

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Balita

a. Definisi

Anak usia balita adalah anak yang berusia dibawah 5 tahun (0 sampai 60 bulan). Masa balita merupakan usia penting dalam tumbuh kembang anak secara fisik. Pada usia balita pertumbuhan anak sangatlah pesat sehingga memerlukan asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhannya. Kondisi kecukupan gizi tersebut sangatlah berpengaruh dengan kondisi kesehatannya secara kesinambungan pada masa mendatang (Muaris, 2006).

b. Masalah Gizi Pada Balita dan Strategi Penyelesaiannya

Menurut Barasi (2009) beberapa masalah gizi yang mungkin timbul pada anak usia balita serta strategi penanganannya adalah:

- 1) Penolakan terhadap makanan, sulit makan, hanya sedikit jenis makanan yang dimakan. Dengan kondisi ini strateginya adalah dengan orang tua atau pengasuh perlu memberi contoh, makan bersama keluarga, memperkenalkan makanan secara bertahap, terus mencoba makanan baru, jangan menawarkan berbagai macam alternatif untuk makanan yang tidak disukai.

- 2) Kebiasaan makan camilan diantara waktu makan utama karena dapat mengurangi nafsu makan pada waktu makan. Strategi penanganannya adalah batasi ketersediaan makanan diantara waktu makan utama, jelaskan bahwa makan adalah suatu kegiatan bukan sekedar pelengkap untuk aktifitas lain.
- 3) Tingginya konsumsi jus buah dan minuman ringan, karena akan beresiko mempengaruhi nafsu makan dan kesehatan gigi. Pada kondisi ini strategi yang dapat digunakan adalah cukup memberikan hanya air, jus buah yang diencerkan, minuman ringan hanya sekali saja.
- 4) Diet rendah lemak atau tinggi serat, yang dianggap sehat oleh orang tua. Strategi pada kasus ini adalah pastikan anak cukup makan untuk memenuhi kebutuhannya. Pola pertumbuhan sangatlah penting. Produk rendah lemak tidak cocok untuk anak usia dibawah 2 tahun. Perbanyak makanan utuh secara bertahap selama periode ini, sesuai nafsu makannya.
- 5) Tingginya konsumsi kudapan, misalnya kue, biskuit, keripik, kudapan manis, permen. Strateginya adalah berikan pilihan kudapan yang lain misalnya buah, yogurt, roti bakar yang dioles, berondong jagung tanpa tambahan rasa, sereal sarapan kering.
- 6) Makanan digunakan sebagai hadiah. Strateginya gunakan hadiah atau penghargaan yang tidak ada hubungannya dengan makanan.

c. Pengukuran Antropometri Pada balita

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, 2002).

Menurut supariasa (2002) pengukuran antropometri dibagi menjadi 2 bagian:

1) Pengukuran pertumbuhan linear

Bentuk dari ukuran linear adalah ukuran yang berhubungan dengan panjang. Contoh ukuran linear adalah panjang badan, lingkaran dada, dan lingkaran kepala. Ukuran linear yang rendah biasanya menunjukkan keadaan gizi yang kurang akibat kekurangan energi dan protein yang diderita waktu lampau. Ukuran linear yang paling sering digunakan adalah tinggi atau panjang badan.

2) Pengukuran pertumbuhan massa jaringan

Bentuk dan ukuran masa jaringan adalah masa tubuh. Contoh ukuran masa jaringan adalah berat badan, Lingkaran Lengan Atas (LLA), dan tebal lemak bawah kulit. Apabila ukuran ini rendah atau kecil, menunjukkan keadaan gizi kurang akibat kekurangan

energi protein yang diderita pada waktu pengukuran dilakukan. Ukuran masa jaringan yang paling sering digunakan adalah berat badan.

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), lingkaran lengan atas menurut tinggi badan (LILA/TB) dan lingkaran lengan atas menurut umur (LILA/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 S
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

Tabel 1. Lanjutan

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
	Normal	< -2 SD
	Gemuk	-2 SD sampai dengan 2SD
		>2 SD
Indeks Masa Tubuh Menurut (IMT/U) Anak 5-18 Tahun	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	- 3 sampai dengan
	Normal	< -2 SD
	Gemuk	-2 SD sampai dengan 1SD
	Obesitas	>1 SD sampai dengan 2SD
		>2SD

2. Malnutrisi

a. Definisi

Malnutrisi adalah suatu kondisi dimana gizi makanan seseorang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh yang merujuk pada dua kondisi yaitu kelebihan nutrisi atau gizi (*over-nutrition*) dan kekurangan gizi atau gizi kurang (*under-nutrition*) (Notoatmodjo, 2011).

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).

b. Klasifikasi Malnutrisi

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

malnutrisi defisiensi mikronutrien yang di sebabkan karena defisiensi zat gizi mikro. Terdapat tiga klasifikasi malnutrisi energi protein (London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2009) yaitu:

- 1) Malnutrisi akut adalah kondisi tidak memadai zat gizi sehingga terjadi kehilangan berat badan ke arah normal seperti anak akan terlihat kurus.
- 2) Malnutrisi kronik adalah kekurangan nutrisi dalam jangka waktu lama sehingga menyebabkan kegagalan pertumbuhan secara linier dan anak terlihat pendek.
- 3) Malnutrisi akut dan kronik adalah kombinasi antara keduanya, sehingga anak terlihat kurus dan pendek.

Sedangkan menurut Pudjadi (2005), klasifikasi malnutrisi terdiri dari:

- 1) Kurang energi protein ringan, terdapat pertumbuhan yang kurang, sedangkan kelainan biokimiawi dan gejala klinis tidak di temukan.
- 2) Kurang energy 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 di sertai 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 samapai tidak ada (pada daerah pantat tampak sepperti memakai celana longgar “*baggy pants*”), sering di sertai penyakit infeksi (kronis berulang) dan diare.
- c) *Maramus kwashiorkor*: Gambaran klinis meupakan 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.

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, makanan yang tidak seimbang, baik jumlah dan mutu asupan gizinya, di samping itu asupan zat gizi tidak dapat di manfaatkan oleh tubuh secara optimal karena adanya penyerapan akibat adanya penyakit infeksi. Kedua adalah 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).

Faktor-faktor lain selain faktor kesehatan, kemiskinan, pendidikan yang renda, 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 nutrient lain yang sangat diperlukan bagi tubuh (Macallan, 2009). Gizi buruk akan memporak porandakan sistem pertahanan tubuh terhadap mikroorganisme

maupun mempertahankan mekanik sehingga mudah sekali terkena infeksi.

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; Nancy, 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 keperawatan 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).

3. Penyakit infeksi

a. Definisi

Infeksi adalah invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit (Potter & Perry, 2005). Infeksi adalah peristiwa masuk dan penggandaan mikroorganisme di dalam tubuh penjamu (Tietjen, 2004).

Penyakit infeksi adalah satu kumpulan jenis-jenis penyakit yang mudah menyerang khususnya anak-anak yang disebabkan oleh infeksi virus, infeksi bakteri, infeksi parasit (Rampengan, 1997).

b. Penyakit infeksi pada balita malnutrisi

Anak dengan status gizi buruk atau malnutrisi, umumnya rentan terhadap suatu penyakit terutama penyakit infeksi. Dengan adanya penyakit infeksi, akan menambah rendahnya status gizi pada balita. Penyakit infeksi yang paling sering terjadi pada balita malnutrisi (Hamida, 2006) yaitu:

1) ISPA

a) Definisi

Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) merupakan penyebab terpenting morbiditas dan mortalitas pada anak. Kelompok usia 6-23 bulan adalah kelompok umur paling rentan untuk mengalami ISPA (Nasution *dkk*, 2009). Berdasarkan data WHO dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2008, pneumonia merupakan salah satu jenis

ISPA yang menjadi penyebab terbanyak kematian balita di dunia dan juga di Indonesia.

Infeksi saluran pernapasan akut adalah infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme termasuk *common cold*, faringitis, radang tenggorokan, dan laringitis (Corwin, 2001).

b) Klasifikasi ISPA

Dalam penentuan klasifikasi penyakit ISPA dapat dibedakan menjadi dua kelompok (Depkes. RI., 2002) yaitu:

- (1) Kelompok umur 2 bulan sampai kurang dari 5 tahun biasanya mengalami: Pneumonia berat (batuk dan kesukaran bernapas disertai napas sesak atau penarikan dinding dada bawah), Pneumonia (batuk dan kesukaran bernapas (nafas cepat) sesuai umur), Batuk atau bukan pneumonia (batuk pilek biasa (*common cold*) yang tidak menunjukkan gejala peningkatan frekuensi napas dan tidak menunjukkan adanya penarikan dinding dada ke dalam).
- (2) Kelompok umur kurang dari 2 bulan biasanya mengalami: pneumonia berat (nafas cepat (*fast breathing*) yaitu frekuensi pernafasan sebanyak 60x/menit atau lebih, atau adanya penarikan yang kuat pada dinding dada bagian bawah ke dalam (*severe chest indrawing*)), Bukan pneumonia (batuk pilek biasa yang tidak menunjukkan gejala adanya penarikan dinding dada kedalam).

c) Etiologi

Etiologi ISPA terdiri dari 300 bakteri, virus dan riketsia. Bakteri penyebab ISPA antara lain *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Pnemococcus*, dan *Hemofillus*, sedangkan virus penyebab ISPA antara lain *Mikrovirus*, virus influenza (Depkes. RI., 2002) sedangkan dari jamur penyebab ISPA adalah *Cantlida Albicans* dan aspirasi karena makanan juga benda asing. Faktor lain yang mempengaruhi timbulnya pneumonia adalah trauma paru, berat badan turun karena KKP (Kurang Kalori Protein) (Sudarti, 2010).

Faktor resiko yang meningkatkan angka morbiditas ISPA adalah bayi usia kurang dari 2 bulan, laki-laki, kurang gizi atau malnutrisi, bayi yang tidak mendapatkan ASI yang memadai, polusi udara, kepadatan tempat tinggal, imunisasi tidak memadai dan pemberian makanan tambahan terlalu dini. Sedangkan faktor peningkatan mortalitas adalah bayi kurang dari 2 bulan, tingkat sosial ekonomi, dan tingkat jangkauan pelayanan rendah (Depkes. RI., 2002).

d) Dampak malnutrisi terhadap ISPA

Infeksi yang berat dapat memperburuk status gizi melalui gangguan masukan atau konsumsi makanan dan meningkatkan kehilangan zat-zat esensial tubuh. Sebaliknya

malnutrisi meskipun ringan berpengaruh pada daya tahan tubuh terhadap infeksi (Pudijadi, 1990).

2) Diare

a) Definisi

Diare merupakan penyebab utama gizi buruk atau malnutrisi pada anak di bawah umur lima tahun dan juga penyebab utama kedua kematian pada balita. Anak-anak yang kekurangan gizi atau memiliki gangguan imunitas paling beresiko terkena diare yang dapat membahayakan jiwa (WHO, 2009).

Diare adalah pengeluaran tinja yang tidak normal, bentuk tinja yang cair dengan frekuensi yang lebih banyak dari biasanya (Sudarti, 2009). Diare juga sering didefinisikan sebagai brak lembek cair dalam waktu 3x/hari atau lebih. Gastro-hepatologi IDAI (2009) mendefinisikan diare sebagai peningkatan frekuensi buang air besar dan berubahnya konsistensi menjadi lebih lunak atau bahkan cair.

b) Klasifikasi diare

Dalam MTBS (2008), klasifikasi diare diurut berdasarkan derajat dehidrasinya yaitu:

- (1) Diare dengan dehidrasi berat, anak biasanya mengalami letargis atau tidak sadar, mata cekung, tidak bisa minum atau malas minum, cubitan kulit perut kembali sangat lambat.

- (2) Diare dengan dehidrasi ringan atau sedang, anak biasanya terlihat rewel atau mudah marah, mata cekung, haus (minum dengan lahap), cubitan kulit perut kembali dengan lambat.
- (3) Diare tanpa dehidrasi, biasanya tidak cukup tanda-tanda untuk di kllasifikasikan sebagai diare deidrasi berat atau ringan.
- (4) Diare persisten berat, anak mengalami dehidrasi dan diare terjadi dalam waktu 14 hari atau lebih.
- (5) Diare persisten, tanpa dehidrasi dan diare terjadi dalam waktu 14 hari atau lebih.
- (6) Disentri, terdapat darah dalam tinja anak.

e) Etiologi

Faktor penyebab terjadinya diare yaitu: Infeksi Enternal (terjadi dalam saluran pencernaan), Infeksi Parental (terjadi diluar saluran pencernaan), Malabsorpsi Karbohidrat, Lemak, Protein, Makanan (seperti basi, beracun, alergi), Psikologis (Sudarti, 2010).

Menurut *World Health Organization* (dalam fakta kunci, 2009) penyebab diare antara lain:

- (1) Infeksi: diare adalah gejala dari iinfeksi yang disebabkan oleh sejumlah organisme bakteri, virus, dan parasit, yang sebagian besar ditularkan melalui tinja yang terkontaminasi

dengan air. Infeksi lebih umum bila kekurangan air bersih untuk minum, memasak dan membersihkan. *Rotavirus* dan *E.coly* adalah dua penyebab paling umum diare di Negara berkembang.

- (2) Malnutrisi: anak-anak yang meninggal akibat diare sering menderita kekurangan gizi yang mendasari, yang membuat mereka lebih rentan terhadap diare. Setiap episode diare, pada gilirannya membuat mereka kekurangan gizi bahkan lebih buruk dan merupakan penyebab utama pada anak di bawah lima tahun.
- (3) Sumber: air yang terkontaminasi dengan kotoran manusia, misalnya dari limbah, septiktang, dan jamban menjadi perhatian khusus. Kotoran hewan juga mengandung mikroorganisme yang dapat menyebabkan diare.

Penyebab lain juga dapat melalui penyebaran dari orang ke orang, diperburuk oleh kebersihan pribadi yang buruk. Makanan merupakan penyebab utama diare bila diolah atau disimpan dalam kondisi yang tidak higienis (WHO, 2009).

f) Pathogenesis

Mekanisme dasar yang menyebabkan terjadinya diare adalah (Sudarti, 2010):

- (1) Gangguan osmotik: akibat dari makanan atau zat yang tidak dapat diserap oleh tubuh yang menyebabkan tekanan

osmotik dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebih akan merangsang usus untuk mengeluarkan isi dari usus sehingga timbul diare.

(2) Gangguan sekresi: akibat rangsangan tertentu, misalnya oleh toksin pada dinding usus yang akan menyebabkan peningkatan sekresi air dan elektrolit yang berlebih ke dalam rongga usus, sehingga akan merangsang pengeluaran isi dari rongga usus dan terjadi diare.

(3) Gangguan motilitas usus: hiperperistaltik akan menyebabkan berkurangnya kesempatan bagi usus untuk menyerap makanan yang masuk, sehingga akan timbul diare. Tetapi apabila terjadi keadaan yang sebaliknya yaitu penurunan dari peristaltik akan menyebabkan pertumbuhan bakteri yang berlebih di dalam rongga usus sehingga akan menyebabkan diare.

g) Tanda klinis

Menurut Sudarti (2010) tanda klinis dari diare yang sering terjadi pada anak-anak atau balita seperti Cengeng, Gelisah, Demam, nafsu makan menurun, tinja cair dan berlendir, berat badan menurun, ubun-ubun mata cekung, dan turgor kulit menurun.

h) Pengobatan dan pencegahan

Langkah-langkah utama untuk mencegah diare meliputi: akses air minum yang aman, perbaikan sanitasi, ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan, personal hygiene dan kebersihan makan, pendidikan kesehatan tentang bagaimana infeksi menyebar, vaksinasi *Rotavirus* (WHO dalam Fakta Kunci, 2009).

Sedangkan langkah-langkah utama untuk mengobati diare antara lain:

- (1) Rehidrasi: dengan cairan intraena dalam kasusu dehidrasi parah atau shock atau garam rehidrasi oral (oralit) solusi untuk dehidrasi moderat atau tidak.
- (2) *Zinc suplement*: suplemen zinc mengurangi durasi episode diare sebesar 25% dan berkaitan dengan penurunan 30% dalam volume tinja.
- (3) Makanan yang kaya gizi: malnutrisi dan diare dapat diatasi dengan terus memberikan makanan kaya gizi termasuk ASI selama episode.
- (4) Konsultasi petugas kesehatan jika ada tanda-tanda dehidrasi.

3) ISK

a) Definisi

Infeksi saluran kemih (ISK) adalah suatu infeksi yang melibatkan ginjal, ureter, buli-buli, ataupun uretra. Infeksi saluran kemih adalah istilah umum yang menunjukkan keberadaan mikroorganisme (MO) dalam urin (Sukandar, E., 2004). Shortliffe (2006) mengatakan ISK adalah kolonisasi bakteri yang terjadi di berbagai tempat di sepanjang saluran kemih, yaitu ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra. Zieve (2010) menjelaskan bahwa ISK dapat dibagi atas simtomatik dan asimtomatik. Disebut asimtomatika bila dijumpai bakteriuria bermakna namun tidak disertai gejala klinis ISK, sedangkan simtomatik bila dijumpai bakteriuria bermakna disertai gejala klinis ISK seperti nyeri buang air kecil (BAK) dan peningkatan frekuensi BAK.

ISK simtomatik terbagi menjadi dua yaitu ISK bagian bawah (sistitis) dan bagian atas (pielonefritis). Kedua bagian ini paling berperan dalam menimbulkan morbiditas penderitanya. ISK bagian atas (pielonefritis) merupakan infeksi bakteri pada piala ginjal, tubulus, dan jaringan interstisial dari ginjal. Pielonefritis biasanya terjadi karena kegagalan pada refluks vesikoureter yang menyebabkan aliran balik urin ke dalam ureter dari kandung kemih. ISK bagian bawah (sistitis) merupakan inflamasi kandung kemih yang disebabkan karena infeksi dari uretra. Hal ini dapat

disebabkan karena aliran balik urin dari uretra ke dalam kandung kemih (refluks vesikouretra), dapat juga disebabkan karena kontaminasi bakteri fekal, dan karena pemakaian kateter yang tidak aseptik (Price & Wilson, 1995; Smeltzer & Bare, 2001).

Bakteri penyebab infeksi saluran kemih yang paling sering adalah *Escherichia coli*. Sebanyak 80-90% anak dengan ISK penyebabnya adalah *Escherichia coli*. Penyebab lainnya adalah *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumonia*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, dan *Enterococcus faecalis* (Samirah, Darwati, Windarwati, & Hardjoeno, 2006; Shulman, Phair, & Sommer, 1994). Penelitian lain menemukan bahwa *Escherichia coli* merupakan bakteri terbanyak penyebab ISK yaitu sebesar 30,56%, kemudian bakteri *Pseudomonas aeruginosa* sebesar 23,33%, dan *Proteus mirabilis* 29% (Kolawole et al., 2009).

b) Patofisiologi

ISK dapat menyerang segala umur dan jenis kelamin. Perempuan sering terkena ISK karena memiliki uretra yang lebih pendek, sehingga memudahkan bakteri masuk ke dalam kandung kemih. Kuman yang berasal dari feses atau dubur, masuk ke dalam saluran kemih bagian bawah atau uretra, kemudian naik ke kandung kemih dan dapat sampai ke ginjal. Sama seperti penyakit infeksi lainnya, ISK akan lebih mudah terjadi pada anak dengan

gizi buruk atau sistem kekebalan tubuh anak rendah. Anak yang sering menahan-nahan air kemih pun berisiko terkena ISK (Smeltzer & Bare, 2002).

Patogenesis ISK sangat kompleks, karena tergantung dari banyak faktor, seperti faktor pejamu (*host*) dan faktor organisme. Bakteri dalam urin dapat berasal dari ginjal, ureter, kandung kemih, dan dari uretra. Mukosa kandung kemih dilapisi oleh *glycoprotein mucin layer* yang berfungsi sebagai anti bakteri. Robeknya lapisan ini dapat menyebabkan bakteri dapat melekat, membentuk koloni pada permukaan mukosa, masuk menembus epitel, dan selanjutnya terjadi peradangan. Bakteri dari kandung kemih dapat naik ke ureter dan sampai ke ginjal melalui lapisan tipis cairan (*films of fluid*), bakteri akan lebih mudah masuk terlebih lagi dengan adanya kegagalan refluks vesikoureter.

c) Tanda dan Gejala ISK

Bakteri yang masuk ke saluran perkemihan akan menginfeksi sehingga akan menimbulkan tanda dan gejala terhadap penderitanya. Gejala ISK berdasarkan usia penderita adalah sebagai berikut:

- (1) Usia 0-1 bulan : muntah dan diare, gangguan pertumbuhan, kejang, koma, nafsu makan berkurang, panas/hipotermi tanpa di ketahui sebabnya, ikterus(sepsis), dan cengeng.
- (2) Usia 1 bulan-2 tahun: muntah, panas, tanpa diketahui sebabnya, gangguan pertumbuhan, anoreksia, diare,

kejang, koma, kolik (anak menjerit keras) dan air kemih berbau/berubah warna.

(3) Usia 2-6 tahun: demam, frekuensi berkemih meningkat, dysuria merupakan gejala mayoritas yang sering timbul pada anak usia 3 tahun lebih. Selain itu gejala lainnya adalah panas tanpa di ketahui penyebabnya, tidak dapat menahan kencing, polakisuria, berubah warna, diare, muntah, gangguan pertumbuhan, dan anoreksia.

(4) Usia 6-18 tahun: nyeri perut/pinggang, panas tanpa di ketahui penyebabnya, tidak dapat menahan kencing, disuria, enuresis, air kemih berbau dan berubah warna. (*American Academy Of Pediatrics, 2003; D'Alessandro & Huth, 2002; Figueroa, 2009; IDAI, 2009; Noer & Soemyarso, 2006; Miesien, 2005; dan Smeltzer & Bare, 2002*).

4) Demam

a) Definisi

Demam atau hipertermi adalah peninggian suhu tubuh dari variasi suhu normal sehari-hari yang berhubungan dengan peningkatan titik patokan suhu di hipotalamus (Dinarello & Gelfand, 2005). Suhu normal berkisar antara 36,5-37,2 °C. derajat suhu yang dapat dikategorikan demam adalah *rectal temperature* $\geq 38,0$ °C atau *oral temperature* $\geq 37,5$ °C dan *axial temperature* $\geq 37,2$ °C (Kaneshiro &

Zieve, 2010).

Menurut *American Academy Of Pediatrics* (AAP) suhu normal rectal pada anak berumur kurang dari 3 tahun sampai 38 °C, suhu normal oral samapai 37,5 °C. pada anak lebih dari 3 tahun suhu oral normal sampai 37,2 °C, suhu rektal normal sampai 37,8 °C.

b) Etiologi

Demam dapat disebabkan oleh faktor infeksi ataupun faktor non infeksi. Demam akibat infeksi bisa disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, jamur, ataupun parasit. Infeksi bakteri biasanya yang pada umumnya menimbulkan demam pada anak-anak antara lain pneumonia, bronchitis, osteomyelitis, appendicitis, tuberculosis, bakteremia, sepsis, meningitis, ensefalitis, selulitis, otitis media, dan ISK (Graneto, 2010). Infeksi virus yang pada umumnya menimbulkan demam antara lain viral pneumonia, influenza, demam berdarah dengue, dema chikungunya, dan virus-virus umum seperti H1N1, Sedangkan infeksi jamur yng ada umumnya menimbulkan demam antara lain *coccidioides imitis*, *criptococcosis* (Davis, 2011). Infeksi parasit yang menimbulkan demam anatara lain malaria, toksoplasmosis, dan helmintiasis (Jenson & Baltimore, 2007).

Demam akibat faktor non infeksi dapat disebabkan oleh beberapa hal antara lain faktor lingkungan (suhu lingkungan yang eksternal yang terlalu tinggi, keadaan tumbuh gigi, dll), penyakit autoimun (arthritis, *systemic lupuserythematosus*, leukemia), dan pemakaian obat-obatan

(antibiotic, difenilhidantoin, dan antihistamin) (Kaneshiro & Zieve, 2010). Selain itu anak-anak juga dapat mengalami demam sebagai akibat efek samping dari pemberian imunisasi selama \pm 1-10 hari (Graneto, 2010).

c) Tipe demam

Adapun tipe-tipe demam yang sering dijumpai antara lain:

Tabel 2.
Tipe-tipe demam

Jenis demam	Penjelasan
Demam septik	Pada demam ini, suhu badan berangsur naik ke tingkat yang tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ke tingkat di atas normal pada pagi hari.
Demam hektik	Pada demam ini, suhu badan berangsur naik ke tingkat tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ke tingkat paling normal pada pagi hari.
Demam remiten	Pada demam ini, suhu badan dapat turun setiap hari tetapi tidak pernah mencapai suhu normal.
Demam intermiten	Pada demam ini, suhu badan turun ke tingkat yang normal selama beberapa jam dalam satu hari.
Demam kontinyu	Pada demam ini, terdapat variasi suhu sepanjang hari yang tidak berbeda lebih dari satu derajat.
Demam siklik	Pada demam ini, kenaikan suhu badan selama beberapa hari yang diikuti oleh periode bebas demam untuk beberapa hari yang kemudian diikuti oleh kenaikan suhu seperti semula.

(Sumber: Nelwan, Demam: Tipe Dan Pendekatan, 2009)

d) Fase-fase demam

Demam memiliki tiga fase yaitu (Dalal & Zhukovsky, 2006):

- (1) Fase kedinginan: fase peningkatan suhu tubuh yang ditandai dengan vasokonstriksi pembuluh darah dan peningkatan aktivitas otot yang berusaha untuk memproduksi panas sehingga tubuh akan merasa kedinginan dan menggigil.
- (2) Fase demam: fase keseimbangan antara produksi panas dan kehilangan panas di titik patokan suhu yang sudah meningkat.
- (3) Fase kemerahan: penurunan suhu yang ditandai dengan vasodilatasi pembuluh darah dan berkeringat yang berusaha untuk menghilangkan panas sehingga tubuh akan berwarna merah.

e) Penatalaksanaan demam

(1) Terapi non-farmakologi

Adapun yang termasuk terapi non-farmakologi dari penatalaksanaan demam:

- (a) Pemberian cairan dalam jumlah banyak untuk mencegah dehidrasi dan beristirahat yang cukup.
- (b) Tidak memberikan penderita pakaian panas yang berlebihan pada saat menggigil. Lepaskan pakaian dan selimut yang terlalu berlebihan, memakai satu lapis pakaian dan satu lapis selimut sudah dapat memberikan rasa nyaman kepada penderita.
- (c) Memberikan kompres hangat pada penderita. Pemberian

kompres hangat efektif terutama setelah pemberian obat. Jangan memberikan kompres dingin karena akan menyebabkan keadaan menggigil dan meningkatkan kembali suhu inti (Kaneshiro & Zieve, 2010).

(2) Terapi farmakologi

Obat-obatan yang dipakai dalam mengatasi dema (antipiretik) adalah parasetamol (asetaminofen) yang cepat bereaksi dalam menurunkan dema dan ibuprofen memiliki efek yang lama (Graneto, 2010). Pada anak-anak, dianjurkan untuk pemberian paracetamol sebagai antipiretik. Penggunaan OAINS tidak dianjurkan dikarenakan oleh fungsi antikoagulan dan resiko sindrom Reye pada anak-anak (Kaushik, Pineda, & Kest, 2010).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyakit infeksi pada balita

1) Kebersihan lingkungan dan sanitasi

Faktor lingkungan merupakan faktor yang sangat penting terhadap timbulnya berbagai penyakit tertentu, sehingga untuk memberantas penyakit menular diperlukan upaya perbaikan lingkungan (Notoatmodjo, 2003).

Faktor lingkungan seseorang yang keadaan fisik dan daya tahannya terhadap penyakit kurang, akan mudah terserang penyakit (Slamet, 2004). Penyakit-penyakit tersebut seperti diare, cholera, campak, demam berdarah dengue, difteri, malaria, influenza,

hepatitis, tifus dan lain-lain yang dapat di telusuri determinan-determinan lingkungannya (Noerolandra, 2006).

Masalah kesehatan lingkungan utama di Negara-negara yang sedang berkembang adalah penyediaan air minum, tempat pembuangan kotoran, pembuangan sampah, kondisi rumah dan pembuangan pengelolaan air limbah (Notoadmodjo, 2011).

a) Sumber air

Syarat air minum ditentukan oleh syarat fisik, kimia, dan bakteriologi. Syarat fisik yaitu, air bening (air tidak berwarna), tidak berasa, suhu dibawah suhu udara di luar. Syarat kimia yaitu: air minum yang sehat harus mengandung zat-zat tertentu dalam jumlah yang tertentu pula seperti, flour (1-1,5), CL (250), Arsen (0,05), Tembaga (1,0), FE (0.3), Ph (6.5-9,0), CO₂ (0). Syarat bakteriologi: air untuk keperluan minum yang sehat harus bebas dari segala bakteri terutama bakteri pathogen.

b) Kebersihan jamban

Syarat pembuangan kotoran anantara lain, tidak mengotori tanah permukaan, tidak mentri air permukaan, tidak mengotori air tanah, kotoran tidak boleh terbuka sehingga dapat di pergunakan oleh lalat untuk bertelur atau berkembang biak, jamban harus terlindungi atau tertutup, pembuatannya mudah dan murah (Notoatmodjo, 2003).

c) Kondisi rumah

Kondisi rumah merupakan salah satu faktor yang menentukan keadaan hygiene dan sanitasi lingkungan. Menurut notoatmodjo (2003), syarat-syarat rumah yang sehat ditinjau dari ventilasi, cahaya, dan luas bangunan rumah.

d) Pengelolaan air limbah

Pengelolaan air limbah merupakan sisa air yang di buang yang berasal dari rumah tangga, industry dan pada uum nya mengandung bahan atau zat yang membahayakan. usaha untuk mencegah atau mengurangi akibat buruk tersebut diperlukan kondisii, persyaratan dan upaya sehngga air limbah tersebut tidak terkontaminasi sumber air minum, tidak mencemari permukaan tanah, tidak mencemari air mandi, air sungai, tidak di hinggapi serangga, tikus, tidak terbuka dan erkena udara luar sehingga baunya tidak mengganggu (Notoatmodjo, 2003)

2) Pola asuh

Pola asuh didefinisikan sebagai perilaku yang dipraktekkan oleh pengasuh (ibu, bapak, nenek, kakek, atau orang lain) dalam memberikankasih sayang, pemeliharaan kesehatan, dukungan emosional, pemberian pendidikan, pemberian makanan, minuman dan pakaian. Dengan kata lain, pola asuh adalah memberikan bimbingan kepada anak berkaitan dengan kepentingan hidupnya (Amal, 2002 cit emiralda, 2007).

Secara garis besar, ada 3 kebutuhan dasar anak untuk pertumbuhan dan perkembangan (Tanuwidjaya, 2002):

- a) Kebutuhan akan asah, yaitu kebutuhan akan rangsangan untuk anak, berupa permainan dan latihan-latihan.
- b) Kebutuhan akan asih, yaitu kebutuhan emosi, seperti kebutuhan akan rasa aman dan kasih sayang orang tua.
- c) Kebutuhan akan asuh.

Menurut Miller *et al* (1993), pengasuhan anak yang baik adalah pengasuhan yang dilakukan secara bersama-sama oleh ayah dan ibu yang biasa disebut pola asuh berwawasan gender, artinya ayah dan ibu mempunyai tanggung jawab yang sama dalam pengasuhan anak, saling melengkapi, saling mendukung, bekerjasama sehingga menghasilkan kualitas pengasuhan yang baik yaitu pengasuhan yang memahami kebutuhan anak.

Pada balita malnutrisi pola asuh makan sangat penting untuk diperhatikan karena dengan nutrisi yang baik dan pola makan yang baik pada makanan yang diberikan akan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit. Di Indonesia pola asuh makan terhadap anak sangat dipengaruhi oleh budaya, unsur-unsur budaya mampu menciptakan suatu kebiasaan makan dalam masyarakat yang diajarkan secara turun temurun kepada seluruh anggota keluarganya padahal kadang-kadang unsure

budaya tersebut bertentangan dengan prinsip-prinsip ilmu gizi (Suhardjo, 2003 *cit* Emiralda, 2007).

3) Pemberian ASI

Bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif ternyata akan lebih sehat dan jarang sakit dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif. Bayi yang sehat tentu akan lebih berkembang kepandaianya dibandingkan anak yang sering sakit terutama bila sakitnya berat. Bayi yang mendapatkan ASI eksklusif 14,7 kali lebih sehat (Utami, 2009).

Menurut Katherin (2007), bahwa ASI mengandung protein, vitamin, mineral, air dan enzim serta mengandung asam lemak yang dibutuhkan bagi pertumbuhan otak. ASI mudah dicerna, steril serta dapat melindungi bayi dari infeksi yang merupakan zat antibody untuk mencegah kuman penyakit masuk saluran pernafasan. Manfaat lain pemberian ASI bagi bayi yaitu meningkatkan daya tahan tubuh karena mengandung berbagai zat anti kekebalan sehingga akan lebih jarang sakit. ASI juga akan mengurangi terjadinya mencret, sakit telinga, dan infeksi saluran pernafasan.

Pentingnya pemberian ASI karena didalam kandungan ASI terdapat *immunoglobulin* yaitu zat kekebalan yang sangat digunakan untuk bayi dan balita sebagai pertahanan dirinya oleh

bakteri dan virus yang sering menyerang pada bayi dan balita (Aziz, 2005).

pencegahan penyakit ISPA dapat dilakukan dengan cara meningkatkan tahap menjaga kesehatan seperti: pemberian ASI eksklusif, menjauhi tempat yang sesak dan berdebu, mengutamakan tempat tinggal yang bersih, pengadaan rumah dengan ventilasi yang memadai, perbaikan lingkungan serta perilaku hidup bersih dan sehat (Dinkes. DKI., 2005).

4. 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 di lakukan secara komprehensif dan berkesinambungan. Tujuan khusus dari *home care* adalah meningkatkan upaya promosi, preventif, kuratif dan rehabilitative, 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, holistic 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 profesional.

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

- a) Perawatan luka (penggantian perban steril, debridemen, irigasi, dan instruksi teknik perawatan luka kepada klien dan keluarga).
 - b) Tanda vital (memonitor tekanan darah dan instruksi pengukuran tanda vital kepada klien dan keluarga).
 - c) Nutrisi (penilaian status gizi dan hidrasi).
 - d) Rehabilitasi (pelatihan rawat jalan, penggunaan alat bantu, instruksi teknik transfer terhadap klien dan keluarga).
 - e) Pengobatan (memonitor kepatuhan, melakukan injeksi, instruksi informasi obat terhadap klien dan keluarga, mempersiapkan obat, dan langkah yang di ambil jika ada efek samping).
 - f) 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.

5. 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.

Dalam buku yang ditulis Widyawati (2012), definisi 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.

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 koping 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 seperti bertanggung gugat terhadap praktik professional, melaksanakan praktik keperawatan dan praktik secara legal.
- 2) Pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan.
- 3) Pengembangan professional.

6. Kepatuhan

a. Definisi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1995) bahwa kata dasar dari kepatuhan adalah patuh yang berarti taat, suka menurut dan disiplin terhadap perintah, aturan, dan sebagainya. Menurut Wirawan (2009) bahwa sikap dan perilaku kepatuhan terhadap peraturan organisasi, prosedur kerja, kode etik, dan norma budaya organisasi lainnya yang harus dipatuhi dalam memproduksi suatu produk dan melayani konsumen organisasi disebut disiplin.

Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang professional terhadap anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Setiadi, 2007).

Menurut Bachroni & Asnawi (1999) bahwa *“Good discipline is orderly conduct of affairs by the member of an organization who adhere to its necessary regulation because they disere to cooperate harmonious-ly in fawording the ends which the group has in view and*

willingly recognize that to do this their own wishes must be brought into reasonable urison with the requirement of the group in action”.

Secara umum yang menentukan perbuatan nyata atau kegiatan-kegiatan merupakan wujud dari kesadaran suatu individu yakni diartikan sebagai sikap, sikap disiplin mengandung keterkaitan dengan aspek sikap lainnya yakni; aspek *afeksi* yang mempelajari dari orang tua atau keluarga, guru, teman sejawat miaslnya (rasa benci, simpatik terhadap objek tertentu), aspek *cognitive* yang berhubungan dengan proses berfikir dengan tekanan khusus kepada rasionalitas dan logika yang merupakan perwujudan pengalaman, keyakinan serta harapan-harapan individu tentang objek tertentu, dan aspek *behavior* yang berhubungan dengan kecendrungan seseorang untuk bertindak menghadapi sesuatu dengan cara tertentu (Gibson, 1994).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan (Setiadi, 2007) terbagi atas dua faktor yaitu:

1) Faktor internal

a) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting membentuk tindakan atau perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2007).

b) Sikap

Sikap merupakan penentu dari perilaku karna adanya berhubungan dengan persepsi, kepribadian, perasaan, dan motivasi. Sikap merupakan keadaan mental yang dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman, menghasilkan pengaruh spesifik pada respon seseorang terhadap orang lain, objek, situasi yang berhubungan. Sikap juga menentukan pandangan awal seseorang terhadap pekerjaan dan tingkat kesesuaian antara individu dan organisasi (Ivancevich *et al*,2007).

Sikap mempunyai tingkat berdasarkan intensitas, menurut Notoatmodjo (2007) terdiri dari menerima, menanggapi, bertanggung jawab.

c) Kemampuan

Kemampuan adalah bakat seseorang untuk melakukan tugas fisik atau mental. Kemampuan seseorang pada umumnya stabil. Kemampuan merupakan faktor yang dapat membedakan karyawan yang berkinerja tinggi dan yang berkinerja rendah. Kemampuan individu mempengaruhi karakteristik pekerjaan, perilaku, tanggung jawab, pendidikan dan memiliki hubungan secara nyata terhadap kinerja pekerjaan (Ivancevich *et al*, 2007).

d) Motivasi

Motivasi adalah konsep yang menggambarkan kondisi ekstrinsik yang merangsang perilaku tertentu, dan respon intrinsik yang menampakkan perilaku manusia. Respon intrinsik ditopang oleh sumber energi, yang disebut motif yang dapat diartikan sebagai kebutuhan, keinginan, atau dorongan yang diukur dengan perilaku yang dapat diobservasi dan dicatat (Swansburg,2000).

Motivasi dapat mempengaruhi seseorang untuk melaksanakan suatu pekerjaan yang menjadi tugas dan tanggung jawabnya.

2) Faktor eksternal

a) Karakteristik organisasi

Keadaan dari organisasi dan struktur organisasi ditentukan oleh filosofi dari manajer organisasi tersebut. Keadaan organisasi dan struktur organisasi akan memotivasi atau gagal memotivasi perawat professional untuk berpartisipasi pada tingkatan yang konsisten sesuai dengan tujuan (swansburg, 2000).

b) Karakteristik kelompok

Rusmana (2008) berpendapat bahwa kelompok adalah unit komunitas yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki kesatuan tujuan dan pemikiran serta integritas antara anggota yang kuat.

Tekanan dari anggota kelompok sangat memengaruhi hubungan interpersonal dan tingkat kepatuhan individu karena individu terpaksa mengalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya individu tersebut tidak menyetujuinya (Rusmana, 2007).

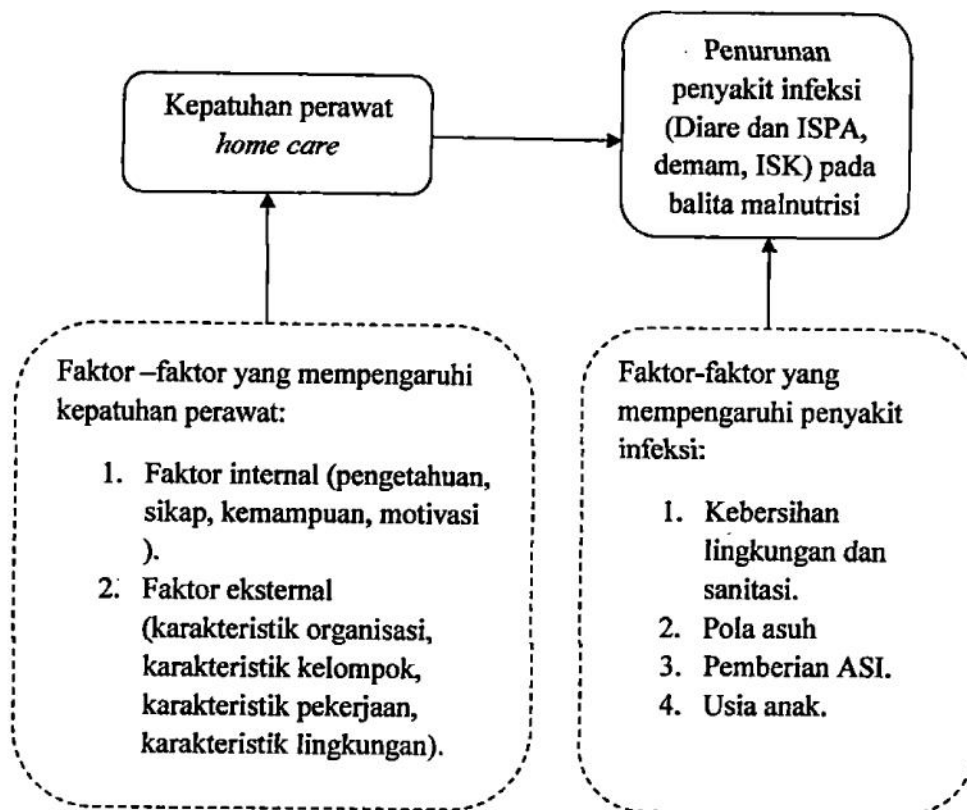
c) Karakteristik pekerjaan

Karakteristik pekerjaan adalah sifat yang berbeda antara jenis pekerjaan yang satu dengan yang lainnya yang bersifat khusus dan merupakan inti pekerjaan yang berisikan sifat-sifat tugas yang ada di dalam semua pekerjaan serta dirasakan oleh para pekerja sehingga mempengaruhi sikap atau perilaku pekerjaannya (Rahayu, 2006).

d) Karakteristik lingkungan

Apabila perawat harus bekerja dalam lingkungan yang terbatas dan berinteraksi secara konstan dengan staf lain, pengunjung, dan tenaga kesehatan lain. Kondisi yang seperti ini yang dapat menurunkan motivasi perawat terhadap pekerjaannya, dan dapat menyebabkan stress, dan menimbulkan kepenatan (Swansburg, 2000).

B. Kerangka konsep



Skema 1. Kerangka konsep penelitian (Setiadi, 2007; Notoadmodjo, 2003; Emiralda, 2007; Utami, 2005)

Keterangan :

Variabel yang diteliti : _____

Variabel yang tidak diteliti : - - - - -

C. Hipotesis

Tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* tidak berhubungan dengan penurunan episode penyakit infeksi pada balita malnutrisi.