

## I. PENDAHULUAN

### I.1. LATAR BELAKANG

Hakekat pembangunan Nasional adalah pembangunan masyarakat Indonesia seutuhnya untuk mewujudkan suatu masyarakat yang merata materi dan spirituil berdasarkan PancaSila. Pembangunan dilaksanakan dalam segala bidang dan salah satunya adalah dibidang Kesehatan yang diarahkan untuk mempertinggi derajat Kesehatan, terutama keadaan gizi masyarakat dalam rangka meningkatkan kualitas dan taraf hidup serta kecerdasan dan kesejahteraan rakyat pada umumnya. Status gizi anak balita merupakan salah satu indikator kesejahteraan masyarakat.

Bayi dan anak-anak yang berumur kurang dari lima tahun (Balita) merupakan generasi penerus bangsa dan merupakan modal dalam pembangunan Nasional. Sudah sewajarnya balita mendapat perhatian sedini mungkin agar pertumbuhan dan perkembangannya baik jasmani maupun rohani berkembang dengan baik. Masalah gizi merupakan masalah yang kompleks dan faktor penting yang mempengaruhinya adalah : konsumsi zat gizi dan penyakit infeksi yang satu sama lain saling berhubungan. Faktor tersebut juga dipengaruhi oleh faktor lain yang disebut faktor tidak langsung, antarlain pengetahuan tentang gizi, pendapatan keluarga, jumlah anak, produksi pangan, kebiasaan makan dan pelayanan kesehatan.

Menurut Drajat, D. Prawiranegara (1998), apabila dampak kurang pangan pada kelompok rawan gizi terutama pada bayi dan anak balita terlambat diantisipasi, maka bekas yang ditinggalkan pada fisik dan kecerdasan dari sumber daya manusia tidak dapat dikoreksi lagi dan terjadi lost generation.

Program perbaikan gizi yang dilaksanakan sejak Pelita I sampai pelita IV secara bertahap telah meningkatkan status gizi. Angka prevalensi Kekurangan Energi Protein (KEP) telah berhasil diturunkan secara bermakna, dari tahun 1980/1981 status gizi baik telah berhasil ditingkatkan dari 54,1 % menjadi 59,3 % dan menurunkan gizi kurang (KEP ringan dan sedang ) 37,5 % pada tahun 1980/1981 menjadi 33,45 % pada tahun 1982./1983, dan jumlah balita dengan gizi buruk tampak adanya penurunan yaitu 8,4 % pada tahun 1980/1981 menjadi 6,4 % pada tahun 1982/1983. Pada tahun 1995 KEP berat

masih berkisar 5 % tetapi kasus marasmus dan kwashiorkor sudah jarang ditemui baik di Puskesmas maupun di Rumah sakit. Pada Repelita VI pemerintah bersama masyarakat berupaya menurunkan prevalensi gizi kurang (KEP ringan dan sedang) dari 40 % menjadi 30 %, namun saat ini di Indonesia sedang dilanda krisis ekonomi yang dapat meningkatkan prevalensi KEP. Krisis ini akan berpengaruh kepada cara hidup masyarakat terutama bagi masyarakat yang kurang mampu. Golongan masyarakat yang kurang mampu ini mulai mengurangi jumlah makanan dan menu / gizi yang diperlukan. Tentu saja ini akan berpengaruh pada anak balita yang memerlukan gizi yang cukup bagi pertumbuhan fisik, otak dan mentalnya.

Dari hasil laporan KaKanWil DepKes Sumatera Barat dalam pertemuan Advokasi Sistem Kewaspadaan Pangan pada tanggal 4 Desember 1998 mengemukakan bahwa 160.000 orang (40 % ) dari 400.000 anak balita di daerah ini terancam rawan pangan dengan status gizinya berada dalam posisi KEP ringan dan sedang, yang sewaktu-waktu bisa mengalami kurang gizi berat.

Meningkatnya prevalensi KEP di Sumatera Barat pada 2 tahun terakhir ini sebenarnya sudah terlihat sejak dulu. Bila dilihat dari laporan-laporan DepKes selama ini, dimana pada tahun 1996 prevalensi KEP nyata di SumBar 6,5 % sedangkan secara Nasional prevalensi KEP hanya 5,5 %. Dan pada tahun 1997 di SumBar angka tersebut meningkat menjadi 10,9 % sedangkan angka Nasional menurun menjadi 5,1 %. Di Kotamadya Padang sendiri prevalensi KEP tahun 1996 adalah 3,7 % angka ini meningkat menjadi 10,4 % pada tahun 1997. Kecamatan Pauh adalah salah satu daerah yang mengalami rawan gizi di Kota Padang, karena di daerah ini didapatkan 32 orang yang menderita KEP dari 5087 balita yang ada pada tahun 1998.

Dalam mengantisipasi keadaan rawan gizi ini pemerintah telah melakukan beberapa kegiatan, dimana salah satu diantaranya adalah dengan memberikan makanan tambahan kepada balita yang mengalami KEP tersebut. Di Kecamatan Pauh pemberian makanan tambahan telah dilakukan sejak bulan Mei 1999. Makanan tambahan yang diberikan senilai Rp.3.500,-/ orang selama 90 hari (3 bulan).

Berdasarkan hal tersebut maka kami ingin melihat sudah seberapa jauh pengaruh pemberian makanan tambahan ini terhadap perbaikan gizi anak balita di Kecamatan Pauh Kodya Padang dan Faktor-faktor yang mempengaruhinya.

## **I.2. TUJUAN DAN MAMFAAT PENELITIAN**

### **Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi buruk balita di Kecamatan Pauh Kodya Padang

### **Tujuan Khusus**

1. Mengetahui status gizi balita sebelum diberikan makanan tambahan
2. Mengetahi status gizi balita setelah pemberian makanan tambahan
3. Mengetahui faktor - faktor yang mempengaruhi pemberian makanan tambahan

### **Mamfaat Penelitian**

Sebagai masukan bagi aparat pemerintah dalam menyusun langkah-langkah selanjutnya dalam rangka penanggulangan masalah kekurangan gizi pada balita dalam hal pemberian makanan tambahan khususnya untuk daerah Kecamatan Pauh kodya Padang.

## **II. METODE PENELITIAN**

### **1. Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di Kecamatan Pauh Kodya Padang Propinsi Sumatera Barat

### **2. Jenis Penelitian**

Cross Sectional Study

### **3. Populasi dan Sampel**

Populasi adalah seluruh ibu balita dan balita yang mengalami KEP di Kecamatan Pauh yang mendapat makanan tambahan pada tahun 1999.

Sampel adalah semua populasi

4. Variabel

Dependen : Status gizi berdasarkan BB / u

Independen :- Status ekonomi - Distribusi makanan  
- Pengetahuan Ibu - Penyakit  
- Kepercayaan - Pendidikan  
- Pengetahuan - Jumlah keluarga

5. Teknik Pengumpulan Data

a. Data primer

Diperoleh dari wawancara secara terpinpin dengan menggunakan kuisisioner yang telah disiapkan terhadap ibu balita dan hasil pengukuran berat badan balita

b. Data sekunder

Data sekunder didapat dari data program gizi Puskesmas Pauh periode 1998/1999 dan data dari Dinas Kesehatan Kodya Padang

c. Tenaga Pengumpul Data

Tenaga pengumpul data terdiri dari 4 orang yang terdiri dari Mahasiswa Akademi Gizi yang telah mendapatkan pelatihan dan pengarahan sebelumnya.

6. Pengolahan data

Data diolah dengan sistim distribusi frekwensi dan dilakukan pengujian hubungan variabel dengan uji statistik.

Rumus uji statistik yang dipakai adalah : Chi Square Test dengan derajat bermakna bila  $P < 0,005$

7. Defenisi Operasional

\* Responden : Ibu balita yang anaknya terpilih menjadi sampel

\* Status Gizi : Diukur dengan menggunakan berat badan / umur (BB/u) menurut baku median NCHS WHO, dengan kriteria sebagai berikut :

1. Gizi lebih :  $> 110 \%$

2. Gizi baik :  $80 - 110 \%$

3. Gizi kurang :  $< 80 \%$ , yang terdiri dari :

70 - 79 % : KEP ringan

60 - 69 % : KEP sedang

< 60 % : KEP berat

- Pemberian Makanan Tambahan (PMT) adalah makanan tambahan yang diberikan oleh pemerintah dalam waktu 3 bulan
- Tingkat pendidikan orang tua adalah pendidikan terakhir yang berhasil ditamatkan, dibedakan atas - rendah : sampai tamat SLTP  
- tinggi : tamat SLTA sampai Perguruan Tinggi
- Status Ekonomi ditentukan dari pendapatan rata-rata perorangan tiap bulannya menurut standar yang dikeluarkan oleh Biro Pusat Statistik 1996.
  - Tidak miskin > Rp.42.445/ orang / bulan
  - Miskin < Rp.42.445 / orang / bulan
- Pengetahuan merupakan hasil tahu tahu, terjadi setelah melahirkan penginderaan terhadap suatu objek. Pengetahuan dinilai dari 12 pertanyaan dengan nilai maksimal 22.
  - Nilai < 10 kurang
  - Nilai > 10 baik
- Distribusi makanan adalah pemberian makanan tambahan apakah hanya balita saja atau dimakan bersama-sama
- Penyakit dinilai dari ada / tidaknya penyakit yang diderita dalam 2 minggu terakhir untuk penyakit akut atau penyakit kronis.
- Jumlah anak dalam keluarga dibagi atas < 2 orang dan > 2 orang berdasarkan norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS)

### III. PEMBAHASAN

Dari penelitian yang dilakukan didapatkan responden terbanyak berusia 20 – 35 tahun (59,70 %), dengan tingkat pendidikan terbanyak berpendidikan rendah (78,12 %) dan pada umumnya mempunyai pengetahuan tentang gizi yang kurang (70 %).

Responden terbanyak berasal dari keluarga miskin (87,5 %) dan tidak memberikan pantangan makanan tertentu terhadap anaknya (87,5 %). Data juga menunjukkan bahwa (70 %) responden mempunyai anak lebih dari 2 orang dan (50 %) kadang-kadang membawa balita mereka ke Posyandu. Sebagian besar sudah memberikan ASI mereka kepada balita sampai umur 2 tahun (43,75 %).

Dari 32 orang responden 23 orang (71,85 %) sudah memberikan makanan tambahan yang diperoleh, kusus kepada anaknya saja. Makanan tambahan didapat dari pemerintah melalui Puskesmas Pauh sekali seminggu dengan dijemput responden. Jenis makanan yang didapat berupa makanan mentah seperti kacang padi, telur, susu dll seharga 3500/orang/hari selama 90 hari, dan sudah dilakukan secara teratur setiap minggunya.

Dari data yang diperoleh ternyata sebelum pemberian PMT jumlah KEP sedang sebanyak 78,12 % dan sisanya KEP berat 21,88 %. Setelah pemberian makanan tambahan terjadi perbaikan status gizi balita tersebut dimana KEP sedang berkurang menjadi 37,50 % dan KEP berat menjadi 9,37 sedangkan yang lain adalah menjadi status gizi baik 18,75 % dan KEP ringan 34,38 %. Disini dapat kita lihat bahwa pemberian makanan tambahan dapat memperbaiki status gizi pada sebagian penderita KEP.

Dari data tersebut juga kita lihat adanya KEP sedang dan KEP berat yang tidak mengalami perbaikan. Pada KEP berat disebabkan karena balita mengalami infeksi kronis yaitu TBC Paru (100 %), dan berasal dari responden yang mempunyai pengetahuan rendah dan miskin (100 %) dan (66,67 %) terdapat pantangan makanan tertentu dan tidak memberikan PMT dengan baik terhadap balitanya. Sedangkan pada KEP sedang yang tidak mengalami perbaikan status gizi, (91,66 %) responden berpengetahuan rendah, (83,33 %) miskin dan tidak memberikan PMT dengan baik pada balitanya (33,33 %). Hal ini disebabkan oleh karena (70 %) dari mereka berasal dari keluarga yang memiliki jumlah anak lebih dari 2 orang, sehingga PMT juga diberikan terhadap anggota keluarga lain.

Pada KEP yang mengalami perbaikan status gizi, (53,12 %) mempunyai pengetahuan tinggi, (64,70 %) dari keluarga miskin, dan (82,82 %) sudah mendistribusikan PMT dengan baik terhadap anaknya.

Dari data tersebut kami dapatkan bahwa pengetahuan responden , penyakit, jumlah anggota keluarga dan tingkat distribusi makanan dalam keluarga dapat mempengaruhi perbaikan status gizi balita setelah diberi PMT.Hal ini sesuai dengan teori yang ada bahwa status gizi seorang anak ditentukan beberapa hal seperti pengetahuan, penyakit, jumlah anggota keluarga dan distribusi makanan dalam keluarga tersebut.Pada penelitian Thaib TM (1996) telah mendapatkan hubungan yang bermakna antara status gizi dengan jumlah anggota keluarga.

#### **IV. KESIMPULAN DAN SARAN**

##### **IV.1. KESIMPULAN**

1. Status gizi balita sebelum pemberian makanan tambahan adalah KEP sedang 78,12 % dan KEP berat 21 88 %.
2. Status gizi setelah pemberian makanan tambahan terjadi perbaikan dimana KEP sedang berkurang menjadi 37,50 % dan KEP berat menjadi 9,37 % sedangkan terdapat KEP ringan sebanyak 34,38 % dan status gizi baik 18,75 %
3. KEP sedang dan KEP berat yang tidak mengalami perbaikan terdapat pada balita yang menderita penyakit kronis dan responden yang mempunyai pendidikan rendah, pengetahuan yang kurang, dan mendapatkan distribusi makanan yang kurang baik.

##### **IV.2. SARAN**

1. Program pemberian makanan tambahan sebaiknya tetap diberikan sampai balita mengalami status gizi yang baik (normal)
2. Perlu difikirkan diadakannya panti rehabilitasi gizi ditiap kelurahan yang dapat memantau cara pemberian makanan tambahan terhadap anak balita tersebut.

#### IV. UCAPAN TERIMA KASIH

1. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Bapak Dr.H.Zulkarnain Agus MPH, MSc beserta seluruh staf pengajar ilmu Gizi FKUA dan seluruh staf Puskesmas pauh yang telah banyak membantu dalam proses penyelesaian penelitian ini.
2. Ucapan terimakasih tal lupa kami sampaikan kepada Lembaga Penelitian UNAND yang telam membantu memberikan biaya sehingga kami dapat menyelesaikan penelitian ini tepat pada waktunya.

#### VI. DAFTAR PUSTAKA

1. Agus Z. Masalah Gizi Dan Faktor Resiko Serta Masalahnya di Sumbar, UnandPadang 1999 : 1 – 10.
2. Apriaji. Gizi Keluarga.PT Penebar Swadaya anggota IKAPI Jakarta 1988.
3. Bastian M.Status Gizi Balita di Pasaman Timur Sumatera Barat.Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan.Unand.
4. Depkes RI.Laporan Penelitian RI.Identifikasi Masalah Gizi Anak 1-3 tahun dan Status Kesehatan di 2 Propinsi dengan Prevalensi Gizi Kurang Yang berbeda Berdasarkan TBABS di Tempat Desa.Pusat Penelitian Dan Pengembangan Gizi.Depkes dan Kantor Mentri Negara Kependudukan dan Lingkungan Hidup.Jakarta.1987/1988
5. Gustina Lubis ; Penatalaksanaan Penderita Gizi Buruk di Rumah Sakit, Puskesmas dan Rumah Tangga : Diskusi Panel Kebijaksanaan Penanggulangan Masalah Kekurangan Gizi di Sumatera Barat 5 April 1999.Departemen Pendidikan dan Kebudayaan UNAND.Lembaga Penelitian Padang.1999
6. Depkes RI.Pedoman Tata Laksana Kekurangan Energi Protein Pada Anak di Rumah Sakit Kabupaten atau Kodya.Jakarta 1998.
7. Enoch.Tinggi Badan Pada Umur Tertentu Sebagai Indikator Gizi dan Kesehatan Masyarakat.Medika No.7 tahun 14.1988.
8. Ig Tarwaja. Hasil Pelaksanaan Program Perbaikan Gizi di Indonesia.MKI.Vol 34 No 8 1998.



9. FA Moeloek.Sambutan Menkes RI dalam Buku Pedoman Tata Laksana Kekurangan Energi Protein Pada Anak di RI.
10. Jelliffe EF.Community Nutritional Assesment With Spesial reference To Less Technically Develop Countries.Oxford Univercity Press.New York.1989.
11. KANWIL Kesehatan Sumatera Barat.Laporan tahunan 1994/1995.Padang.1995.
12. Markum AH.Gangguan Gizi.dalam: Markum AH dkk.Ed.Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak.Jilid 1.FKUI:Jakarta 1991, hal 364.
13. Masrul.Study faktor Determinan Yang Mempengaruhi Tingginya Prevalensi Tingginya Kekurangang kalori dan Protein Anak Bawah Lima Tahun Pada Keluarga Miskin di Propinsi Sumatera barat.FKUA. 1999.
14. Sekretariat Negara.Garis Besar haluan Negara 1993.
15. Sri Kardjati.Aspek Kesehatan dan Gizi Balita.Yayasan Obor Indonesia.1985.