

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Nutrisi yang cukup sangat penting pada usia dini untuk memastikan pertumbuhan yang sehat, pembentukan organ yang tepat dan fungsi sistem kekebalan yang kuat, dan perkembangan neurologis dan kognitif. Pertumbuhan ekonomi dan pembangunan manusia memerlukan populasi *wellnourished* yang dapat mempelajari keterampilan baru, berfikir kritis, dan berkontribusi pada komunitas mereka. Malnutrisi anak dapat berdampak pada fungsi kognitif dan berkontribusi terhadap kemiskinan, menghambat kemampuan individu untuk memimpin kehidupan yang produktif. Selain itu diperkirakan bahwa lebih dari sepertiga kematian balita yang disebabkan karena kurang gizi (Liu *et al* 2012: Hitam *et al*,2008)

Status gizi suatu masyarakat telah secara luas di terima sebagai salah satu dari prediktor untuk kualitas sumber daya manusia, prestasi akademik, dan daya saing bangsa (Victora *et al*,2008). Salah satu indikator kesehatan yang dinilai keberhasilan pencapaiannya dalam MDGs adalah status gizi balita (Kemenkes, 2011). Saat ini, situasi gizi di dunia menunjukkan dua kondisi yang ekstrim, mulai dari kelaparan sampai pola makan yang mengikuti gaya hidup yaitu rendah serat dan tingkat kalori, serta kondisi kurus dan pendek sampai kegemukan

WHO mengartikan malnutrisi sebagai ketidakseimbangan tingkat selularantara asupan nutrisi dan energi dengan kebutuhan tubuh untuk

pertumbuhan, pemeliharaan serta melakukan fungsi tertentu. Badan kesehatan dunia memperkirakan bahwa 54% kematian anak disebabkan oleh keadaan gizi yang buruk. Sementara masalah gizi di Indonesia mengakibatkan lebih dari 80% kematian anak (WHO,2011).

Status 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).

Prevalensi balita gizi buruk merupakan indikator *Millenium Development Goals* (MDGs) yang harus dicapai disuatu daerah (kabupaten/kota) pada tahun 2015, yaitu terjadinya penurunan prevalensi balita gizi buruk menjadi 3,6 persen atau kekurangan gizi pada anak balita menjadi 15,5 persen (Bappenas, 2010). Khususnya di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta prevalensi status gizi balita berdasarkan Berat Badan per Tinggi Badan (BB/TB) menunjukkan prevalensi status gizi balita sangat kurus 2,6% dan kurus 6,5% (Kemenkes,2012).

Malnutrisi disebut sebagai "*invisible emergency*" (kedaruratan yang tak terlihat) karena kejadian malnutrisi seperti fenomena gunung es, merupakan ancaman yang mematikan namun yang terlihat (UNICEF 2011). Malnutrisi

adalah pembunuh utama pada anak usia balita (WHO, 2007). Setiap tahun malnutrisi menyumbang sekitar 40% dari 11 juta kematian anak balita di Negara berkembang. Angka malnutrisi pada anak di dunia mencapai 115 juta anak (WHO, 2010). Pengukuran antropometri menunjukkan seperempat balita di negara berkembang mengalami kurang nutrisi (Svedberg, 2011; Black *et al.*, 2008).

Akar permasalahan malnutrisi pada bayi adalah ketidaktepatan asuhan, lingkungan yang tidak mendukung dan makan yang tidak tepat atau tidak sesuai dengan fase tumbuh kembang. Faktor lain yang juga mempengaruhi adalah rendahnya aksesibilitas pangan (kemampuan rumah tangga untuk selalu memenuhi kebutuhan pangan anggotanya) mengancam penurunan konsumsi makanan yang beragam, bergizi seimbang, dan aman di tingkat rumah tangga (Correa *et al.*, 2009; Goudet *et al.*, Svedberg, 2011; Ammaniti, 2004; Faith *et al.*, 2003).

WHO sejak tahun 2007 telah mensosialisasikan program *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition*. Hal ini dilatarbelakangi oleh beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa balita malnutrisi tanpa komplikasi sebenarnya dapat ditangani di masyarakat tanpa harus dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan dan efektif dari segi biaya (Bachman, 2010; Sadler *et al.*, 2007; Prudhon *et al.*, 2006; Briend *et al.*, 2006; dan Ashworth, 2006). Hal ini mendukung penelitian yang menyatakan bahwa *Community Therapeutic Care* adalah suatu pendekatan yang dapat dilakukan untuk menangani malnutrisi akut pada balita di komunitas (Myatt *et al.*, 2006; Gatchell *et al.*, 2006; Tanner & Collins, 2004).

Community Therapeutic Care mengkombinasikan tiga pendekatan dalam menangani balita malnutrisi yaitu program intervensi di masyarakat, *home based treatment* untuk balita malnutrisi tanpa komplikasi dan pusat stabilisasi untuk balita malnutrisi dengan komplikasi (AFC, 2012; Tanner & Collins, 2004). Dua pendekatan sebenarnya telah dilakukan di Indonesia yaitu kegiatan penanganan di masyarakat untuk gizi kurang dan gizi buruk serta pusat stabilisasi yaitu Rumah Pemulihan Gizi (RPG), sedangkan untuk pendekatan *home based treatment* atau *home care* belum banyak dilakukan.

Depkes RI (2002) mendefinisikan bahwa *Home Care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif; diberikan kepada individu, keluarga, di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan atau memaksimalkan kemandirian dan meminimalkan kecacatan akibat dari penyakit. Layanan diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien atau keluarga yang direncanakan, dikoordinir, oleh pemberi layanan melalui staf yang diatur berdasarkan perjanjian bersama. Salah satu institusi kesehatan yang dapat melaksanakan program *home care* untuk balita malnutrisi adalah puskesmas. Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat merupakan institusi kesehatan yang paling berperan aktif dalam penanganan masalah gizi di Indonesia.

Berbagai keuntungan dari pelayanan *home care* bagi klien menurut Setyawati (2004) adalah pelayanan akan lebih sempurna, holistic dan komprehensif dan pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan dibawah naungan legal dan etik keperawatan. Selain itu juga kebutuhan klien

akandapat terpenuhi sehingga klien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang professional.

Berdasarkan latar belakang yang telah di jelaskan di atas penulis ingin meneliti tentang pengaruh *home care* terhadap peningkatan status gizi pada balita malnutrisi di kota Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan di atas, maka permasalahan yang akan dibahas pada penelitian ini adalah **“bagaimanakah pengaruh *home care* terhadap peningkatan status gizi balita yang menderita malnutrisi di Kota Yogyakarta?”**

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perubahan status gizi pada balita malnutrisi melalui program *home care* di kota Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

a. Mengetahui kejadian status gizi pada balita malnutrisi di kota Yogyakarta sebelum dan sesudah dilakukan *home care* pada kelompok intervensi.

b. Mengetahui status gizi pada balita malnutrisi pada kelompok Pra

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Sebagai masukan bagi perawat, khususnya perawat puskesmas dalam meningkatkan pelayanan secara profesional, serta lebih banyak lagi dalam memberikan informasi yang luas mengenai berbagai hal yang berkaitan dengan langkah dan tahapan dalam *home care*.

2. Bagi Keluarga

Sebagai bahan informasi untuk membantu keluarga dalam memberikan pelayanan yang optimal kepada anggota keluarga yang sakit sehingga keluarga dapat ikut berpartisipasi merawat klien.

3. Bagi peneliti Selanjutnya

Dapat di gunakan sebagai bahan acuan untuk penelitian lebih lanjut mengenai keperawatan keluarga, khususnya masalah pelayanan *home care* tidak hanya pada status gizinya.

E. Penelitian Terkait

Sepanjang pengetahuan penulis belum pernah di lakukan penelitian tentang pengaruh *home care* terhadap peningkatan status gizi pada balita yang malnutrisi di Yogyakarta. Terdapat penelitian lain yang berhubungan 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 Ali Kurularum 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 memberi dampak 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 bermakna antara tingkat pengetahuan dengan usia pertama pemberian makanan pendamping ASI dengan status gizi bayi.

2. Collins *et al.*, 2006 melakukan penelitian dengan judul *Key issues in the success of community-based management of severe malnutrition*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hal-hal penting yang harus diperhatikan dalam manajemen malnutrisi berbasis komunitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa balita yang dapat dilakukan perawatan di rumah adalah balita yang mengalami malnutrisi akut tanpa komplikasi. Terapi yang diberikan harus mengacu pada standar yang dikeluarkan oleh WHO. Penelitian yang dilakukan sejak tahun 2000-2005 menunjukkan dari 23.511 kasus yang dirawat di rumah, 79,4% mengalami peningkatan kesehatan. Perbedaan dengan

penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah memberikan *home care* pada balita malnutrisi.

3. They, (2005) dengan judul penelitian *Home based treatment of severe malnutrition in Kabul*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program perawatan di rumah efektif meningkatkan status gizi balita malnutrisi dan ibu tidak perlu meninggalkan pekerjaan merawat keluarga yang