

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Malnutrisi

Gizi buruk (*severe malnutrition*) adalah suatu istilah teknis yang umumnya dipakai oleh kalangan gizi, kesehatan dan kedokteran. Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Malnutrisi merupakan suatu sindrom yang terjadi akibat banyak faktor. Faktor-faktor ini dapat digolongkan atas tiga faktor penting yaitu : tubuh sendiri (*host*), agent (kuman penyebab), *environment* (lingkungan). Oleh sebab itu faktor diet (makanan) memegang peranan penting namun faktor lain ikut menentukan (Israr dkk, 2009).

Gizi buruk pada balita dapat menimbulkan pengaruh yang sangat menghambat pertumbuhan fisik, mental maupun kemampuan berpikir yang pada akhirnya akan menurunkan produktivitas kerja. Balita hidup penderita gizi buruk dapat mengalami penurunan kecerdasan (IQ) hingga 10 persen. Keadaan ini memberikan petunjuk bahwa pada hakikatnya gizi yang buruk atau kurang akan berdampak pada menurunnya kualitas sumber daya manusia. Selain itu, penyakit rawan yang dapat diderita balita gizi buruk adalah diabetes (kencing manis) dan penyakit jantung koroner. Dampak paling buruk yang diterima adalah kematian pada umur yang sangat dini (Samsul, 2011).

Menurut Notoatmojo (2011) ada empat kondisi yang menyebabkan balita rawan malnutrisi yaitu :

- a. Balita yang berada dalam masa transisi dari makanan bayi ke makanan orang dewasa.
- b. Balita yang mempunyai adik, atau ibu yang bekerja penuh sehingga perhatian ibu berkurang.
- c. Balita sudah mulai main di tanah, dan sudah dapat main di luar rumah sehingga lebih terpapar lingkungan yang kotor dan mudah terinfeksi.
- d. Balita belum bisa memilih makanan sedangkan ibu sudah tidak memperhatikan pola makanan balita.

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya gizi kurang dapat di kelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung (Soekirman, 2008).

a. Penyebab langsung

Penyebab langsung gizi kurang atau malnutrisi yaitu 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).

b. Penyebab tidak langsung

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.

2. Status Gizi

a. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrisi atau zat gizi. Bila kebutuhan lebih besar dibanding masukan disebut status gizi kurang, bila kebutuhan seimbang dengan masukan disebut status gizi seimbang, dan bila kebutuhan lebih kecil dibanding masukan disebut status gizi lebih (Beck, 2000).

Gangguan atau penyakit yang disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan antara masukan zat gizi dan kebutuhan tubuh disebut penyakit gangguan gizi atau *nutritional disorders* (Pudjiadi, 2003). Namun keadaan gizi kurang (*undernutrition/malnutrition*) atau gizi lebih (*overnutrition*), keduanya tidak selalu disebabkan oleh masukan makanan yang tidak cukup atau berlebihan. Keadaan demikian dapat juga terjadi karena kelainan dalam tubuh sendiri seperti gangguan pencernaan, absorpsi, utilisasi, ekskresi, dan sebagainya (Pudjiadi, 2003).

b. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi (*nutritional assessment*) adalah pengukuran yang didasarkan pada data antropometrik, biokimiawi, dan riwayat diet (Beck, 2000). Dalam penggunaan klinik, pemeriksaan antropometri sudah memadai sebagai tolok ukur penilaian status gizi.

Ukuran antropometrik yang bermanfaat dan sering dipakai yaitu berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas, dan tebal lipatan kulit atau *skin fold* (Suyitno dalam Narendra, 2002 ; Pudjiadi, 2004: Santoso, 1994).

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, lingkar dada, dan lingkar 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, Lingkar 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), 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 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

3. Balita

a. Pengertian Balita

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.

4. *Home care*

a. Definisi *Home care*

Home health care merupakan layanan profesional maupun paraprofesional yang disediakan untuk klien dan keluarga ditempat tinggal mereka dengan tujuan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, pendidikan klien dan keluarga, pencegahan penyakit, diagnosa dan pengobatan penyakit (Potter & Perry, 2005).

Sedangkan menurut DepKes (2002) *home care* yaitu pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka dengan tujuan meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan kesehatan atau meminimalkan akibat dari penyakit dan memaksimalkan tingkat kemandirian.

Istilah *home care* merupakan segala hal yang mengacu pada semua layanan yang mempromosikan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan fisik, sosial, atau emosional kepada klien dalam settingan rumah. Pelayanan *home care* dilakukan didalam rumah suatu individu, untuk kelancaran masa peralihan dari rumah sakit ke rumah, koordinasi *home care* dikomunikasikan pada anggota keluarga dan perawat *home care* (Smith, S. F, Duell D.J, Martin B.C, 2000).

b. Tujuan *Home care*

Menurut Nuryandari (2004), ada dua tujuan diaksanakannya *homecare* yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum *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 rehabilitative, mengurangi frekuensi hospitalisasi, meningkatkan efisiensi waktu, biaya, tenaga dan pemikiran.

Tujuan primer dari pelayanan *home care* adalah promosi kesehatan dan edukasi, tetapi saat ini sebagian klien memperoleh pelayanan rumah karena adanya kebutuhan keperawatan atau pelayanan medis. Fokusnya adalah pada kemandirian klien dan keluarganya. Perawat menangani pemulihan dan stabilisasi penyakit di rumah dan mengidentifikasi masalah yang berhubungan dengan gaya hidup, keamanan, lingkungan, dinamika keluarga, dan praktik layanan kesehatan (Potter & Perry, 2009).

c. Pemberi Pelayanan *Home care*

Home care diberikan dengan sistem membentuk suatu tim, dengan berbagai tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk menyediakan layanan *home care* yang komprehensif kepada klien dan keluarga (Smith, S. F, Duell D.J, Martin B.C, 2000).

Organisasi yang memberikan pelayanan asuhan kesehatan dirumah biasanya pelayanan tersebut dalam bentuk keperawatan, bantuan perawatan di rumah, dan terapi-terapi rehabilitasi (Potter & Perry, 2005)

d. Tahapan Asuhan Keperawatan dalam *Home care*

Menurut Departemen Kesehatan (2006), asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien di rumah menggunakan metode proses keperawatan meliputi tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1) Pengkajian

Pengkajian difokuskan pada:

- a) Pengkajian riwayat kesehatan meliputi respon dan persepsi pasien terhadap status kesehatan, riwayat penyakit masa lalu (riwayat dirawat di RS atau pelayanan kesehatan lain, tindakan medik atau pemeriksaan diagnostik yang pernah dilakukan), faktor risiko penyakit, kemampuan mengatasi masalah, riwayat penyakit keluarga.
- b) Pengkajian lingkungan sosial dan budaya yang meliputi : status sosial ekonomi, kondisi tempat tinggal dan lingkungan, ketersediaan sumber-sumber yang dibutuhkan pasien, tersedianya dukungan keluarga, faktor budaya yang mempengaruhi kesehatan.
- c) Pengkajian spiritual mencakup nilai dan keyakinan yang dianut yang mempengaruhi kesehatan.
- d) Pemeriksaan fisik dan status kesehatan pasien saat ini.

- e) Pengkajian kemampuan pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- f) Pengkajian kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan data yang terkumpul untuk merefleksikan respon pasien. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan berkaitan dengan masalah aktual, risiko, atau potensial.

3) Perencanaan

Perencanaan merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi, memelihara, atau mengatasi masalah kesehatan pasien yang telah diidentifikasi dan telah divalidasi selama fase perumusan diagnosa. Dalam merumuskan perencanaan ini menekankan pada partisipasi pasien, keluarga, dan koordinasi dengan anggota tim kesehatan lain. Perencanaan mencakup penentuan prioritas masalah, penentuan tujuan serta penyusunan rencana tindakan secara komprehensif.

4) Implementasi

Dalam melakukan tindakan keperawatan, perawat bekerjasama dengan pasien, keluarga, pelaku rawat dan tenaga lain (kesehatan maupun non kesehatan). Tindakan yang dilakukan mengacu pada *Standard Operational Procedure* (SOP) yang berlaku. Jenis tindakan yang dapat dilakukan yaitu tindakan yang bersifat mandiri maupun

tindakan kolaborasi. Kegiatan-kegiatan atau tindakan yang lazim dilakukan pada pelayanan keperawatan kesehatan di rumah.

5) Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengukur efektifitas dan efisiensi pelayanan yang telah dilakukan dan sejauh mana pemanfaatan sumber-sumber yang tersedia. Evaluasi dilakukan selama proses pemberian pelayanan asuhan keperawatan maupun pada akhir pemberian asuhan keperawatan.

5. Perawat

a. Pengertian Perawat

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. 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.

Perawat kesehatan di Puskesmas adalah semua perawat di Puskesmas yang menjabat sebagai pejabat fungsional perawat dan bekerja di Puskesmas yang disebut sebagai Perawat Puskesmas (Depkes, 2004).

Pelaksana utama kegiatan keperawatan kesehatan masyarakat adalah semua perawat fungsional di Puskesmas.

b. Peran Perawat

Menurut Depkes (2006), peran perawat dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah 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. Standar kompetensi perawat merefleksikan atas kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh individu yang akan bekerja dibidang pelayanan keperawatan. Menghadapi era globalisasi, standar tersebut harus ekuivalen dengan standar-standar yang berlaku pada sektor industri kesehatan di negara lain serta dapat berlaku secara internasional (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 asuhan keperawatan
- 3) Pengembangan professional
 - a) Melaksanakan peningkatan professional dalam praktik keperawatan
 - b) Melaksanakan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan
 - c) Mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi.

6. Kepatuhan

a. Definisi Kepatuhan

Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap aturan, perintah, prosedur dan disiplin (Widyaningtyas, 2007). 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 Darmodiharjdo (1982) bahwa, kedisiplinan merupakan sikap mental yang mengandung kerelaan untuk mematuhi semua perintah, peraturan, norma, ataupun ketentuan yang berlaku dalam melakukan tugas dan tanggung jawab.

Menurut Hasibuan (2002) dalam Linda (2009), bahwa kesadaran dan kesediaan adalah betuk dari kepatuhan. Kesadaran merupakan sikap seseorang yang sukarela mentaati peraturan dan sadar akan tugas dan tanggung jawabnya tanpa paksaan sedangkan, kesediaan merupakan suatu sikap, tingkah laku dan perbuatan seseorang yang sesuai dengan peraturan perusahaan baik yang tertulis maupun tidak. Seseorang mentaati semua peraturan dan norma social yang berlaku.

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 misalnya (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 kecenderungan 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 faktor internal dan faktor eksternal.

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 membenuk 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 profesional 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).

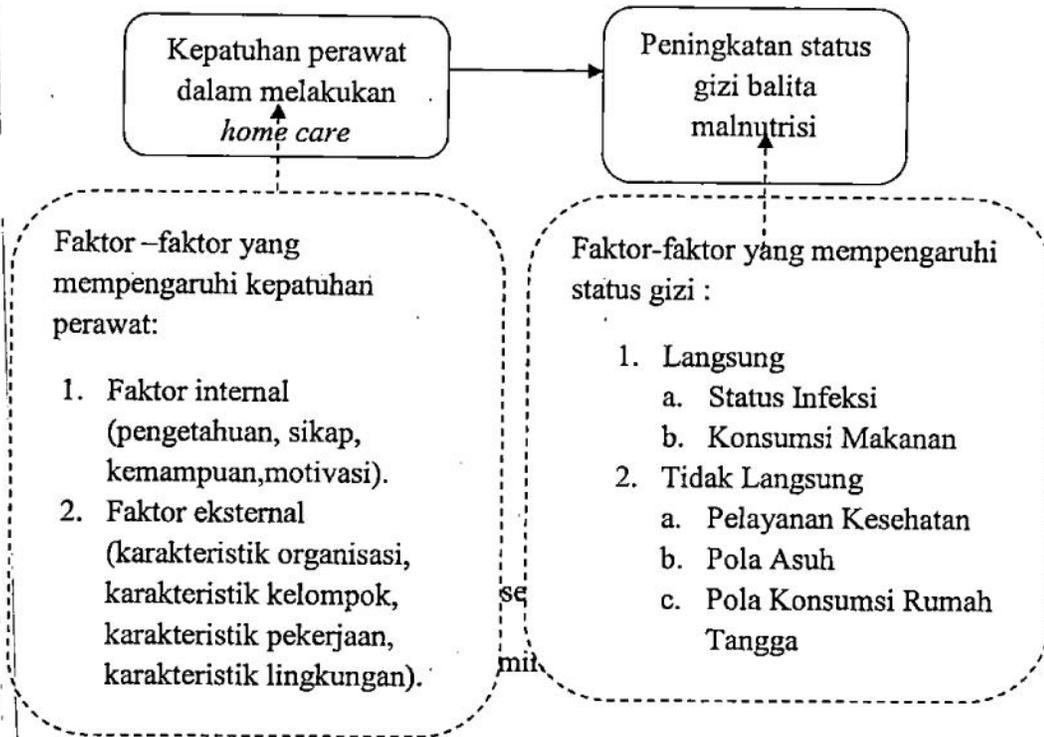
c) Karakteristik pekerjaan

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



Keterangan :

Variabel yang diteliti : _____

Variabel yang tidak diteliti : - - - - -

C. Hipotesis

1. Ha : Ada hubungan antara kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan peningkatan status gizi balita malnutrisi di Kota Yogyakarta.
2. Ho : Tidak ada hubungan antara kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan peningkatan status gizi balita malnutrisi di Kota Yogyakarta