

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya perbaikan gizi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sesuai pasal 20 ayat 1 UU Nomor 23 tentang kesehatan, menyatakan bahwa perbaikan gizi diselenggarakan untuk mewujudkan terpenuhinya kebutuhan gizi, perbaikan gizi meliputi upaya peningkatan status dan mutu gizi, pencegahan, penyembuhan, dan atau pemulihan akibat gizi salah. Terpenuhinya kebutuhan gizi adalah pemenuhan gizi yang optimal bagi tubuh setiap individu untuk memelihara kesehatannya sesuai kebutuhan yang dianjurkan, yang didasarkan pada usia, jenis kelamin, dan status kesehatannya (Aritonang, 1995).

Di Indonesia upaya untuk penanggulangan masalah kekurangan gizi telah lama dilakukan dan penurunan prevalensinya cukup memuaskan, tetapi empat masalah gizi utama yaitu kurang energi protein (KEP), kekurangan vitamin A (KVA), anemia gizi, kekurangan Yodium (GAKI) masih menjadi masalah kekurangan gizi yang harus ditangani sesegera mungkin, dimana sejak terjadinya krisis ekonomi pada tahun 1997, masalah kekurangan gizi menjadi masalah yang semakin terlihat jelas terutama pada keluarga-keluarga di pedesaan yang umumnya terdiri dari keluarga miskin.

Keluarga yang berada dipedesaan merupakan bagian dari masyarakat kita yang seharusnya tidak luput dari perhatian kita mengenai masalah

anak bayi yang nantinya mempunyai hak yang sama dalam menentukan nasib bangsa kita di kemudian hari. Perlu kita perhatikan bahwa anak bayi merupakan masa-masa penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak nantinya.

Bayi merupakan salah satu golongan penduduk yang rawan terhadap masalah gizi, mereka mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat dimasa ini sehingga membutuhkan suplai makanan dan gizi dalam jumlah yang cukup dan memadai (Utomo, 1998). Kurang gizi pada masa Balita dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang secara fisik, mental, sosial, dan intelektual yang sifatnya menetap dan seterusnya dibawa sampai anak menjadi dewasa. Secara lebih spesifik kekurangan gizi dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan otak, dan dapat pula terjadi penurunan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi (Ninik, 2000).

Krisis ekonomi yang berkembang menjadi multi krisis mengakibatkan keluarga miskin di Indonesia menjadi bertambah banyak, semula dari 22,5 juta jiwa menjadi 80 juta jiwa (menurut BPS), atau dari 5 juta kepala keluarga menjadi 16 juta kepala keluarga. Sedangkan menurut IMF jumlah penduduk miskin mencapai 124,5 juta jiwa (Partono, 1999). Krisis tersebut telah mempengaruhi status kesehatan dan status gizi masyarakat. Untuk menghindari makin menurunnya status kesehatan dan status gizi masyarakat, pemerintah sejak bulan November 1998 hingga kini telah melaksanakan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK). Yang dilaksanakan oleh bidan desa, Puskesmas, dan Rumah Sakit.

Kegiatan pemberian makanan tambahan JPS-BK yang se
 PMTP dalam JPS-BK meliputi intervensi pemberian makanan pada

bulan ...

nifas yang menderita kekurangan energi kronis. Pemberian makanan tambahan dalam JPS BK timbul sebagai respon pemerintah terhadap adanya krisis yang berakibat kenaikan harga-harga pokok dan turunnya daya beli masyarakat dalam krisis yang berkepanjangan yang diperkirakan akan mempengaruhi status gizi masyarakat paling rentan yaitu anak-anak, ibu hamil dan ibu menyusui dari social ekonomi rendah.

Oleh karena itu diperlukan suatu penelitian tentang bagaimana pelaksanaan program JPS-BK khususnya pada pemberian makanan tambahan pada bayi dan Balita serta ibu hamil atau ibu Nifas di Puskesmas Mlati II Sleman. Apakah dengan pemberian makanan tambahan akan meningkatkan status gizi anak dari masyarakat setempat.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka perumusan masalah ialah bagaimana peranan program JPS-BK dalam menanggulangi kekurangan energi protein di Puskesmas Mlati II Sleman.

C. Manfaat Penelitian

Manfaat Penulis : Dengan diadakannya penelitian ini maka penulis akan mengetahui jumlah dan persentase dari penderita KEP pada bayi yang ikut dalam program JPS-BK. Serta mengetahui efektivitas dari JPS-BK dalam

Manfaat bagi Instansi kesehatan : Bagi Instansi kesehatan penelitian ini dapat dijadikan gambaran tentang banyaknya penderita KEP yang didapat di daerah Mlati II Sleman. Serta dari penelitian ini diperoleh informasi-informasi yang bermanfaat bagi pihak-pihak yang terkait dalam proses pembuatan kebijakan maupun pihak yang menyelenggarakannya. Penelitian ini juga diharapkan mampu untuk dijadikan bahan Referensi bagi aparat pelaksana kebijakan maupun aktor-aktor perumus kebijakan dalam mengadakan evaluasi kebijakan.

D. Tinjauan Pustaka

1. Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK)

Krisis ekonomi yang berkembang menjadi multi krisis mengakibatkan keluarga miskin di Indonesia menjadi bertambah banyak, semula dari 22,5 juta jiwa menjadi 80 juta jiwa (menurut BPS), atau dari 5 juta kepala keluarga menjadi 16 juta kepala keluarga (Partono, 1999). Krisis tersebut telah mempengaruhi status kesehatan dan status gizi masyarakat. Untuk menghindari makin menurunnya status kesehatan dan status gizi masyarakat, pemerintah sejak bulan November 1998 sampai hingga kini telah melaksanakan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK). Yang dilaksanakan oleh bidan desa, Puskesmas, dan Rumah Sakit.

Pada hakekatnya Puskesmas harus melaksanakan seluruh program kesehatan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan stat

gizi masyarakat, khususnya pada keluarga miskin diwilayah kerja

masalah yang ada dan kemampuan yang dimiliki. Namun juga

jumlah keluarga miskin demikian besar dikhawatirkan sumber daya Puskesmas tidak dapat mendukung peningkatan pelayanan. Dengan demikian pemerintah memberikan tambahan pembiayaan untuk mendukung program yang sudah ada dan perlu ditingkatkan melalui program JPS-BK.

Untuk mencapai tujuan program yaitu mempertahankan dan meningkatkan kesehatan dan gizi masyarakat, khususnya keluarga masyarakat miskin, maka program JPS-BK dijabarkan dalam empat kegiatan utama :

a. Pelayanan kesehatan dasar

Puskesmas mempunyai tanggung jawab melaksanakan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Meningkatkan keluarga miskin akan meningkatkan pula beban kerja puskesmas, sehingga puskesmas perlu lebih diberdayakan. Tujuan umum dari pelayanan kesehatan dasar adalah meningkatkan jangkauan dan cakupan pelayanan kesehatan dasar khususnya bagi keluarga miskin. Jenis pelayanan pada program pelayanan kesehatan dasar ini pada prinsipnya adalah semua jenis pelayanan kesehatan termasuk pelayanan KB yang disediakan oleh Puskesmas bagi masyarakat umum, juga untuk keluarga miskin dengan tanpa biaya. Pelayanan tersebut bersifat menyeluruh terdiri atas pelayanan peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan yang diselenggarakan secara rawat jalan maupun rawat inap, didalam maupun diluar gedung termasuk rujukan dari Puskesmas kecil, Puskesmas

b. Pelayanan perbaikan gizi

Salah satu akibat krisis ekonomi adalah menurunnya daya beli masyarakat termasuk daya beli kebutuhan pangan. Hal ini menyebabkan penurunan kecukupan gizi masyarakat yang selanjutnya dapat menurunkan status gizi. Penurunan status gizi dapat terjadi pada kelompok rawan yaitu bayi, Balita, dan ibu hamil yang akibatnya menimbulkan masalah kesehatan yang serius.

Untuk mempertahankan status gizi yang baik perlu adanya intervensi yang baik dari pemerintah melalui pemberian makanan tambahan khusus kepada keluarga miskin yang rawan gizi.

Sasaran kegiatan pemberian makanan tambahan (PMT) ini adalah bayi berumur 6-11 bulan dari keluarga miskin, bayi berumur 12-23 bulan dari keluarga miskin, bayi berumur 24-59 bulan dari keluarga miskin, dan seluruh ibu hamil dan ibu Nifas yang mengalami kekurangan energi kronis dari keluarga miskin.

Masa pemberian makanan tambahan untuk kelompok umur 6-11 bulan diberikan makanan tambahan setiap hari berturut-turut selama 180 hari dengan biaya perharinya Rp 750,00 per anak. Untuk bayi kelompok umur 12-23 bulan diberikan makanan setiap hari selama 90 hari dengan biaya setiap bayi perhari Rp 750,00. Sedangkan untuk bayi kelompok umur 24-59 bulan diberikan makanan tambahan seminggu sekali bersamaan dengan hari buka Posyandu. Untuk ibu hamil dan ibu nifas KEK,

makanan tambahan diberikan berturut-turut setiap hari

Dan pelaksanaan program tambahan dilakukan oleh tim desa

c. Revitalisasi Posyandu

Krisis ekonomi telah melemahkan aktivitas Posyandu sekaligus meningkatkan kasus gizi buruk terutama di daerah miskin karena masyarakat kekurangan sumber daya guna melanjutkan kegiatan untuk mengatasi perlu segera dilakukan revitalitas Posyandu.

Revitalitas Posyandu adalah upaya pemberdayaan Posyandu untuk mengurangi dampak krisis ekonomi terhadap penurunan status gizi dan kesehatan ibu dan anak, secara menyeluruh revitalisasi Posyandu tertuang dalam surat edaran Mendagri No: 411.3/536/SJ tanggal 3 maret 1999 beserta petunjuk pelaksanaannya.

Tujuan umum dari program revitalisasi Posyandu adalah meningkatnya fungsi dan kinerja Posyandu sehingga mampu mempertahankan dan meningkatkan status gizi serta kesehatan ibu dan anak, sedangkan tujuan khusus dari program ini adalah tercapainya pemberdayaan tokoh masyarakat dan kader melalui advokasi, orientasi, latihan atau penyelenggaraan, tercapainya pemantapan kelembagaan dengan terpenuhinya perlengkapan Posyandu, terselenggaranya kegiatan Posyandu secara rutin dan berkesinambungan. Bentuk-bentuk pelaksanaan kegiatan revitalisasi Posyandu antara lain pemberdayaan kader oleh petugas Puskesmas dalam berbagai bentuk antara lain: pelatihan, penyegaran, jamhore atau cerdas cermat, pengadaan alat masak dan kebutuhan

d. **Pemberantasan penyakit menular (P2M)**

Krisis ekonomi yang terjadi akan berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat, yang ditunjukkan antara lain dengan kecenderungan peningkatan kasus penyakit menular, terutama penyakit TB baru, Malaria serta penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Keadaan tersebut tidak hanya berpengaruh kepada keluarga miskin tetapi juga kepada masyarakat lain dilingkungannya. Oleh karena itu perlu dilakukan intervensi pemberantasan penyakit menular yang diperluas jangkauannya dan ditingkatkan kegiatannya.

Tujuan umum dari program P2M adalah mencegah berjangkitnya penyakit menular dan menurunkan angka kematian akibat penyakit menular, sedangkan tujuan khusus dari program ini adalah meningkatnya penanggulangan kasus TB baru dengan strategi DOTS dan meningkatkan kegiatan pelayanan imunisasi.

2. Kurang Energi Protein (KEP)

Kurang Energi Protein adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kebutuhan gizi (AKG). Dalam buku 'Recommended Dietary Allowances' edisi X tahun 1989 didefinisikan kebutuhan energi sebagai tingkat masukan energi dari makanan sehingga akan tercapai keseimbangan antara

Masalah gizi di Indonesia merupakan masalah kesehatan sebagai akibat terjadinya ketidak seimbangan antara jumlah dan jenis makanan serta zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Umumnya masalah gizi ada dua macam yaitu (1) masalah gizi kurang dan (2) masalah gizi lebih (Tuti sunardi, 1995). Menurut direktorat bina gizi tahun 1991 sampai sekarang di Indonesia masih terdapat empat masalah gizi kurang yang utama, yaitu Kurang Energi Protein (KEP), Kurang Vitamin A (KVA), gangguan akibat kekurangan yodium (GAKI), dan kekurangan gizi mineral yang disebut anemia gizi. Program perbaikan gizi yang telah dilaksanakan pemerintah sejak Repelita pertama hingga tahun ke empat Repelita kelima telah menunjukkan hasil berupa penurunan empat masalah tersebut (Samsudin , 1995).

Penyakit KEP adalah keadaan patologis pada derajat yang paling ringan sampai derajat yang paling berat pada keadaan yang ringan tidak banyak ditemukan kelainan dan hanya terdapat pertumbuhan yang kurang sedangkan biokimia dan gejala klinis yang ditemukan. Pada keadaan yang berat ditemukan tipe *kwashiorkor* dan tipe *marasmus*, serta tipe *kwashiorkormarasmich* dikemukakan oleh Daweisah 1990 umumnya *kwashiorkor* terdapat balita yang lebih tua dan pada anak-anak yang dietnya mengandung cukup energi tetapi kekurangan protein untuk jangka panjang. Penderita *kwashiorkor* bercirikan pertumbuhan yang lambat, apatis, rewel, tidak aktif dan mengalami *oedema* serta perlemakan hati, juga terdapat perubahan pada rambut, kulit, *hepatomegali* dan *hipotermi*.

Marasmus dapat terjadi pada segala umur, tetapi sering di

yang mendapat cukup ASI dan tidak di beri makanan pengganti

penyakit seperti, infeksi, kelainan saluran pencernaan, atau jantung, malabsorpsi, gangguan metabolic, penyakit ginjal menahun, dan gangguan system saraf pusat merupakan penyebab terjadinya marasmus sedangkan *kwashiorkor* memperlihatkan jejak campuran antara penyakit *marasmus* dan *kwashiorkor*.

Kebutuhan energi bervariasi tergantung pada usia anak. Usia Balita diperlukan energi cukup banyak, makin lama makin menurun sesuai pertambahan umur. Penggunaan energi yang tersedia berlangsung kurang lebih 50 % untuk metabolisme basal, 5 % untuk spesifik dinamik action, 15 % untuk pertumbuhan, 25 % untuk aktivitas, dan 5 % untuk kehilangannya (Ebrahim, 1997).

Energi diperoleh dari karbohidrat, lemak dan protein. Kebutuhan energi terutama disuplai oleh karbohidrat dan lemak, walaupun protein dalam diet juga dapat memberi suplai energi, tetapi fungsi utamanya untuk menyediakan asam amino bagi sintesis protein sel, dan hormon maupun enzim untuk mengatur metabolisme, jadi protein tidak digunakan sebagai sumber energi.

Protein yang didapat dalam makanan sehari-hari harus diubah dahulu menjadi asam amino sebelum dapat diserap oleh usus. Pencernaan protein dimulai dengan hidrolisis ikatan peptidnya untuk menghasilkan asam amino dengan bantuan enzim (protease). Asam amino hasil hidrolisis hewan dapat diserap lebih cepat dan lebih efisien jika dibandingkan dengan hasil hidrolisis protein nabati. Kebutuhan protein dalam masa bayi dan anak termasuk tinggi karena pertumbuhannya cepat. Selama masih bayi, kebutuhan setiap hari

3,5 g/Kg berat badan/hari (Ebrahim, 1997). Angka kebutuhan pr

sebenarnya tergantung pada pada mutu protein. Semakin baik

semakin rendah angka kebutuhan protein. Mutu protein ini bergantung pada susunan asam amino yang membentuknya, terutama asam amino essensial. (RSCM dan persatuan Ahli gizi Indonesia, 1994)

Tata cara pengukuran keadaan gizi dan pertumbuhan dibedakan menjadi yaitu:

1. tata cara *klinis* yang dilakukan pada individu dalam pelayanan medis,
2. tata cara *Antropometris* yang dipergunakan sebagai penunjang dalam berbagai kegiatan medis dan sebagai alat utama yang penting untuk menilai status gizi pertumbuhan dan kesaehatan masyarakat (Syamsudin dan soediby,1997).

Tata cara *klinis* terdiri dari 3 jenis pemeriksaan, yaitu: 1. Anamnesis, misalnya berat lahir, riwayat makanan dan keadaan gizi ayah/ ibu, 2. Pemeriksaan fisik,dan 3. Pemeriksaan penunjang (Antropometri, laboratorium, dan radiolog).

Tata cara *antropometri* adalah cara penelitian status gizi dan pertumbuhan yang dapat digunakan untuk tiga macam kegiatan yaitu: 1. Pelayanan medik, 2. Kesehatan masyarakat dan, penelitian.Jellifi (1966) memberikan 3 macam pengukuran Antropometri gizi, yaitu: 1. massa tubuh, ditetapkan dengan berat badan, 2. Dimensi linear, terutama ditetapkan dengan/ panjang badan dan lingkaran bagian tertentu, 3. komposisi tubuh dan cadangan energi dalam protein terutama mengukur jaringan lemak.

3. Alat Pemantau Kesehatan Bayi

Khusus untuk bidang kesehatan, pemerintah melaksanaka

pengaman social bidang kesehatan (IDS RK) yang mempunyai