

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut undang-undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak menyatakan bahwa Pemerintah wajib memenuhi hak-hak anak tentang kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangannya serta perlindungan demi kepentingan terbaik anak seluruh komponen bangsa (pemerintah, legislatif, swasta dan masyarakat) bertanggung jawab dalam pemenuhan hak-hak tersebut dibidang kesehatan, pemerintah wajib menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang komprehensif bagi anak melalui upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang optimal sejak dalam kandungan.¹

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh dan berkembang salah satunya adalah makanan bergizi seimbang (sejak lahir sampai 6 bulan hanya ASI saja, sesudah 6 bulan sampai 2 tahun ASI ditambah makanan pendamping ASI) yang dapat meningkatkan status gizi balita.¹

Pembangunan Nasional pada hakekatnya bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan Sumber Daya Manusia (SDM). Untuk mencapai tujuan tersebut, kesehatan mempunyai peranan ganda yang sangat strategis, disatu pihak sebagai modal dasar pembangunan dan dilain pihak sebagai tujuan pembanguann. Tujuan dari pembangunan kesehatan tersebut adalah untuk menurunkan angka prevalensi kurang gizi sesuai dengan deklarasi *World Food Summit* 1996 yang dituangkan dalam *Millenium Development Goals* (MDGS) pada tahun 2015, yang menyatakan setiap Negara menurunkan kemiskinan dan kelaparan separuh dari kondisi 1990. Sejalan dengan upaya pencapaian kesepakatan global tersebut maka pemerintah menetapkan *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional* (RPJM) tahun 2010-2012 yakni dengan menurunkan prevalensi gizi kurang pada balita menjadi setinggi-tingginya 15% dan prevalensi balita pendek <32% pada tahun 2014.^{2,3}

Indonesia masih menghadapi masalah gizi yaitu Kurang Energi Protein (KEP), anemia gizi, Gaky dan KVA. Pada saat ini masalah KEP perlu mendapat perhatian yang serius karena prevalensinya terus meningkat dan merupakan bentuk kekurangan gizi yang terutama terjadi pada anak usia di bawah lima tahun. KEP adalah salah satu gizi kurang akibat konsumsi makanan yang tidak cukup mengandung energi dan protein serta karena gangguan kesehatan.⁵

Masalah gizi kurang dan buruk di Indonesia banyak dialami oleh balita. Balita adalah harapan bangsa. Penundaan pemberian perhatian, pemeliharaan gizi yang kurang tepat terhadap balita akan menurunkan nilai potensi mereka sebagai sumber daya pembangunan masyarakat dan ekonomi nasional. Mereka memerlukan penggarapan sedini mungkin apabila kita menginginkan peningkatan potensi mereka untuk pembangunan bangsa dimasa depan.⁴

Memiliki anak yang sehat dan cerdas adalah dambaan setiap orang tua. Untuk itu mewujutkannya tentu saja orang tua harus selalu memperhatikan, mengawasi dan merawat anak secara seksama. Khususnya memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya. Meskipun proses tumbuh kembang anak secara alamiah, proses tersebut sangat bergantung pada orang tua. Apalagi masa lima tahun (masa balita) adalah periode penting dalam tumbuh kembang anak dan merupakan masa yang akan menentukan pembentukan fisik, psikis dan intelegensinya.⁴

Anak balita (1-5 tahun) merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi (KEP) atau termasuk salah satu kelompok masyarakat yang rentan gizi. Kurang Energi Protein (KEP) adalah salah satu masalah gizi utama disamping masalah gizi lainnya. Berdasarkan laporan organisasi kesehatan dunia (*WHO/World Health Organization*) menunjukkan bahwa kesehatan masyarakat Indonesia adalah peringkat terendah di ASEAN yaitu peringkat ke-142 dari 170 Negara.²

Beberapa penelitian menjelaskan, KEP berdampak penurunan skor tes IQ, penurunan perkembangan koqnitif, penurunan integrasi sensori, gangguan pemusatan perhatian, gangguan

penurunan rasa percaya diri dan tentu saja merosotnya prestasi akademik di sekolah. KEP berpotensi menjadi penyebab kemiskinan melalui rendahnya kualitas sumber daya manusia dan produktifitas. Tidak heran jika KEP yang tidak dikelola dengan baik, pada fase akutnya akan mengancam jiwa dan pada jangka panjang akan menjadi ancaman hilangnya sebuah generasi penerus bangsa.

Menurut kajian UNICEF 1998, masalah gizi (kurang), disebabkan oleh faktor yang disebut sebagai penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung adalah ketidakseimbangan antara asupan makanan yang berkaitan dengan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan keluarga, pola asuh anak, pelayanan kesehatan dan lingkungan, dan berkaitan pula dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan anggota keluarga.⁵

Masalah gizi dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling mempengaruhi secara kompleks. Ditingkat rumah tangga, keadaan gizi dipengaruhi oleh kemampuan rumah tangga menyediakan pangan dalam jumlah dan jenis yang cukup, asuhan ibu dan anak yang dipengaruhi oleh faktor pendidikan dan perilaku, serta keadaan kesehatan anggota rumah tangga. Oleh karena itu penanganan masalah gizi memerlukan pendekatan yang terpadu yang mengarah pada pemberdayaan ekonomi keluarga, peningkatan kemampuan dan keterampilan asuhan gizi keluarga serta peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan.¹

Hal ini terbukti pada penelitian yang dilakukan pada tahun 2009 terhadap semua balita di wilayah kerja Puskesmas Oeboba Nusa Tenggara Timur, dimana ada hubungan yang nyata antara konsumsi energi dengan kejadian gizi buruk. Anak balita yang konsumsi energinya kurang (<100% AKG) beresiko 4,03 kali lebih besar mengalami gizi buruk dibandingkan dengan anak yang konsumsi energinya baik ($\geq 100\%$ AKG).¹

Status gizi adalah keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh. Seperti halnya pada Riskesdas 2007, status gizi balita dinilai berdasarkan parameter antropometri yang terdiri dari berat badan dan panjang/tinggi badan. Indikator status gizi yang digunakan adalah: Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Untuk menilai status gizi balita digunakan Standar Antropometri yang dikeluarkan oleh WHO pada tahun 2005 atau yang disebut dengan “Standar WHO 2005”.^{6,7}

Hasil survei *Hellen Keller Indonesia* (HKI) tahun 2000 di Sumatra Barat ditemukan angka kejadian gizi buruk pada balita (0-59 bl) 6,6%, angka tersebut merupakan nomor 2 setelah Propinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) yaitu 9,6 %. Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2001, prevalensi status gizi anak dibawah 5 tahun (BB/U) di Propinsi Sumatra Barat memiliki gizi buruk (3,90%), gizi kurang (18,30%), gizi baik (75,40%) dan gizi lebih (2,40%).^{8,5}

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2010 di Provinsi Sumatera Barat tentang status gizi pada balita, menurut status gizi (BB/U) prevalensi balita gizi kurang adalah 14,4% dan gizi buruk 2,8%. Menurut status gizi (TB/U) Prevalensi Balita Pendek adalah 18,4% dan balita Sangat pendek 14,3%. Menurut status gizi (BB/TB) Prevalensi Balita Kurus adalah 4,2% dan Sangat kurus 4,0%.⁷

Data hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) balita Dinas Kesehatan Propinsi Sumatra Barat tahun 2010, dengan jumlah balita yang ditimbang 48843 orang, menurut status gizi (BB/U) ditemukan 1436 orang (2,9%) yang menderita BB sangat kurang, 5784 orang (11,8%) yang menderita BB kurang, 40804 orang (83,5%) yang memiliki BB normal, 728 orang (1,5%) yang menderita BB lebih. Menurut status gizi (TB/U) ditemukan 5690 orang (11,6%) yang menderita sangat pendek, 8968 orang (18,4%) yang menderita pendek, dan 33213 orang

(68,0%) yang normal. Menurut status gizi (BB/TB) ditemukan 1781 orang (3,6%) yang menderita sangat kurus, 3550 orang (7,3%) yang menderita kurus, 39417 orang (80,7%) yang normal, 3720 orang (7,6%) yang menderita gemuk. Dari data tersebut Kabupaten Pasaman Barat merupakan urutan pertama paling tinggi yang memiliki status gizi balita menurut (BB/TB) dengan jumlah balita yang ditimbang 3335, yaitu 330 (9,9%) balita yang menderita sangat kurus, dan 365 (10,9%) balita yang menderita kurus.

Daftar hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) balita Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat (Pasbar) tahun 2011, dengan jumlah balita yang ditimbang 3311 orang, menurut status gizi (BB/TB) ditemukan 99 orang (3,00 %) yang menderita sangat kurus, 297 orang (9,0 %) yang menderita kurus, 2562 orang (77,4%) yang normal, dan 342 orang (10,3%) yang menderita gemuk. Dari data tersebut wilayah kerja Puskesmas Sei Aur Kabupaten Pasaman Barat ditemukan angka yang tinggi pada status gizi balita kurus dan sangat kurus menurut (BB/TB).

Berdasarkan daftar hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) balita di wilayah kerja puskesmas Sei Aur Kabupaten Pasaman Barat (Pasbar) tahun 2011 dengan jumlah balita yang ditimbang 300 orang, menurut (BB/TB) ditemukan 4 anak balita (1,3 %) yang menderita yang sangat kurus, 19 anak balita (6,3 %) yang menderita kurus, 249 anak balita (83 %) yang normal, dan 26 anak balita (8,7 %) yang menderita gemuk.

Puskesmas Sei Aur merupakan salah satu dari 11 Puskesmas yang ada di Kabupaten Pasaman Barat tahun 2012, terletak di Kecamatan Sei Aur. Puskesmas Sei Aur memiliki 35 posyandu dengan jumlah balita 3158. Mata pencaharian masyarakat pada umumnya adalah petani (petani karet, sawit, sawah) buruh perkebunan, serta sebagian kecil sebagai pedagang dan pegawai negeri. Oleh sebab itu kebanyakan dari masyarakat ini memiliki balita ditinggal di rumah bersama anggota keluarga yang lain sedangkan orang tua mereka bekerja di kebun atau disawah.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk meneliti tentang “Faktor Resiko Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) pada Balita (>2-5 tahun) di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2012”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, penulis merumuskan “apa saja faktor resiko yang mempengaruhi Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) pada balita (>2-5 tahun) di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2012”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor resiko kejadian Kurang Energi Protein (KEP) pada balita (>2-5 tahun) di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2012

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Diketuainya gambaran asupan zat gizi (energi, protein) pada balita (>2-5 tahun) di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- b. Diketuainya distribusi frekuensi pola asuh dalam pemberian makanan terhadap balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- c. Diketuainya distribusi frekuensi ketersediaan pangan di rumah tangga di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- d. Diketuainya distribusi frekuensi pendidikan ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- e. Diketuainya distribusi frekuensi pekerjaan ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- f. Diketuainya distribusi frekuensi umur ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur

- g. Diketuainya distribusi frekuensi jumlah anak ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- h. Diketuainya pengaruh asupan (energi, protein) dengan kejadian KEP balita (>2-5 tahun) di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- i. Diketuainya pengaruh pola asuh dalam pemberian makanan dengan kejadian KEP balita (>2-5 tahun) di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- j. Diketuainya pengaruh ketersediaan pangan di rumah tangga dengan kejadian KEP balita (>2-5 tahun) di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- k. Diketuainya pengaruh karakteristik ibu (pendidikan ibu, pekerjaan ibu, umur ibu dan jumlah anak) dengan kejadian KEP balita (>2-5 tahun) di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur

1.4 Manfaat Penelitian

- a. Bagi peneliti, untuk menambah wawasan peneliti dalam mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, dan menginformasikan data yang ditemukan.
- b. Dapat memberikan informasi tentang faktor resiko yang mempengaruhi kejadian Kurang Energi Protein (KEP) di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Aur
- c. Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaaman Barat dalam perencanaan program gizi dimasa yanga akan datang.