

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Malnutrisi

a. Definisi

Malnutrisi adalah suatu kondisi ketidakseimbangan gizi yang diterima dengan kebutuhan tubuh yang merujuk pada dua kondisi yaitu kelebihan nutrisi atau gizi (*over-nutrition*) baik secara relatif maupun absolut dan kekurangan gizi atau gizi kurang (*under-nutrition*) (Notoatmodjo,2011; Adiningsih, 2010). Kekurangan gizi merupakan kondisi kekurangan energi dan atau zat gizi sedangkan kelebihan nutrisi merupakan suatu kondisi dimana zat gizi berlebih seperti kondisi obesitas (Saunders, 2010; RCN,2006).

Seseorang yang kekurangan gizi oleh konsumsi gizi yang tidak mencukupi kebutuhannya dalam waktu tertentu. Tubuh akan memecah cadangan makanan di dalam lapisan lemak yang berada di bawah lapisan kulit dan lapisan organ tubuh, yaitu usus dan jantung. Kondisi kekurangan gizi yang berlangsung lama akan mengakibatkan gizi buruk yang semakin berat tingkatannya (Adiningsih, 2010).

b. Klasifikasi Malnutrisi

Malnutrisi memiliki dua klasifikasi yaitu malnutrisi energi dan protein disebabkan oleh defisiensi dari sebagian atau semua zat gizi

dan malnutrisi defisiensi mikronutrien yang disebabkan karena defisiensi zat gizi mikro. Terdapat dua klasifikasi malnutrisi energi protein menurut Pudjiadi (2005), klasifikasi malnutrisi terdiri dari:

- 1) Kurang energi protein ringan, terdapat pertumbuhan yang kurang, sedangkan kelainan biokimiawi dan gejala klinis tidak ditemukan.
- 2) Kurang energi protein berat, terdapat gangguan pertumbuhan, kelainan biokimiawi, dengan gejala klinis sebagai berikut:

a) *Kwashiorkor*

Edema, umumnya seluruh tubuh terutama pada punggung dan kaki, wajah bulat, sembab, pandangan mata sayu, *apatis*, rewel, sering disertai penyakit infeksi (*acute*), anemia dan diare, berat badan >60% dari berat badan normal.

b) *Maramus*

Tidak ada edema, berat badan <60% dari berat badan normal, tampak sangat kurus, wajah seperti orang tua, cengeng, kulit keriput, perut cekung, jaringan lemak sub kutis sangat sedikit sampai tidak ada (pada daerah pantat tampak seperti memakai celana longgar "*baggy pants*"), sering disertai penyakit infeksi (kronis berulang) dan diare.

c) *Maramus kwashiorkor*

Gambaran klinis merupakan campuran dari beberapa gejala klinis *maramus* dan *kwashiorkor*, misalnya: berat badan <60% dari berat badan normal, ada edema.

Beberapa anggapan atau kondisi yang menyebabkan anak balita rawan gizi atau rawan kesehatan (Notoatmodjo, 2011) antara lain:

- 1) Anak balita baru berada dalam masa transisi dari makanan bayi ke makanan orang dewasa.
- 2) Anak balita sudah mulai main di tanah, dan sudah dapat main di luar rumahnya sendiri, sehingga lebih terpapar dengan lingkungan yang kotor dan kondisi yang memungkinkan untuk terinfeksi dengan berbagai macam penyakit.
- 3) Biasanya anak balita ini sudah mempunyai adik, atau ibu sudah bekerja penuh sehingga perhatian ibu sudah berkurang.
- 4) Anak balita belum bisa mengurus dirinya sendiri, termasuk dalam memilih makanan. Disisi lain ibunya sudah tidak begitu memperhatikan lagi makanan anak balita, karena dianggap sudah dapat makan sendiri.

Antropometri sebagai indikator status gizi, dapat dilakukan dengan dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Kombinasi dari parameter disebut indeks antropometri. Jenis-jenis indeks antropometri adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB),

lingkar lengan atas menurut tinggi badan (LLA/TB) dan lingkar lengan atas menurut umur (LLA/U).

Standar baku nasional tentang klasifikasi status gizi anak dibawah lima tahun (balita) berdasarkan keputusan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1995/MENKES/SK/XXI/2010, adapun disepakati sebagai berikut:

Tabel 1. Klasifikasi Status Gizi

Indeks Antropometri	Kategori status gizi	Ambang batas (Z-Score)
Berat Badan Menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	- 3 sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2SD
	Gizi Lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) anak umur 0-60 bulan	Sangat pendek	< -3 SD
	Pendek	- 3 sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2SD
	Tinggi	>2 SD
Berat badan menurut panjang badan (BB/PB) atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) Anak umur 0-60 bulan	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	- 3 sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Masa Tubuh Menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5-18 Tahun	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	- 3 sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2SD
	Obesitas	>2SD

c. Faktor yang mempengaruhi gizi buruk

Menurut Soekirman (2008) timbulnya masalah gizi kurang pada anak balita, bukanlah sesuatu yang berdiri sendiri namun disebabkan oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya gizi kurang dapat di kelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung.

Penyebab langsung gizi kurang atau malnutrisi, Pertama karena makanan yang tidak seimbang, baik jumlah dan mutu asupan gizinya, di samping itu asupan zat gizi tidak dapat dimanfaatkan oleh tubuh secara optimal karena adanya penyerapan akibat adanya penyakit infeksi. Kedua adalah karena penyakit infeksi yang berkaitan tinggi dengan tingginya angka kejadian penyakit menular dan buruknya kesehatan lingkungan dimana kondisi infeksi akan menyebabkan gizi kurang dan kondisi malnutrisi sendiri akan memberikan dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi (Fitriyani, 2009).

Penyebab tidak langsung gizi kurang selain sanitasi dan penyediaan air bersih, kebiasaan mencuci tangan dengan sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok, ruangan dalam rumah terkena sinar matahari dan lingkungan rumah yang bersih. Faktor lain yang juga berpengaruh yaitu ketersediaan pangan (Kemenkes, 2011). Selanjutnya, ketersediaan pangan rumah tangga, perilaku dan pelayanan kesehatan (Correa *et al.*, 2009; Goudet *et al.*, 2011).

Sedangkan faktor-faktor lain selain faktor kesehatan, kemiskinan, pendidikan yang rendah, stigma masyarakat juga mempengaruhi terjadinya gizi buruk (Kigori *et al.*, 2010; Firestone, 2011). Hal ini juga didukung oleh penjelasan Soekirman (2008) bahwa kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi kurang dikarenakan kemiskinan identik dengan tidak tersedianya makanan yang adekuat dan rendahnya pengetahuan keluarga dalam memelihara kesehatan anggota keluarga terutama anak balita.

d. Dampak gizi buruk

Dampak kekurangan gizi adalah akibat negatif dari kekurangan gizi terhadap kesejahteraan perorangan, keluarga dan masyarakat sehingga dapat merugikan pembangunan nasional suatu bangsa (Soekirman, 2000). Gizi kurang menyebabkan gangguan pertumbuhan perkembangan fisik maupun mental, mengurangi tingkat kecerdasan, kreatifitas dan produktifitas penduduk (Depkes, 2005). Kondisi gizi buruk akan mempengaruhi banyak organ dan sistem, karena kondisi gizi buruk ini sering disertai dengan defisiensi (kekurangan) asupan mikro atau makro nutrien lain yang sangat diperlukan bagi tubuh (Macallan, 2009).

Beberapa penelitian menjelaskan, dampak jangka pendek gizi buruk terhadap perkembangan anak adalah anak menjadi *apatis*, mengalami gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang dari gizi buruk adalah penurunan

skor tes IQ, penurunan kognitif, penurunan integrasi sensori, gangguan pemusatan perhatian, gangguan penurunan rasa percaya diri dan tentu saja merosotnya prestasi anak (Jalal, 2009; Bhoomika, 2008; Nency, 2005).

e. Upaya penanggulangan gizi buruk

Penanganan kasus gizi kurang memerlukan peranan dari pemerintah, praktisi kesehatan, maupun keluarga. Para praktisi harus meningkatkan pelayanan dan pemberdayaan keluarga agar keluarga dapat mengatasi masalah gizi kurang (Fitriyani, 2009). Depkes (2005) menjelaskan bahwa kebijakan upaya perbaikan gizi dikembangkan dan diarahkan untuk meningkatkan status gizi masyarakat.

Intervensi yang telah dilakukan dalam mengatasi gizi kurang adalah dengan menggiatkan pemantauan pertumbuhan anak di posyandu, pemberian makanan suplemen (Makanan pendamping ASI, Vitamin A dan tablet zat besi), pendidikan dan konseling gizi, pendampingan keluarga dan promosi keluarga sadar gizi serta Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) atau *local area monitoring* melalui puskesmas dan posyandu (Hardiansyah, 2008).

Intervensi keperawatan komunitas pada populasi balita gizi kurang dapat dilakukan dengan tiga tingkat pencegahan masalah yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Menurut Stanhope dan Lancaster (2003), pencegahan primer adalah suatu upaya untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah munculnya penyakit.

Pencegahan sekunder dapat berupa deteksi dini keadaan kesehatan masyarakat dan pelaksanaan yang tepat untuk mengatasi masalah. Sedangkan pencegahan tersier adalah upaya untuk mengembalikan kemampuan individu agar dapat berfungsi secara optimal.

Menurut Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999), intervensi keparawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah gizi kurang pada balita pada level pencegahan primer adalah dengan cara memberikan edukasi pada orang tua tentang nutrisi anak, melakukan kunjungan rumah, dan membantu keluarga dalam penyediaan makanan. Sedangkan pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan skrining atau deteksi dini status gizi balita dan pemantauan status gizi. Intervensi pencegahan tersier dapat dilakukan dengan cara upaya rujukan balita yang sudah mengalami gizi buruk serta rehabilitasi gizi buruk setelah di rawat di rumah sakit (Huriah, 2007).

2. Home care

a. Definisi

Home care adalah suatu sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya (Neis & Mc. Ewen, 2007) untuk menjaga kesehatan, edukasi, pencegahan penyakit, diagnosis, terapi paliatif, dan rehabilitasi (Potter & Perry, 2009). *Home care* modern merupakan dasar dari pelayanan keperawatan komunitas, yang memberikan pelayanan yang

komprehensif baik pada individu yang sakit maupun yang sehat di rumah (Shannon, 2010).

Home care pada anak di definisikan sebagai suatu pelayanan pada anak dan keluarganya yang mempunyai kebutuhan yang sederhana maupun kompleks akan perawatan kesehatan dengan tujuan meningkatkan, mencegah, atau mengembalikan fungsi kesehatan pada tingkat kemandirian yang maksimal dengan meminimalkan dampak ketidakmampuan dan penyakit termasuk penyakit terminal (Hockenberry, 2007).

b. Tujuan *home care*

Tujuan utama *home care* adalah untuk mencegah terjadinya suatu penyakit dan meningkatkan kesehatan klien (Stanhope, 2004; Clark, 2003) melalui promosi kesehatan dan edukasi yang berfokus pada kemandirian klien dan keluarganya (Potter & Perry, 2009).

Nuryandari (2004), menyebutkan bahwa tujuan umum dari *home care* adalah untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit untuk mencapai kemampuan individu secara optimal selama mungkin yang dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan. Tujuan khusus dari *home care* adalah meningkatkan upaya promosi, preventif, kuratif dan rehabilitatif, mengurangi frekuensi hospitalisasi, meningkatkan efisiensi waktu, biaya, tenaga dan pemikiran.

c. Manfaat *home care*

Berbagai keuntungan dari pelayanan *home care* bagi klien menurut Setyawati (2004) antara lain:

- 1) Pelayanan akan lebih sempurna, holistik dan komprehensif.
- 2) Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan di bawah naungan legal dan etik keperawatan.
- 3) Kebutuhan klien akan dapat terpenuhi sehingga klien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang professional.

Bentuk pelayanan dalam program *home care* (Potter & Perry, 2009) yaitu:

- 1) Perawatan luka (penggantian perban steril, debridemen, irigasi, dan instruksi teknik perawatan luka kepada klien dan keluarga).
- 2) Tanda vital (memonitor tekanan darah dan instruksi pengukuran tanda vital kepada klien dan keluarga).
- 3) Nutrisi (penilaian status gizi dan hidrasi).
- 4) Rehabilitasi (pelatihan rawat jalan, penggunaan alat bantu, instruksi teknik transfer terhadap klien dan keluarga).
- 5) Pengobatan (memonitor kepatuhan, melakukan injeksi, instruksi informasi obat terhadap klien dan keluarga, mempersiapkan obat, dan langkah yang di ambil jika ada efek samping).
- 6) Terapi intravena (penggunaan produk darah, analgesik, dan agen kemoterapi, serta hidrasi jangka panjang, instruksi penggunaan alat intravena kepada klien dan keluarga).

d. Pemberi pelayanan *home care*

Menurut Allender (1997) pemberi pelayanan dalam *home health care* meliputi:

- 1) Pelayanan keperawatan dapat diberikan oleh *registered nurse*, perawat vokasional, pembantu dalam *home health* yang disupervisi oleh perawat.
- 2) *Supplemental therapiest* meliputi terapi fisik, terapi wicara, terapi okupasional, dan terapi rekreasi.
- 3) Pelayanan pekerja sosial.

Menurut Stackhouse (1998) pada saat *home care* balita malnutrisi, keluarga adalah *partner* di setiap tahapan proses keperawatan, yaitu tahap pengkajian, perencanaan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

e. Standar pelayanan *home care*

Standar keperawatan di negara Indonesia mengacu pada pelaksanaan proses keperawatan, dimana standar keperawatan bagi perawat yang melakukan *home care* dapat mengacu pada standar yang dibuat oleh *The American Nurses Association (ANA)*1986, dalam Mubarak (2009). Standar tersebut adalah sebagai berikut:

1) Standar 1

Organisasi pelayanan kesehatan dirumah yakni seluruh pemberi pelayanan kesehatan termasuk perawat, dokter, psikoterapis,

terapis okupasi, terapis berbicara serta pekerja sosial perlu diorganisasi dan diatur dengan sistem manajemen tertentu.

2) Standar 2

Teori yaitu perawat mengaplikasikan konsep dan teori sebagai dasar pengambilan keputusan dalam tugasnya.

3) Standar 3

Pengumpulan data yaitu perawat secara terus menerus mengumpulkan data dan mencatat data dengan teliti, sistematis, dan komprehensif.

4) Standar 4

Diagnosis yaitu perawat menggunakan data hasil pengkajian untuk menentukan diagnosis keperawatan.

5) Standar 5

Perencanaan yaitu perawat mengembangkan perencanaan keperawatan untuk mencapai tujuan. Rencana perawatan didasarkan pada diagnosis keperawatan dan menggunakan tindakan-tindakan pencegahan, perawatan dan pemulihan.

6) Standar 6

Intervensi yaitu perawat dengan pedoman rencana perawatan yang memberikan intervensi untuk meningkatkan rasa nyaman, memulihkan, memperbaiki dan meningkatkan kesehatan, mencegah komplikasi, serta meningkatkan hasil rehabilitasi.

7) Standar 7

Evaluasi adalah perawat mengevaluasi respon klien dan keluarga terhadap intervensi perawatan secara berkelanjutan untuk menentukan kemajuan terhadap pencapaian tujuan dan meriview data dasar, diagnosis keperawatan dan rencana perawatan.

8) Standar 8

Kesinambungan perawatan yaitu perawat bertanggungjawab terhadap pemberian perawatan yang tepat dan tidak terputus bagi klien, untuk itu digunakan rencana pulang, manajemen kasus, dan koordinasi dengan sumber-sumber dimasyarakat.

9) Standar 9

Kolaborasi interdisiplin yaitu perawat memulai dan mempertahankan hubungan kerjasama dengan pemberi pelayanan kesehatan yang tepat dan menjamin bahwa seluruh upaya dapat melengkapi satu sama lainnya secara efektif.

10) Standar 10

Pengembangan profesional yakni perawat memiliki tanggungjawab untuk mengembangkan diri secara profesional dan membantu perawat lain mengembangkan sikap profesional.

11) Standar 11

Riset yakni perawat berpartisipasi dalam berbagai riset dan berkontribusi dalam pengembangan profesi dan ilmu dari pelayanan kesehatan di rumah.

12) Standar 12

Etik yakni perawat menggunakan standar yang dikembangkan oleh ANA sebagai pedoman bagi pengambilan keputusan dalam praktek keperawatan.

3. Perawat

a. Definisi

Definisi perawat menurut ICN (*International Council Of Nursing*) tahun 1965, perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat serta berwenang di negeri bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit dan pelayanan penderita sakit.

Perawat menurut UU RI. No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh dari pendidikan keperawatan (Widyawati, 2012).

b. Peran perawat

Peran Perawat dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah menurut Depkes (2006) meliputi:

- 1) Manajer Kasus : Mengelola dan mengkolaborasikan dengan anggota keluarga dan penyedia pelayanan kesehatan atau pelayanan sosial yang lain untuk meningkatkan pencapaian pelayanan.

- 2) Pelaksana atau Pemberi Asuhan : Memberikan pelayanan langsung dan melakukan supervisi pelayanan yang diberikan oleh anggota keluarga atau pelaku rawat (*care giver*).
- 3) Pendidik : Mengajarkan keluarga tentang sehat sakit dan bertindak sebagai penyedia informasi kesehatan.
- 4) Kolaborator : Mengkoordinir pelayanan yang diterima oleh keluarga dan mengkolaborasikan dengan keluarga dalam merencanakan pelayanan.
- 5) Pembela (*Advocate*) : Melakukan pembelaan terhadap pasien melalui dukungan peraturan.
- 6) Konselor membantu pasien dan keluarga dalam menyelesaikan masalah dan mengembangkan coping yang konstruktif.
- 7) Penemu Kasus dan Melakukan Rujukan : Melibatkan diri dalam menemukan kasus di keluarga dan melakukan rujukan secara cepat.
- 8) Penata lingkungan rumah : Melakukan modifikasi lingkungan bersama pasien dan keluarga dan tim kesehatan lain untuk menunjang lingkungan sehat.
- 9) Peneliti : Mengidentifikasi masalah praktik dan mencari jawaban melalui pendekatan ilmiah.

c. Standar kompetensi perawat

Standar diartikan sebagai ukuran atau patokan yang disepakati, sedangkan kompetensi dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang

yang dapat terobservasi mencakup atas pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja (*performance*) yang ditetapkan (PPNI, 2005).

Kompetensi perawat menurut PPNI (2005) dikelompokkan menjadi 3 ranah utama yaitu:

- 1) Praktik Professional, etis, legal dan peka budaya
 - a) Bertanggung gugat terhadap praktik profesional
 - b) Melaksanakan praktik keperawatan (secara etis dan peka budaya)
 - c) Melaksanakan praktik secara legal
- 2) Pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan
 - a) Menerapkan prinsip-prinsip pokok dalam pemberian dan manajemen asuhan keperawatan
 - b) Melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan keperawatan
 - c) Melakukan pengkajian keperawatan
 - d) Menyusun rencana keperawatan
 - e) Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana
 - f) Mengevaluasi asuhan tindakan keperawatan
 - g) Menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal dalam pemberian pelayanan
 - h) Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman

- i) Menggunakan hubungan interprofesional dalam pelayanan keperawatan atau pelayanan kesehatan
 - j) Menggunakan delegasi dan supervisi dalam pelayanan asuhankeperawatan
- 3) Pengembangan professional
- a) Melaksanakan peningkatan professional dalam praktik keperawatan
 - b) Melaksanakan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan asuhankeperawatan
 - c) Mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi.

4. Pelatihan

a. Pengertian pelatihan

Pelatihan adalah proses pembelajaran yang lebih menekankan pada praktek dari pada teori yang dilakukan seseorang atau kelompok dengan menggunakan pelatihan orang dewasa dengan bertujuan meningkatkan kemampuan dalam satu atau beberapa jenis keterampilan tertentu (Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesehatan, 2002). Trunik (2006) mengemukakan bahwa pelatihan bukanlah untuk mengganti keterampilan dasar dan kualifikasi karyawan, tetapi untuk meningkatkan kemampuan karyawan yang berdasarkan analisa, sehingga dapat meningkatkan kinerja mereka.

Pelatihan memiliki tujuan penting untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sebagai kriteria keberhasilan program kesehatan secara keseluruhan (Notoatmodjo, 2005). Menurut Depkes (2000) tujuan pelatihan merupakan upaya peningkatan sumberdaya manusia termasuk sumberdaya manusia tenaga kesehatan, juga perawat, agar pengetahuan dan keterampilannya meningkat.

Pelatihan bertujuan agar pegawai bisa menguasai pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang ditekankan dalam program pelatihan sehingga dapat diterapkan dalam menjalankan tugas sehari-hari (Raymond A. Noe, John R. Hollenbeck Barry Gerhart, Patrick M. Wright, 2006). Menurut Bernardin dan Russel (2010) mengemukakan definisi pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai keterampilan dan teknik pelaksanaan pekerjaan tertentu, terinci, dan bersifat rutin serta untuk keperluan melakukan pekerjaan sekarang.

Agar pelatihan dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perusahaan, menurut Cascio (2006), salah satu faktor yang paling penting dalam mempengaruhi tingkat efektifitas training adalah kualitas training, kesiapan karyawan untuk mengikuti training dan tingkat dukungan organisasi terhadap training tersebut. Adapaun kesiapan peserta training berhubungan dengan karakteristik mereka sebelum training, selama training dan setelah training. Ketiga hal

diatas mempengaruhi tingkat keefektifan dari training yang dijalankan oleh perusahaan tersebut.

b. Komponen utama mengelola pelatihan

Komponen utama dalam mengelola pelatihan menurut Raymond A. Noe, John R. Hollenbeck Barry Gerhart, Patrick M. Wright (2006) meliputi :

1) Materi pelatihan

Materi pelatihan yakni rumusan pemikiran yang membicarakan dan menerangkan tentang suatu tema atau pokok bahasan dalam pelatihan. Materi pelatihan harus mencakup kejelasan dan kesesuaian isi yang terkait.

2) Metode pelatihan

Metode pelatihan yakni menyangkut tentang cara pelatihan yang diikuti baik berupa pemberian kesempatan diskusi dan penerapannya ditempat praktek.

3) Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai sejauhmana tujuan dapat dicapai dan melihat efektifitas penyelenggaraan pelatihan yang dapat dinilai dari reaksi peserta terhadap pelatihan, pembelajaran peserta terhadap ide dan konsep pelatihan, perilaku peserta setelah adanya pelatihan serta hasil terhadap organisasi.

4) Metode pelatihan

Dalam pelaksanaan program-program pelatihan dan pengembangan yang efektif, diperlukan suatu metode, model pelatihan yang sesuai dengan tuntutan kebutuhan pekerjaan, organisasi dan lingkungan. Dalam kegiatan pelatihan dan pengembangan manajemen terdapat dua metode, yaitu metode praktis (*on the job training*) dan metode presentasi informasi serta simulasi (*off the job training*) (Handoko, 1998; Robin, 2002; Simamora, 2004).

Menurut Michael J. Piore (1998), program *on-the-job training* merupakan metode pelatihan yang sering digunakan, dalam hal ini karyawan peserta dilatih tentang pekerjaan baru dan nyata dengan supervisi langsung, yakni instruktur yang berpengalaman. Dalam metode ini menggunakan praktek-praktek sebagai berikut:

- 1) Magang (*apprenticeship*), merupakan proses belajar dari seseorang atau beberapa orang kepada orang lain yang telah berpengalaman, sehingga karyawan peserta dapat mempelajari berbagai aspek dari pekerjaannya.
- 2) Penugasan sementara, yaitu penempatan karyawan peserta pada posisi tertentu, dan karyawan yang bersangkutan terlibat dalam pemecahan suatu masalah dan pengambilan keputusan dari suatu organisasi.

- 3) Rotasi jabatan atau pekerjaan (*job rotation*), yaitu suatu upaya memberikan pengalaman-pengalaman kepada karyawan melalui cara memindahkan peserta dari jabatan atau pekerjaan yang satu pada jabatan atau pekerjaan yang lain secara periodik dan biasanya melalui praktek berbagai macam keterampilan dan manajerial.
- 4) Latihan instruksi pekerjaan, yaitu petunjuk mengerjakan sesuatu tugas atau pekerjaan diberikan secara langsung pada karyawan yang berkaitan dengan pekerjaan sekarang.
- 5) *Coaching*, merupakan metode yang lebih bersifat pendidikan, dalam hal ini supervisor memberitahu kepada karyawan peserta mengenai tugas yang akan dilaksanakan serta bagaimana cara mengajarkannya. Dalam hal ini instruktur memberi bimbingan dan pengarahan kepada karyawan dalam pelaksanaan pekerjaan rutin.

Program *off the job training* merupakan metode presentasi informasi-informasi sebagai upaya untuk mengajarkan berbagai sikap, konsep atau keterampilan pada karyawan peserta. Dalam metode ini biasanya meliputi cara-cara sebagai berikut:

- 1) Kuliah (*lecture*), merupakan metode yang banyak dilakukan, instruktur menyampaikan informasi kepada peserta dalam jumlah relatif banyak. Metode ini dianggap kurang efektif, karena kurang adanya *feed back* dan partisipasi dari peserta.

- 2) Presentasi video, dalam metode ini dilakukan melalui cara presentasi, slide, film dan sejenisnya. Metode ini hampir mirip metode kuliah.
- 3) Metode konferensi (*conference method*). Metode ini identik dengan bentuk seminar. Instruksi memberikan makalah, kemudian dilakukan pembahasan dan peserta dituntut aktif untuk mengemukakan ide, memberikan saran serta membuat kesimpulan. Dalam metode ini karyawan peserta sudah dilibatkan dalam pemecahan masalah dan mengambil keputusan.
- 4) *Programed instruction*. Metode ini merupakan bentuk program pelatihan. Peserta dilatih untuk belajar sendiri, melalui pedoman kerja, komputer atau alat-alat kerja lainnya. Dalam metode ini biasanya peserta diuji terlebih dahulu untuk menentukan tingkat atau level setiap peserta.
- 5) *Self study*. Metode ini dilakukan apabila karyawan secara geografis tersebar berjauhan, biasanya menggunakan manual-manual atau modul-modul tertulis, kaset maupun video tape rekaman dan selanjutnya dilakukan tutorial.
- 6) *Stimulasi*. Metode ini mengetengahkan peserta menerima presentasi atau masalah tiruan suatu aspek organisasi, kemudian peserta diminta untuk menanggapi seperti keadaan sebenarnya.

7) Desain program pelatihan

Desain program pelatihan yang efektif menurut Kusriyanto (2001), adalah sebagai berikut:

- a) Mempunyai sasaran yang jelas.
- b) Diberikan oleh tenaga pelatih yang cakap menyampaikan ilmunya dan mampu memotivasi para peserta.
- c) Isinya mendalam sehingga tidak hanya menjadi sebagai hafalan, melainkan mampu mengubah sikap dan meningkatkan prestasi dalam menjalankan tugasnya.
- d) Sesuai dengan latar belakang teknis, permasalahan dan daya tangkap peserta.
- e) Menggunakan metode yang tepat guna, misalnya kelompok diskusi untuk suatu sasaran tertentu dan demonstrasi sambil kerja (*on the job*) untuk sasaran lainnya.
- f) Meningkatkan keterlibatan aktif para peserta sehingga mereka bukan sekedar pendengar atau pencatat semata.
- g) Disertai dengan desain penelitian tentang sejauh mana sasaran program tercapai dan prestasi serta produktifitas dari suatu organisasi.

8) Evaluasi program pelatihan

Metode empat tingkatan dalam mengevaluasi program pelatihan, meliputi evaluasi reaksi, pembelajaran, perilaku dan evaluasi hasil. Evaluasi reaksi adalah pengukuran kepuasan dari

peserta pelatihan. Evaluasi pembelajaran adalah pengukuran pengetahuan, keterampilan dan sikap dari peserta pelatihan. Evaluasi perilaku adalah pengukuran perubahan perilaku dikarenakan pelatihan yang diikuti. Evaluasi hasil adalah pengukuran keberhasilan dari pelatihan (Kirkpatrick, 2006; Kirkpatrick, 2007; Haryanti, 2010).

Kirkpatrick (2006) mengemukakan empat level evaluasi pelatihan, yaitu:

1) Evaluasi reaksi

Menanyakan sejauh mana peserta menyukai program pelatihan, dan berpartisipasi dalam pelatihan. Evaluasi ini biasanya dilakukan dengan kuisisioner yang dibagikan pada saat berakhirnya pelatihan. Kuisisionernya dikenal dengan nama *happiness sheet*. Kuisisioner ini membantu kita untuk mengetahui keefektifan program pelatihan dan mempelajari bagaimana agar kita bisa memperbaikinya kedepan. Evaluasi ini sangat mudah dan hasilnya cepat diperoleh. Hampir semua lembaga ataupun penyelenggara pelatihan menggunakan ini.

2) Evaluasi pembelajaran

Evaluasi pembelajaran dapat didefinisikan sebagai sejauh mana peserta mengubah sikap, peningkatan pengetahuan juga keterampilan sebagai hasil dari menghadiri program pelatihan. Jenis evaluasi ini juga relatif mudah, biasanya menggunakan

predan post test. Peningkatan nilai yang diperoleh dari *pre* ke *post test* merupakan penambahan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh dari proses pembelajaran. Bentuk *pre* dan *post test* harus sama dan pada pelatihan untuk orang dewasa sebaiknya anonim, karena orang dewasa pada dasarnya kurang suka bila dites, tetapi belajar mereka lakukan apabila mereka merasa butuh.

3) Evaluasi perilaku

Menggambarkan sejauhmana perubahan perilaku individu peserta yang disebabkan oleh mengikuti program pelatihan. Tidak ada hasil akhir yang dapat diharapkan kecuali kalau perubahan perilaku positif pada peserta pelatihan terjadi. Dibandingkan dengan evaluasi level 1 dan 2, evaluasi perilaku ini relatif sulit dan banyak memakan waktu. Evaluasi perilaku sebaiknya dilakukan beberapa waktu setelah peserta kembali kelapangan dengan observasi atau *post training-test*. Evaluasi perilaku ini juga dapat dilakukan dengan *action plan*.

4) Evaluasi hasil

Evaluasi hasil dapat didefinisikan sebagai hasil akhir yang terjadi karena individu mengikuti program pelatihan. Hasil akhir ini mencakup peningkatan produksi, peningkatan kualitas, penurunan biaya, penurunan angka kecelakaan kerja, penjualan meningkat, omset berkurang dan keuntungan lebih tinggi. Evaluasi dampak pelatihan ini juga sangat sulit. Oleh karena sulitnya

mengidentifikasi secara pasti kemajuan perusahaan yang disebabkan oleh hasil pelatihan atau pengaruh lainnya, sedikit sekali penyelenggara pelatihan yang telah dan dapat melakukan secara benar. Evaluasi dampak yang baik dapat mengarahkan penyelenggara maupun organisasi asal peserta menghitung *return on investment* dari pelatihan. Bila hal ini dapat dilakukan dengan baik dan benar oleh penyelenggara pelatihan maupun organisasi asal peserta, maka dapat dipastikan bahwa pelatihan akan dipandang sebagai suatu yang penting dalam konsep maupun realita.

5. Sikap

a. Pengertian

Sikap (*attitude*), berasal dari bahasa Italia *attitudine* yaitu "*Manner of placing or holding the body, dan Way of feeling, thinking or behaving*". Sikap adalah cara menempatkan atau membawa diri, atau cara merasakan, jalan pikiran, dan perilaku. Thomas & Znaniecki (1920) dalam penelitian Rumanti 2009 menegaskan bahwa sikap adalah predisposisi untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu, sehingga sikap bukan hanya kondisi internal psikologis yang murni dari individu, tetapi sikap lebih merupakan proses kesadaran yang sifatnya individual. Artinya proses ini terjadi secara subjektif dan unik pada diri setiap individu. Keunikan ini dapat terjadi oleh adanya perbedaan individual yang berasal dari

nilai-nilai dan norma yang ingin dipertahankan dan dikelola oleh individu (Rumanti, 2009).

Sikap merupakan materi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya penyesuaian reaksi terhadap suatu stimulus tertentu yang ada dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Yuliasuti, 2007).

b. Tingkatan sikap

Menurut Notoatmojo (2003), sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apakah ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

c. Praktek atau Tindakan sikap

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*) untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain fasilitas dan factor dukungan (*support*) dari pihak lain. Praktek ini mempunyai beberapa tingkatan:

1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagi objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkatan pertama.

2) Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktek tingkat dua.

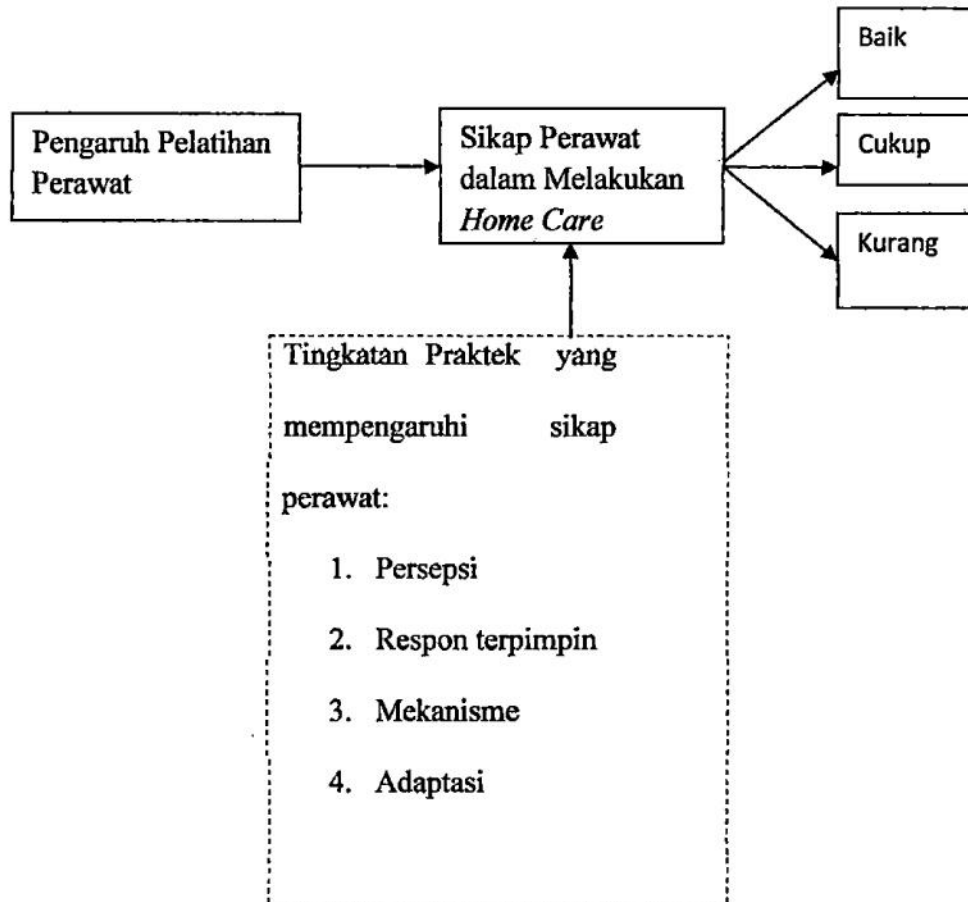
3) Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu, itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4) Adaptasi (*adaptation*)


Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya sendiri tanpa mengurangi kebenarannya tersebut.

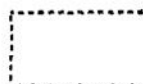
B. Kerangka Konsep



Skema 1. Kerangka Konsep penelitian (Yuliasuti, 2007)

Keterangan :

 : variabel yang diteliti

 : variabel yang tidak diteliti

C. Hipotesis

Pada penelitian ini, peneliti menarik kesimpulan dalam bentuk yang masih sementara dan harus dibuktikan kebenaran (hipotesis) sebagai titik tolak ukur atau arah dari pelaksanaan penelitian bahwa:

Ha : Ada Pengaruh antara Pelatihan *Home Care* pada Perawat Terhadap Sikap Perawat dalam Melakukan *Home Care* pada Balita Malnutrisi.

Ho : Tidak Ada Pengaruh antara Pelatihan *Home Care* pada Perawat Terhadap Sikap Perawat dalam Melakukan *Home Care* pada Balita Malnutrisi.