

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Malnutrisi adalah suatu kondisi dimana seseorang dinyatakan kekurangan nutrisi, atau status nutrisinya berada di bawah standar rata-rata. Nutrisi yang dimaksud bisa berupa protein, karbohidrat dan kalori. Di Indonesia, kasus KEP (Kurang Energi Protein) adalah salah satu masalah gizi utama yang banyak dijumpai pada balita (Sarmin, 2009).

Malnutrisi dikenal juga sebagai “*invisible emergency*” (kekurangan yang tidak terlihat) karena kejadian malnutrisi seperti fenomena gunung es dan menjadi ancaman yang mematikan namun sedikit sekali yang terlihat (UNICEF, 2011). Malnutrisi menjadi salah satu penyebab utama kematian pada anak usia balita (WHO, 2007). Hal ini dibuktikannya dengan kejadian malnutrisi menyumbangkan sekitar 40% dari 11 juta kematian anak balita di negara berkembang sehingga angka kematian pada anak di dunia mencapai 115 juta anak (WHO, 2010). Pengukuran antropometri untuk mengetahui status gizi balita menunjukkan bahwa seperempat balita di negara berkembang mengalami kurang nutrisi (Svedberg, 2011; Black *et al.*, 2008).

Indonesia termasuk negara berkembang yang mempunyai permasalahan yang tinggi mengenai balita malnutrisi. Pada tahun 2007 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang dan pendek adalah 18,4% sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang

memberikan 90% kontribusi masalah gizi di dunia. Pada tahun 2010 prevalensi gizi kurang dan pendek menurun menjadi 17,9%. Prevalensi kurus dan sangat kurus (*wasting*) berdasarkan BB/TB pada anak balita tidak turun bermakna selama 3 tahun terakhir. Menurut data Riskesdes 2010, sebanyak 13,3 persen anak balita masih ditemukan kurus dan sangat kurus (BAPPENAS, 2011).

Permasalahan malnutrisi di Indonesia saat ini cenderung terjadi peningkatan di tiap-tiap provinsi yang ada di Indonesia termasuk di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). 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).

Kota Yogyakarta menjadi kabupaten tertinggi angka gizi buruk di DIY. Hasil pemantauan status gizi dari tahun 2002 sampai dengan 2010 menunjukkan terjadi peningkatan pada tahun 2004 dan tahun 2005. Tahun 2006 prosentase gizi buruk sama dengan tahun 2005 dan mengalami penurunan sampai dengan 2008, namun mengalami peningkatan kembali pada tahun 2009 dan 2010 (DinKes Kota Yogyakarta, 2011).

Indikator status gizi balita di Indonesia tiap provinsi ternyata provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) masih lebih baik dibandingkan dengan provinsi lainnya. Data dari Kementerian Kesehatan tahun 2011 menunjukkan bahwa secara nasional prevalensi status gizi di provinsi DIY berdasarkan berat badan per umur (BB/U), gizi buruk di DIY mencapai 1,4% berdasarkan tinggi badan per umur (TB/U), Sangat pendek 10,2%, berdasarkan tinggi badan per umur dan berat badan per tinggi badan, pendek-kurus 0,4% dan berdasarkan berat badan per tinggi badan (BB/TB), balita sangat kurus 2,6% (Kemenkes 2011).

Masalah gizi kurang dan buruk dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor baik secara langsung maupun tidak langsung. Faktor langsung yaitu faktor konsumsi makanan dan penyakit infeksi dan secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan dan konsumsi pangan beragam, faktor sosial-ekonomi, budaya dan politik. Faktor dominan yang dapat mempengaruhi kondisi gizi baik atau buruk di masyarakat adalah bagaimana memilih atau memberikan makanan kepada anggota keluarga terutama pada anak balitanya.

Status gizi yang baik dapat dicapai melalui kegiatan pemberian asupan nutrisi (*feeding*) yang baik dan perawatan (*caring*). *Feeding* dan *caring* ini dapat dilakukan dalam pola asuh anak sehingga dapat memperbaiki status gizi anak (Satoto, 1990). Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian peneliti terdahulu menunjukkan bahwa perilaku ibu dalam

pemenuhan kebutuhan gizi mempengaruhi status gizi balita (Huriah, 2006).

Ali (2010) menjelaskan bahwa kejadian gizi kurang dan gizi buruk disebabkan karena sebagian orang tua tidak mengetahui makanan apa yang seharusnya diberikan kepada anaknya untuk asupan sehari-harinya. Kurang pengetahuan tentang gizi (nutrisi) pada anak dapat mengakibatkan pola asuh dalam memberikan nutrisi tidak benar sehingga menjadi salah satu penyebab anak mengalami kekurangan gizi hingga mengarah ke gizi buruk.

Sesuai dengan firman Allah Swt dalam surat Al-Baqarah ayat 168 menjelaskan bahwa:

يَتَأْتِيهَا النَّاسُ كُلُّوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُبِينٌ ﴿١٦٨﴾

“Hai sekalian manusia, makanlah yang halal lagi baik dari apa yang terdapat di bumi, dan janganlah kamu mengikuti langkah-langkah syaitan; karena sesungguhnya syaitan itu adalah musuh yang nyata bagimu.”

Berdasarkan penjelasan ayat Al-Qur’an di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan orang tua akan mempengaruhi pola asuh pada anak untuk memilih makanan yang halal dan baik (bergizi) kepada keluarganya khususnya pada anak-anaknya. Pola asuh keluarga dalam mendidik anak digambarkan juga pada salah satu hadits Rasulullah SAW yang

diriwayatkan oleh Abu Hurairah Radhialahu'anhu, tentang kebiasaan mencuci tangan setelah makan, yang berbunyi:

“Bahwa Rasulullah shallallahu'alai wa salam pernah makan bagian punggung kambing, kemudian beliau berkumur-kumur dan membasuh kedua tangannya lalu shalat.”

Hadits di atas menjelaskan bahwa cara menjaga kebersihan diri dan membiasakan diri hidup bersih dalam kehidupan sehari-hari serta mempunyai kaitan dengan pendidikan dalam suatu keluarga untuk membangun keluarga yang sehat dan tumbang kembang dengan baik. Bowmen (2010) menambahkan tentang pola asuh yang menjelaskan bahwa pola asuh keluarga dan perilaku sangat berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Pola asuh di pengaruhi oleh faktor pendidikan, perilaku, dan keadaan kesehatan rumah tangga juga mempengaruhi kemampuan rumah tangga menyediakan pangan dalam jumlah dan jenis yang cukup (Soekirman, 2005)

Berhubungan dengan banyak faktor yang menyebabkan kejadian malnutrisi pada anak, ternyata hingga saat ini usaha untuk perbaikan status gizi pada anak terus diupayakan untuk menurunkan angka kejadian gizi buruk (malnutrisi) dengan melalui dua model (*setting*) yaitu *residential care* (hospital) atau *non-residential care* (WHO,1999).

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; Catchell *et al.*, 2006; Tanner & Collins, 2004).

Community Therapeutic Care mengkombinasikan melalui tiga pendekatan dalam menangani balita malnutrisi yaitu program intervensi di masyarakat, *home based treatment* untuk balita malnutrisi tanpa komplikasi dan pusat stabilitas untuk balita malnutrisi dengan komplikasi (AFC, 2012; Tanner & Collins 2004).

Indonesia telah melakukan dua pendekatan yaitu kegiatan penanganan di masyarakat untuk gizi kurang dan gizi buruk serta pusat stabilitas yaitu Rumah Pemulihan Gizi (RPG), sedangkan untuk pendekatan *home based treatment* atau *home care* belum banyak dilakukan. Pendekatan melalui *home care* telah terbukti dari penelitian yang dilakukan oleh Therry, 2005; Leggo, *et al.*, 2008; Ling, Shi. *et al.*, 2009, mengenai peningkatan nutrisi di rumah menunjukkan bahwa perawatan di rumah lebih efektif untuk balita malnutrisi dan memberikan beberapa keuntungan bagi keluarga diantaranya adalah ibu masih tetap bisa menjalankan peran dan fungsinya sebagai ibu rumah tangga.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penelitian tentang pengaruh *home care* terhadap peningkatan pola asuh keluarga pada balita malnutrisi di Yogyakarta perlu dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, dapat disusun rumusan masalah: “Adakah pengaruh *home care* terhadap peningkatan pola asuh keluarga pada balita malnutrisi di Yogyakarta?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *home care* terhadap peningkatan pola asuh keluarga pada balita malnutrisi di Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui peningkatan pola asuh keluarga sebelum dan sesudah dilakukan *home care* terhadap balita malnutrisi pada kelompok *intervensi* (perlakuan).
- b. Untuk mengetahui peningkatan pola asuh keluarga sebelum dan sesudah dilakukan *home care* terhadap balita malnutrisi pada kelompok kontrol.
- c. Untuk mengetahui perbedaan peningkatan pola asuh keluarga sebelum dan sesudah pada kedua kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

D. Manfaat Penelitian

Setelah penelitian ini selesai dilakukan, diharapkan dapat memberikan manfaat kepada:

1. Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan

Untuk mengembangkan kurikulum pendidikan dengan pendekatan *community-based treatment* khususnya mengenai *home care* pada intervensi perawat kesehatan masyarakat untuk keluarga-keluarga rawan seperti keluarga dengan bayi, balita, remaja, ibu hamil dan lansia.

2. Praktek Keperawatan

Sebagai metode untuk menurunkan angka kematian pada balita malnutrisi dengan meningkatkan pola asuh keluarga melalui intervensi *home care*

3. Bagi keluarga

Sebagai peningkatan pengetahuan dan perilaku keluarga dalam menangani balita malnutrisi.

4. Peneliti selanjutnya

Sebagai refrensi atau rujukan dalam penelitian terkait *home care* pada keluarga balita malnutrisi.

E. Penelitian Terkait

Penelitian tentang pengaruh *home care* terhadap peningkatan pola asuh keluarga pada balita malnutrisi di Yogyakarta. Sebatas sepengetahuan peneliti, penelitian yang sama belum pernah dilakukan di

Indonesia ataupun di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), akan tetapi terdapat kesamaan variabel terkait penelitian ini di beberapa penelitian Nasional maupun Internasional, diantaranya:

1. Fitri Reno Vita, 2011

Judul penelitian “Hubungan antar tingkat pengetahuan dan perilaku serta pola asuh keluarga dengan kejadian gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Kasihan 1 Bantul”. Metode penelitian observasional dengan rancangan penelitian *case control*. Subjek penelitian sejumlah 150 ibu balita, tetapi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, subjek penelitian ini menjadi 120 ibu balita, dengan rincian 30 balita gizi kurang sebagai kelompok kasus dan 90 balita gizi baik sebagai kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan nilai signifikan antara tingkat pengetahuan dalam merawat anak balita, pengetahuan dalam memberikan makanan anak balita, perilaku dalam merawat anak balita, dan perilaku dalam memberikan makan anak balita dengan kejadian gizi kurang.

2. Ratna Umi Nurlila 2010

Judul penelitian “Faktor Penyebab Gizi Buruk Pada Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Mata Kota Kendari”. Metode penelitian analitik observasional dengan rancangan *case control study* dengan pendekatan *retrospektif*. Hasil penelitian pola asuh keluarga, pendapatan keluarga, pengetahuan ibu tentang gizi, asupan energi dan asupan protein merupakan penyebab gizi buruk pada anak balita di

wilayah kerja Puskesmas Mata Kota Kendari dengan nilai masing-masing, pola asuh dengan nilai $\rho = 0,000$, OR 12,67, pendapatan keluarga dengan nilai $\rho = 0,000$, OR 16,62, pengetahuan ibu tentang gizi dengan nilai $\rho = 0,000$, OR 21, asupan energi dengan nilai $\rho = 0,002$, OR 6,79 dan asupan protein dengan nilai $\rho = 0,000$, OR 10,28. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilaksanakan adalah melakukan intervensi *home care* pada keluarga .

3. Sri Dara Ayu, 2008

Judul penelitian “Pengaruh program pendampingan gizi terhadap pola asuh, kejadian infeksi dan status gizi balita kurang energi protein”. Metode penelitian kuasi eksperimen dengan desain penelitian *Non Randomized Pre dan post Test Group*. Hasil penelitian pengetahuan gizi ibu meningkat dari 47,8% menjadi 73,3% ($p=0,001$) dan skor pola asuh balita meningkat dari 69,42% menjadi 81,05% ($p=0,001$). Kejadian penyakit infeksi menurun dari 72,5% menjadi 38,2% ($p=0,001$) dan balita yang menderita gizi kurang dari 72,5% menjadi 10,8%. Kejadian gizi buruk menurun dari 27,45% menjadi 8,8% ($p=0,001$).

4. Therry, 2005

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 lain.

5. Collins *et al.*,2006

Judul penelitian “*Key issues in the success of community-based management of severe malnutrition*”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa balita yang dapat dilakukan perawatan di rumah adalah balita yang mengalami malnutrisi akut tanpa komplikasi

6. Sadler, *et al*, 2007

Judul penelitian “*A comparison of the programme coverage of two therapeutic feeding interventions implemented in neighbouring districts of Malawi*”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Community-based Therapeutic Care* (CTC) program lebih efektif meningkatkan status gizi balita malnutrisi.

Berdasarkan dari penelitian-penelitian di atas berbeda dengan penelitian ini. Penelitian ini menggunakan tempat yang berbeda, rancangan yang berbeda, dan menggunakan kelompok intervensi (perlakuan) dan kelompok kontrol.