

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keadaan gizi masyarakat Indonesia pada saat ini masih belum menggembirakan. Berbagai masalah gizi seperti gizi kurang dan gizi buruk, kurang Vitamin A, anemia gizi besi, gangguan akibat kurang Yodium dan gizi lebih (obesitas) masih banyak tersebar di kota dan desa di Indonesia.⁽¹⁾Masalah gizi terjadi di setiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa, dan usia lanjut.⁽²⁾Masalah gizi di Indonesia dan negara berkembang pada umumnya masih didominasi oleh beberapa masalah diantaranya status gizi kurang. Gizi kurang banyak menimpa anak usia balita (bawah lima tahun) sehingga disebut dengan golongan rawan.⁽³⁾Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi.^(1, 2)

Dampak kekurangan gizi yang paling ditakutkan adalah gagal tumbuh (*growth faltering*), terutama gagal tumbuh kembang otak.⁽⁴⁾Anak yang menderita kekurangan gizi tidak saja menurun kecerdasan otaknya, tetapi menyimpan potensi terkena penyakit degeneratif ketika memasuki usia dewasa. Gizi buruk dalam jangka pendek menyebabkan kesakitan dan kematian karena kekurangan gizi membuat daya tahan tubuh berkurang.⁽⁴⁾Menurut *World Health Organization* (WHO), faktor gizi merupakan 54% kontributor penyebab kematian.⁽⁵⁾Pada tahun 2013, 17% atau 98 juta anak di bawah lima tahun di negara berkembang mengalami kurang gizi (berat badan menurut umur berdasarkan standar WHO).⁽⁵⁾Prevalensi gizi kurang pada balita di Asia Tenggara 16%.⁽⁵⁾Di Indonesia prevalensi

gizi kurang pada balita memberikan gambaran yang fluktuatif, dari 18,4%(2007) turun menjadi 17,9 % (2010) kemudian meningkat lagi menjadi 19,6 % (2013).^(6, 7)

Prevalensi gizi kurang di Provinsi Sumatera Barat juga memberikan gambaran yang fluktuatif yaitu 20,2 % (2007) kemudian terjadi penurunan 3,1% menjadi 17,1% (2010) namun pada tahun 2013 terjadi peningkatan melebihi angka nasional menjadi 21,2%.⁽⁷⁾ Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Kota Padang tahun 2014 sampai 2016 berdasarkan indikator BB/U prevalensi gizi buruk dan kurang masih turun naik yaitu 12%, turun menjadi 9,4% dan meningkat kembali menjadi 11,5%.^(8, 9) Cakupan balita gizi buruk BB/U di Kota Padang tiga tahun terakhir mengalami penurunan hampir 50% yaitu 120 kasus (2014), 104 kasus (2015) dan menjadi 68 kasus (2016), namun tahun 2016 kasus terbanyak terdapat di Kecamatan Padang Timur 18 kasus, kedua di Kecamatan Koto Tangah 13 kasus, ketiga di Kecamatan Bungus yaitu 11 kasus.^{(8) (10)} Wilayah kerja Puskesmas Andalas terletak di Kecamatan Padang Timur terdiri dari sepuluh kelurahan dengan jumlah balita terbanyak di Kota Padang.⁽¹⁰⁾ Prevalensi gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Andalas dari tahun 2014 sampai 2016 mengalami peningkatan hingga melebihi target program gizi kurang di puskesmas < 7% yaitu dari 6,38%, naik menjadi 9,1 % dan 9,35%.⁽¹¹⁻¹³⁾

Status gizi dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Berbagai perilaku dan masalah gizi yang buruk akan berpengaruh kepada status gizi terutama anak balita.⁽³⁾ Berdasarkan kerangka pikir *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) status gizi dipengaruhi oleh faktor langsung yaitu konsumsi zat gizi dan penyakit infeksi, faktor tidak langsung yaitu ketersediaan pangan rumah tangga, pola asuh dan pelayanan kesehatan, faktor utama yaitu

kemiskinan dan pendidikan.⁽¹⁴⁾ Berdasarkan beberapa hasil penelitian sebelumnya menyebutkan adanya hubungan yang bermakna antara kecukupan energi dan protein, penyakit infeksi, pelayanan kesehatan, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pekerjaan ibu, pola asuh, status ekonomi keluarga dan jumlah anggota keluarga dengan status gizi pada balita $p < 0.05$.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

Untuk mengatasi masalah gizi yang paling dominan di Indonesia salah satunya adalah gizi kurang, Departemen Kesehatan telah menetapkan sasaran prioritas pembangunan kesehatan salah satunya adalah Keluarga Sadar Gizi.⁽¹⁾ Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) yaitu suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik yang dicirikan minimal dengan :⁽²⁾ (1) Menimbang berat badan secara teratur, (2) Memberikan ASI Eksklusif, (3) Makan beraneka ragam, (4) Menggunakan garam beryodium, (5) Minum suplemen gizi (TTD, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran.⁽²⁾ Dilihat dari kelima indikator KADARZI, termasuk kedalam faktor tidak langsung menurut UNICEF yang mempengaruhi status gizi karena kelima indikator terkait dengan ketersediaan pangan rumah tangga, pola asuh dan pelayanan kesehatan.⁽¹⁴⁾

Selama ini telah dilakukan upaya perbaikan gizi mencakup promosi gizi seimbang termasuk penyuluhan gizi di Posyandu, fortifikasi pangan, pemberian makanan tambahan termasuk MP-ASI, pemberian suplemen gizi (kapsul Vitamin A dan Tablet Tambah Darah/TTD), pemantauan dan penanggulangan gizi buruk. Kenyataannya masih banyak keluarga yang belum berperilaku gizi yang baik sehingga penurunan masalah gizi berjalan lambat.⁽¹⁾ Oleh sebab itu diperlukan upaya pemberdayaan pendampingan keluarga KADARZI yaitu proses

mendorong, menyemangati, membimbing dan memberikan kemudahan oleh kader pendamping kepada keluarga guna mengatasi masalah gizi yang dialami.⁽²⁾ Namun pada kenyataannya berdasarkan wawancara langsung dengan seksi gizi Dinas Kesehatan Kota Padang pendampingan kelompok KADARZI belum berjalan sebagaimana mestinya di Kota Padang dan wilayah kerja Puskesmas Andalas.

Hasil survei Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Puskesmas Andalas tahun 2015 sampai 2016 menunjukkan bahwa 3 dari 5 indikator Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) belum mencapai target 80% untuk menimbang berat badan secara teratur dan Asi Eksklusif, kemudian target 95% untuk konsumsi garam beryodium dan bahkan ketiga indikator tersebut menunjukkan penurunan. Menimbang berat badan secara teratur turun dari 42% menjadi 37,7%, ASI Eksklusif turun dari 65,8% menjadi 50% dan konsumsi garam beryodium turun dari 100% menjadi 69%. Sebaliknya untuk indikator suplemen gizi dan makan beraneka ragam menunjukkan peningkatan dalam periode yang sama. Suplemen gizi meningkat dari 75,3% menjadi 86% dan makan beraneka ragam meningkat dari 56,6% menjadi 87,7%.^(12, 13) Beberapa penelitian sebelumnya menyatakan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) mempunyai hubungan yang positif dengan status gizi $p < 0,05$, seperti pada penelitian Karoline E.(2012) $p = 0,014$; Muliati DD.(2014) $p = 0,00$; Jayani I.(2015) $p = 0,01$; Hartono(2017) $p = 0,000$ dan Wijayanti S(2017) $p = 0,01$.⁽¹⁹⁻²³⁾

Berdasarkan paparan di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan status gizi anak balita usia 12-59 bulan berdasarkan berat badan menurut umur di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang tahun 2018.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang sudah disampaikan pada halaman sebelumnya, maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu Apakah ada Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi anak Balita Usia 12-59 Bulan berdasarkan Berat Badan Menurut Umur Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2018 ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi Anak Balita Usia 12-59 Bulan berdasarkan Berat Badan Menurut Umur Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik distribusi frekuensi keluarga (tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu, sikap ibu, pekerjaan ibu, jumlah anggota keluarga dan jenis kelamin anak balita)
2. Mengetahui distribusi frekuensi status gizi anak balita berdasarkan indikator BB/U di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas.
3. Mengetahui distribusi frekuensi Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) berdasarkan lima indikator Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) di wilayah kerja Puskesmas Andalas yaitu menimbang berat badan secara teratur, memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif), makan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium, dan minum suplemen gizi kapsul vitamin A.

4. Mengetahui distribusi frekuensi penyakit infeksi anak balita di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas.
5. Mengetahui distribusi frekuensi pelayanan kesehatan untuk anak balita di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas.
6. Mengetahui hubungan antara Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan status gizi anak balita berdasarkan Berat Badan Menurut Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas.
7. Mengetahui hubungan antara Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan status gizi anak balita berdasarkan Berat Badan Menurut Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas setelah dikontrol variabel perancu.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Penulis

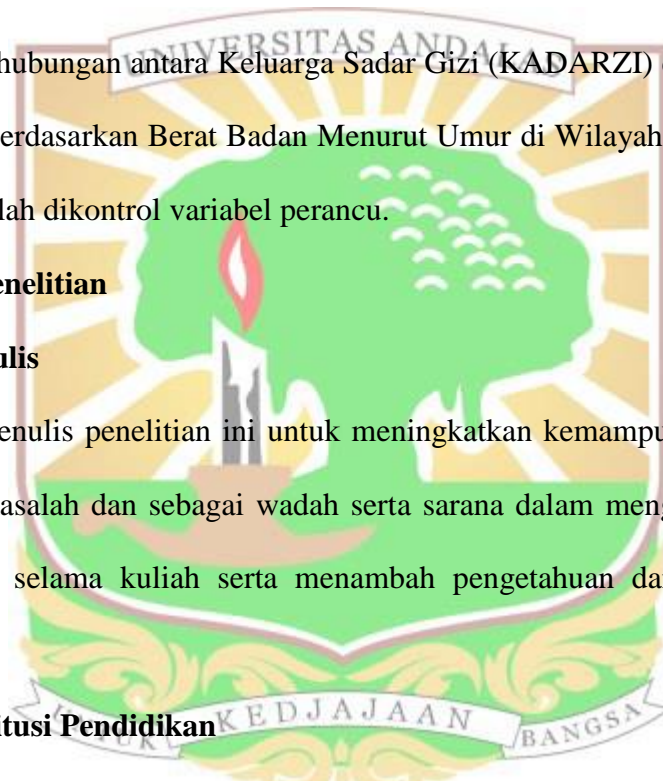
Bagi penulis penelitian ini untuk meningkatkan kemampuan penulis dalam menganalisis masalah dan sebagai wadah serta sarana dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama kuliah serta menambah pengetahuan dan pengalaman di lapangan.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi tambahan bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas mengenai Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi Anak Balita Usia 12-59 Bulan berdasarkan Berat Badan Menurut Umur Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang tahun 2018.

1.4.3 Bagi Puskesmas

Dapat dijadikan bahan acuan untuk melaksanakan program-program perbaikan gizi serta peningkatan penerapan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) sesuai



dengan program yang telah dicanangkan oleh pemerintah untuk mewujudkan Indonesia Sehat.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini dibatasi pada hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan status gizi anak balita usia 12-59 bulan berdasarkan indikator BB/U di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang selama bulan Desember 2017 sampai Maret 2018, dengan objek penelitian balita usia 12-59 bulan yang bertempat tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional* yang terdiri dari variabel bebas Keluarga Sadar Gizi (KADARZI), variabel terikat status gizi dan variabel perancu penyakit infeksi, pelayanan kesehatan, tingkat pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, pengetahuan ibu dan sikap ibu. Analisis data yang digunakan adalah univariat, bivariat dan multivariat.

