

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tingginya angka prevalensi balita yang mengalami gizi kurang di Indonesia menjadi latar yang menarik untuk diteliti. Indonesia adalah salah satu diantara 36 negara di dunia yang memberi 90% kontribusi masalah gizi dunia. Pada tahun 2010 prevalensi gizi kurang dan pendek mencapai 17,9 persen. Prevalensi kurus dan sangat kurus berdasarkan berat badan per tinggi badan (BB/TB) pada anak balita tidak mengalami penurunan selama 3 tahun terakhir. Menurut data Riskesdas 2010, sebanyak 13,3 persen anak balita masih ditemukan kurus dan sangat kurus. (BAPPENAS, 2012).

Masalah gizi buruk merupakan indikator kesehatan yang dinilai keberhasilan pencapaiannya dalam Millenium Development MDGs (Kemenkes, 2011). Masalah gizi buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Penelitian lain menunjukkan pula bahwa semakin rendah tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita, semakin tinggi prevalensi balita gizi buruk dan prevalensi balita gizi kurang (Kemenkes, 2011).

Menurut *World Health Organisation* (WHO) (1999), tatalaksana malnutrisi pada balita dapat ditangani pada dua tempat yaitu *residential care* (*hospital*) atau *non residential care* (*home based treatment*). *Residential care* adalah tata laksana pada anak dengan gizi buruk rawat inap di Puskesmas, Rumah Sakit dan Pusat Pemulihan Gizi, sedangkan gizi buruk tanpa komplikasi dilakukan perawatan *non-residential* yaitu rawat jalan di Puskesmas, Poskesdes dan Pos

pemulihan gizi berbasis masyarakat (*Comunity Feeding Centre/ CFC*) (Urquijo *et al*, 2011; Minarto, 2011; Teferi *et al*, 2010).

Pemerintah maupun swasta sudah mulai memperbaiki dan lebih melengkapi program pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh penyedia pelayanan kesehatan, seperti di puskesmas yang kini memiliki dua tipe pelayanan *indoor* dan *outdoor*. Pelayanan kesehatan *indoor* adalah semua pelayanan kesehatan yang dilakukan di gedung puskesmas baik medikasi maupun konsultasi, sedangkan pelayanan *outdoor* merupakan pelayanan yang dilakukan dilingkungan sekitar puskesmas atau lebih pada pelayanan kesehatan yang melibatkan masyarakat di sekitar puskesmas yang termasuk didalamnya adalah pelayanan *home care* (Nursalam, 2005)..

Hasil penelitian WHO tahun 2001 menunjukkan sebesar 100% responden membutuhkan pelayanan *home care*. Banyak pendapat bahwa pelayanan yang diberikan di dalam ruangan (*indoor*) di institusi pelayanan kesehatan sangat membatasi kehidupan manusia. Seseorang tidak dapat menikmati kehidupan secara optimal karena terikat dengan aturan – aturan yang diterapkan oleh pihak penyedia pelayanan rumah sakit (Depkes, 2002).

Home based treatment sebagai salah satu dari pendekatan dalam menangani balita malnutrisi atau sering disebut juga *home care* masih belum banyak dilakukan. Menurut penelitian Therry, 2005; Leggo. *et.al.*, 2008; Ling, Shi. *et.al.*, 2009, menunjukkan bahwa perawatan dirumah efektif untuk balita malnutrisi dan memberikan beberapa keuntungan bagi keluarga diantaranya adalah ibu masih tetap bisa melaksanakan peran dan fungsinya sebagai ibu rumah tangga

Program *home care* di Puskesmas dapat dilakukan oleh perawat puskesmas dengan pertimbangan bahwa perawat merupakan tenaga kesehatan terbesar di Indonesia. Data dari kementerian kesehatan tahun 2011 menunjukkan bahwa jumlah perawat di seluruh Puskesmas sebanyak 78.125 orang sedangkan di kota Yogyakarta mencapai 77 orang (Kemenkes, 2012; dinkes kota Yogyakarta, 2008). Persatuan Perawat Nasional Indonesia telah menetapkan salah satu kompetensi minimal perawat puskesmas adalah pemberian asuhan keperawatan baik individu, keluarga dan masyarakat (PPNI, 2005; Luncker, 2006).

Keperawatan yang merupakan bagian integral tidak dapat dipisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Keperawatan adalah ilmu yang berkenaan dengan masalah-masalah fisik, psikologis, sosiologis, budaya dan spiritual dari individu. Pelayanan keperawatan juga merupakan salah satu faktor penentu baik buruknya mutu pelayanan kesehatan. Oleh karena itu kualitas pelayanan keperawatan perlu dipertahankan dan ditingkatkan seoptimal mungkin (Depkes RI, 2001).

Tenaga perawat yang mempunyai kedudukan penting dalam menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena pelayanan yang diberikannya berdasarkan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual merupakan pelayanan yang unik dilaksanakan selama 24 jam dan berkesinambungan merupakan kelebihan tersendiri dibanding pelayanan lainnya (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Keberhasilan program *home care* di tentukan oleh beberapa faktor salah satunya adalah ketatuhan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan di

rumah. Hasil dari beberapa penelitian menyatakan bahwa kepatuhan dari 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).

Penurunan pelayanan keperawatan akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Studi yang dilakukan oleh Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik Depkes RI bekerjasama dengan WHO tahun 2000 di 4 provinsi di Indonesia, yaitu DKI Jakarta, Sumatra utara, Sulawesi utara, dan Kalimantan timur, menemukan 47,4% perawat belum memiliki uraian tugas secara tertulis, 70,9% perawat tidak pernah mengikuti pelatihan dalam 3 tahun terakhir, 39,8% perawat masih melaksanakan tugas non keperawatan, serta belum dikembangkan system monitoring dan evaluasi kinerja perawat (Hasanbasri, 2007).

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik dengan penelitian mengenai *home care* yang terkhusus pada kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* yang berhubungan dengan peningkatan status gizi balita malnutrisi di kota Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, dapat disusun rumusan masalah : “Apakah kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* berhubungan dengan peningkatan status gizi balita malnutrisi di Kota Yogyakarta?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan peningkatan status gizi balita malnutrisi di Kota Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care*
- b. Diketuainya peningkatan status gizi balita malnutrisi di Kota Yogyakarta

D. Manfaat Penelitian

Penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat antara lain :

1. Bagi Peneliti

Membantu dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat baik dari segi konsep maupun metode.

2. Bagi Ilmu Keperawatan

Sebagai pengetahuan bagi perawat, khususnya perawat *home care* dalam meningkatkan pelayanan secara profesional dengan mempertimbangkan aspek kepatuhan perawat sendiri dalam menerapkan *home care*.

3. Bagi Perawat

Sebagai masukan bagi perawat yang ada di puskesmas agar lebih memperhatikan aspek kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* demi tercapainya hasil yang diharapkan dari program *home care* itu sendiri

E. Penelitian Terkait

Beberapa penelitian yang terkait yaitu :

1. Elly Aprian (2011), Gambaran kepatuhan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan di Zaal penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah Lahat tahun 2011. Jenis penelitian ini menggunakan *cross sectional* dengan desain penelitian deskriptif dengan pengambilan sampel *accidental sampling* dengan jumlah sampel 36 perawat. Perbedaan dengan penelitian ini adalah kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* pada balita malnutrisi.
2. Ayu, S (2008). Pengaruh Program Pendampingan Gizi Terhadap Pola Asuh, Kejadian Infeksi dan Status Gizi Balita Kurang Energi Protein. Jenis penelitian ayu adalah *kuasi eksperimen* dengan desain penelitian *Non Randomized Pre and Post Test Group*, sampel yang di gunakan 102 balita (KEP) di kecamatan mangarabombang kabupaten takalar Sulawesi selatan. Kesimpulan dari penelitian menyatakan bahwa Program Pendampingan Gizi meningkatkan pengetahuan gizi ibu, pola pengasuhan, dan status gizi balita KEP pada 3 bulan setelah pendampingan dimulai. Pendampingan gizi dilakukan oleh kader dan responden adalah balita gizi kurang. Perbedaan dengan penelitian ini adalah *homecare* akan dilakukan oleh perawat puskesmas dan responden penelitian adalah balita malnutrisi.
3. Priyo Nugroho (2010). Hubungan Tingkat Pengetahuan Pada Nutrisi, Pola Makan dan Energi Tingkat Konsumsi dengan Status Gizi Anak Usia Lima Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Selogiri, Wonogiri. Jenis penelitian menggunakan Deskriptif analisis dengan metode pengambilan data cross

sectional. Penelitian ini menggunakan 80 anak sebagai sampel dari jumlah populasi 2.104. Kesimpulan dari penelitian ini adalah pengetahuan gizi ibu, pola asuh makan, dan tingkat konsumsi energi berpengaruh terhadap status gizi balita. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah pada balita yang diteliti bukan balita malnutrisi