

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Malnutrisi adalah keadaan di mana kekurangan, kelebihan atau ketidakseimbangan gizi energi, protein dan lainnya menyebabkan efek samping yang terukur pada jaringan atau bentuk tubuh (bentuk, ukuran dan komposisi), fungsi atau keluaran klinis (BAPEN, 2010). Malnutrisi pada balita masih menjadi permasalahan di Indonesia termasuk di daerah Yogyakarta. Pada tahun 2010, cakupan pelayanan kesehatan anak balita (1-4 tahun) sebesar 78,11% dan target Renstra yang harus dicapai adalah 78%. Rata – rata cakupan pelayanan kesehatan anak balita sudah mencapai target, namun masih terdapat 14 provinsi yang belum mencapai target Renstra 2010. Pencapaian cakupan pelayanan kesehatan anak balita tertinggi adalah di Daerah Istimewa Yogyakarta 97,69%, Sumatera Utara 91,81% dan DKI Jakarta 89,77% (Kemenkes, 2012).

Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan daerah cakupan pelayanan kesehatan tertinggi, namun berdasarkan balita yang ditimbang pada tahun 2010 di semua kabupaten di Daerah Istimewa Yogyakarta, angka kejadian balita gizi buruk berturut-turut adalah Kulon Progo 0,88%, Bantul 0,58%, Gunung Kidul 0,70%, Sleman 0,66% dan Kota Yogyakarta 1,01% dari 17,676 balita yang ditimbang (Profil DIY, 2010).

Prevalensi status gizi balita berdasarkan berat badan pertinggi badan (BB/TB) di Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan balita sangat kurus 2,6% dan kurus 6,5% (Kemenkes, 2012). Berdasarkan laporan Dinas kesehatan kabupaten/kota cakupan D/S provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2011, jumlah kasus gizi buruk ditemukan dan ditangani yaitu 291 kasus, jumlah tertinggi adalah Kota Yogyakarta 141 kasus, Sleman 82 kasus, Bantul 54 kasus, Kulon Progo 11 kasus, sedangkan terendah adalah Gunung Kidul 3 kasus (Kemenkes, 2012).

Anak yang kekurangan gizi pada usia balita akan tumbuh pendek, dan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan otak yang berpengaruh pada rendahnya tingkat kecerdasan, karena tumbuh kembang otak 80% terjadi pada masa balita yakni dalam kandungan sampai usia 2 tahun. Dampak lain yang ditimbulkan dari anak penderita gizi buruk adalah kesakitan, kematian, dan penurunan produktivitas yang diperkirakan antara 20-30% (Depkes RI, 2006). Kekurangan gizi pada balita ini meliputi kurang energi dan protein serta kekurangan zat gizi seperti vitamin A, zat besi, iodium dan zinc. Gagal tumbuh yang terjadi akibat kurang gizi pada masa-masa emas ini akan berakibat buruk pada kehidupan berikutnya yang sulit diperbaiki. Anak yang menderita kurang gizi berat mempunyai rata-rata IQ 11 point lebih rendah dibandingkan rata-rata anak-anak yang tidak menderita kurang gizi (UNICEF, 1998).

Pada hakekatnya masalah gizi dapat diselesaikan dalam waktu relatif singkat (BAPPENAS 2011). WHO sejak tahun 2007 telah mensosialisasikan

Prevalensi status gizi baik berdasarkan berat badan tertinggi badan (BB/TB) di Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan bahwa sangat kurang 2,6% dan kurang 6,5% (Kemkes, 2012). Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota cakupan DI provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2011, jumlah kasus gizi buruk ditunjukkan dan ditangani yaitu 291 kasus, jumlah tertinggi adalah Kota Yogyakarta 141 kasus, Sleman 82 kasus, Bantul 54 kasus, Kulon Progo 11 kasus, sedangkan terendah adalah Gunung Kidul 3 kasus (Kemkes, 2012).

Anak yang kekurangan gizi pada usia balita akan tumbuh pendek, dan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan otak yang berpengaruh pada terdahnya tingkat kecerdasan, karena tumbuh kembang otak 80% terjadi pada masa balita yakni dalam kandungan sampai usia 2 tahun. Contoh lain yang ditimbulkan dari anak penderita gizi buruk adalah kesakitan, kematian, dan penurunan produktivitas yang diperkirakan antara 20-30% (Depkes RI, 2006). Kekurangan gizi pada balita ini meliputi kurang energi dan protein serta kekurangan zat gizi seperti vitamin A, zat besi, iodium dan zinc. Gagal tumbuh yang terjadi akibat kurang gizi pada masa-masa emas ini akan berakibat buruk pada kehidupan berikutnya yang sulit diperbaiki. Anak yang menderita kurang gizi berat mempunyai rata-rata IQ 11 point lebih rendah dibandingkan rata-rata anak-anak yang tidak menderita kurang gizi (UNICEF, 1998).

Pada beberapa masalah gizi dapat diselesaikan dalam waktu relatif singkat (BAPENAS, 2011). WHO sejak tahun 2007 telah mengesahkan

program *Community – Based Management of severe Acute Malnutrition*. Hal ini dilatarbelakangi oleh beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa balita malnutrisi tanpa komplikasi sebenarnya dapat ditangani di masyarakat tanpa harus dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan dan efektif dari segi biaya (Bachman, 2010; Sadler *et al.*, 2007; Prudhon *et al.*, 2006; Briend *et al.*, 2006; dan Asworth, 2006).

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Pemerintah Kota Yogyakarta telah melakukan berbagai kebijakan untuk menangani balita malnutrisi seperti program Pemantauan Status Gizi (PSG), posyandu balita, penyuluhan gizi, pendampingan gizi, pemberian PMT dan PMT-P. Selain itu Kota Yogyakarta merupakan salah satu kota yang pertama kali mendirikan Rumah Pemulihan Gizi (RPG). Hal ini telah sesuai dengan konsep *community-based management* program dari WHO, namun program *home care* pada balita malnutrisi belum pernah dilakukan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ayu (2008) mengenai pendampingan gizi pada balita gizi kurang di rumah, kejadian gizi buruk menurun dari 27,45% menjadi 8,8% ($p=0,001$).

Pelayanan kesehatan yang efektif untuk perawatan balita malnutrisi baik dari segi biaya yang murah, kenyamanan bagi pasien, menurunkan tingkat stress pada pasien, lingkungan yang kondusif dan meningkatkan kualitas hidup baru-baru ini adalah *home care*. *Home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk

meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan atau memaksimalkan kemandirian dan meminimalkan kecacatan akibat dari penyakit (Depkes RI, 2002).

Hasil penelitian *World Health Organization* (WHO) dalam proyek Bienium tahun 2000-2001 menunjukkan sebesar 100% responden membutuhkan pelayanan *home care* (Wardani, 2009). Banyak orang merasakan bahwa dirawat di institusi pelayanan kesehatan membatasi kehidupan manusia. Seseorang tidak dapat menikmati kehidupan secara optimal karena dengan aturan – aturan yang diterapkan oleh penyedia pelayanan rumah sakit (Depkes, 2002). Jika pasien yang ditangani adalah anak-anak atau balita maka program pelayanan *home care* bisa diterapkan karena lingkungan rumah yang di rasakan lebih nyaman dibanding dengan perawatan di institusi pelayanan kesehatan sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan, hal ini didukung oleh hasil yang didapat dari pelayanan *home care*.

Pelayanan *home care* dikembangkan untuk memberikan asuhan keperawatan mandiri yang dapat dilakukan keluarga sehingga lebih optimal dalam merawat anggota keluarganya sesuai dengan kaidah keperawatan (Depkes,2002). Layanan yang diberikan dalam *home care* meliputi layanan medis, keperawatan, rehabilitasi, sosial, rumah sehat dan layanan lain yang dibutuhkan dan diterapkan di lingkungan keluarga.

Keberhasilan dari program *home care* ditentukan oleh beberapa faktor diantaranya adalah tingkat partisipasi keluarga dan ketaatan perawat

meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan atau memaksimalkan kemampuan dan meminimalkan kecacatan akibat dari penyakit (Depkes RI, 2002).

Hasil penelitian World Health Organization (WHO) dalam proyek Biru tahun 2000-2001 menunjukkan sebesar 100% responden membutuhkan pelayanan home care (Wardani, 2009). Banyak orang merasakan bahwa di instansi pelayanan kesehatan membatasi kehidupan manusia. Seseorang tidak dapat menikmati kehidupan secara optimal karena dengan aturan – aturan yang ditetapkan oleh penyedia pelayanan rumah sakit (Depkes, 2002). Jika pasien yang ditangani adalah anak-anak atau balita maka program pelayanan home care bisa diterapkan karena lingkungan rumah yang di rasakan lebih nyaman dibanding dengan pelayanan di instansi pelayanan kesehatan sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan, hal ini didukung oleh hasil yang didapat dari pelayanan home care.

Pelayanan home care dikembangkan untuk memberikan asuhan keperawatan mandiri yang dapat dilakukan keluarga sehingga lebih optimal dalam merawat anggota keluarganya sesuai dengan kaidah keperawatan (Depkes, 2002). Layanan yang diberikan dalam home care meliputi layanan medis, keperawatan, rehabilitasi sosial, rumah sehat dan layanan lain yang dibutuhkan dan ditetapkan di lingkungan keluarga.

Keberhasilan dari program home care ditentukan oleh beberapa faktor diantaranya adalah tingkat partisipasi keluarga dan kebutuhan perawat

dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah. Hasil beberapa penelitian menyatakan bahwa kepatuhan perawat dalam menerapkan standar keperawatan masih rendah, dan hal ini dipengaruhi oleh faktor pelatihan standar asuhan dan pengetahuan perawat (Darawad *et al.*, 2012; Imdad *et al.*, 2011; Luo *et al.*, 2010; Ganczak&Szych, 2007; Regina *et al.*, 2002).

Dalam melakukan tugas dan kewajibannya seorang perawat tidak lepas dari unsur yang menyertainya yaitu pengetahuan, sikap dan praktek yang dimilikinya dapat mengakibatkan timbulnya persepsi yang berbeda terhadap bagaimana seorang perawat menggunakan hak dan kewajiban dalam menjalankan pekerjaannya (Setyaningsih, 2005). Sikap Perawat mempunyai pengaruh dalam kesehatan dan kesembuhan pasien (Hammerschmidt & Meador, 1996).

Seorang perawat mempunyai tuntutan pelayanan keperawatan yang kompleks dimana pelayanan sangat diutamakan oleh karena itu diperlukan pelatihan kepada perawat agar kemampuan kognitif, efektif, dan psikomotornya sesuai dengan kebutuhan areanya. Pelatihan adalah suatu kegiatan untuk memperbaiki kemampuan kerja seseorang dalam kaitannya dengan aktifitas ekonomi yang dapat membantu dalam memahami suatu pengetahuan praktis dan penerapan guna meningkatkan pengetahuan, keterampilan, kecakapan serta sikap seseorang yang diperlukan organisasi dalam mencapai tujuan yang sesuai dengan tuntutan pekerjaan seseorang

dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah. Hasil beberapa penelitian menyatakan bahwa kebutuhan perawat dalam menerapkan standar kewenangan masih rendah, dan hal ini dipengaruhi oleh faktor pelatihan standar asuhan dan pengetahuan perawat (Daryawati et al., 2012; Indah et al., 2011; Luo et al., 2010; Gunaxak&Syah, 2007; Regina et al., 2002).

Dalam melakukan tugas dan kewajibannya seorang perawat tidak lepas dari aspek yang menyertainya yaitu pengetahuan, sikap dan praktik yang dimilikinya dapat mengakibatkan timbulnya persepsi yang berbeda terhadap bagaimana seorang perawat menggunakan hak dan kewajiban dalam menjalankan pekerjaannya (Setyaningsih, 2002). Sikap Perawat mempunyai pengaruh dalam kesehatan dan keselamatan pasien (Hammerstein & Meador, 1996).

Seorang perawat mempunyai tuntutan pelayanan kewenangan yang kompleks dimana pelayanan sangat diutamakan oleh karena itu diperlukan pelatihan kepada perawat agar kemampuan kognitif, efektif, dan psikomotoriknya sesuai dengan kebutuhan asuhnya. Pelatihan adalah suatu kegiatan untuk memperbaiki kemampuan kerja seseorang dalam kaitannya dengan situasi ekonomi yang dapat membantu dalam memahami suatu pengetahuan praktis dan penerapannya guna meningkatkan pengetahuan, keterampilan, kecakapan serta sikap seseorang yang diperlukan organisasi dalam mencapai tujuan yang sesuai dengan tuntutan pekerjaan seseorang (Fakhriah, 2011).

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik ingin mengetahui bagaimana pengaruh pelatihan *home care* pada perawat terhadap sikap perawat melakukan *home care* pada balita malnutrisi di Kota Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, dapat disusun rumusan masalah : “adakah pengaruh pelatihan *home care* pada perawat terhadap sikap perawat dalam melakukan *home care* pada balita malnutrisi?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pelatihan *home care* pada perawat terhadap sikap perawat dalam melakukan *home care* pada balita malnutrisi.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk:

- a. Mengetahui karakteristik perawat yang mengikuti pelatihan *home care*.
- b. Mengetahui sikap perawat dalam melakukan *home care* sebelum dan

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Diharapkan sebagai masukan bagi perawat, khususnya perawat *home care* dalam meningkatkan pelayanan secara profesional dengan memperhatikan aspek perilaku perawat dalam menjalani *home care* pada pasien.

2. Bagi Praktek Keperawatan

Diharapkan dapat memberikan manfaat dan masukan informasi bagi perawat *home care* dalam melakukan kegiatan promotif dan preventif pada balita malnutrisi terhadap sikap perawat dalam melakukan *home care*.

3. Bagi Peneliti

Peneliti mendapatkan pengalaman penelitian dalam melakukan *home care*.

E. Penelitian Terkait

1. Setyaningsih (2005), *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Perawat Terhadap Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di RSUD Kabupaten Seragen*. Tujuan penelitian ini adalah dalam melakukan tugas dan kewajiban seorang perawat tidak lepas dari unsur – unsur yang menyertainya yaitu pengetahuan, sikap dan praktek yang dimilikinya dapat mengakibatkan timbulnya persepsi yang berbeda terhadap bagaimana seorang perawat menggunakan hak kewajiban dalam menjalankan pekerjaannya. Hasil penelitian menunjukkan dengan menggunakan uji statistik *chi square* bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan praktek asuhan keperawatan sedangkan pada sikap

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Diharapkan sebagai masukan bagi perawat, khususnya perawat home care dalam meningkatkan pelayanan secara profesional dengan memperhatikan aspek perilaku perawat dalam melayani home care pada pasien.

2. Bagi Praktik Keperawatan

Diharapkan dapat memberikan manfaat dan masukan informasi bagi perawat home care dalam melakukan kegiatan promosi dan preventif pada balita malnutrisi terhadap sikap perawat dalam melakukan home care.

3. Bagi Penelitian

Peneliti mendapatkan pengalaman penelitian dalam melakukan home care.

E. Penelitian Terkini

1. Setyaningsih (2002), Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perilaku Perawat Terhadap Penemuan Stomatitis Asutoma Keperawatan di RSUD Kabupaten Serang. Tujuan penelitian ini adalah dalam melakukan tugas dan kewajiban seorang perawat tidak lepas dari unsur - unsur yang menyertainya yaitu pengetahuan, sikap dan praktik yang dimilikinya dapat mengakibatkan timbulnya persepsi yang berbeda terhadap bagaimana seorang perawat menggunakan hak kewajibannya dalam menjalankan pekerjaannya. Hasil penelitian menunjukkan dengan menggunakan uji statistik chi square bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan praktik asuhan keperawatan sedangkan pada sikap

praktek asuhan keperawatan tidak ada hubungan yang signifikan karena hasilnya kurang dari nilai pada tabel ($p=0,05$). Perbedaan dengan penelitian ini adalah bagaimana sikap perawat dalam melakukan *home care* setelah terlebih dahulu mengikuti pelatihan *home care*.

2. Martini (2007), *Hubungan Karakteristik Perawat, Sikap, Beban Kerja, Supervisi dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rawat Inap BPRSUD Kota Salatiga*. Hasil analisis menunjukkan pengetahuan perawat 52% yang mempunyai pengetahuan baik ($p=0,0001$), sikap yang baik mencapai 57% ($p=0,000$). Hasil analisis statistik untuk variabel pengetahuan, sikap, beban kerja serta fasilitas ada hubungannya dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Sedangkan untuk variabel umur, masa kerja dan pendidikan tidak ada hubungannya. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan penelitian adalah pelatihan yang diikuti perawat sebelum melakukan *home care* pada balita malnutrisi bisa memberikan pengetahuan dan bisa berpengaruh pada sikap perawat dalam memberikan intervensi.
3. Yuliasuti (2007), *Pengaruh Pengetahuan, Keterampilan dan Sikap Terhadap Kinerja Perawat dalam Penatalaksanaan Kasus Flu Burung di RSUP H. Adam Malik*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel pengetahuan, keterampilan, sikap berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja perawat dalam penatalaksanaan kasus flu burung. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah peneliti ingin mengobservasi apakah

ada pengaruh pelatihan *home care* yang diikuti perawat dengan sikap perawat yang akan melakukan *home care* pada balita malnutrisi.

4. Aziz (2005), Pengaruh Pelatihan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Terhadap Motivasi, Sikap, dan Kinerja Perawat di RSUD Indata Palu. Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan yang signifikan anatara sebelum dan sesudah pelatihan pendokumentasian terhadap sikap perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah pelatihan yang diberikan yaitu tentang *home care* dan sikap perawat sebelum dan setelah dilakukan pelatihan.
5. Mulayani (2003), Hubungan Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di RSI Sultan Agung Semarang. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna pada sikap perawat yaitu $P=0,000$. Pada penelitian tersebut praktek asuhan keperawatan telah dilaksanakan dengan baik tetapi untuk meningkatkan asuhan keperawatan harus dilakukan pemberian pelatihan. Jadi, perbedaan dengan penelitian ini adalah menilai sikap perawat sebelum dan sesudah diberikan pelatihan *home care*.