

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu permasalahan kesehatan di Indonesia adalah kematian anak usia dibawah lima tahun (Balita). World health Organization (2011) memperkirakan bahwa 54% kematian anak disebabkan oleh keadaan gizi yang buruk, sementara masalah gizi di Indonesia mengakibatkan lebih dari 80% kematian anak. Kelompok balita adalah kelompok usia yang paling rentan terkena malnutrisi karena balita masih tergantung pada orang tua yang mengasuh dan membesarkannya (Adriani & Wirjatmadi, 2012). Balita sebagai calon generasi penerus bangsa, kualitas tumbuh kembangnya perlu mendapat perhatian serius yaitu stimulasi yang memadai, ketersediaan pelayanan kesehatan dan asupan gizi yang baik

Angka kematian dan kesakitan pada balita akibat status gizinya jarang disebutkan secara *eksplisit*. Di beberapa negara berkembang banyak balita yang meninggal karena penyakit diare, pneumonia, dan penyakit infeksi menular yang dimana gizi yang menjadi penyebab dasarnya. Dalam kebijaksanaan pembangunan kesehatan, ragam gizi diakui sebagai salah satu penyebab penting tingginya morbiditas dan mortalitas bayi di Indonesia (Notoatmodjo, 2011). Berdasarkan data di tahun 2007, prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang dan pendek di Indonesia adalah 18,4%, sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90% kontribusi masalah gizi dunia. Pada tahun 2010 prevalensi gizi

kurang dan pendek menurun menjadi 17,9% namun selanjutnya tidak ada penurunan yg bermakna selama 3 tahun terakhir. Menurut data Riskesdas 2010, sebanyak 13,3% anak balita masih ditemukan kurus dan sangat kurus (BAPPENAS, 2011).

Gizi kurang dikelompokkan berdasarkan prevalensinya ke dalam 4 kelompok yaitu rendah (dibawah 10%), sedang (10-19%), tinggi (20-29%) dan sangat tinggi (30%). Berdasarkan pengelompokkan gizi kurang menurut WHO, Indonesia pada tahun 2004 tergolong Negara dengan status kekurangan gizi yang tinggi karena 5.119.935 (atau 28,47%) dari 17.983.244 balita di Indonesia termasuk kelompok gizi kurang dan gizi buruk. Angka ini cenderung meningkat pada tahun 2005-2006 (Nurasiyah, 2007). Prevalensi status gizi berdasarkan berat badan per tinggi badan (BB/TB) adalah balita sangat kurus 2,6% dan kurus 6,5% (Kemenkes 2012).

Tahun 2010 angka kejadian balita gizi buruk berturut-turut di kabupaten di DIY adalah : Kulonprogo 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). Kota Yogyakarta merupakan kabupaten tertinggi angka gizi buruk di Daerah Istimewa Yogyakarta. Pengukuran status gizi di Kota Yogyakarta dilakukan satu tahun sekali dalam kegiatan Pemantauan Status Gizi (PSG). Pemantauan yang dilakukan dari tahun 2002 sampai tahun 2010 didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan gizi buruk pada tahun 2004 dan tahun 2005, sedangkan di tahun 2006 sendiri prosentasenya sama dengan tahun 2005. Di tahun 2008 terjadi penurunan gizi

buruk dikota Yogyakarta, namun kemudian mengalami peningkatan kembali pada tahun 2009 dan tahun 2010 (Dinkes kota Yogyakarta, 2011).

Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan dan konsumsi pangan beragam, faktor sosial-ekonomi, budaya dan politik. Hasil peneliti terdahulu menunjukkan bahwa perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi mempengaruhi status gizi balita (Huriah, 2006). Semakin rendahnya tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita , akan memperlihatkan semakin tingginya prevalensi balita gizi buruk dan prevalensi gizi kurang (Kemenkes,2011).

Pada hakekatnya masalah gizi dapat diselesaikan dalam waktu *relative* singkat (BAPPENAS, 2011). WHO sejak tahun 2007 telah mensosialisasikan program *Community- Based Management of Several 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 Ashworth 2006). Hal ini mendukung penelitian yang menyatakan bahwa *Community Therapeutic Care* adalah suatu pendekatan yang dapat dilakukan untuk menangani malnutrisi akut pada balita dikomunitas (Myatt *et al.*, 2006; Gatchell *et al.*, 2006; Tanner&Collins, 2004).

Salah satu institusi kesehatan yang melaksanakan program *home care* untuk balita malnutrisi adalah puskesmas dan program ini dilakukan oleh perawat puskesmas (Kemenkes,2012). Perawat adalah salah satu tenaga kesehatan yang dapat melakukan kunjungan rumah ataupun perawatan di rumah. Perawat *home care* merupakan perawat yang memiliki keahlian dalam bidang administrasi serta memiliki pengalaman dalam praktik perawatan dirumah. Perawat *home care* juga berperan sebagai penghubung antara pemberi pelayanan, klien, dokter, sumber dimasyarakat dan lembaga pengatur dan penggantian biaya (Potter & Perry,2005).

Tenaga keperawatan merupakan tenaga kesehatan terbesar di Indonesia. Data dari kementerian kesehatan tahun 2011 menunjukkan jumlah perawat di seluruh puskesmas sebanyak 78.215 orang dengan jumlah puskesmas 9.321 unit. Di provinsi DIY terdapat 121 puskesmas dan 5124 orang perawat serta 863 orang perawat puskesmas pada tahun 2011 (Kemenkes, 2012; dinkes Provinsi DIY, 2008). Berdasarkan pertimbangan jumlah perawat puskesmas di Indonesia, perawat dapat menjadi manajer kasus dalam program *home care* (Depkes, 2006).

Keberhasilan dari program *home care* ditentukan oleh beberapa faktor diantaranya adalah tingkat partisipasi keluarga dan kepatuhan 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 penelitian standar asuhan dan pengetahuan perawat

(Darawad *et al.*,2012; Imdad *et al.*,2011; Luo *et al.*,2010; Ganczak&szych, 2007; Regina *et al.*,2002)

Berdasarkan penuturan penanggung jawab *home care* di Kota Yogyakarta bahwa pelaksanaan *home care* oleh perawat puskesmas di Kota Yogyakarta sudah terealisasi namun belum secara maksimal karena permintaan pelayanan *home care* dari masyarakat masih sangat kurang meskipun sudah sangat sering dilakukannya sosialisasi dan sudah terdapat dalam peraturan daerah. Jenis-jenis pelayanan *home care* banyak yang telah tersedia dipuskesmas Kota Yogyakarta, namun yang paling banyak permintaan adalah pelayanan *home care* pada perawatan luka.

Hambatan-hambatan pelaksanaan *home care* lebih banyak berasal dari pihak keluarga yaitu kekurangtahuan keluarga mengenai pelaksanaan *home care* ini, sedangkan hambatan dari perawat berasal dari beban kerja dan waktu, dikarena setiap satu orang perawat bisa memegang lebih dari satu program kegiatan kerja, sedangkan dari segi kompetensi sama sekali tidak menjadi kendala dikarenakan hampir seluruh perawat puskesmas telah berpendidikan DIII, meskipun masih ada yang lulusan SPK namun itu sangat sedikit dan sekiranya bukan menjadi hambatan.

Home care pada balita malnutrisi sebenarnya telah dipersiapkan di puskesmas, tetapi sampai saat ini belum terlaksana karena tidak adanya permintaan dari masyarakat. Kasus malnutrisi biasanya sudah terjaring oleh kader diposyandu yang telah melakukan penimbangan setiap bulannya. Kesatuan kesehatan keluarga

dan gizi akan melihat jika terdapat balita yang mengalami malnutrisi maka puskesmas akan memberikan PMT melalui dana dari pemerintah kota dan jika dirasa masih kurang maka akan dibawa kerumah pemulihan gizi, sehingga tidak adanya permintaan pelayanan *home care* pada kasus ini (Sigit,2012). Berdasarkan uraian latar belakang diatas, peneliti ingin mengetahui hambatan perawat dalam pelaksanaan *home care* pada balita malnutrisi.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang dan alasan-alasan di atas dapat dijelaskan bahwa malnutrisi pada balita masih menjadi permasalahan kesehatan di dunia , termasuk di Indonesia. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi tingginya angka kejadian malnutrisi di Indonesia khususnya Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu dengan program *community-Based Management Program for Malnutrition* yang dicanangkan oleh WHO sejak tahun 2007. Salah satu pelaksanaan elemen program tersebut adalah *home care*. Institusi kesehatan yang dapat melaksanakan program *home care* adalah puskesmas dan program *home care* di puskesmas dapat dilakukan oleh perawat. Selama ini perawat puskesmas belum menjalankan peran dan fungsi tugasnya, yaitu salah satunya belum melakukan program *home care* dikarenakan adanya beberapa hambatan. Pertanyaan penelitian ini adalah “ apakah yang menjadi hambatan perawat dalam pelaksanaan *home care* pada balita malnutrisi di Daerah Istimewa Yogyakarta ? “

C. Tujuan Peneliti

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hambatan perawat dalam pelaksanaan program *home care* pada balita malnutrisi di Daerah Istimewa Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hambatan perawat dalam pelaksanaan *home care* pada balita malnutrisi dari segi waktu.
- b. Untuk mengetahui hambatan perawat dalam pelaksanaan *home care* pada balita malnutrisi dari segi kompetensi.
- c. Untuk mengetahui hambatan perawat dalam pelaksanaan *home care* pada balita malnutrisi dari segi keluarga.
- d. Untuk mengetahui hambatan perawat dalam pelaksanaan *home care* pada balita malnutrisi dari segi lingkungan.
- e. Untuk mengetahui hambatan perawat dalam pelaksanaan *home care* pada balita malnutrisi dari segi kebijakan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Perawat pelaksana *home care*

Untuk menambah informasi, agar dapat melakukan program *home care* dengan optimal pada balita malnutrisi.

2. Bagi Penanggung jawab *Home care* di Puskesmas

Sebagai masukan untuk melakukan program *home care* pada balita malnutrisi dengan memaksimalkan hambatan yang ada.

3. Bagi Peneliti lain

Memberi suatu referensi, dan diharapkan dapat menjadi sumbangan sumber ilmiah untuk penelitian terkait yang sejenis.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang hambatan perawat dalam pelaksanaan *home care* pada balita malnutrisi menurut pengetahuan peneliti belum pernah dilakukan oleh peneliti lain. Sepengetahuan penulis ada beberapa penelitian yang berkaitan dengan judul tersebut antara lain:

1. *Implementation of an ultra-short-stay program after breast cancer surgery in four hospital : Perceived barriers and facilitators*

Penelitian ini menggunakan studi kuasi-eksperimental prospektif. Data kualitatif dikumpulkan dari empat rumah sakit di Belanda antara Januari 2005 dan Juli 2006. Potensi hambatan dan fasilitator untuk keberhasilan pelaksanaan diekstraksi dari catatan rinci dari semua kontak antara para peneliti dan setiap rumah sakit yang berpartisipasi.

Lebih dari 40 item telah diidentifikasi. Hambatan paling mengkhawatirkan terletak pada aspek organisasi dan program terkait, sedangkan fasilitator yang paling umum ditujukan pada isu pengorganisasian. 6 dari 29 hasil studi dianggap sebagai hambatan atau fasilitator. 30 dari 40 hambatan yang ada disebutkan di satu rumah sakit. Beberapa faktor utama yang menentukan keberhasilan program adalah pelaksanaan ultrashort-stay program. Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan peneliti adalah pada hambatan yang akan dicari.

2. *Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study*

Metode dalam penelitian ini menggunakan sebuah pendekatan kualitatif dengan menggunakan kelompok fokus dengan 30 dokter umum dari empat kelompok perawatan primer. Tiga kategori kesulitan berkontribusi terhadap variasi dalam praktek medis dan alasan mengapa dokter umum mengalami kesulitan dalam mendiagnosa dan mengelola gagal jantung. Yang

pertama adalah ketidakpastian tentang praktek klinis, termasuk kurangnya kepercayaan dalam membangun diagnosis yang akurat dan kekhawatiran tentang menggunakan angiotensin converting enzyme inhibitor, β blocker, dan spironolactone pada pasien yang sering lanjut usia dan lemah, dengan komorbiditas dan polifarmasi. Yang kedua adalah kurangnya kesadaran bukti penelitian yang relevan dalam apa yang dianggap bidang terapi yang kompleks dan cepat berubah. Keraguan tentang penerapan hasil penelitian dalam perawatan primer, dan takut informasi yang berlebihan juga muncul. Kategori ketiga terdiri dari pengaruh preferensi individu dan faktor organisasi lokal. Pelatihan medis, pengalaman klinis negatif, dan lembaga luar mempengaruhi perilaku dokter umum dan budaya profesional. Faktor lokal termasuk ketersediaan layanan diagnostik, sumber daya (seperti ahli jantung diakses), dan interaksi antara para profesional dalam perawatan primer atau sekunder, dan mereka tampaknya membentuk praktek dan proses pengambilan keputusan dalam perawatan primer. Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan peneliti adalah pada hambatan yang akan dicari.

3. *Barriers and needs in paediatric palliative home care in Germany: a qualitative interview study with professional experts*

Wawancara semi-terstruktur dengan 24 ahli di bidang pediatri, paliatif dan perawatan rumah sakit telah dilakukan dan dianalisis dengan analisis isi kualitatif.

Empat kategori utama muncul dari wawancara: (1) spesifik tantangan dan tuntutan dalam perawatan paliatif untuk anak-anak dan remaja, (2) kurangnya peraturan hukum dan keuangan yang jelas, (3) kesenjangan dalam pemberian perawatan yang ada, dan (4) akses ke layanan. Umumnya wawancara mencerminkan pengamatan bahwa seluruh bidang saat ini berkembang dan bahwa defisit tertentu hambatan sementara yang akan diatasi dalam perspektif jangka menengah.

Hambatan dominan terlihat pada kurangnya peraturan hukum dan keuangan yang jelas yang mempertimbangkan tantangan-tantangan khusus dari perawatan paliatif pada anak-anak dan remaja, serta kekurangan dalam layanan spesialis untuk penyediaan pelayanan berbasis lokal di seluruh negara federal. Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan peneliti adalah pada hambatan yang akan dicari.