan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan mengenai defisit pengetahuan dan pengertian, penyebab, tanda gejala dan faktor risiko obesitas, menjelaskan proses munculnya obesitas, menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas, menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas, memberikan reinforcement positif atas jawaban, mengidentifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik, mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi, menginformasikan alternatif solusi secara jelas, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya.

Implementasi TUK 3 dilakukan pada hari Senin, tanggal 10-03-2025, pukul 14.00-14.30 yaitu merawat anggota keluarga dengan mengidentifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait defisit pengetahuan tentang diet obesitas, mengidentifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang diet sehat obesitas, mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, mempersiapkan materi, media, terkait edukasi diet obesitas, menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang atur pola makan dan aktif bergerak,

memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet obesitas, menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan., mengidentifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, meningkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, menjelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya.

Implementasi TUK 4 dilakukan pada hari Senin, tanggal 10-03-2025, pukul 14.00-14.30 yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memodifikasi lingkungan untuk penderita obesitas dengan mengkaji pengetahuan keluarga tentang lingkungan yang bersih, aman dan nyaman, memberikan edukasi kesehatan tentang modifikasi lingkungan untuk penderita obesitas, memberikan kesempatan untuk bertanya, memberikan reinforcement positif atas jawaban.

Implementasi TUK 5 dilakukan pada hari Selasa, tanggal 11-03-2025, pukul 14.00-14.30 yaitu pemanfaatan fasilitas kesehatan dengan mengidentifikasi pengetahuan keluarga mengenai fasilitas kesehatan, mengidentifikasi fasilitas kesehatan yang telah dimanfaatkan, mendiskusikan bersama klien dan keluarga tentang fasilitas pelayanan kesehatan, berikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya, berikan reinforcement positif atas jawaban yang benar.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan setiap kali kunjungan implementasi dilakukan, evaluasi pada diagnosis pertama yaitu obesitas berhubungan dengan Faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil,seriang makan makanan berlemak.

Evaluasi TUK 1 dan TUK 2 mengenal masalah kesehatan dan pengambilan keputusan didapatkan hasil subjektif (S) yakni klien mengatakan bersedia menerima informasi yang diberikan; sudah mengetahui konsep dari obesitas

mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, klasifikasi berat badan, faktor risikonya kalau tidak segera diatasi serta pencegahan preventif dari obesitas; memahami konsep dari obesitas mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, klasifikasi berat badan, faktor risikonya kalau tidak segera diatasi serta pencegahan preventif dari obesitas. Untuk hasil objektif (O) yaitu Klien tampak sudah memahami materi tentang obesitas; klien dapat mengulangi kembali pengertian dari obesitas, penyebab, tanda gejala nya; keluarga juga sudah mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah obesitas tersebut. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi proses penyakit dan pengambilan keputusan yang tepat pada penderita obesitas secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 1 TUK 3 merawat anggota keluarga dengan masalah obesitas.

Evaluasi TUK 3 merawat anggota keluarga dengan obesitas melalui edukasi diet dan terapi aktivitas "atur pola makan dan aktif bergerak". Didapatkan hasil subjektif (S) yakni klien mengatakan bersedia menerima informasi; sudah mengetahui serta memahami cara merawat anak remaja dengan obesitas; akan mengikuti diet dan aktif bergerak dengan melakukan aktivitas fisik seperti jogging dalam 3 kali seminggu biasanya dilakukan hanya 3 kali dalam sebulan. Untuk hasil objektif (O) yaitu Klien tampak sudah memahami tentang cara perawatan anak remaja dengan obesitas; memperhatikan dan dapat mengulangi kembali apa yang telah disampaikan. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi diet dan terapi aktivitas secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 2 TUK 1 dan TUK 2 mengenal masalah kesehatan dan mengambil keputusan yang tepat.

Evaluasi pada diagnosis kedua Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh (Obesitas).

Evaluasi TUK 1 dan TUK 2 mengenal masalah kesehatan dan pengambilan keputusan didapatkan hasil subjektif (S) yaitu klien mengatakan bersedia menerima informasi yang diberikan; sudah mengetahui konsep dari citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi citra tubuh, kriteria citra tubuh, gangguan citra tubuh, Respon Seseorang Terhadap Perubahan Citra Tubuh, tanda dan gejala perubahan citra tubuh; memahami konsep dari obesitas mulai dari citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi citra tubuh, kriteria citra tubuh, gangguan citra tubuh, respon seseorang terhadap perubahan citra tubuh. Untuk hasil objektif (O) yaitu Klien tampak sudah memahami materi mengenai citra tubuh dan gangguan citra tubuh; dapat mengulangi kembali pengertian dari citra tubuh, gangguan citra tubuh, tanda dan gejala perubahan citra tubuh, konsep dari obesitas mulai dari citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi citra tubuh; sudah mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah gangguan citra tubuh. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi kesehatan dan pengambilan keputusan yang tepat pada penderita obesitas dengan gangguan citra tubuh secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi diagnosis 1 TUK 3 merawat anggota keluarga yang menderita obesitas dengan gangguan citra tubuh.

Evaluasi TUK 3 merawat anggota keluarga yang menderita obesitas dengan gangguan citra tubuh. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu klien mengatakan bersedia menerima informasi; sudah mengetahui serta memahami cara merawat anak remaja dengan gangguan citra tubuh yaitu terapi diversional; akan mengikuti terapi diversional sesuai hobinya yaitu membuat kue. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali terapi diversional secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 3 TUK 1 dan 2 mengenal masalah kesehatan dan mengambil keputusan yang tepat.

Evaluasi pada diagnosis ketiga Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Evaluasi TUK 1 dan TUK 2 mengenal masalah kesehatan dan pengambilan keputusan didapatkan hasil subjektif (S) yaitu klien mengatakan bersedia menerima informasi yang diberikan; sudah mengetahui konsep dari obesitas mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, klasifikasi berat badan, faktor risikonya kalau tidak segera diatasi serta pencegahan preventif dari obesitas; memahami konsep dari obesitas mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, klasifikasi berat badan, faktor risikonya kalau tidak segera diatasi serta pencegahan preventif dari obesitas. Untuk hasil objektif (O) yaitu Klien tampak sudah memahami materi tentang obesitas; dapat mengulangi kembali pengertian dari obesitas, penyebab, tanda gejalanya; sudah mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah obesitas tersebut. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi proses penyakit dan pengambilan keputusan yang tepat pada penderita obesitas dengan defisit pengetahuan secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 3 TUK 3 merawat anggota keluarga yang menderita obesitas dengan defisit pengetahuan.

Evaluasi TUK 3 merawat anggota keluarga yang menderita obesitas dengan defisit pengetahuan. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu keluarga mengatakan menerima informasi; sudah mengetahui serta memahami cara merawat anak remaja dengan obesitas; akan menyemangati Anak K mengikuti diet dan aktif bergerak dengan melakukan aktivitas fisik seperti jogging dalam 3 kali seminggu. Untuk hasil objektif (O) yaitu keluarga tampak sudah memahami tentang cara perawatan anak remaja dengan obesitas jadi pengetahuan keluarga sudah bertambah; tampak memperhatikan dapat mengulangi kembali apa yang telah disampaikan. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi diet dan terapi aktivitas

secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 1,2 dan 3 TUK 4 memodifikasi lingkungan.

Evaluasi TUK 4 memodifikasi lingkungan. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu keluarga mengatakan bersedia menerima informasi; sudah mengetahui serta memahami tentang modifikasi lingkungan; akan menjaga keamanan dan kenyamanan lingkungan rumah, mengatur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau, menyediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman, menyediakan pewangi ruangan, menghindari pandangan langsung ke kamar mandi, toilet, atau peralatan untuk eliminasi, mengganti pakaian secara berkala, menghindari paparan langsung dengan cahaya matahari. Untuk hasil objektif (O) yaitu keluarga tampak sudah memahami tentang cara modifikasi lingkungan; memperhatikan dapat mengulangi kembali apa yang telah disampaikan. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali modifikasi lingkungan secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 1,2 dan 3 TUK 5 memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Evaluasi TUK 5 memanfaatkan fasilitas kesehatan. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu keluarga mengatakan bersedia menerima informasi; sudah mengetahui serta memahami fasilitas kesehatan; akan menjalani program pengobatan dengan baik dan benar, memanfaatkan fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan yang dapat . Untuk hasil objektif (O) yaitu keluarga tampak sudah memahami tentang pemanfaatan fasilitas kesehatan; memperhatikan dapat mengulangi kembali apa yang telah disampaikan. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) keluarga akan membawa Anak K ke fasilitas kesehatan.

Evaluasi semua implementasi yang dilakukan pada hari Kamis, tanggal 13-03-2025, pukul 14.00-14.30. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu keluarga mengatakan pemahaman mengenai konsep dari obesitas mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, klasifikasi berat badan, faktor risikonya kalau tidak segera diatasi serta pencegahan preventif dari obesitas;

pemahaman mengenai konsep mulai dari citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi citra tubuh, kriteria citra tubuh, gangguan citra tubuh, respon seseorang terhadap perubahan citra tubuh; pemahaman mengenai cara merawat anak remaja dengan obesitas dengan atur pola makan dan aktif bergerak dan gangguan citra tubuh dengan terapi diversional; pemahaman mengenai cara modifikasi lingkungan yang aman dan nyaman serta pemanfaatan fasilitas kesehatan. Untuk hasil objektif (O) yaitu keluarga tampak sudah memahami materi tentang obesitas dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami obesitas; sudah memahami materi tentang gangguan citra tubuh dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh; mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan. Sedangkan untuk evaluasi analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) keluarga mengulang kembali dan menerapkan pendidikan kesehatan yang diberikan, keluarga melakukan diet obesitas dan terapi aktifitas serta terapi diversional dalam kehidupan sehari-hari, keluarga memodifikasi lingkungan dengan selalu menjaga kebersihan dan kenyamanan lingkungan, dan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

## **B. Pembahasan**

Setelah dilakukan penerapan asuhan keperawatan keluarga Ibu J pada Anak K dengan masalah obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang, maka pada bab pembahasan ini peneliti akan menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada klien antar teori dengan kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosis, menyusun rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian keperawatan merupakan proses dalam mengumpulkan data. Pengumpulan data yang dimaksud adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah, kebutuhan keperawatan, dan kesehatan klien<sup>30</sup>. Pengkajian keluarga yang perlu dilakukan menurut Friedman yaitu mengidentifikasi data sosial-

budaya, data lingkungan, struktur keluarga. fungsi keluarga, stres serta strategi coping keluarga <sup>1</sup>.

Pengkajian dilakukan pada keluarga Ibu J khususnya Anak K yang berusia 16 tahun dengan adanya riwayat keluarga dengan obesitas. Berdasarkan data diatas salah satu faktor penyebab obesitas yang terjadi pada Anak K merupakan faktor keturunan atau genetik.

Dalam (Rizky Aulia Rachma, Trias Mahmudiono, 2023) mengatakan orang tua yang mengalami obesitas menjadi faktor penyebab terjadinya obesitas pada anak. Kehamilan yang dialami ibu obesitas menyebabkan ukuran bayi lahir melebihi angka normal. Penyebab terjadinya hal tersebut karena bertambahnya unsur lemak dalam tubuh menjadi lebih besar. Persentase terjadinya obesitas pada anak yang memiliki asal-usul dari keluarga yang mengalami obesitas sentral memiliki risiko terjadi obesitas sebesar 40% dibandingkan anak yang berasal dari keluarga yang tidak obesitas. Obesitas akan menurun pada setiap generasi, apabila tidak melakukan pencegahan karena genetik menjadi salah satu faktor menentukan unsur lemak tubuh dan melebihi batas normal <sup>31</sup>.

Dalam (Muhammad Yusmansyah Lubis, Dessy Hermawan, Upik Febriani, Achmad Farich, 2020) mengatakan genetik dapat mempengaruhi tingkat obesitas seseorang. Pada dasarnya manusia memiliki gen yang menentukan peningkatan asam lemak tubuh yang dibutuhkan untuk cadangan, tapi hal ini justru menjadi penyebab timbulnya obesitas. Disamping mengendalikan masa lemak tubuh dan peran gen dalam pemuculan sifat yang berkaitan dengan obesitas mencapai 50% bahkan lebih. Mekanisme terjadinya obesitas yang merupakan faktor genetik yaitu dalam hal pengendalian adipogenesis. Hal ini juga terbukti dari penelitian tentang orang dewasa yang masa kecilnya diadopsi menemukan bahwa berat badannya mendekati berat badan orang tua biologisnya <sup>32</sup>.

Menurut analisa peneliti terdapatnya kesesuaian antara teori dengan yang ditemukan pada Anak K yang mengalami obesitas karena faktor keturunan

atau genetik dimana Anak K mengalami obesitas dikarenakan Ibu J juga mengalami obesitas.

Anak K lebih banyak menghabiskan waktu menonton TV, bermain HP serta tidur setelah pulang dari sekolah, pergi kesekolah dengan menggunakan motor, dan olahraga seperti jogging sekitar 1x dalam seminggu bahkan sampai beberapa bulan tidak ada berolahraga hanya mengikuti olahraga 1x seminggu di sekolah.

Dalam (Fatimah Zahra Burhan, Susetyowati, Madarina Julia, 2023) mengatakan obesitas merupakan faktor risiko penurunan aktivitas fisik sementara penurunan aktivitas fisik juga merupakan faktor risiko obesitas. Kedua komponen tersebut membentuk lingkaran setan. Peningkatan prevalensi obesitas harus dihentikan. Salah satu cara yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan aktivitas fisik <sup>33</sup>.

Dalam (Indah Risky Siregar, 2023) mengatakan dengan adanya televisi, komputer, mesin cuci, dan alat-alat modern lainnya banyak orang melakukan setidaknya melalui aktivitas fisik. Dengan kurangnya aktivitas penyebab fisik dapat terjadi perlambatan metabolisme di dalam tubuh. Semakin sedikit bergerak lebih sedikit dan kalori yang terbakar sehingga akan ada lebih banyak kalori banyak terakumulasi di dalam tubuh. Gaya hidup sedentary diantaranya kurang aktifitas fisik menjadi faktor resiko independen untuk obesitas dan penyakit-penyakit kronis lainnya, karena dengan aktifitas fisik yang kurang maka adanya ketidakseimbangan antara asupan dan penggunaan energi, dimana asupan lebih besar daripada penggunaan energi <sup>34</sup>.

Dalam (Syarifallah Aziz, Yoga Pramana, Sukarni, 2023) mengatakan sebagian besar remaja pada saat ini berpendapat melakukan aktivitas fisik cukup hanya dengan berolahraga disekolah satu minggu sekali saja. Remaja pada umumnya kurang termotivasi untuk melakukan olahraga disebabkan tidak menguasai bidang olahraga tertentu atau jenis olahraga yang telah dipelajari. disekolah. Tidak terdapat satupun remaja yang menganggap

bahwa pentingnya dalam melakukan aktivitas fisik secara aktif. Dalam setiap pekan kegiatan pembelajaran yang dilakukan oleh siswa. Siswa memilih untuk menghabiskan waktunya dengan melakukan aktivitas ringan, seperti duduk selama waktu pelajaran berlangsung ataupun pada saat waktu istirahat yang dihabiskan untuk berkumpul dan berbagi cerita <sup>35</sup>.

Menurut analisa peneliti terdapatnya kesesuaian antara teori dengan yang ditemukan pada Anak K yang mengalami obesitas karena kurang melakukan aktivitas fisik dimana Anak K banyak menghabiskan waktu menonton TV, bermain HP dan hanya berolahraga 1x seminggu disekolah.

Anak K biasa makan satu hari tiga kali makan dengan jumlah banyak, jika makanan di masak ibu K adalah makanan kesukaan maka frekuensi makan anak K akan lebih dari tiga kali. Menu paling di sukai oleh anak K adalah sayuran yang bersantan, pecel, bakso, daging ayam dan goreng. Ibu mengatakan anak K menyukai cemilan seperti roti goreng, cilok, seblak, ciki- ciki, donat, goreng-gorengan yang sering di beli di dekat rumah seperti goreng pisang, tahu dan bakwan. Ibu mengatakan anak K juga lebih sering makan jajanan luar rumah. Anak K mengatakan di sekolah jajanan yang di paling dia sukai adalah bakso.

Dalam (Budyono C, Meiswaryasti P AASM, Lestarini IA, Putri R NA, Wedayani N, Yuliani, 2022) mengatakan anak-anak remaja yang mengalami obesitas memiliki kebiasaan mengemil yang tinggi (makan-makan ringan), banyak menyendiri banyak berdiam diri di kamar / di rumah, mudah dan lebih banyak tidur sehingga kurang atau bahkan tidak suka beraktifitas jasmani dan berolahraga <sup>15</sup>.

Dalam (Syifa Arifani, Zulia Setiyaningrum, 2021) mengatakan kemajuan di bidang sosial ekonomi dapat mempengaruhi gaya hidup seseorang. Kebiasaan konsumsi makanan berisiko dapat mempengaruhi status gizi. Makanan berisiko berupa makanan manis, berlemak, instan, minuman manis dan berkarbonasi memiliki kandungan lemak, gula, garam, kolesterol, pewarna, dan bahan pengawet yang tinggi serta memiliki

kandungan serat dan vitamin yang rendah, apabila asupan jenis makanan tersebut berlebih akan menyebabkan penumpukan lemak. Tingginya kandungan lemak pada makanan berisiko memiliki kontribusi peningkatan total energi dan peningkatan cita rasa makanan sehingga melemahkan efek rasa kenyang<sup>36</sup>.

Dalam (Ai Sri Kosnayani, Iseu Siti Aisyah, 2016) menjelaskan kebiasaan remaja adalah mengonsumsi makanan tinggi karbohidrat termasuk gula, lemak dan makanan siap saji. Jajanan jalan yang banyak dijual seputar kampus seperti cireng, cimol, otakotak, pisang goreng, dan bakwan merupakan makanan tinggi karbohidrat dan lemak. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Tessmer dkk bahwa makanan ringan hanya mengandalkan kalori saja, sehingga remaja suka mengemil dan menjadi tidak mau makanan yang mengandung gizi lengkap. Konsumsi makanan siap saji juga merupakan faktor yang berpengaruh pada penumpukan lemak tubuh Karena jumlah kalori yang terdapat pada makanan siap saji dalam sekali makan melebihi angka kecukupan kalori harian<sup>37</sup>.

Menurut analisa peneliti terdapatnya kesesuaian antara teori dengan yang ditemukan pada Anak K yang mengalami obesitas karena sering mengemil dan sering makan makanan berlemak dimana menu paling disukai oleh anak K adalah sayuran yang bersantan, pecel, bakso, daging ayam dan goreng, anak K menyukai cemilan seperti roti goreng, cilok, seblak, ciki-ciki, donat dan goreng-gorengan.

Hasil pemeriksaan fisik pada Anak K didapatkan berat badan 75 kg, tinggi badan 148 cm, IMT yaitu 34,2. Anak K tampak gemuk, buah dada seolah olah mengembang, perut buncit.

Dalam (Hasdianah, Siyoto S, Nurwijayanti, 2020) mengatakan Body Mass Index (BMI) atau Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan suatu pengukuran yang menunjukkan hubungan antara berat badan dengan tinggi badan. BMI dapat memperkirakan lemak tubuh, tetapi tidak dapat diartikan sebagai

persentase yang pasti dari lemak tubuh. Disimpulkan  $IMT > 27$  termasuk obesitas<sup>25</sup>.

Dalam (IDAI, 2014) mengatakan secara klinis obesitas dengan mudah dapat dikenali karena mempunyai tanda dan gejala yang khas seperti mengorok, sering terbangun pada saat tidur di malam hari, wajah yang membulat, pipi yang tembem, dagu rangkap, leher relatif pendek, dada yang membusung dengan payudara yang membesar mengandung jaringan lemak, perut membuncit disertai dinding perut yang berlipat- lipat. Pada anak lelaki dijumpai penis tampak kecil karena tersembunyi dalam jaringan suprapubik (*burried penis*). Berdasarkan antropometris, umumnya obesitas ditentukan berdasarkan pengukuran berat badan dan hasilnya dibandingkan dengan berat badan ideal sesuai tinggi badan<sup>10</sup>.

Menurut analisa peneliti terdapatnya kesesuaian antara teori dengan yang ditemukan hasil pemeriksaan fisik pada Anak K yang mengalami obesitas yaitu  $IMT\ 34,2$ . Anak K tampak gemuk, buah dada seolah olah mengembang dan perut buncit.

Anak K tampak kurang percaya diri dengan tubuhnya, tampak malu malu diajak bicara dan sering menutup bagian perut dengan tangannya, anak K mengatakan tidak percaya diri dengan bentuk tubuhnya, badan nya terlalu gemuk, bentuk tubuhnya tidak ideal seperti kebanyakan anak remaja seperti teman-teman di sekolah.

Dalam (Siti Rahmi Lestari, Arif Eko Trilianto, Pasidi Siddiq, 2021) mengatakan beberapa stressor yang mempengaruhi citra tubuh seseorang dapat berasal dari dalam, yakni dari diri seseorang tersebut, yaitu adanya perubahan dalam penampilan tubuh, perubahan struktur tubuh, dan perubahan fungsi bagian tubuh<sup>38</sup>.

Dalam (Meylda Intantiyana, Laksmi Widajanti, M. Zen Rahfiludin, 2018) mengatakan remaja pada umumnya sedang memasuki tahap gambaran pribadi yang menunjukkan kepedulian terhadap bentuk tubuh mereka sesuai dengan citra tubuh yang diinginkan. Citra tubuh adalah perilaku atau

tindakan yang mengarah pada evaluasi penilaian individu tersebut terhadap penampilan fisiknya, serta pengalaman individu yang berupa persepsi atau pemikiran terhadap bentuk dan berat tubuh yang dimilikinya <sup>39</sup>.

Menurut analisa peneliti terdapatnya kesesuaian antara teori dengan yang ditemukan pada Anak K yang mengalami gangguan citra tubuh karena perubahan struktur tubuh (obesitas) dimana anak kurang percaya diri dengan tubuhnya, tampak malu malu diajak bicara dan sering menutup bagian perut dengan tangannya, badan nya terlalu gemuk, bentuk tubuhnya tidak ideal seperti kebanyakan anak remaja seperti teman-teman di sekolah.

Anak K mengatakan pernah diejek teman teman nya waktu SMP karena gemuk dan khawatir teman-teman tidak mau mengajaknya untuk bermain karna berbadan gemuk, anak K mengatakan tidak percaya diri dengan bentuk tubuhnya.

Dalam (Siti Rahmi Lestari, Arif Eko Trilianto, Pasidi Siddiq, 2021) mengatakan Seperti kita ketahui, manusia merupakan makhluk sosial, dimana manusia selalu berinteraksi agar dapat diterima oleh orang lain. Setiap orang akan memperhatikan pendapat atau reaksi yang dikemukakan oleh lingkungannya termasuk pendapat mengenai fisik atau tubuhnya. Reaksi dari orang lain ini dapat menjadi pertimbangan yang kuat pada seseorang ketika mempersepsikan mengenai dirinya atau tubuhnya <sup>38</sup>.

Dalam (Avievah Nadilla Sya, Lailatul Hafidah, Nuraini Fauziah, 2023) mengatakan dampak konsep diri negatif pada remaja seperti tidak percaya diri karena mengalami obesitas memberikan pengaruh besar terhadap kesehatan dan aspek psikososial remaja. Remaja obesitas yang memiliki konsep diri negatif akan merasa tidak yakin mengenai dirinya dan cenderung merasa tidak percaya diri <sup>40</sup>.

Menurut analisa peneliti terdapatnya kesesuaian antara teori dengan yang ditemukan pada Anak K yang mengalami gangguan citra tubuh karena perubahan struktur tubuh (obesitas) dimana anak K pernah diejek teman

teman nya waktu SMP karena gemuk dan khawatir teman-teman tidak mau mengajaknya untuk bermain karna berbadan gemuk, anak K mengatakan tidak percaya diri dengan bentuk tubuhnya.

Ibu J tidak mengetahui apa itu obesitas, penyebab dari obesitas, serta tanda dan gejala dari obesitas, keluarga anak K mengatakan tidak mengetahui anak K mengalami obesitas, hanya mengira kelebihan berat badan, keluarga ibu J mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara mengatasi masalah tersebut.

Dalam (Ahmad Fajar, Asrini Safitri, Indah Lestari, Prema Hapsari Hidayanti, Muh. Wirawan Harahap, 2024) mengatakan pengetahuan berasal dari persepsi manusia atau interpretasi suatu objek melalui panca indera. Hal ini memainkan peran penting dalam mempengaruhi perilaku seseorang. Individu dengan pengetahuan yang luas cenderung mengikuti pola makan yang sehat dan rutin berolahraga untuk mendapatkan berat badan yang menarik tanpa lemak berlebih. Sebaliknya, mereka yang kurang pengetahuan sering memilih makanan yang tidak sehat, yang menyebabkan kenaikan berat badan. Para ahli berpendapat bahwa pengetahuan yang akurat dapat mendorong perilaku yang baik. Siswa yang memiliki pengetahuan yang baik lebih mungkin untuk mengelola nutrisi secara efektif untuk mencegah masalah makan berlebihan, sementara mereka yang tidak memiliki pemahaman gizi yang memadai kesulitan untuk membuat pilihan makanan yang sehat <sup>41</sup>.

Menurut analisa peneliti terdapatnya kesesuaian antara teori dengan yang ditemukan pada keluarga Anak K yang mengalami defisit pengetahuan dimana keluarga anak K mengatakan tidak mengetahui anak K mengalami obesitas, hanya mengira kelebihan berat badan, keluarga ibu J mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara mengatasi masalah tersebut.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosa keperawatan keluarga mengacu pada P.E.S dimana untuk problem (P) dapat digunakan tipologi dari SDKI dan etiologinya (E) berkenaan

dengan 5 tugas keluarga dalam hal kesehatan atau keperawatan menurut Friedman pada perumusan diagnosa yang didapatkan dari analisa data berdasarkan data subjektif dan objektif.

Diagnosa yang dijumpai pada kasus ini yaitu :

- a. Obesitas berhubungan dengan kurang aktifitas fisik
- b. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Obesitas
- c. Defisit pengetahuan tentang Obesitas berhubungan dengan kurang terpapar dengan informasi.

Diagnosis keperawatan utama adalah **Obesitas** berhubungan dengan **faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil, seriang makan makanan berlemak**. Data yang mendukung diagnosa data objektif diantaranya Berat badan anak K 75 kg, Tinggi Badan 148 cm, IMT yaitu 34,2. Kemudian anak K tampak gemuk, buah dada seolah olah mengembang, perut buncit. Data subjektif anak K mengatakan ibu dan kakaknya mengalami kelebihan berat badan, berat badannya berlebih, kemudian jika tidur terlentang kadang-kadang sedikit sesak nafas, olahraga 1x dalam seminggu, suka makan makanan manis dan makan siap saji.

Data tersebut sesuai dengan SDKI (2017) Obesitas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai akumulasi lemak berlebih yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin, serta melampaui kondisi berat badan lebih (*overweight*). Penyebab (etiologi) untuk masalah obesitas adalah kurang aktivitas fisik harian, kelebihan konsumsi gula, gangguan kebiasaan makan, gangguan persepsi makan, kelebihan konsumsi alkohol, penggunaan energi kurang dari asupan, sering mengemil, sering memakan makanan berminyak/berlemak, faktor keturunan (misalnya distribusi jaringan adiposa, pengeluaran energi, aktivitas lipase lipoprotein, sintesis lipid, lipolisis), dengan gejala tanda mayor dan minor objektif  $IMT > 27 \text{ kg/m}^2$  <sup>26</sup>.

Sesuai dengan tanda dan gejala obesitas menurut IDAI yaitu mengorok, sering terbangun pada saat tidur di malam hari, wajah yang membulat, pipi

yang tembem, dagu rangkap, leher relatif pendek, dada yang membusung dengan payudara yang membesar mengandung jaringan lemak, perut membuncit disertai dinding perut yang berlipat- lipat. Pada anak lelaki dijumpai penis tampak kecil karena tersembunyi dalam jaringan suprapubik (burried penis). Berdasarkan antropometris, umumnya obesitas ditentukan berdasarkan pengukuran berat badan dan hasilnya dibandingkan dengan berat badan ideal sesuai tinggi badan <sup>10</sup>.

Disini peneliti menemukan kesesuaian antara teori dan kasus berdasarkan IMT, menurut klasifikasi status gizi berdasarkan IMT penduduk Asia Pasifik apabila IMT berada di atas 27 maka akan di kategorikan sebagai Obesitas.

**Diagnosis kedua yaitu Gangguan Citra Tubuh** berhubungan dengan **perubahan struktur tubuh (Obesitas)**. Data yang mendukung diagnosa adalah data objektif yaitu anak K tampak kurang percaya diri dengan tubuhnya, tampak malu malu diajak bicara dan sering menutup bagian perut dengan tangannya. Data subjektif anak K mengatakan tidak percaya diri dengan bentuk tubuhnya, badan nya terlalu gemuk, bentuk tubuhnya tidak ideal seperti kebanyakan anak remaja seperti teman-teman di sekolah dia juga mengatakan pernah diejek teman teman nya waktu SMP karena gemuk dan khawatir teman-teman tidak mau mengajaknya untuk bermain karna berbadan gemuk.

Data tersebut sesuai dengan SDKI (2017) Gangguan citra tubuh merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu. Penyebab (etiologi) untuk masalah gangguan citra tubuh adalah perubahan struktur/bentuk tubuh (mis: amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat), perubahan fungsi tubuh (mis: proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan), perubahan fungsi kognitif, ketidaksesuaian budaya, keyakinan, atau sistem nilai, transisi perkembangan, gangguan psikososial. Dengan gejala tanda mayor dan minor objektif kehilangan bagian tubuh, fungsi/struktur tubuh

berubah/hilang. Gejala tanda mayor dan minor subjektif mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh <sup>26</sup>.

Dalam (hanum, 2023) menyatakan dampak yang sering diabaikan adalah perasaan merasa dirinya berbeda atau dibedakan dari kelompoknya akan membuat individu dengan obesitas rentan terhadap berbagai masalah psikologis. Remaja obesitas yang dijauhi oleh teman-temannya cenderung mengalami rasa putus asa yang besar dan mudah merasa tersisih atau tersinggung <sup>11</sup>. Obesitas masa kanak-kanak dan remaja memiliki konsekuensi psikososial yang merugikan berakibat mempengaruhi kinerja sekolah dan kualitas hidup, diperparah oleh stigma, diskriminasi dan intimidasi. Anak-anak dengan obesitas sangat mungkin menjadi orang dewasa dengan obesitas dan juga berisiko lebih tinggi terkena penyakit tidak menular <sup>9</sup>.

**Diagnosis ketiga yaitu Defisit Pengetahuan** berhubungan dengan **kurang terpapar informasi**. Data yang mendukung diagnosa adalah data objektif yaitu saat ditanya tentang obesitas keluarga tidak mengetahui apa itu obesitas, penyebab dari obesitas, serta tanda dan gejala dari obesitas. Dan data subjektif keluarga anak K mengatakan tidak mengetahui anak K mengalami obesitas, hanya mengira kelebihan berat badan, keluarga ibu J mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara mengatasi masalah tersebut.

Data tersebut sesuai dengan SDKI (2017) Defisit pengetahuan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Penyebab (etiologi) untuk masalah defisit pengetahuan adalah keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, ekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi. Gejala tanda mayor dan minor subjektif menanyakan masalah yang dihadapi. Gejala tanda mayor dan minor objektif menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran dan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah <sup>26</sup>.

Faktor yang pendukung tegaknya diagnosis yaitu terdapat kaitan antara problem, etiologi, dan symptom sehingga memudahkan penulis menegakkan diagnosa. Faktor penghambat yaitu penulis masih belum dapat menegakkan diagnosa tanpa melihat buku sumber, untuk mengatasi masalah ini peneliti menggunakan beberapa buku panduan saat menegakkan diagnosa keperawatan.

### 3. Intervensi

Intervensi keperawatan keluarga dibuat berdasarkan pengkajian, diagnosa keperawatan, pernyataan keluarga dan perencanaan keluarga, dengan merumuskan tujuan, mengidentifikasi strategi intervensi alternative dan sumber, serta menemukan prioritas, intervensi tidak bersifat rutin, acak, atau standar, tetapi dirancang bagi keluarga tertentu dengan siapa perawat keluarga sedang bekerja. Pembahasan intervensi dalam keperawatan keluarga meliputi tujuan umum, tujuan khusus, kriteria hasil, dan kriteria standar. Dalam mengatasi masalah ini peran perawat adalah memberikan asuhan keperawatan keluarga untuk mencegah komplikasi lebih lanjut <sup>1</sup>.

**Intervensi diagnosis keperawatan Obesitas berhubungan dengan faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil, sering makan makanan berlemak.**

**TUK 1** keluarga dan klien mampu mengenal masalah kesehatan pada penderita obesitas dengan rencana tindakan **Edukasi proses penyakit** yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, persiapkan materi, media, terkait edukasi obesitas, jelaskan penyebab dan faktor risiko obesitas, jelaskan proses munculnya obesitas, jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas, jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas. **TUK 2** keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas melalui **dukungan pengambilan keputusan** yaitu fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan

yang membantu membuat pilihan mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan obesitas, diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan obesitas, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan obesitas yang diharapkan, informasikan alternatif solusi secara jelas dan berikan informasi yang diminta.

Menurut (Sety Julita, Meri Neherta, Fitra Yeni, 2021) mengatakan peran perawat dalam masalah obesitas ini diawali dengan pengkajian yang tepat dalam pola asuh keluarga agar intervensi dan edukasi yang diberikan lebih efektif. Anak yang obesitas cenderung memiliki kebiasaan makan berlebihan sehingga diperlukannya pencegahan obesitas untuk anak, tetapi dengan melibatkan orang tua supaya lebih efektif dan lebih fokus dalam melibatkan keluarga dalam memantau pola asuh dari anak dengan melihat pengetahuan keluarga mengenai obesitas dan program pencegahan obesitas pada anak remaja <sup>42</sup>.

Dalam (Fitrah Wahyu Ningsih, Harlinda Harlinda, Herdianti Darwis, 2022) menjelaskan dengan pengambilan keputusan yang benar pada penderita obesitas dapat membangun sebuah sistem pendukung keputusan yang dapat membantu para penderita obesitas dalam memilih menu makanan yang tepat dan baik dengan memperhatikan kandungan-kandungan makanan yang baik dikonsumsi ataupun tidak untuk menghindari terjadinya komplikasi dari obesitas.

Strategi intervensi keperawatan yang disusun oleh peneliti sejalan dengan strategi intervensi keperawatan dalam penelitian yang dilakukan oleh Rada Putri tahun 2020, yaitu memberikan edukasi kesehatan mengenai obesitas, dimulai dari identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, persiapkan materi, media, terkait edukasi obesitas, jelaskan penyebab dan faktor risiko obesitas, jelaskan proses munculnya obesitas, jelaskan tanda

dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas, jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas.

Intervensi ini sesuai dengan teori (Friedman, 2010) keluarga dan klien mampu mengenal masalah kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga yakni sejauh mana keluarga dalam mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan keluarga yang berperan dalam upaya peningkatan kesehatan keluarga dan keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah kesehatan anggota keluarga <sup>1</sup>.

Hasil analisis peneliti terdapat kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu lakukan identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, persiapkan materi, media, terkait edukasi obesitas, jelaskan penyebab dan faktor risiko obesitas, jelaskan proses munculnya obesitas, jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas, jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas, fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan obesitas, diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan obesitas, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan obesitas yang diharapkan.

**TUK 3** keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas dengan **Edukasi diet** yaitu identifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait diet obesitas, identifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang diet sehat obesitas, identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, persiapkan materi, media, dan alat peraga terkait edukasi diet obesitas, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang diet obesitas, berikan kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet obesitas, jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan dan **Terapi aktivitas** yaitu identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, identifikasi strategi

meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten dan sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial, fasilitasi makna aktivitas yang dipilih, tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.

Menurut (Giva Gisvandya Nurazis, Fathimah, Amilia Yuni Damayanti, 2021) mengatakan pendidikan gizi mengenai edukasi diet merupakan pendekatan pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap gizi seperti atur pola makan. Pengetahuan gizi yang semakin tinggi akan mempengaruhi sikap dan perilaku konsumsi pangan. Pendidikan gizi dapat dilakukan melalui berbagai media dan metode. Edukasi yang dilakukan dengan bantuan media akan mempermudah dan memperjelas dalam menerima dan memahami materi yang disajikan. Selain itu media juga dapat membantu peneliti dalam menyampaikan materi <sup>43</sup>.

Menurut (Rivan Virlando Suryadinata, Devitya Angielevi Sukarno, 2019) mengatakan pencegahan obesitas melalui aktivitas fisik dapat ditunjukkan secara umum dengan cara melakukan aktivitas jenis intensitas sedang selama minimal 150-250 menit per minggu, disamping itu juga perlu dilakukan pembatasan makanan berlebih, istirahat yang cukup (6-8 jam pada usia dewasa) dan mengurangi stress. Aktivitas fisik dengan intensitas sedang yang secara rutin dilakukan dapat mengurangi risiko terjadinya obesitas, dikarenakan adanya keseimbangan antara energi yang dikeluarkan dengan energi yang di konsumsi <sup>44</sup>.

Intervensi ini sesuai dengan teori (Friedman, 2010) keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah kesehatan anggota keluarga <sup>1</sup>.

Hasil analisis peneliti terdapat kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu identifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait diet obesitas dengan identifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang diet sehat obesitas, identifikasi

kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, persiapkan materi, media, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang diet obesitas, jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten dan sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial, fasilitasi makna aktivitas yang dipilih, tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.

**TUK 4** keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas dengan **manajemen lingkungan** yaitu identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan dan atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau (susun ulang dapur dan ruang makan dengan menyimpan makanan seperti meletakkan makanan sehat seperti buah, sayur, kacang-kacangan, dan biji-bijian di tempat yang mudah dijangkau, menghindari penyimpanan makanan tinggi kalori atau junk food di tempat yang terlihat atau mudah diakses, letakkan piring lebih kecil di dapur untuk membantu mengontrol porsi makan dan ciptakan area untuk aktivitas fisik seperti di ruang tamu atau ruang kosong untuk berolahraga ringan seperti skipping dan latihan kekuatan). **TUK 5** keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas dengan **Edukasi program pengobatan** yaitu identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (self-medication).

Strategi intervensi keperawatan yang disusun oleh peneliti sejalan dengan strategi intervensi keperawatan dalam penelitian yang dilakukan oleh Rada Putri tahun 2020, yaitu modifikasi lingkungan dengan identifikasi

keamanan dan kenyamanan lingkungan dan atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau, letakkan makanan sehat seperti (buah, sayur, kacang-kacangan, dan biji-bijian di tempat yang mudah dijangkau), serta edukasi program pengobatan mengenai identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (self-medication).

Intervensi ini sesuai dengan teori (Friedman, 2010) keluarga mampu memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga <sup>1</sup>.

Hasil analisis peneliti terdapat kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan dan atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau dengan susun ulang dapur dan ruang makan dengan menyimpan makanan seperti meletakkan makanan sehat seperti buah, sayur, kacang-kacangan, dan biji-bijian di tempat yang mudah dijangkau, menghindari penyimpanan makanan tinggi kalori atau junk food di tempat yang terlihat atau mudah diakses, letakkan piring lebih kecil di dapur untuk membantu mengontrol porsi makan dan ciptakan area untuk aktivitas fisik seperti di ruang tamu atau ruang kosong untuk berolahraga ringan seperti skipping dan latihan kekuatan, identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan.

### **Intervensi diagnosis keperawatan Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh (Obesitas).**

**TUK 1** : keluarga dan klien mampu mengenal masalah kesehatan pada penderita obesitas dengan Gangguan Citra Tubuh, rencana tindakan **edukasi kesehatan** yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima

informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku terhadap citra tubuh, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi gangguan citra tubuh. **TUK 2** keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan Gangguan Citra Tubuh melalui **dukungan pengambilan keputusan** yaitu fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan gangguan citra tubuh, diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan gangguan citra tubuh, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan gangguan citra tubuh yang diharapkan, informasikan alternatif solusi secara jelas dan berikan informasi yang diminta.

Strategi intervensi keperawatan yang disusun oleh peneliti sejalan dengan strategi intervensi keperawatan dalam penelitian yang dilakukan oleh Monique Elizabeth Sukanto, 2021 yaitu menjelaskan melalui edukasi kesehatan tentang pengertian citra tubuh, faktor risiko yang dapat mempengaruhi gangguan citra tubuh, perbedaannya dengan citra tubuh negatif, serta upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mengembangkan citra tubuh positif agar dapat hidup lebih bahagia.

Dalam (Endang Mei Yunalia, Tata Mahyuvi, 2017) menjelaskan dengan pengambilan keputusan yang benar pada penderita gangguan citra tubuh dapat membangun sebuah sistem pendukung dalam membuat pilihan mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan gangguan citra tubuh, diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan gangguan citra tubuh.

Intervensi ini sesuai dengan teori (Friedman, 2010) keluarga dan klien mampu mengenal masalah kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan

anggota keluarga dan keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah kesehatan anggota keluarga <sup>1</sup>.

Hasil analisis peneliti terdapat kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku terhadap citra tubuh, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi gangguan citra tubuh, fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan gangguan citra tubuh, diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan gangguan citra tubuh, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan gangguan citra tubuh yang diharapkan.

**TUK 3** keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan gangguan citra tubuh, **terapi diversional** yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi hobi dan aktivitas yang biasa dilakukan, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, anjurkan menyiapkan ruangan yang tenang dan nyaman, anjurkan menjalankan hobi dan/atau aktivitas yang biasa dilakukan, anjurkan menonton televisi, membaca buku, atau hiburan lainnya.

Menurut (Nova Natalia Beba, Yulian Matongka, Sabarulin Tarigan, Ni Komang Ayu Ningsih, 2020) mengatakan terapi diversional adalah terapi yang memanfaatkan keaktifan pengisi waktu luang atau rekreasi untuk meningkatkan kesehatan. Terapi diversional mempromosikan keterlibatan dalam waktu luang, rekreasi dan bermain dengan mengurangi hambatan partisipasi klien dan memberikan kesempatan dimana individu dapat memilih untuk berpartisipasi, idealnya kegiatan rekreasi ini meningkatkan

harga diri dan pemenuhan pribadi, melalui penekanan pada perawatan holistic, memberikan dukungan fisik, psikologis, social, intelektual dan spiritual/ budaya. Terapi diversional mengenali dan mendukung kegiatan rekreasi, waktu luang dan kesenangan yang bertujuan bagi konsumen. Tujuan dari terapi diversional adalah untuk meningkatkan kemandirian dan kesejahteraan konsumen dalam lingkungan yang mendukung <sup>45</sup>.

Intervensi ini sesuai dengan teori (Friedman, 2010) keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga <sup>1</sup>.

Hasil analisis peneliti terdapat kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi hobi dan aktivitas yang biasa dilakukan, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, anjurkan menyiapkan ruangan yang tenang dan nyaman, anjurkan menjalankan hobi dan/atau aktivitas yang biasa dilakukan, anjurkan menonton televisi, membaca buku, atau hiburan lainnya.

**TUK 4** keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah obesitas dengan **manajemen lingkungan** yaitu identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau (kurangi paparan cermin dengan mengurangi jumlah cermin di rumah, terutama di tempat yang mudah dijangkau atau sering dilalui, seperti di ruang tamu, letakkan cermin hanya di tempat yang dibutuhkan, seperti kamar mandi atau ruang berpakaian, dan pastikan itu digunakan untuk tujuan fungsional, bukan untuk evaluasi penampilan secara berlebihan dan dorong penerimaan diri dan dukungan Positif dengan tempelkan kutipan atau gambar yang mempromosikan penerimaan diri, cinta diri, dan keberagaman tubuh di berbagai tempat di rumah, seperti di dinding kamar tidur atau ruang tamu). **TUK 5** keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan gangguan citra tubuh, rencana

**tindakan Edukasi program pengobatan** yaitu identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (*self-medication*).

Strategi intervensi keperawatan yang disusun oleh peneliti sejalan dengan strategi intervensi keperawatan dalam penelitian yang dilakukan oleh Rada Putri tahun 2020, yaitu modifikasi lingkungan dengan identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan dan atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau dengan kurangi paparan cermin dengan mengurangi jumlah cermin di rumah, terutama di tempat yang mudah dijangkau atau sering dilalui, seperti di ruang tamu, letakkan cermin hanya di tempat yang dibutuhkan, seperti kamar mandi atau ruang berpakaian, dan pastikan itu digunakan untuk tujuan fungsional), serta edukasi program pengobatan mengenai identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (*self-medication*).

Menurut (Kurniawan dan Ratnasari, 2018) menjelaskan kemampuan keluarga dalam menjangkau fasilitas kesehatan seringkali menjadi kendala bagi keluarga dalam membawa penderita gangguan citra tubuh ke fasilitas kesehatan. Untuk itu, penjelasan fasilitas kesehatan yang bisa diakses sangat penting untuk diberikan.

Intervensi ini sesuai dengan teori (Friedman, 2010) keluarga mampu memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga <sup>1</sup>.

Hasil analisis peneliti terdapat kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau, identifikasi

pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (*self-medication*).

### **Intervensi diagnosis keperawatan Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi**

**TUK 1** keluarga mampu mengenal masalah kesehatan pada penderita obesitas dengan masalah defisit pengetahuan, rencana tindakan **edukasi proses penyakit** yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, persiapkan materi, media, terkait edukasi obesitas, jelaskan penyebab dan faktor risiko obesitas, jelaskan proses munculnya obesitas, jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas, jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas. **TUK 2** keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan masalah defisit pengetahuan melalui **dukungan pengambilan keputusan** yaitu fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan obesitas, diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko, penatalaksanaan, dan pencegahan obesitas, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan obesitas yang diharapkan, informasikan alternatif solusi secara jelas dan berikan informasi yang diminta.

Kemampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan diperlukan agar beban keluarga seperti beban materi, biaya dan tenaga dalam mengurus anggota keluarga menjadi lebih ringan (Sunandar dan Suherti, 2020). Menurut (Kurniawan dan Ratnasari 2018) mengenal masalah kesehatan keluarga yakni sejauh mana keluarga dalam mengenal fakta-fakta dari

masalah kesehatan keluarga yang berperan dalam upaya peningkatan kesehatan keluarga.

Intervensi ini sesuai dengan teori (Friedman, 2010) keluarga dan klien mampu mengenal masalah kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga dan keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah kesehatan anggota keluarga <sup>1</sup>.

Hasil analisis peneliti terdapat kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu

**TUK 3** : keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan masalah defisit pengetahuan, rencana tindakan **Edukasi diet** yaitu identifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait diet obesitas, identifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang diet sehat obesitas, identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, persiapkan materi, media, dan alat peraga terkait edukasi diet obesitas, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang diet obesitas, berikan kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet obesitas, jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan dan **Terapi aktivitas** yaitu identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten dan sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial, fasilitasi makna aktivitas yang dipilih, tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.

Menurut (Giva Gisvandy Nurazis, Fathimah, Amilia Yuni Damayanti, 2021) mengatakan pendidikan gizi merupakan pendekatan pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap gizi seperti atur pola makan. Pengetahuan gizi yang semakin tinggi akan mempengaruhi sikap dan perilaku konsumsi pangan. Pendidikan gizi dapat dilakukan melalui

berbagai media dan metode. Edukasi yang dilakukan dengan bantuan media akan mempermudah dan memperjelas dalam menerima dan memahami materi yang disajikan. Selain itu media juga dapat membantu peneliti dalam menyampaikan materi <sup>43</sup>.

Menurut (Rivan Virlando Suryadinata, Devitya Angielevi Sukarno, 2019) mengatakan pencegahan obesitas melalui aktivitas fisik dapat ditunjukkan secara umum dengan cara melakukan aktivitas jenis intensitas sedang selama minimal 150-250 menit per minggu, disamping itu juga perlu dilakukan pembatasan makanan berlebih, istirahat yang cukup (6-8 jam pada usia dewasa) dan mengurangi stress. Aktivitas fisik dengan intensitas sedang yang secara rutin dilakukan dapat mengurangi risiko terjadinya obesitas, dikarenakan adanya keseimbangan antara energi yang dikeluarkan dengan energi yang di konsumsi <sup>44</sup>.

Intervensi ini sesuai dengan teori (Friedman, 2010) keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah kesehatan anggota keluarga <sup>1</sup>.

Hasil analisis peneliti terdapat kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu yaitu identifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait diet obesitas dengan identifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang diet sehat obesitas, identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, persiapkan materi, media, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang diet obesitas, jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu, identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten dan sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial, fasilitasi makna aktivitas yang dipilih, tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.

**TUK 4** keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan masalah defisit pengetahuan, rencana tindakan yaitu **manajemen lingkungan** yaitu identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau, sediakan ruang berjalan yang cukup dan aman, jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman. **TUK 5** keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam merawat anggota keluarga yang sakit pada penderita obesitas dengan masalah defisit pengetahuan, rencana tindakan **Edukasi program pengobatan** yaitu identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (self-medication).

Intervensi ini sesuai dengan teori (Friedman, 2010) keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga<sup>1</sup>.

Hasil analisis peneliti terdapat kesamaan strategi yang peneliti susun dengan teori dan penelitian lainnya yaitu identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau, identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan, fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan, ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri.

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi dari diagnosis keperawatan yang pertama yaitu **Obesitas berhubungan dengan Faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil, sering makan makanan berlemak.**

**TUK 1** dan **TUK 2** dilakukan pada Senin, tanggal 03-03-2025, pukul 12.00-12.30 WIB yaitu mengenal masalah kesehatan dengan mengenali kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menggali pengetahuan klien dan keluarga mengenai obesitas, menyediakan media pendidikan kesehatan seperti leaflet, mengatur pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan definisi obesitas, penyebab obesitas, tanda gejala obesitas, dan faktor risiko obesitas, menjelaskan proses terjadinya obesitas, menggambarkan potensi komplikasi akibat obesitas, memberikan umpan balik positif atas tanggapan, mengidentifikasi keyakinan tentang isu dan informasi yang menyebabkan obesitas, mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi untuk pengambilan keputusan, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rada Putri tahun 2020 menjelaskan dengan memberikan edukasi kesehatan mengenai obesitas, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan seperti leaflet, poster dan lainnya serta menjelaskan penyebab, faktor risiko obesitas, proses munculnya obesitas, tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh obesitas dapat meningkatkan pengetahuan seseorang terkait edukasi yang disampaikan, serta dengan mendiskusikan pengambilan keputusan tentang obesitas dapat mengurangi risiko dari komplikasi obesitas.

Hasil analisis peneliti terdapat kesesuaian implementasi yang peneliti lakukan dengan penelitian dan teori yaitu edukasi proses penyakit tentang obesitas dan mendiskusikan pengambilan keputusan tentang obesitas.

**TUK 3** dilakukan pada hari Selasa, tanggal 04-03-2025, pukul 14.00-14.30 WIB yaitu merawat anggota keluarga dengan mengidentifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait diet obesitas dengan atur pola makan dan aktif bergerak, mengidentifikasi tingkat pengetahuan klien saat ini tentang atur pola makan dan aktif bergerak, mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, mempersiapkan materi dan media edukasi kesehatan mengenai atur pola makan dan aktif bergerak,

menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang atur pola makan dan aktif bergerak, memberikan kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi tentang atur pola makan dan aktif bergerak, menjelaskan tujuan kepatuhan dari atur pola makan dan aktif bergerak, menjelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, mengajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih, melakukan aktivitas fisik sedang bersama yaitu jogging bersama.

Implementasi di atas sesuai dengan pesan Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas yang dapat dicapai dengan mengatur pola makan melalui piring makan berbentuk T. Pertama, jumlah sayur harus dua kali lipat dari makanan berbasis karbohidrat (seperti nasi, mi, roti, pasta, dan lain-lain). Kedua, porsi makanan berbasis protein harus sesuai dengan jumlah makanan berbasis karbohidrat. Ketiga, jumlah buah harus minimal sama dengan karbohidrat atau protein. Pilih makanan yang disukai dengan tetap memperhatikan jumlah, variasi, dan waktu makan <sup>13</sup>.

Menurut (Rivan Virlando Suryadinata, Devitya Angielevi Sukarno, 2019) mengatakan pencegahan obesitas melalui aktivitas fisik dapat ditunjukkan secara umum dengan cara melakukan aktivitas jenis intensitas sedang selama minimal 150-250 menit per minggu, disamping itu juga perlu dilakukan pembatasan makanan berlebih, istirahat yang cukup (6-8 jam pada usia dewasa) dan mengurangi stress. Aktivitas fisik dengan intensitas sedang yang secara rutin dilakukan dapat mengurangi risiko terjadinya obesitas, dikarenakan adanya keseimbangan antara energi yang dikeluarkan dengan energi yang di konsumsi <sup>44</sup>.

Berdasarkan teori di atas, peneliti berasumsi bahwa penerapan implementasi pada keluarga remaja dengan obesitas sudah sesuai dengan teori, dimana peneliti melakukan pengajaran untuk mengatur pola makan yang baik dan atur pola makan serta aktif bergerak.

**Implementasi TUK 4** dilakukan pada hari Senin, tanggal 10-03-2025, pukul 14.00-14.30 WIB yaitu mengidentifikasi keamanan dan kenyamanan

lingkungan dan atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau, menjelaskan terkait penyusunan ulang dapur dan ruang makan dengan menyimpan makanan seperti meletakkan makanan sehat seperti buah, sayur, kacang-kacangan, dan biji-bijian di tempat yang mudah dijangkau, menghindari penyimpanan makanan tinggi kalori atau junk food di tempat yang terlihat atau mudah diakses, meletakkan piring lebih kecil di dapur untuk membantu mengontrol porsi makan. **Implementasi TUK 5** dilakukan pada hari Selasa, tanggal 11-03-2025, pukul 14.00-14.30 WIB yaitu pemanfaatan fasilitas kesehatan dengan mengidentifikasi pengetahuan keluarga mengenai fasilitas kesehatan, mengidentifikasi fasilitas kesehatan yang telah dimanfaatkan, menjelaskan kepada keluarga untuk menggunakan fasilitas kesehatan seperti puskesmas khususnya ke tenaga kesehatan ahli gizi untuk pengaturan pola makan bagi penderita obesitas mendiskusikan bersama klien dan keluarga tentang fasilitas pelayanan kesehatan, berikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya.

Terdapat kesesuaian implementasi yang peneliti lakukan dengan implementasi yang dilakukan oleh Sari tahun 2020, dimana melakukan implementasi sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat dengan memodifikasi lingkungan bagi penderita obesitas dengan meletakkan makanan sehat di dapur dan makan menggunakan piring kecil untuk mengatur porsi makan sebagai salah satu bentuk dari atur pola makan.

Menurut (Kurniawan dan Ratnasari, 2018) menjelaskan kemampuan keluarga dalam menjangkau fasilitas kesehatan seringkali menjadi kendala bagi keluarga dalam membawa penderita obesitas ke fasilitas kesehatan. Untuk itu, penjelasan fasilitas kesehatan yang bisa diakses sangat penting untuk diberikan.

Berdasarkan teori di atas, peneliti berasumsi bahwa penerapan implementasi pada keluarga remaja dengan obesitas sudah sesuai dengan teori, dimana peneliti melakukan pengajaran untuk memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Implementasi dari Diagnosis keperawatan yang kedua yaitu **Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/ bentuk tubuh.**

**Implementasi TUK 1 dan TUK 2** dilaksanakan pada hari Jumat, tanggal 07-03-2025, pukul 16.00-16.30 WIB yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku terhadap citra tubuh, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan yaitu leaflet, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menyampaikan materi tentang pengertian dari citra tubuh, gangguan citra tubuh, tanda dan gejala perubahan citra tubuh, konsep dari obesitas mulai dari citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi citra tubuh, memberikan kesempatan untuk bertanya, memberikan reinforcement positif atas jawaban, menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi gangguan citra tubuh, mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi, menginformasikan alternatif solusi secara jelas, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rada Putri tahun 2020 menjelaskan dengan memberikan edukasi kesehatan mengenai gangguan citra tubuh, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan seperti leaflet, poster dan lainnya serta menjelaskan citra tubuh dan gangguan citra tubuh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang terkait edukasi yang disampaikan serta dengan mendiskusikan pengambilan keputusan tentang gangguan citra tubuh dapat mengurangi risiko dari komplikasi gangguan citra tubuh.

Hasil analisis peneliti terdapat kesesuaian implementasi yang peneliti lakukan dengan penelitian dan teori yaitu edukasi proses penyakit tentang obesitas dan mendiskusikan pengambilan keputusan tentang obesitas.

**Implementasi TUK 3** dilakukan pada hari Sabtu, tanggal 08-03-2025, pukul 16.00-16.30 WIB yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi hobi dan aktivitas yang biasa dilakukan, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan yaitu

leaflet, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menyampaikan materi tentang terapi diversional, memberikan kesempatan untuk bertanya, menganjurkan menjalankan hobi atau aktivitas yang biasa dilakukan yaitu memasak kue sebagai terapi diversional, menganjurkan menonton televisi, membaca buku, atau hiburan sebagai pengalihan, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya.

Dalam (Nova Natalia Beba, Yulian Matongka, Sabarulin Tarigan, Ni Komang Ayu Ningsih 2023) menjelaskan dengan memberika terapi diversional sebagai salah satu bentuk terapi yang memanfaatkan keaktifan pengisi waktu luang atau rekreasi untuk meningkatkan kesehatan. Terapi diversional mempromosikan keterlibatan dalam waktu luang, rekreasi dan bermain dengan mengurangi hambatan partisipasi klien dan memberikan kesempatan dimana individu dapat memilih untuk berpartisipasi, idealnya kegiatan rekreasi ini meningkatkan harga diri dan pemenuhan pribadi, melalui penekanan pada perawatan holistic, memberikan dukungan fisik, psikologis, social, intelektual dan spiritual/ budaya. Terapi diversional mengenali dan mendukung kegiatan rekreasi, waktu luang dan kesenangan yang bertujuan bagi konsumen. Tujuan dari terapi diversional adalah untuk meningkatkan kemandirian dan kesejahteraan konsumen dalam lingkungan yang mendukung.

Hasil analisis peneliti terdapat kesesuaian implementasi yang peneliti lakukan dengan penelitian dan teori yaitu terapi diversional atau disebut juga terapi pengalihan sebagai bentuk terapi untuk mengisi waktu luang.

**Implementasi TUK 4** dilakukan pada hari Senin, tanggal 10-03-2025, pukul 14.00-14.30 WIB yaitu mengidentifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan rumah, mengatur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau dengan menjelaskan kurangi paparan cermin yaitu mengurangi jumlah cermin di rumah, terutama di tempat yang mudah dijangkau atau sering dilalui, seperti di ruang tamu, letakkan cermin hanya di tempat yang dibutuhkan, seperti kamar mandi atau ruang berpakaian, dan pastikan itu digunakan untuk tujuan fungsional, bukan untuk evaluasi penampilan

secara berlebihan dan dorong penerimaan diri dan dukungan positif dengan tempelkan kutipan atau gambar yang mempromosikan penerimaan diri, cinta diri, dan keberagaman tubuh di berbagai tempat di rumah, seperti di dinding kamar tidur atau ruang tamu. **Implementasi TUK 5** dilakukan pada hari Selasa, tanggal 11-03-2025, pukul 14.00-14.30 WIB yaitu pemanfaatan fasilitas kesehatan dengan mengidentifikasi pengetahuan keluarga mengenai fasilitas kesehatan, mengidentifikasi fasilitas kesehatan yang telah dimanfaatkan, menjelaskan kepada keluarga untuk menggunakan fasilitas kesehatan khususnya ke tenaga kesehatan seperti psikolog untuk mengetahui bagaimana meningkatkan kepercayaan diri, memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya.

Terdapat kesesuaian implementasi yang peneliti lakukan dengan implementasi yang dilakukan Rada Putri tahun 2020, menjelaskan dengan memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan dapat membantu remaja dengan gangguan citra tubuh mengontrol kepercayaan dirinya.

Menurut (Kurniawan dan Ratnasari, 2018) menjelaskan kemampuan keluarga dalam menjangkau fasilitas kesehatan seringkali menjadi kendala bagi keluarga dalam membawa penderita gangguan citra tubuh ke fasilitas kesehatan. Untuk itu, penjelasan fasilitas kesehatan yang bisa diakses sangat penting untuk diberikan.

Berdasarkan teori di atas, peneliti berasumsi bahwa penerapan implementasi pada keluarga remaja dengan obesitas sudah sesuai dengan teori, dimana peneliti melakukan pengajaran untuk memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Implementasi dari diagnosis keperawatan yang ketiga yaitu **Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.**

**Implementasi TUK 1 dan TUK 2** dilaksanakan pada hari Minggu, tanggal 09-03-2025, pukul 12.00-12.30 WIB yaitu mengenal masalah kesehatan

dengan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan mengenai defisit pengetahuan mengenai obesitas, penatalaksanaan obesitas, menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari obesitas, memberikan reinforcement positif atas jawaban, mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi, menginformasikan alternatif solusi secara jelas, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rada Putri tahun 2020 menjelaskan dengan memberikan edukasi kesehatan mengenai defisit pengetahuan terkait obesitas, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan seperti leaflet, poster dan lainnya serta menjelaskan penatalaksanaan obesitas dapat meningkatkan pengetahuan seseorang terkait edukasi yang disampaikan, serta dengan mendiskusikan pengambilan keputusan tentang obesitas dapat mengurangi risiko dari komplikasi obesitas.

Hasil analisis peneliti terdapat kesesuaian implementasi yang peneliti lakukan dengan penelitian dan teori yaitu edukasi proses penyakit tentang obesitas dan mendiskusikan pengambilan keputusan tentang obesitas

**Implementasi TUK 3** dilakukan pada hari Senin, tanggal 10-03-2025, pukul 14.00-14.30 WIB yaitu merawat anggota keluarga dengan mengidentifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi terkait defisit pengetahuan tentang diet obesitas, mengenali tingkat pengetahuan klien saat ini tentang diet sehat obesitas, mengenali kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, mempersiapkan materi, media, terkait edukasi diet obesitas, menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang atur pola makan dan aktif bergerak, memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi tentang program diet obesitas, menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, mengidentifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas, meningkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi, menjelaskan

metode aktivitas fisik sehari-hari, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya.

Dalam penelitian (Corazon Hanna Dumaria, Rina Efiyanna, Siti Chodijah, 2022) menjelaskan diet obesitas sebagai salah satu strategi pengendalian terhadap masalah kegemukan dan obesitas di antaranya membatasi asupan energi dari lemak dan karbohidrat serta meningkatkan asupan sayur, buah, kacang-kacangan dan biji- bijian dengan diimbangi aktivitas fisik secara rutin. Pada saat ini telah berkembang macam diet untuk mengatasi obesitas seperti diet rendah karbohidrat, diet rendah kalori seimbang, diet rendah energi, diet rendah karbohidrat ketogenik serta diet rendah lemak.

Menurut (Rivan Virlando Suryadinata, Devitya Angielevi Sukarno, 2019) mengatakan pencegahan obesitas melalui aktivitas fisik dapat ditunjukkan secara umum dengan cara melakukan aktivitas jenis intensitas sedang selama minimal 150-250 menit per minggu, disamping itu juga perlu dilakukan pembatasan makanan berlebih, istirahat yang cukup (6-8 jam pada usia dewasa) dan mengurangi stress. Aktivitas fisik dengan intensitas sedang yang secara rutin dilakukan dapat mengurangi risiko terjadinya obesitas, dikarenakan adanya keseimbangan antara energi yang dikeluarkan dengan energi yang di konsumsi <sup>44</sup>.

Berdasarkan teori di atas, peneliti berasumsi bahwa penerapan implementasi pada keluarga remaja dengan obesitas sudah sesuai dengan teori, dimana peneliti melakukan pengajaran untuk mengatur diet obesitas dan aktif bergerak.

**Implementasi TUK 4** dilakukan pada hari Senin, tanggal 10-03-2025, pukul 14.00-14.30 WIB yaitu mengidentifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan dan atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau, menciptakan area untuk aktivitas fisik seperti di ruang tamu atau ruang kosong untuk berolahraga ringan seperti skipping dan latihan kekuatan, dikarenakan ada ruangan kosong dirumah klien dan keluarga jadi bisa digunakan untuk klien melakukan aktifitas fisik. **Implementasi TUK 5**

dilakukan pada hari Selasa, tanggal 11-03-2025, pukul 14.00-14.30 WIB yaitu pemanfaatan fasilitas kesehatan dengan mengidentifikasi pengetahuan keluarga mengenai fasilitas kesehatan, mengidentifikasi fasilitas kesehatan yang telah dimanfaatkan, menjelaskan kepada keluarga untuk menggunakan fasilitas kesehatan seperti puskesmas khususnya ke tenaga promosi kesehatan terkait kurangnya pengetahuan keluarga penderita obesitas serta mendiskusikan bersama klien dan keluarga tentang fasilitas pelayanan kesehatan, berikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya.

Menurut (Kurniawan dan Ratnasari, 2018) menjelaskan kemampuan keluarga dalam menjangkau fasilitas kesehatan seringkali menjadi kendala bagi keluarga dalam membawa penderita obesitas ke fasilitas kesehatan. Untuk itu, penjelasan fasilitas kesehatan yang bisa diakses sangat penting untuk diberikan.

Berdasarkan teori di atas, peneliti berasumsi bahwa penerapan implementasi pada keluarga remaja dengan obesitas sudah sesuai dengan teori, dimana peneliti melakukan pengajaran untuk memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi dilakukan selama kunjungan implementasi dilakukan, evaluasi dari diagnosis pertama yaitu obesitas berhubungan dengan faktor keturunan, kurang aktivitas fisik harian, gangguan kebiasaan makan, sering mengemil dan sering makan makanan berlemak.

**Evaluasi TUK 1 dan TUK 2** mengenal masalah kesehatan dan pengambilan keputusan didapatkan hasil subjektif (S) yakni klien mengatakan bersedia menerima informasi yang diberikan, klien mengatakan sudah mengetahui konsep dari obesitas (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, klasifikasi berat badan, faktor risikonya kalau tidak segera diatasi serta pencegahan preventif dari obesitas). Untuk hasil objektif (O) yaitu klien tampak sudah memahami materi tentang obesitas, klien dapat mengulangi kembali pengertian dari konsep obesitas (pengertian, penyebab, tanda gejala nya),

keluarga mengatakan sudah mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah obesitas karena sudah mengetahui faktor risiko dan komplikasi dari obesitas untuk kedepannya. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi yaitu klien dan keluarga memahami edukasi kesehatan yang disampaikan dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi proses penyakit dan pengambilan keputusan yang tepat pada penderita obesitas secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 1 TUK 3. **Evaluasi TUK 3** merawat anggota keluarga dengan obesitas melalui edukasi diet dan terapi aktivitas "atur pola makan dan aktif bergerak". Didapatkan hasil subjektif (S) yakni klien mengatakan bersedia menerima informasi, sudah mengetahui serta memahami cara merawat anak remaja dengan obesitas, akan mengikuti diet obesitas dengan atur pola makan dan aktif bergerak dengan melakukan aktivitas fisik seperti jogging 3 kali seminggu biasanya dilakukan hanya 3 kali dalam sebulan. Untuk hasil objektif (O) yaitu klien tampak sudah memahami tentang cara perawatan anak remaja dengan obesitas dengan atur pola makan dengan makan dengan porsi berbentuk piring T, dapat mengulangi kembali apa yang telah disampaikan. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi yaitu klien mampu untuk makan dengan bentuk piring T dan melakukan aktivitas fisik seperti jogging dengan 2x seminggu dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi diet dan terapi aktivitas secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 2 TUK 1 dan TUK 2.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sudiartawan tahun 2017 yang menyebutkan bahwa pengaruh pelaksanaan pendidikan kesehatan terhadap obesitas didapatkan ada perubahan yang dilakukan pada keluarga yang ditandai dengan keluarga mampu memahami masalah kesehatan terkait obesitas. Hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku setelah semua tindakan keperawatan dilakukan.

Menurut asumsi penulis, evaluasi yang dilakukan kepada klien dan keluarga dengan obesitas sesuai dengan teori dan hasil penelitian orang lain, dimana adanya perbaikan pada kondisi klien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan hal ini konsisten dengan kriteria hasil yang ditetapkan selama fase perencanaan.

Evaluasi pada diagnosis kedua Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh (Obesitas).

**Evaluasi TUK 1 dan TUK 2** mengenal masalah kesehatan dan pengambilan keputusan didapatkan hasil subjektif (S) yaitu klien mengatakan bersedia menerima informasi yang diberikan, sudah mengetahui konsep dari citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi, kriteria citra tubuh, gangguan citra tubuh, respon seseorang terhadap perubahan citra tubuh, tanda dan gejala perubahan citra tubuh, memahami konsep dari obesitas mulai dari citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi, kriteria citra tubuh, gangguan citra tubuh, respon seseorang terhadap perubahan citra tubuh. Untuk hasil objektif (O) yaitu klien tampak sudah memahami materi mengenai citra tubuh dan gangguan citra tubuh, dapat mengulangi kembali pengertian dari citra tubuh, gangguan citra tubuh, tanda dan gejala perubahan citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi citra tubuh, sudah mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah gangguan citra tubuh. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi kesehatan dan pengambilan keputusan yang tepat pada penderita obesitas dengan gangguan citra tubuh secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi

Diagnosis 1 TUK 3. **Evaluasi TUK 3** merawat anggota keluarga yang menderita obesitas dengan gangguan citra tubuh. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu klien mengatakan bersedia menerima informasi, sudah mengetahui serta memahami cara merawat anak remaja dengan gangguan citra tubuh yaitu terapi diversional, akan mengikuti terapi diversional sesuai hobinya yaitu membuat kue, melakukan pengalihan kegiatan dengan membantu ibu membuat kue. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning

(P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali terapi diversional secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 3 TUK 1 dan 2.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sudiartawan tahun 2017 yang menyebutkan bahwa pengaruh pelaksanaan pendidikan kesehatan terhadap remaja obesitas yang mengalami gangguan citra tubuh didapatkan ada perubahan yang dilakukan pada keluarga yang ditandai dengan keluarga mampu memahami masalah kesehatan terkait gangguan citra tubuh. Hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku setelah semua tindakan keperawatan dilakukan.

Menurut asumsi penulis, evaluasi yang dilakukan kepada klien dan keluarga dengan obesitas sesuai dengan teori dan hasil penelitian orang lain, dimana adanya perbaikan pada kondisi klien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan hal ini konsisten dengan kriteria hasil yang ditetapkan selama fase perencanaan.

Evaluasi pada diagnosis ketiga Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

**Evaluasi TUK 1 dan TUK 2** mengenal masalah kesehatan dan pengambilan keputusan didapatkan hasil subjektif (S) yaitu klien mengatakan bersedia menerima informasi yang diberikan, sudah mengetahui konsep dari obesitas mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, klasifikasi berat badan, faktor risikonya kalau tidak segera diatasi serta pencegahan preventif dari obesitas, memahami konsep dari obesitas mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, klasifikasi berat badan, faktor risikonya kalau tidak segera diatasi serta pencegahan preventif dari obesitas. Untuk hasil objektif (O) yaitu Klien tampak sudah memahami materi tentang obesitas, dapat mengulangi kembali pengertian dari obesitas, penyebab, tanda gejala nya, sudah mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah obesitas tersebut. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P)

lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi proses penyakit dan pengambilan keputusan yang tepat pada penderita obesitas dengan defisit pengetahuan secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 3 TUK 3. **Evaluasi TUK 3** merawat anggota keluarga yang menderita obesitas dengan defisit pengetahuan. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu keluarga mengatakan menerima informasi, sudah mengetahui serta memahami cara merawat anak remaja dengan obesitas, akan menyemangati Anak K mengikuti diet dan aktif bergerak dengan melakukan aktivitas fisik seperti jogging dalam 3 kali seminggu. Untuk hasil objektif (O) yaitu keluarga tampak sudah memahami tentang cara perawatan anak remaja dengan obesitas jadi pengetahuan keluarga sudah bertambah, tampak memperhatikan dapat mengulangi kembali apa yang telah disampaikan. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali edukasi diet dan terapi aktivitas secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 1,2 dan 3 TUK 4 memodifikasi lingkungan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari tahun 2020, yang menyebutkan bahwa pengaruh pelaksanaan edukasi kesehatan terkait kurangnya pengetahuan mengenai obesitas pada keluarga dengan membuat melakukan edukasi kesehatan pada keluarga dan klien, membantu klien melakukan edukasi diet serta terapi aktivitas. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Kholifah tahun 2016 dimana evaluasi adalah menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku setelah semua tindakan keperawatan dilakukan.

Menurut asumsi penulis, evaluasi yang dilakukan kepada klien dan keluarga dengan obesitas sesuai dengan teori dan hasil penelitian orang lain, dimana adanya perbaikan pada kondisi klien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan hal ini konsisten dengan kriteria hasil yang ditetapkan selama fase perencanaan.

**Evaluasi TUK 4** memodifikasi lingkungan. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu keluarga mengatakan bersedia menerima informasi, sudah mengetahui serta memahami tentang modifikasi lingkungan dengan menjaga keamanan dan kenyamanan lingkungan rumah, mengatur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau, keluarga mengatakan telah menciptakan area untuk aktivitas fisik pada ruang kosong untuk berolahraga ringan seperti skipping dan latihan kekuatan. Untuk hasil objektif (O) yaitu keluarga melakukan penyusunan ulang dapur dan ruang makan dengan menyimpan makanan seperti meletakkan makanan sehat di tempat yang mudah dijangkau, menghindari penyimpanan makanan tinggi kalori atau junk food di tempat yang terlihat atau mudah diakses, meletakkan piring lebih kecil di dapur untuk membantu mengontrol porsi makan, menciptakan area untuk aktivitas fisik di ruang kosong untuk berolahraga ringan seperti skipping. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) lanjutkan intervensi keluarga mengulang kembali modifikasi lingkungan secara mandiri menggunakan media yang telah diberikan dan lanjutkan intervensi Diagnosis 1,2 dan 3 TUK 5 memanfaatkan fasilitas kesehatan. **Evaluasi TUK 5** memanfaatkan fasilitas kesehatan. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu keluarga mengatakan bersedia menerima informasi, keluarga mengatakan akan menggunakan fasilitas kesehatan untuk melakukan pengecekan kesehatan pada keluarga, keluarga mengatakan sudah mengetahui serta memahami fasilitas kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan yang dapat. Untuk hasil objektif (O) yaitu keluarga tampak sudah memahami tentang pemanfaatan fasilitas kesehatan, dapat mengulangi kembali apa yang disampaikan. Evaluasi Analisa (A) masalah teratasi sebagian dan evaluasi planning (P) keluarga akan membawa Anak K ke fasilitas kesehatan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari tahun 2020, yang menyebutkan bahwa pengaruh pelaksanaan modifikasi lingkungan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan pada keluarga dengan membuat lingkungan yang aman dan nyaman bagi klien, membantu klien melakukan modifikasi lingkungan dan

memanfaatkan fasilitas kesehatan. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Kholifah tahun 2016 dimana evaluasi adalah menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku setelah semua tindakan keperawatan dilakukan.

Menurut asumsi penulis, evaluasi yang dilakukan kepada klien dan keluarga dengan obesitas sesuai dengan teori dan hasil penelitian orang lain, dimana adanya perbaikan pada kondisi klien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan hal ini konsisten dengan kriteria hasil yang ditetapkan selama fase perencanaan.

Evaluasi semua implementasi yang dilakukan pada hari Kamis, tanggal 13-03-2025, pukul 14.00-14.30 WIB. Didapatkan hasil subjektif (S) yaitu klien men mengatakan penurunan berat badan 1,5 kg, keluarga mengatakan pemahaman mengenai konsep dari obesitas mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, klasifikasi berat badan, faktor risikonya kalau tidak segera diatasi serta pencegahan preventif dari obesitas; pemahaman mengenai konsep mulai dari citra tubuh, faktor faktor yang mempengaruhi citra tubuh, kriteria citra tubuh, gangguan citra tubuh, respon seseorang terhadap perubahan citra tubuh; pemahaman mengenai cara merawat anak remaja dengan obesitas dengan atur pola makan dan aktif bergerak dan gangguan citra tubuh dengan terapi diversional, pemahaman tentang cara modifikasi lingkungan yang aman nyaman serta pemanfaatan fasilitas kesehatan. Untuk hasil objektif (O) yaitu keluarga tampak sudah memahami materi tentang obesitas dan gangguan citra tubuh serta cara merawat anggota keluarga yang mengalami obesitas dan gangguan citra tubuh, mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan. Sedangkan untuk evaluasi analisa (A) masalah teratasi dan evaluasi planning (P) keluarga mengulang kembali dan menerapkan pendidikan kesehatan yang diberikan, keluarga melakukan diet obesitas dan terapi aktifitas serta terapi diversional dalam kehidupan sehari-hari, keluarga memodifikasi lingkungan dengan selalu menjaga kebersihan dan kenyamanan lingkungan, dan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Friedman, (2010) menyatakan evaluasi ditentukan oleh kemandirian intervensi yang diberikan oleh keluarga, petugas kesehatan, dan pihak lain. Keberhasilan terutama dipengaruhi oleh hasil dalam sistem keluarga dan anggotanya (bagaimana individu bereaksi) dan bukan oleh tindakan yang diambil. Evaluasi merupakan upaya kolaboratif yang melibatkan perawat dan keluarga serta proses berkelanjutan yang dilakukan setiap kali perawat merevisi rencana perawatan <sup>1</sup>.

Berdasarkan hasil evaluasi disimpulkan adalah masalah belum teratasi sepenuhnya dan dilanjutkan dengan intervensi mandiri yang dilakukan oleh klien. Kemudian hasilnya mengungkap derajat kemandirian dari tingkat kemandirian awal, khususnya kesiapan klien menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan memperoleh layanan kesehatan sebagaimana yang tercantum dalam rencana tindakan, memahami dan menyampaikan masalah kesehatan mereka secara akurat, menggunakan layanan fasilitas kesehatan sebagaimana direkomendasikan, dan melakukan tindakan keperawatan dasar sesuai pedoman.

Faktor mendukung peneliti melakukan asuhan keperawatan adalah keterbukaan keluarga anak K dan bisa di ajak bekerja sama. Saat diberikan saran beserta masukan keluarga mau menerima. Kemudian ibu anak K sangat ramah dan baik. Faktor menghambat peneliti melakukan asuhan keperawatan ialah keluarga selalu tidak lengkap di rumah saat peneliti berkunjung. Untuk berkomunikasi dengan anak K sering kelihatan malu-malu diajak berkomunikasi. Dalam mengarahkan keluarga merawat anak remaja obesitas agak kesulitan untuk mengatur pola makan. Untuk rencana tindak lanjut partisipan dan keluarga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan manajemen terpadu program GENTAS (atur pola makan an aktif bergerak) dan melakukan pengukuran berat badan, tinggi badan serta IMT. Kemudian melanjutkan perawatan pada remaja dengan obesitas untuk intervensi yang dipertahankan memberikan dukungan kepada remaja untuk dapat mengontrol pola makan sesuai dengan yang dianjurkan serta rajin berolahraga minimal dalam sehari selama 30 menit.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Hasil dari penelitian ini telah dilakukan penerapan dari asuhan keperawatan keluarga Ibu J dengan Anak Remaja Obesitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang tahun 2025, adapun kesimpulan yang didapatkan peneliti diantaranya:

1. Hasil pengkajian yang telah peneliti lakukan didapatkan kesamaan data kasus yang diangkat dengan teori yang sudah ada. Keluarga mengatakan anak K jarang melakukan aktifitas fisik olahraga, kemudian makan dengan porsi besar apalagi dengan menu makanan yang di sukai, sering jajan makanan mengandung lemak seperti bakso, somay, goreng-gorengan, manisan, donat. Hasil pemeriksaan fisik tinggi badan 148 cm dan berat badan 75 kg.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus yang diangkat adalah obesitas, gangguan citra tubuh dan defisit pengetahuan. Diagnosis utama yang didapatkan berdasarkan prioritas masalah yaitu Obesitas.
3. Intervensi keperawatan direncanakan tergantung kepada masalah keperawatan ditemukan. Intervensi dilakukan dirumuskan berdasarkan diagnosa yang didapatkan dan berdasarkan lima tugas khusus keluarga pertama mengenal masalah kesehatan, kedua memutuskan tindakan, ketiga merawat anggota keluarga yang sakit, keempat memodifikasi lingkungan, dan kelima memanfaatkan fasilitas kesehatan.
4. Implementasi yang dilakukan pada diagnosis pertama Obesitas berhubungan dengan kurang aktifitas harian ialah melakukan penyuluhan dan pendidikan kesehatan tentang obesitas menggunakan leaflet. Membimbing keluarga mengambil keputusan mengatasi masalah remaja dengan obesitas. Kemudian menjelaskan dan mendemonstrasikan cara merawat anggota keluarga dengan obesitas. Memotivasi keluarga memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan. Implementasi diagnosis kedua melakukan penyuluhan tentang

gangguan citra tubuh menggunakan leaflet. Membimbing keluarga mengambil keputusan mengatasi masalah remaja gangguan citra tubuh. Mendemonstrasikan cara merawat anggota keluarga gangguan citra tubuh. Memotivasi keluarga untuk memodifikasi lingkungan serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Implementasi diagnosis ketiga Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi melakukan pendidikan kesehatan tentang obesitas menggunakan lembar balik dan leaflet. Membimbing keluarga mengambil keputusan untuk mengatasi masalah. Menjelaskan dan mendemonstrasikan cara merawat anggota keluarga dengan obesitas. Memotivasi keluarga memodifikasi lingkungan, serta menjelaskan memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan.

5. Peneliti melakukan evaluasi terhadap klien dan keluarga mengenai intervensi yang telah dilaksanakan sesuai dengan catatan perkembangan. Evaluasi yang didapatkan keluarga anak K memahami tentang konsep Obesitas, dapat mengambil keputusan mengatasi masalah kesehatan dan cara merawat anggota keluarga dengan obesitas khusus nya anak K. Keluarga didorong untuk menyesuaikan lingkungan secara tepat dan akurat bagi anggota keluarga yang obesitas untuk menggunakan layanan kesehatan.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan di atas, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi klien dan keluarga

Melalui asuhan keperawatan yang dilakukan diharapkan klien dan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mampu mengambil keputusan yang tepat, mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, mampu memodifikasi lingkungan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan, mengetahui faktor risiko serta pengambilan keputusan yang tepat, memahami dan melaksanakan tentang manajemen diet, terapi aktivitas, terapi diversional, serta manajemen lingkungan yang sesuai dan mengkonsultasikan ke ahli gizi terkait program diet yang sesuai.

2. Bagi Puskesmas Pauh Kota Padang

Melalui Puskesmas Pauh Kota Padang diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan semaksimal mungkin dan hasil studi kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan informasi, sesuai dengan program P2PTM yaitu Penggukuran IMT, wawancara perilaku beresiko dan edukasi perilaku gaya hidup sehat dan yang harus di pertahankan program UKS yang telah dilakuan dilakukan di puskesmas Pauh pergi ke sekolah-sekolah memberikan penyuluhan tentang masalah obesitas yaitu pengertian, penyebab, dampak dan cara mengatasinya, serta memberikan asuhan keperawatan secara optimal kepada keluarga remaja obesitas.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat meningkatkan pemahaman mahasiswa mengenai intervensi yang dapat dilakukan untuk penderita obesitas dibahas secara detail agar dalam melakukan edukasi tidak terdapat kekeliruan. Diharapkan institusi memiliki standar operasional prosedur sendiri dan media dalam proses pembelajaran agar mahasiswa dapat lebih memahami intervensi yang diberikan serta penerapan terapi lainnya yang dapat diajarkan

4. Bagi Pengembangan keilmuan

Diharapkan bagi pengembangan keilmuan peneliti selanjutnya lebih aktif dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga serta dalam pemberian edukasi kesehatan dan tindakan keperawatan khususnya pada remaja dengan obesitas dan sebagai bahan tambahan bagi mahasiswa keperawatan untuk melakukan tindakan keperawatan pada keluarga dengan obesitas.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori & Praktik Edisi 5 (Family Nursing : Research, Theory, & Practice). Jakarta: EGC Medical Publisher; 2010.
2. Dion Y, Betan Y. Medical Book Asuhan Keperawatan Keluarga : Konsep Dan Praktik. Yogyakarta: Nuha Medika; 2020.
3. Yuliana D, Darmansyah S, Musdalifah M. Buku Ajar Konsep dan Asuhan Keperawatan Keluarga. Gowa: CV. Cahaya Bintang Cemerlang; 2022.
4. WHO. Kesehatan Remaja World Health Organization [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1)
5. Proverawati A. Medical Book Obesitas dan Gangguan Perilaku Makan Pada Remaja. Yogyakarta: Nuha Medika; 2021.
6. Hastuti P. Genetika Obesitas. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2018.
7. WHO. OBESITAS World Health Organization [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>
8. Hanum AM. Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Obesitas Pada Remaja. Heal Tadulako J (Jurnal Kesehat Tadulako). 2023;9(2):137–47.
9. WHO. Obesitas dan Kelebihan Berat Badan World Health Organization [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
10. IDAI. Diagnosis, Tata Laksana dan Pencegahan Obesitas pada Anak dan Remaja Rekomendasi Dokter Anak Indonesia. ISBN; 2014.
11. Mardiana M, Yusuf M, Sriwiyanti S. Hubungan Beberapa Faktor Dengan Kejadian Obesitas Remaja Di Palembang. JPP (Jurnal Kesehat Poltekkes Palembang). 2022;17(1):63–70.
12. Kemenkes RI. Survey Kesehatan Indonesia SKI Tahun 2023 Dalam Angka. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2023.
13. Kemenkes RI. Pedoman Pelaksanaan Gerakan Nusantara Tekan Angka




- Obesitas (GENTAS) [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2017. p. 1–41. Available from: [http://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/N2VaaXIxZGZwWFpEL1VIRFdQQ3ZRZz09/2017/11/Pedoman\\_Umum\\_Gentas\\_Gerakan\\_berantas\\_obesitas.pdf](http://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/N2VaaXIxZGZwWFpEL1VIRFdQQ3ZRZz09/2017/11/Pedoman_Umum_Gentas_Gerakan_berantas_obesitas.pdf)
14. Kemenkes RI. Obesitas [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 28]. Available from: [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/429/obesitas](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/429/obesitas)
  15. Budyono C, Meiswaryasti P AASM, Lestari IA, Putri R NA, Wedayani N, Yuliani EA, et al. Edukasi Tentang Faktor Risiko, Serta Bahaya Obesitas pada Pandemi Covid 19 di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Akademik Universitas Mataram. *J Pengabd Magister Pendidik IPA*. 2022;5(3):219–22.
  16. Jhonson L, Leny R. Keperawatan Keluarga Plus Contoh Kasus Askep Keluarga. Yogyakarta: Nuha Medika; 2017.
  17. Bakri MH. Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Pustaka Mahardika; 2020.
  18. Ariyanti S, Sulistyono RE, Rahmawati PM, Surtikanti, Aristawati E, Rahmi C, et al. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia; 2023.
  19. Iriani R, Purwoto A, Haris, Sulistiyani, Nuraeni A, Harun L, et al. Keperawatan Keluarga Pendekatan Komprehensif dalam Perawatan Kesehatan Keluarga. padang: GET Press Indonesia; 2023.
  20. Rosyida DAC. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita. yog: PT. Pustaka Baru; 2019.
  21. Hikmadayanti, Herdiana RT, Antari I, Oktari S, Yumiarni D, Amenike D, et al. Psikologi Perkembangan Remaja. Yogyakarta: K. Media; 2022.
  22. Bawono Y. Perkembangan Anak & Remaja. Solok: Yayasan Pendidikan Cendekia Muslim; 2023.
  23. Ahyani LN. Buku Ajar Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Kudus: Badan Penerbit Universitas Muria Kudus; 2018.
  24. Hamdanah, Surawan. Remaja dan Dinamika. Jawa Tengah: Eureka Media Aksara; 2023.
  25. Hasdianah, Siyoto S, Nurwijayanti. GIZI Pemanfaatan Gizi, Diet, dan Obesitas. Yogyakarta: Nuha Medika; 2020.

26. PPNI. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Definisi dan indikator Diagnostik Cetakan III. Jakarta: DPP PPNI; 2017.
27. Fadjarajani S, Rosali ES, Patimah S, Liriwati FY, Nasrullah, Sriekaningsih A, et al. Metodologi Penelitian Pendekatan Multidisipliner. Metodologi Penelitian. Gorontalo: ISBN; 2020. 1–286 p.
28. Amruddin, Priyanda R, Agustina TS, Ariantini NS, Rusmayani NGAL, Aslindar DA, et al. Metodologi Penelitian Kuantitatif. Pradina Pustaka Grup; 2022.
29. Sugiyono. Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D. Bandung: Alfabeta; 2020.
30. Salamung N, Ifansyah MRPN, Riskika S, Maurida N, Nussy Anggun Primasari N, Rasiman, et al. Keperawatan keluarga (family nursing). Vol. 46, Frontier Nursing Service quarterly bulletin. 2021. 31 p.
31. Rachma RA, Mahmudiono T. Hubungan Faktor Genetik dan Asupan Energi dengan Kejadian Obesitas. Media Gizi Kesmas. 2023;12:1002–6.
32. Lubis MY, Hermawan D, Febriani U, Farich A. Hubungan Antara Faktor Keturunan, Jenis Kelamin Dan Tingkat Sosial Ekonomi Orang Tua Dengan Kejadian Obesitas Pada Mahasiswa Di Universitas Malahayati Tahun 2020. Hum Care J. 2020;5(4):891.
33. Burhan FZ, Susetyowati, Julia M. Obesitas sebagai faktor risiko penurunan aktivitas fisik vs . penurunan aktivitas fisik sebagai faktor risiko obesitas. 2023;20(2):64–71.
34. Risky I. Literatur Review Pengaruh Pola Makan Dan Kurangnya Aktivitas Fisik Terhadap Terjadinya Obesitas. JK J Kesehat. 2023;1(1):170–6.
35. Aziz SA, Pramana Y, Sukarni. Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kejadian Obesitas pada Remaja. MAHESA Malahayati Heal Student J. 2023;3(4):1115–24.
36. Arifani S, Setyaningrum Z. Faktor Perilaku Berisiko yang Berhubungan Dengan Kejadian Obesitas Pada Usia Dewasa di Provinsi Banten Tahun 2018. J Kesehat. 2021;14(2):160–8.
37. Kosnayani AS, Aisyah IS. Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Obesitas Remaja (Studi pada Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan

- Universitas Siliwangi Tasikmalaya Tahun 2016). J Siliwangi. 2018;2(2):128.
38. Lestari SR, Trilianto AE, Siddiq P. Hubungan Obesitas Remaja Dengan Gambaran Citra Tubuh Di MTSN 1 Bondowoso Desa Traktakan Kecamatan Wonosari. J Keperawatan Prof. 2021;9(1):36–46.
  39. Intantiyana M, Widajanti L, Rahfiludin MZ. Hubungan Citra Tubuh, Aktivitas Fisik Dan Pengetahuan Gizi Seimbang Dengan Kejadian Obesitas Pada Remaja Putri Gizi Lebih Di SMA Negeri 9 Kota Semarang. J Kesehat Masy. 2018;6(5):404–12.
  40. Nadilla A, Hafidah L, Fauziah N. Konsep Diri pada Mahasiswi yang Mengalami Obesitas di Jurusan Kesehatan Prodi DIII Keperawatan Politeknik Negeri Madura Avievah. 2023;5(1):11–7. Available from: <https://www.jurnal.poltera.ac.id/index.php/jurnalkesehatan/article/view/235>
  41. Fajar A, Safitri A, Indah Lestari, Hidayanti PH, Harahap MW. Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Mengenai Pencegahan Obesitas. J Mhs Kedokt. 2024;2(5):359–67.
  42. Julita S, Neherta M, Yeni F. Promosi Kesehatan Keluarga dalam Pencegahan Obesitas pada Anak Usia 6-12 Tahun. J Penelit Kesehat Suara Forikes. 2021;12(1):9–17.
  43. Suryadinata RV, Sukarno DA. Pengaruh Aktivitas Fisik Terhadap Risiko Obesitas Pada Usia Dewasa. Indones J Public Heal. 2020;14(1):104–14.
  44. Beba N, Matongka Y, Tarigan S, Ningsih NK. Penerapan Terapi Diversional untuk Menurunkan Kecemasan. J Kesehat dan Teknol. 2020;2:1–6.

**Galuh Putri**

**NEW REFI ANANDA PUTRI UJI TURNITIN.docx**

 KTI an. Refi Ananda Putri  
 Karya Ilmiah Mahasiswa Tahun 2025  
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

#### Document Details

Submission ID

trn:old::1:3284548783

Submission Date

Jun 25, 2025, 2:19 PM GMT+7

Download Date

Jun 25, 2025, 2:24 PM GMT+7

File Name

NEW\_REFI\_ANANDA\_PUTRI\_UJI\_TURNITIN.docx

File Size

727.8 KB

124 Pages

28,329 Words

208,144 Characters

## 7% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each statement.

### Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text

### Exclusions

- 24 Excluded Sources

### Top Sources

- 1% Internet sources
- 0% Publications
- 0% Submitted works (Student Papers)

### Integrity Flags

#### 0 Integrity Flags for Review

No suspicious text reintroductions found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.