

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Malnutrisi merupakan salah satu masalah gizi balita di Indonesia. Masalah ini banyak terjadi pada balita terutama di negara-negara berkembang. Malnutrisi dapat diakibatkan karena masukan makanan yang tidak sesuai atau tidak cukup atau dapat diakibatkan karena penyerapan makanan yang tidak cukup (Nelson, 1996). Rata-rata berat badannya hanya berkisar 60-80% dari berat ideal. Adapun ciri-ciri klinis yang biasa menyertainya antara lain; kenaikan berat badan berkurang, terhenti, atau bahkan menurun, ukuran lingkaran lengan atas menurun, maturasi tulang terlambat, rasio berat terhadap tinggi atau cenderung menurun, tebal lipatan kulit normal atau semakin berkurang (Santoso, 2010).

Malnutrisi pada balita tidak hanya menjadi perhatian tenaga kesehatan di Indonesia namun juga menjadi perhatian dunia, sebagaimana yang telah dicantumkan dalam MDG's (*Millenium Development Goals*) bahwa dunia harus bisa memberantas kemiskinan dan kelaparan, mencapai pendidikan dasar yang universal, mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, mengurangi angka mortalitas anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi HIV / AIDS, Malaria dan penyakit lainnya, menjamin kelestarian lingkungan, mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan (WHO, 2009).

Angka kematian dan kesakitan pada balita akibat status gizi jarang disebutkan secara eksplisit. Di beberapa Negara berkembang banyak balita yang meninggal karena penyakit diare, pneumonia, dan penyakit infeksi menular yang dimana gizi yang menjadi penyebab dasarnya, dalam kebijaksanaan pembangunan kesehatan, ragam gizi diakui sebagai salah satu penyebab penting tingginya morbiditas dan mortalitas bayi di Indonesia khususnya negara-negara berkembang (Notoatmodjo, 2011). Berdasarkan data yang didapat dari Susenas, prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balita telah berhasil diturunkan dari 33,57 % tahun 1992 menjadi 24,66% pada tahun 2000, namun terdapat kecenderungan peningkatan angka prevalensi pada tahun-tahun berikutnya. Jumlah penderita gizi buruk dan gizi kurang cenderung meningkat (Adriani & Wirjatmadi, 2012).

Menurut data Depkes awal Maret 2008, jumlah balita Indonesia penderita malnutrisi pada 2007 adalah 4,1 juta jiwa. Sebanyak 3,38 juta jiwa berstatus gizi kurang dan 755 ribu termasuk kategori risiko gizi buruk (Handoyo *cit* Siswono, 2009). Malnutrisi juga menjadi permasalahan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Prevalensi status gizi balita berdasarkan berat badan per tinggi badan (BB/TB) di Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan prevalensi status gizi balita sangat kurus 2,6% dan kurus 6,5% (KemenKes 2012). Pada tahun 2010 angka kejadian balita gizi buruk berturut-turut di kabupaten DIY adalah: Kulonprogo 0,88%, Bantul

0,58%, Gunung Kidul 0,70%, Sleman 0,66% dan Kota Yogyakarta 1,01% dari 17.676 balita yang ditimbang (Profil DIY, 2010)

Pengukuran status gizi di kota Yogyakarta dilakukan satu tahun sekali dalam kegiatan Pemantauan Status Gizi (PSG). Hasil Pemantauan Status Gizi dari tahun 2002 sampai dengan 2010 menunjukkan terjadi peningkatan pada tahun 2004 dan tahun 2005. Tahun 2006 prosentasi gizi buruk sama dengan tahun 2005 dan mengalami penurunan sampai tahun 2008, namun mengalami peningkatan kembali pada tahun 2009 dan 2010 (Dinkes Kota Yogyakarta, 2011).

Sorhaindo dan Feinstein (2006) menyatakan bahwa anak-anak gizi kurang sangat rentan terjadi perubahan metabolisme yang berdampak menurunnya kemampuan kognitif, kinerja otak serta kekebalan dan kerentanan terhadap penyakit menular. Malnutrisi dalam jangka pendek akan berdampak pada perilaku individu. Bentuknya yang paling ekstrim dapat dimanifestasikan dalam gangguan perkembangan, termasuk gangguan-hiperaktif (*Attention-deficit-hyperactivity disorder, ADHD*), disleksia, dispraksia, dan autisme. Anak-anak yang didiagnosis dengan ADHD menderita kesulitan berkonsentrasi, duduk diam dan cenderung memiliki rentang perhatian yang pendek. Perilaku ini berpotensi mempengaruhi prestasi akademik di sekolah, interaksi dengan teman sebaya, dan menghargai dirinya (Pieter, 2011). Menurut Martorell, 1994 dalam WHO, 2009 akibat gizi buruk terhadap pertumbuhan sangat

merugikan *performance* anak, akibat kondisi “*stunting*” (postur tubuh pendek) dan akibatnya perkembangan anakpun terganggu.

Dari paparan diatas menunjukkan bahwa kebutuhan nutrisi merupakan kebutuhan yang sangat penting dalam membantu proses pertumbuhan dan perkembangan pada bayi dan anak, mengingat manfaat nutrisi dalam tubuh dapat membantu proses pertumbuhan dan perkembangan anak, serta mencegah terjadinya berbagai penyakit akibat kekurangan nutrisi dalam tubuh (Hidayat, 2005). Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak haruslah seimbang diantara zat gizi lain, mengingat banyak sekali yang kita temukan berbagai masalah dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi yang tidak seimbang seperti tidak suka makan, tidak mau atau tidak mampu untuk makan padahal yang tidak disukai makanan tersebut mengandung zat gizi yang simbang, sehingga harapan dalam pemenuhan gizi harus selaras, serasi dan seimbang tidak terlaksana, disamping itu pada anak sakit dapat dijumpai masalah masukkan nutrisi yang kurang sedangkan kebutuhan dalam tubuh semakin meningkat sehingga akan membutuhkan makanan tambahan seperti kalori, vitamin, dan mineral (Behrman, *et al*, 1996)

Upaya pemerintah untuk mengatasi masalah gizi ini adalah dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita malnutrisi. Salah satu sasaran dari 4 sasaran pembangunan kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 adalah menurunkan prevalensi gizi kurang menjadi 15% dan menurunkan

prevalensi pendek menjadi 32%. Pendekatan yang dilakukan untuk mencapai sasaran tersebut adalah melalui upaya penanggulangan gizi kurang yaitu: Pemantauan pertumbuhan balita di posyandu, penyuluhan dan konseling menyusui dan Makanan Pendamping ASI dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita gizi kurang. Balita gizi buruk perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan untuk ditangani sesuai dengan tatalaksana gizi buruk. PMT bagi anak usia 6-59 bulan dimaksudkan sebagai tambahan, bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari. PMT dimaksud berbasis bahan makanan lokal dengan menu khas daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat.

Dalam rangka mendukung upaya-upaya tersebut, sejak tahun 2011, Kementerian Kesehatan menyediakan anggaran Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang antara lain dapat digunakan untuk pembinaan posyandu dan penyuluhan serta penyediaan makanan pemulihan gizi untuk balita gizi kurang. Diharapkan dengan adanya dana BOK di setiap puskesmas, kegiatan PMT bagi anak balita usia 6 – 59 bulan diharapkan dapat didukung oleh pimpinan puskesmas dan jajarannya (Kemenkes, 2011). Disamping program pemerintah diatas ada beberapa pendekatan penanganan balita malnutrisi berbasis komunitas yakni program puskesmas yang berbasis komunitas, rumah pemulihan gizi atau *Community Feeding Center* (CFC) dan *home care*. Rumah pemulihan gizi bertujuan untuk memantau atau merawat anak balita dan merupakan

rujukan balik dari puskesmas agar status gizinya tetap normal (Huriah, 2012)

Upaya Pemerintah antara lain melalui Pemberian Makanan Tambahan dalam Jaringan Pengaman Sosial (JPS) dan peningkatan pelayanan gizi melalui pelatihan-pelatihan tatalaksana gizi buruk kepada tenaga kesehatan, berhasil menurunkan angka gizi buruk menjadi 10,1% pada tahun 1998, 8,1% pada tahun 1999, dan 6,3% tahun 2001. Namun pada tahun 2002 terjadi peningkatan kembali 7% dan pada tahun 2003 menjadi 8,15% (Israr *et al*, 2009). Pada hakekatnya masalah gizi dapat diselesaikan dalam waktu relatif singkat (BAPPENAS, 2011). 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).

Salah satu institusi kesehatan yang melaksanakan program *home care* untuk balita malnutrisi adalah puskesmas. Program *home care* dipuskesmas dapat dilakukan oleh perawat puskesmas, hal ini dengan

pertimbangan tenaga keperawatan merupakan tenaga kesehatan terbesar di Indonesia. Data dari kementerian kesehatan tahun 2011 menunjukkan jumlah perawat diseluruh puskesmas sebanyak 78.215 orang, sehingga rata-rata tiap puskesmas memiliki 8-9 orang perawat (Kemenkes, 2012). Dalam hal ini perawat adalah salah satu tenaga medis yang dapat melakukan kunjungan rumah ataupun perawatan dirumah. Perawat *home care* merupakan perawat yang memiliki keahlian dalam bidang administrasi serta memiliki pengalaman dalam praktik perawatan di rumah. Perawat *home care* berperan sebagai penghubung antara pemberi pelayanan, klien, dokter, sumber dimasyarakat dan lembaga pengatur dan penggantian biaya. Perawat *home care* memiliki tanggung jawab untuk mengatur keuangan, jaminan kualitas, dan pengembangan program *home care* itu sendiri (Potter & Perry, 2005).

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang diatas, maka yang menjadi rumusan masalah adalah “bagaimana pengaruh *home care* terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita malnutrisi?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh *home care* terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi balita malnutrisi di kota Yogyakarta

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi balita malnutrisi sebelum dan sesudah pemberian *home care* pada kelompok intervensi
- b. Dapat mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi balita malnutrisi pada kelompok pra intervensi.
- c. Dapat mengetahui perbedaan peningkatan kecukupan asupan nutrisi (asupan kalori) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi kader kesehatan

Sebagai bahan referensi bagi para petugas kesehatan sehingga mereka dapat memberikan informasi dan arahan kepada masyarakat tentang bagaimana pentingnya memperhatikan nutrisi bagi balita yakni dalam memperhatikan pola makan dan perkembangan status gizi balita agar tidak terjadi masalah malnutrisi.

2. Bagi ilmu keperawatan

Sebagai sumbangan ilmu kepada keperawatan komunitas yang berbasis pada masyarakat, agar kita sebagai perawat yang berada dalam lingkungan masyarakat memperhatikan masalah kebutuhan gizi atau nutrisi bagi balita.

3. Bagi pemerintah

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai suatu bahan informasi bagi penyusunan program perbaikan nutrisi dan penanggulangan masalah malnutrisi pada balita.

4. Bagi peneliti

Sebagai suatu pengalaman yang sangat berharga yang bertujuan untuk menambah wawasan, dan mempertajam cakrawala berfikir tentang suatu ilmu, melalui penelitian yang dilakukan.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang hubungan *home care* terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi balita malnutrisi menurut pengetahuan peneliti belum pernah dilakukan oleh peneliti lain. Sepengetahuan penulis ada beberapa penelitian yang berkaitan dengan judul tersebut antara lain:

1. Pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi anak gizi buruk usia 6-24 bulan di kabupaten Maluku utara oleh Nizmawaty Amra

Jenis penelitian ini dengan kuasi-eksperimen (*quasi-experiment*) dengan rancangan *pre dan posttest with control group design*. Sasaran penelitian adalah anak gizi buruk usia 6-24 bulan yang ada di kecamatan Jailolo dan Sahu, kabupaten Maluku Utara. Pemberian PMT dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan diberi makanan tambahan (protein + MP-ASI) selama tiga bulan (n=47) dan kelompok kontrol diberi makanan tambahan (MP-ASI) selama tiga

bulan ($n=48$). Penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan dilakukan pada awal penelitian dan selama penelitian berlangsung.

Dari penelitian, didapatkan hasil penambahan BB dan PB pada kelompok perilaku lebih tinggi dibanding kelompok kontrol dengan penambahan BB ($P<0,05$) dan penambahan PB ($P<0,05$). Sehingga didapatkan kesimpulan bahwa Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dapat meningkatkan status gizi serta mampu mencegah memburuknya status gizi.

2. Hubungan antara peran ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI pada bayi umur 0-4 bulan dengan status gizi di Puskesmas Mergangsan Yogyakarta oleh Ali 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 (dependen dan independen).

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.