

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tujuan utama pembangunan nasional adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) yang dilakukan secara berkelanjutan. Berbagai upaya untuk mengatasi masalah gizi telah dilakukan oleh Pemerintah salah satunya adalah pemberian makanan tambahan. Tujuan utama dilaksanakan program ini adalah memperbaiki status gizi balita, terutama balita gizi buruk (Depkes RI, 2012).

Masalah gizi merupakan akibat dari berbagai faktor yang saling terkait salah satunya adalah ketersediaan pangan di keluarga, khususnya pangan untuk bayi 0-6 bulan (ASI Eksklusif) dan 6-23 bulan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) (Kartika, Ratna Dewi, 2010). Makanan bayi dan anak umur 6-59 bulan terdiri dari Air Susu Ibu (ASI) dan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) (Rustanti, 2012). MP-ASI adalah makanan dan minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada bayi atau anak umur 6-59 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain ASI (Sih, Anis Retno, 2013).

Status gizi buruk pada balita dapat menimbulkan pengaruh yang sangat menghambat pertumbuhan fisik, mental, maupun kemampuan berfikir yang pada akhirnya akan menurunkan produktivitas kerja. Balita penderita gizi buruk dapat mengalami penurunan kecerdasan (IQ) hingga 10 persen. Keadaan ini memberikan petunjuk bahwa pada hakikatnya gizi buruk atau kurang akan berdampak pada menurunnya kualitas sumber daya manusia. Selain itu, penyakit yang rawan 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).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 yang dilakukan oleh Depkes RI, prevalensi balita gizi kurang dan buruk secara nasional adalah 17,9% dan 4,9%. Pencapaian ini dinilai memenuhi target MDGs sebesar 18,5% pada tahun 2015, tetapi belum merata pada seluruh propinsi di Indonesia. Sedangkan untuk wilayah Jawa

Tengah angka gizi buruk mencapai 3,3% dan gizi kurang sebesar 12,4% (Depkes RI, 2010).

Rencana pembangunan jangka menengah nasional (RJMN) tahun 2010-2014 menyebutkan bahwa perbaikan status gizi masyarakat merupakan salah satu prioritas dengan menurunkan prevalensi gizi kurang menjadi 15% dan prevalensi balita pendek menjadi 32% pada tahun 2014. Permasalahan gizi juga dimasukkan ke dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) dengan tujuan pertama yaitu mengatasi masalah kekurangan gizi, meningkatkan kesehatan anak dan menekan angka kematian anak dimana salah satu faktornya disebabkan oleh gizi buruk. Masalah gizi buruk dan gizi kurang nampaknya belum bisa teratasi dengan baik dalam skala internasional maupun nasional, tercatat 101 juta anak di dunia dibawah lima tahun menderita kekurangan gizi (Unicef, 2013).

Banyak faktor yang menjadi penyebab terjadinya angka gizi buruk dan gizi kurang, antara lain faktor kemiskinan, pendidikan dan pengetahuan orang tua, pola asuh orang tua, makanan pendamping, infeksi dan penyakit penyerta seperti HIV/AIDS, kondisi psikologi anak, keamanan negara, terbatasnya fasilitas kesehatan, tidak diberikannya ASI eksklusif, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), nutrisi pada masa kehamilan (Jamra & Bankar, 2013; Pei, Ren & Yan, 2013; Ghazi, Musta, Isa & Mohammed, 2011; McDonald, Kupka, Manji, Okuma, Bosch, Aboud, 2012; Kumar & Singh, 2013).

Dampak kekurangan gizi sangat kompleks, anak dapat mengalami gangguan pada perkembangan mental, sosial, kognitif dan pertumbuhan yaitu berupa ketidakmatangan fungsi organ, dimana manifestasinya dapat berupa kekebalan tubuh yang rendah yang menyebabkan kerentanan terhadap penyakit-penyakit seperti infeksi saluran pernafasan, diare, demam (Supartini. Y, 2004; Feinstrom, Uauy & Arroyo, 2005; World Food Program, 2007). Permasalahan gizi kurang dan gizi buruk merupakan permasalahan yang multikompleks. Dalam usaha pemutusan rantai kekurangan gizi ini tentunya dibutuhkan pemetaan yang tepat untuk dapat mengetahui permasalahan utama yang menyebabkan terjadinya gizi kurang dan gizi buruk.

Setiap daerah tentunya memiliki penyebab potensial gizi kurang dan gizi buruk yang berbeda-beda, sehingga penting untuk mengetahui permasalahan utamanya.

Pemerintah dalam usahanya memerangi gizi kurang dan gizi buruk sudah cukup baik. Pemerintah sudah melakukan banyak program untuk menekan angka gizi kurang dan gizi buruk, antara lain melalui revitalisasi Posyandu dalam meningkatkan cakupan penimbangan balita, penyuluhan dan pendampingan, pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) atau Pemberian Makanan Tambahan (PMT), peningkatan akses dan pelayanan kesehatan gratis, penanggulangan penyakit menular dan pemberdayaan masyarakat melalui keluarga sadar gizi (Kadarzi), tetapi angka gizi kurang dan gizi buruk masih tetap ada (Kemenkes, 2012).

Permasalahan kekurangan gizi mikro seperti kurang vitamin A (KVA), anemia gizi pada balita, serta kekurangan yodium sudah dapat dikendalikan, sehingga tidak lagi menjadi masalah kesehatan di masyarakat (Dinkes Prov. Jateng, 2013). Tingkat status gizi optimal akan tercapai apabila kebutuhan zat gizi optimal terpenuhi. Namun demikian, perlu diketahui bahwa keadaan gizi seseorang dalam suatu masa bukan saja ditentukan oleh konsumsi zat gizi pada saat itu saja, tetapi lebih banyak ditentukan oleh konsumsi zat gizi pada masa yang telah lampau, bahkan jauh sebelum masa itu. Ini berarti bahwa konsumsi zat gizi masa kanak-kanak memberi andil terhadap status gizi setelah dewasa (Dinkes Prov. Jateng, 2013).

Berdasarkan data laporan Gizi Puskesmas Kembang pada tahun 2017 cakupan program gizi diantaranya anemia ibu hamil 9%, cakupan vitamin A 99%, angka cakupan Bumil KEK 9,6%, gizi kurang dan gizi buruk sebanyak 3,6%. Menurut Dinkes Jawa Tengah (2010), adapun standar persentase yang dicanangkan oleh Departemen Kesehatan Jawa Tengah yaitu BGM sebesar kurang atau sama dengan 1,5%, gizi buruk 3%, dan gizi kurang 1,3%.

Puskesmas Kembang membawahi 11 desa diantaranya Desa Kancilan yang kasus gizi kurang dan buruk paling tinggi angkanya dibandingkan dengan desa lainnya yaitu sebanyak 32 anak. Puskesmas Kembang pada tahun 2016/2017 telah melakukan upaya penanganan gizi buruk diantaranya adalah penemuan dan pelacakan gizi buruk, penanganan gizi buruk rawat jalan dan rawat inap serta pemberian susu formula, pemberian MP ASI Biskuit diberikan pada balita kurus selama 90 hari yang berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara. Pemberian MP-ASI Biskuit sudah dilakukan sejak tahun 2005. Sedangkan penanganan gizi buruk yang baru dilaksanakan bulan Oktober

2017 adalah pertemuan kelas ibu pintar yaitu mendatangkan ibu balita dan balitanya yang status gizi buruk menurut indeks BB/U dan BB/ TB. Pertemuannya dilakukan 1 bulan sekali setiap tanggal 15.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah:

1. Bagaimana penanganan gizi kurang dan buruk melalui pemberian MP-ASI pada balita umur 6-59 bulan di Puskesmas Kembang Kabupaten Jepara?
2. Apakah jenis penyakit penyerta pada balita umur 6-59 bulan di Puskesmas Kembang Kabupaten Jepara?
3. Bagaimana status gizi (Z skor) balita umur 6-59 bulan di Puskesmas Kembang Kabupaten Jepara?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan status gizi (Z score) balita umur 6-59 bulan yang menderita gizi kurang dan gizi buruk di desa kancilan Puskesmas Kembang Kabupaten Jepara.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendiskripsikan pemberian MP-ASI pada balita usia 6-59 bulan yang menderita gizi kurang dan gizi buruk di desa kancilan Puskesmas Kembang Kabupaten Jepara.
2. Mendiskripsikan kepatuhan pemberian MP-ASI pada balita usia 6-59 bulan yang menderita gizi kurang dan gizi buruk di Desa Kancilan Puskesmas Kembang Kabupaten Jepara.
3. Mendeskripsikan penyakit penyerta balita usia 6-59 bulan yang menderita gizi kurang dan gizi buruk di Desa Kancilan Puskesmas Kembang Kabupaten Jepara.
4. Menghitung status gizi (Z score) BB/U pada balita umur 6-59 bulan sebelum diberi MP-ASI.
5. Menghitung status gizi (Z score) BB/U pada balita umur 6-59 bulan sesudah diberi MP-ASI.

6. Menguji perbedaan status gizi (Z score) dengan indeks BB/U balita umur 6-59 bulan sebelum dan sesudah pemberian MP-ASI.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Keilmuan

Untuk memperluas wacana gizi buruk, dibidang ilmu kesehatananak dan ilmu gizi.

2. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat mengenai berbagai faktor yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang dan buruk,sehingga dapat dilakukan upaya pencegahannya.

3. Bagi Pemerintah

Memberikan informasi dalam pengambilan keputusan untuk mengentaskan kejadian kasus gizi kurang dan buruk.

4. Bagi Pengambil Kebijakan

Dengan dilaksanakannya penelitian ini, diharapkan dapat memberikan referensi bagi instansi pemerintah khususnya Puskesmas Kembang tentang penanganan gizi kurang dan buruk pada balita.

5. Bagi Petugas

Dengan dilaksanakannya penelitian ini,maka dapat menambah ilmu pengetahuan serta sebagai acuan perencanaan program gizi pada tahun yang akan datang.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Jenis Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
Dewi Novitasari A. (2009)	Faktor-faktor Resiko Kejadian Gizi Buruk Pada Balita Yang Dirawat di RSUP Dr. Kariyadi Semarang.	Observasional dengan pendekatan <i>case control</i>	Status gizi, status sosial ekonomi, pendidikan ibu, penyakit penyerta, ASI, BBLR, Kelengkapan imunisasi.	Faktor resiko kejadian gizi buruk yang paling dominan adalah penyakit penyerta pada balita.
Ersa Anditia, Arthanti, Eka Suryandari, Walin (2012)	Efektifitas program PMT Pemulihan terhadap kenaikan berat badan pada balita status gizi buruk di kabupaten Banyumas.	Survey analitik dengan pendekatan retrospektif	Status gizi sebelum dan sesudah menerima PMT pemulihan.	Program PMT pemulihan efektif terhadap kenaikan berat badan pada balita di Kabupaten Banyumas
Nur Awalliah As'ad, Djunaidi M. Dachlan. AB DUL Salam (Desember 2013 – Mei 2014)	Studi Pelaksanaan Program MP-ASI DI Puskesmas Jongaya Kecamatan Tamalate.	Kualitatif yang bersifat deskriptif, metode <i>purposive sampling</i> dan <i>snow ball</i>	Input (Buku pedoman, dana, pasaran, sumber daya manusia, sarana), proses (perencanaan, pengorganisasi-an, pengelolaan, pemantauan dan pelaporan dan output (ketercapaian cakupan program dan tanggapan penerima program)	Tercapainya cakupan program dan tanggapan penerima program. Pemberian MP-ASI lebih diutamakan kepada anak yang menderita gizi kurang tidak untuk semua balita.
Devy Nur Indah Sari (2014)	Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status	Survey dengan desain penelitian korelasi pendekatan waktu	Umur ibu, pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga, tipe keluarga, jumlah	Terdapat hubungan pemberian MP-ASI dengan status gizi d pada anak umur

	Gizi Pada Anak Umur 1-2 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Minggir Sleman Yogyakarta.	<i>Cross Sectional</i>	saudara kandung, ketepatan pemberian MP-ASI, status gizi.	1-2 tahun di wilayah kerja Puskesmas Minggir Sleman Yogyakarta. Nilai koefisien korelasi sebesar 0,705 yang memiliki keeratan hubungan yang kuat.
Lailina Mufida, Tri Dewantim Widyaningsih, Jaya Mahar Maligan (September 2015)	Prinsip Dasar Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk Bayi 6-59 Bulan	Survey analitik dengan pendekatan retrospektif	Status gizi, kesesuaian MP-ASI, <i>hygienitas</i> .	Pemberian MP-ASI untuk bayi ketika bayi berumur 6 bulan. Pemberiannya harus secara bertahap sesuai dengan umurnya. MP-ASI harus bervariasi, padat gizi, sanitasi dan <i>hygienitas</i> harus diperhatikan supaya bayi tidak terinfeksi bakteri.

Perbedaan penelitian yang akan penulis lakukan dengan penelitian yang ada di atas adalah :

1. Lokasi penelitian, dimana penelitian yang penulis lakukan adalah di Desa Kancilan wilayah kerja Puskesmas Kembang Kabupaten Jepara.
2. Variabel penelitian yang penulis gunakan adalah status gizi, penyakit penyerta, banyaknya MP-ASI, dan kepatuhan.
3. Sampel penelitian adalah balita umur 6-59 bulan di Desa Kancilan wilayah kerja Puskesmas Kembang Kabupaten Jepara.