

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Paradigma pembangunan nasional yang berorientasi global dan berwawasan ilmu pengetahuan dan teknologi tidak akan terlaksana tanpa adanya peningkatan sumber daya manusia yang berkualitas. Indikator kualitas hidup manusia yaitu dengan derajat kesehatan, sedangkan kesehatan ditentukan oleh lingkungan, sosial ekonomi dan budaya disamping pelayanan kesehatan. Derajat kesehatan menentukan sumber daya manusia yang berkualitas. Untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal diperlukan status gizi yang baik, agar bisa membentuk manusia yang berkualitas dalam membangun bangsa dan negara (Trawotjo dan Juwita, 1991 *cit.* Lawira, 2003).

Untuk meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas, maka status gizi pada masyarakat harus juga ditingkatkan, terutama pada kelompok-kelompok rawan gizi yaitu ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan balita. Hal inilah yang menjadi dasar bagi pemerintah untuk mencanangkan visi dalam pembangunan kesehatan yaitu “ Indonesia Sehat 2010 “ yang tentunya termasuk di dalamnya program untuk memperbaiki gizi pada kelompok yang rawan gizi tadi, dan yang harus menjadi perhatian utama yaitu pada bayi dan balita, karena bayi dan balita

Selama krisis ekonomi dan sosial melanda Indonesia, anak-anak Indonesia terancam kekurangan gizi setelah sebelumnya busung lapar karena kekurangan kalori dan busung lapar karena kekurangan protein jarang ditemukan. Tetapi anak dengan gangguan gizi semakin banyak ditemukan meski diketahui dari prevalensi gizi buruk sudah menurun dari 8,1 % dari 1,7 juta balita yang menderita gizi kurang pada tahun 1999 menjadi 7,5 % pada tahun 2000. Namun, jumlah nominalnya masih terhitung tinggi yaitu 160.000 balita, jumlah tersebut belum termasuk anak-anak yang menderita kekurangan gizi mikro yaitu zat besi, yodium dan vitamin A (Susenas, 2001).

Namun, pada tahun 2001, prosentase balita yang bergizi baik adalah 64,16 %, balita dengan status gizi sedang 21,51 % dan sisanya ialah balita dengan status gizi kurang atau buruk atau yang lebih dikenal dengan istilah KKP (Kurang Kalori Protein) sebesar 14,33 %. Balita yang bergizi baik di daerah perkotaan sebesar 72,6 % relatif lebih tinggi dibandingkan di daerah pedesaan yaitu sebesar 66,8 %. Sedangkan balita yang bergizi kurang atau buruk di daerah pedesaan sebesar 10,3 % atau lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan sebesar 8,0 % (Susenas, 2001).

Hal ini adalah keadaan yang sangat menyedihkan, karena gizi merupakan faktor penentu utama bagi derajat kesehatan dan juga merupakan salah satu parameter penting yang berkaitan erat dengan pertumbuhan dan perkembangan anak (Trawotjo dan Juwita, 1991 *cit.* Lawira, 2003). Status gizi anak balita

akibat kekurangan gizi buruk dapat dicegah (Jalal dan Soekirman, 1990 *cit.* Astuti, 1998).

Salah satu faktor penting dan mendasar sebagai penyebab timbulnya masalah gizi adalah karena perilaku konsumsi makanan (*Food Consumption Behaviour*) individu, keluarga atau masyarakat yang salah satu atau tidak sepenuhnya mengikuti kaidah-kaidah ilmu gizi dan kesehatan (Syahmein Mochji, 1998 *cit.* Kurniarum, 2002).

Orang tua atau keluarga juga merupakan *role model* yang utama bagi anak. Terutama tentang masalah asupan makanan dan kebiasaan makan. Mereka mengajarkan kepada anak seperti macam makanan, frekuensi makan dan komposisi makanan yang mereka makan (Dudek, 1997).

Namun, pada saat ini banyak orang tua atau keluarga yang berpendapat bahwa jika anak mereka gemuk, maka anak tersebut sehat dan orang tua berhasil dalam memberikan makanan yang bergizi kepada anaknya. Pendapat ini sebenarnya salah, karena apabila anak mempunyai kelebihan berat badan maka akan terjadi masalah kesehatan di kemudian hari, seperti penyakit diabetes mellitus atau atherosclerosis. Oleh karena itu perlu adanya suatu pendidikan kesehatan kepada orang tua, yang bisa dilakukan oleh perawat sebagai tenaga kesehatan, yang juga berperan sebagai fasilitator antara keluarga dengan sarana kesehatan, untuk mengajarkan kepada orang tua tentang pemberian makanan kepada anak (Dudek, 1997).

masyarakat, kegiatan-kegiatan yang menyangkut program gizi banyak melibatkan kaum ibu, maka dari itulah ibu merupakan tokoh utama yang harus peduli pada gizi anak (Guhardja , 2003).

Semakin bertambahnya usia bayi, peranan makanan pendamping bertambah besar. Berbagai makanan bayi selain ASI / PASI mulai diberikan sejak usia 4 – 6 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi, perkembangan dan pertumbuhan bayi. Peranan makanan pendamping makin meningkat dengan bertambahnya usia bayi antara umur 6 – 12 bulan. Berdasarkan berbagai penelitian diketahui bahwa 30 – 50 % bayi berusia 4 – 12 bulan menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang kurang memuaskan, yaitu menderita kekurangan kalori rotein. Oleh karena itu pemberian makanan pendamping dengan jenis yang bervariasi perlu ditingkatkan agar peranan dalam menunjang kualitas hidup generasi mendatang dapat tercapai (Samsudin, 1998 *cit.* Lawira, 2003).

Pada survey tentang status gizi anak balita di daerah pengungsian di wilayah Provinsi Maluku Utara pada tahun 2001 mengungkapkan bahwa masalah gizi kurang yang ditemukan pada umumnya adalah KEP. Pada 15 desa daerah pengungsian yang disurvei oleh Pusat Studi Gizi, Pangan, dan Kesehatan (PSGPK) Universitas Hasanuddin (Unhas) ditemukan kondisi KEP kronik sebesar 23,1 % dan kondisi KEP akut yang juga cukup tinggi, yakni 12,9 %. Survey juga menemukan bahwa status gizi memburuk sesuai pertambahan umur sejak anak berumur 6 bulan. Ini disebabkan sejak usia 6 bulan air susu ibu (ASI) tidak cukup

memenuhi zat gizi anak. Oleh karena itu, anak memerlukan makanan pendamping ASI (MP-ASI). Menurunnya status gizi sejak usia 6 bulan dikarenakan MP-ASI yang diberikan tidak mampu lagi untuk memenuhi kebutuhan anak. Hal ini disebabkan pola pemberian ASI yang salah karena pergeseran perilaku ibu-ibu. Pada umumnya di perkotaan para ibu enggan memberikan ASI untuk anaknya dan diganti dengan susu formula. Sementara di pedesaan pada umumnya disebabkan kebiasaan menyapih anak sebelum berumur 4 bulan (Nasru Alam Aziz, 2002).

Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 1997 menunjukkan hanya seperempat bayi yang disusui ASI eksklusif tanpa makanan tambahan lain pada umur 0 – 4 bulan. Selain itu juga dilaporkan masih tingginya praktik penyapihan dini (sebelum usia 2 tahun) serta tidak memadainya kualitas makanan pendamping ASI (MP-ASI) terutama pada keluarga miskin (Gakin) (LIPI, 2000).

WHO bersama UNICEF dan IDAI (7 Januari 2005) telah mengungkapkan bahwa pemberian ASI Eksklusif diberikan dari sejak lahir sampai dengan usia 6 bulan. Hal ini juga dikatakan oleh Direktorat Gizi Masyarakat Departemen Kesehatan (2005) bahwa ASI diberikan dari umur 0 – 6, kecuali dalam keadaan darurat seperti suasana perang dan anak yatim boleh digantikan dengan pengganti ASI atau susu formula namun, tidak boleh susu kental manis dan susu cair dan hanya diberikan dalam keadaan terbatas. Selain itu juga, pemberian makanan pendamping ASI hanya boleh diberikan setelah usia 6 bulan serta disesuaikan

dengan umur dan kebutuhan gizi bayi juga harus mengandung kalori dan mikronutrient yang cukup dan mudah dicerna oleh bayi.

Pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang terlalu awal pada bayi dapat menyebabkan anak tidak menghisap semua ASI yang dihasilkan oleh ibunya, sehingga mengakibatkan bayi kekurangan zat gizi yang berkualitas tinggi. Sedangkan penundaan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) setelah bayi berumur 6 bulan juga dapat mengakibatkan anak kekurangan gizi. Makin lama penundaan makin sukar diberikan makanan tambahan tersebut sehingga dapat mengakibatkan bayi menderita defisiensi gizi dalam berbagai bentuk (Suhardjo, 2000).

Munculnya berbagai gangguan gizi ini sangat memprihatinkan, selain disebabkan oleh berkurangnya konsumsi pangan dan mutu gizi yang dimakan oleh keluarga, terdapat bermacam-macam yang mempengaruhi status gizi balita, dimana faktor ini saling berkaitan satu sama lain. Faktor tersebut antara lain tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, umur dan pekerjaan ibu. Faktor ini akan sangat menentukan keberhasilan pemberian makanan serta cara memberikan makanan pada balita, karena ibulah yang sangat berperan dalam mengatur konsumsi anak (Krisnatuti, 2001 *cit.* Kurniarum, 2002).

Menurut Suhardjo (2000), dari beberapa studi lapangan yang telah dilakukan, terdapat hasil bahwa masih banyak ibu-ibu yang memberikan makanan pendamping ASI secara dini, juga terkadang ibu memberikan makanan prelakteal

bayi berhenti menangis dan juga air susu ibu yang belum keluar. Pemberian makanan pendamping kepada bayi diberikan ibu saat memasuki usia 2 atau 3 bulan tujuannya agar bayi tenang dan tidak rewel. Makanan yang diberikan rata-rata pisang dan nasi lembek (nasi tim).

Banyaknya perilaku ibu yang belum benar ini dapat mengakibatkan gangguan pada anak yang berkaitan dengan proses pencernaan. Meskipun belum terdapat penelitian pada manusia, namun pemberian makanan padat terutama produksi dari pabrik dan mengandung kadar NaCl yang tinggi dapat mengakibatkan hiperosmolaritas sehingga beban ginjal pada bayi lebih berat. Selain itu juga, pemberian makanan yang terlalu manis terutama bahan makanan yang mengandung sukrose kepada bayi akan mengakibatkan kebusukan pada gigi (Suhardjo, 2000).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta (2004), didapatkan status gizi balita di Kota Yogyakarta pada tahun 2001 balita dengan status gizi buruk sebanyak 1,43 % , status gizi kurang sebanyak 11,27 % , status gizi normal 84,33 % , dan status gizi lebih sebanyak 2,97 % . Pada tahun 2002, balita dengan status gizi buruk sebanyak 1,39 % , status gizi kurang sebanyak 10,90 % , status gizi normal 83,91 % , status gizi lebih 3,80 % . Pada tahun 2003 didapatkan balita dengan status gizi buruk sebanyak 0,92 % , balita dengan status gizi kurang sebanyak 12,00 % , status gizi normal 83,10 % dan balita dengan status gizi lebih sebanyak 3,08 % .

Berdasarkan survey yang telah dilakukan di Puskesmas Kasihan II , pada tahun 2003 terdapat 1589 balita dengan status gizi yang beragam. Balita dengan status gizi buruk tidak ada, balita dengan status gizi kurang sebanyak 121 balita, status gizi balita baik sebanyak 1460 balita dan status gizi lebih sebanyak 8 balita. Pada tahun 2004, dari 1362 balita didapatkan balita dengan status gizi buruk terdapat 1 balita, status gizi kurang sebanyak 147 balita, balita dengan status gizi baik sebanyak 1199 balita dan balita dengan status gizi lebih sebanyak 15 orang.

Apabila dilihat lebih lanjut, terjadi penurunan status gizi pada balita, hal inilah yang menarik perhatian peneliti untuk mengadakan penelitian dengan permasalahan hubungan antara perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI dengan status gizi balita usia 6 - 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta.

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan dari latar belakang yang telah disebutkan, maka dalam penelitian ini merumuskan masalah sebagai berikut : “ Apakah ada hubungan antara perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada balita dengan status gizi balita usia 6 – 24 bulan di posyandu wilayah kerja

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada balita dengan status gizi balita usia 6 – 24 bulan di posyandu wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping

ASI (MP-ASI) pada balita yang dipengaruhi oleh :

1) Tingkat Pendidikan Ibu

2) Tingkat Pengetahuan Ibu

b. Untuk mengetahui status gizi balita di posyandu wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Sebagai sumbangan pada ilmu keperawatan, terutama pada keperawatan komunitas yang berbasis pada masyarakat, agar kita sebagai perawat yang ada di masyarakat lebih memperhatikan masalah gizi yang masih terjadi di masyarakat yang merupakan faktor penting dalam menentukan derajat kesehatan.

4. Materi

Materi yang diambil terkait dengan perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada balita dan hubungannya dengan status gizi balita.

F. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian mengenai “hubungan perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada balita dengan status gizi balita usia 6 – 24 bulan” sejauh pengetahuan penulis belum ada. Namun, penelitian pendukung pada penelitian ini yaitu :

1. Hubungan antara peran ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI pada bayi umur 0 – 4 bulan dengan status gizi di Puskesmas Mergangsan Yogyakarta oleh Ari Kurniarum pada tahun 2002.

Jenis penelitian ini yaitu observasional dengan pendekatan kuantitatif dan menggunakan *Cross Sectional*. Pengolahan data yang dilakukan yaitu dengan analisis univariat dengan distribusi frekuensi untuk melihat gambaran faktor-faktor yang berhubungan dengan ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI dan analisis bivariat dengan uji statistik *chi square* untuk melihat hubungan dua variabel (dependent dan independent).

Didapatkan hasil yaitu usia pertama pemberian makanan pendamping ASI ternyata memberikan dampak positif terhadap status gizi bayi. Namun, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan usia

pertama pemberian makanan pendamping ASI dengan status gizi bayi tetapi ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan ibu dengan usia pertama pemberian makanan pendamping ASI. Selain itu juga didapatkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan ibu dengan status gizi bayi tetapi ada hubungan yang bermakna antara aktivitas sosial yang diikuti ibu dengan usia pertama pemberian makanan pendamping ASI dengan status gizi bayi.

2. Pola pemberian makanan pada bayi umur 0 – 6 bulan di masyarakat Kelurahan Baciro Kecamatan Godokusuman Yogyakarta oleh Yusria pada tahun 2003

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif kualitatif yang bersifat *Naturalistik* dan menggunakan pendekatan fenomenologik. Dengan metode wawancara didapatkan hasil yaitu banyak dari responden yang tidak memberikan kolostrum pada bayi sesaat setelah lahir karena masih kurangnya pengetahuan ibu tentang pemberian ASI eksklusif pada bayi terutama zat-zat yang terkandung di dalam ASI. Juga masih terdapatnya ibu-ibu yang memberikan pendamping ASI terlalu dini. Selain itu, pemberian makanan terhadap bayi umumnya diberikan pada usia 4 bulan dan tahap pemberiannya diberikan dalam jumlah yang banyak dan juga semua ibu yang bekerja di luar rumah tidak memberikan ASI eksklusif pada bayi dan menggantinya dengan susu formula.

3. Hubungan pola pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP ASI) dengan pertumbuhan balita usia 6 s/d 24 bulan di Desa IDT Wilayah Kerja Puskesmas Temon Kabupaten Kulon Progo oleh R. Supriyadi pada tahun 2005.

Jenis penelitian yang dilakukan merupakan penelitian Observasional dengan rancangan *Cross Sectional*. Didapatkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara pola pemberian ASI, jenis makanan pendamping ASI yang diberikan, frekuensi pemberian makanan pendamping ASI dan asupan protein dengan status gizi balita. Ada hubungan yang bermakna antara jumlah asupan energi dengan status gizi balita.

Persamaan karya tulis ini dengan karya tulis sebelumnya yaitu tentang masalah pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) kepada balita yang usianya berkisar 0 – 24 bulan.

Perbedaan karya tulis ini dengan karya tulis sebelumnya adalah pada perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI kepada balita dengan menggunakan pendekatan deskriptif dengan metode *Cross Sectional*. Selain itu, responden dipilih dengan menggunakan teknik *Area Probability Sample* (sampel wilayah) untuk menentukan 5 posyandu yang dipakai sebagai sampel tempat dari 35 posyandu yang ada dan untuk sampel responden yaitu ibu-ibu yang mempunyai anak balita usia 6 – 24 bulan dengan teknik *total populasi* yaitu semua ibu-ibu yang datang ke posyandu dan mempunyai balita usia 6 – 24 bulan berkesempatan untuk dijadikan responden.