

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Depkes RI (2006) masalah kurang gizi masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan dapat menjadi penyebab kematian terutama pada kelompok resiko tinggi yaitu bayi dan balita. Gizi kurang pada balita tidak terjadi secara tiba – tiba, tetapi diawali dengan keterbatasan kenaikan berat badan yang tidak cukup. Perubahan berat badan balita dari waktu ke waktu merupakan petunjuk awal perubahan status gizi balita. Dalam periode 6 bulan, bayi yang berat badannya tidak naik dua kali berisiko mengalami gizi kurang 12,6 kali di bandingkan pada balita yang berat badannya naik terus(Depkes,2006).

Data *Global Nutrition Report* (2014) menyebutkan bahwa Indonesia termasuk negara yang memiliki masalah gizi yang kompleks. Hal ini ditunjukkan dengan tingginya prevalensi stunting, prevalensi wasting, dan permasalahan gizi lebih(Kemkes,2015).

Masalah gizi memiliki dampak yang luas, tidak saja terhadap kesakitan, kecacatan, dan kematian, tetapi juga terhadap pembentukan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dengan produktifitas optimal.

Kualitas anak ditentukan sejak terjadinya konsepsi hingga masa Balita. Kecukupan gizi ibu selama hamil hingga anak berusia di bawah 5 tahun serta pola pengasuhan yang tepat akan memberikan kontribusi nyata dalam mencetak generasi unggul(Kemkes,2015).

Pengertian gizi buruk merupakan suatu keadaan kekurangan konsumsi zat gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dalam makanan sehari-hari, sehingga secara klinis terdapat tiga tipe, marasmus , kwashiorkor, dan marasmus kwashiorkor. Sedangkan pendekatan masalah kurang gizi meliputi tiga klasifikasi, antara lain keadaan biologi (yang mencakup umur, jenis kelamin, keadaan fisiologis, gangguan penyakit infeksi, keadaan kesehatan), keadaan fisik (yang meliputi pedesaan atau perkotaan dan ekologi daerah seperti hutan, rawa-rawa, pegunungan, dataran, sumber makanan, petani dan pasar), serta keadaan sosial ekonomi dan kebudayaan meliputi suku dan budaya, status sosial ekonomi, pendapatan, luas tanah)(Depkes,2006).

Menurut Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2002 menyebutkan penyebab kematian balita urutan pertama disebabkan gizi buruk dengan angka 54 persen. Pengelompokan prevelensi gizi kurang berdasarkan WHO, Indonesia tahun 2004 tergolong negara dengan status kekurang gizi yang tinggi karena 5.119.935 (atau 28,47%) dari 17.983 balita Indonesia termasuk kelompok gizi kurang dan gizi buruk(WHO,2004).

Usia balita merupakan usia pra sekolah dimana seorang anak akan mengalami tumbuh kembang dan aktivitas yang sangat pesat dibandingkan dengan ketika masih bayi, kebutuhan zat gizi akan meningkat. Seorang ibu yang telah menanamkan kebiasaan makan dengan gizi yang baik pada usia dini tentunya sangat muda mengarahkan makanan anak, karena dia telah mengenal makanan yang baik pada usia sebelumnya. Oleh karena itu, pola pemberian makanan sangat penting diperhatikan. Secara umum faktor yang mempengaruhi terbentuknya pola makan adalah faktor ekonomi, sosial budaya, agama, pendidikan, dan lingkungan. Pola makan yang baik perlu dibentuk sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan gizi dan pola makan yang tidak sesuai akan menyebabkan asupan gizi berlebih atau sebaliknya kekurangan (Sulistyoningsih, 2011).

Dengan demikian, peran penimbangan balita secara teratur untuk dapat diikuti pertumbuhan berat badannya menjadi penting. Masalah gizi pada hakikatnya adalah masalah kesehatan masyarakat dan faktor penyebab timbulnya masalah gizi adalah multifaktorial, untuk itu pendekatan dan penanggulangannya harus melibatkan berbagai sektor yang terkait (Supriasa dalam Wahyudi *etal.*, 2009). Di Indonesia sampai kini masih terdapat empat masalah gizi utama yang harus ditanggulangi dengan program perbaikan gizi, yaitu: 1) masalah kurang energi protein (KEP), 2) masalah kurang vitamin A, 3) masalah anemia zat gizi, dan 4) masalah gangguan akibat kekurangan yodium. Dilihat dari etiologinya, status gizi penduduk

dipengaruhi oleh berbagai faktor yang kompleks, seperti: sosial, ekonomi, budaya, kesehatan, lingkungan alam, maupun penduduk yang saling berkaitan satu dengan lainnya (Mukri dalam Wahyudi *etal.*, 2009). Terjadinya krisis ekonomi, telah terjadi peningkatan kasus gizi kurang, dan bahkan kasus gizi buruk di Indonesia yang sebenarnya dapat ditanggulangi sejak dini dengan pemantauan secara rutin setiap bulannya. Kurang Energi Protein (KEP) sampai saat ini masih merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. Kurang Energi Protein (KEP) sendiri dikelompokkan menjadi dua yaitu gizi kurang (bila berat badan menurut umur di bawah 2 SD), dan gizi buruk (bila berat badan menurut umur di bawah 3SD) (Anonim dalam Wahyudi *etal.*, 2009).

Secara nasional, prevalensi berat-kurang pada tahun 2013 adalah 19,6 persen, terdiri dari 5,7 persen gizi buruk dan 13,9 persen gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%) terlihat, meningkat. Perubahan terutama pada prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4 persen tahun 2007, 4,9 persen pada tahun 2010 dan 5,7 persen tahun 2013. Sedangkan prevalensi gizi kurang naik sebesar 0,9 persen dari 2007 dan 2013. Diantara 33 provinsi, terdapat tiga provinsi termasuk kategori prevalensi sangat tinggi, yaitu Sulawesi Barat, Papua Barat dan Nusa Tenggara Timur (Riskesdas, 2013).

Prevalensi pendek secara nasional tahun 2013 adalah 37,2 persen yang berarti terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2010 (35,6%) dan 2007 (36,8%). Prevalensi pendek sebesar 37,2 persen terdiri dari 18,0 persen

dangat pendek dan 19,2 persen pendek. Pada tahun 2013 prevalensi sangat pendek menunjukkan penurunan, dari 18,8 persen tahun 2007 dan 18,5 persen tahun 2010. Prevalensi pendek meningkat dari 18,0 persen pada tahun 2007 menjadi 19,2 persen pada tahun 2013. Terdapat 20 provinsi di atas prevalensi nasional dengan urutan dari prevalensi tertinggi sampai terendah, yaitu: (1) Nusa Tenggara Timur, (2) Sulawesi Barat, (3) Nusa Tenggara Barat, (4) Papua Barat, (5) Kalimantan Selatan, (6) Lampung, (7) Sulawesi Tenggara, (8) Sumatera Utara, (9) Aceh, (10) Kalimantan Tengah, (11) Maluku Utara, (12) Sulawesi Tengah, (13) Sulawesi Selatan, (14) Maluku, (15) Papua, (16) Bengkulu, (17) Sumatera Barat, (18) Gorontalo, (19) Kalimantan Barat (20) Jambi (Riskesdas, 2013).

Prevalensi sangat kurus secara nasional tahun 2013 masih cukup tinggi yaitu 5,3 persen, terdapat penurunan dibandingkan tahun 2010 (6,0%) dan tahun 2007 (6,2%). Demikian pula halnya dengan prevalensi kurus sebesar 6,8 persen juga menunjukkan adanya penurunan dari 7,3 persen tahun 2010 dan 7,4 persen tahun 2007. Secara keseluruhan prevalensi anak balita kurus dan sangat kurus menurun dari 13,6 persen pada tahun 2007 menjadi 12,1 persen pada tahun 2013. Masalah kurus di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius. Diantara 33 provinsi, terdapat 16 provinsi yang masuk kategori serius, dan provinsi termasuk kategori kritis, yaitu Kalimantan Barat, Maluku, Aceh, dan Riau (Riskesdas, 2013).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2010, prevalensi balita yang mengalami masalah gizi di Indonesia secara garis besar sebesar 17,9 persen. Dari prevalensi total tersebut, balita yang menderita gizi kurang sebesar 13 persen, dan sebesar 4,9 persen balita menderita gizi buruk. Prevalensi penderita gizi buruk terjadi penurunan dari 5,4 persen di 2007 menjadi 4,9 persen di 2010. Namun prevalensi gizi kurang dari tahun 2007 hingga 2010 tidak terjadi penurunan, tetap di angka 13 persen. Hasil Riskesdas pada tahun 2010 menyebutkan bahwa prevalensi balita gizi buruk dan balita gizi kurang pada balita laki-laki lebih besar dibandingkan balita perempuan. Masalah gizi pada balita ini dapat dijumpai hampir di setiap provinsi yang tersebar di seluruh Indonesia. Sebanyak 15 provinsi terdapat masalah gizi lebih dari 20 persen, 9 provinsi terdapat masalah gizi 15-19 persen, 9 provinsi terdapat masalah gizi sebesar 10-14,9 persen, dan belum ada satu pun provinsi yang memiliki prevalensi masalah gizi pada balita kurang dari 10 persen (Riskesdas, 2010).

1.2 Identifikasi Masalah

Masalah kurang gizi masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan dapat menjadi penyebab kematian terutama pada kelompok resiko tinggi yaitu balita yang merupakan kelompok usia yang rentan gizi dan mudah menderita kelainan gizi. Hal ini ditunjukkan dengan tingginya prevalensi stunting, prevalensi wasting, dan permasalahan gizi lebih. Prevalensi status gizi kurang dan buruk sebesar 19,6 persen, tahun 2007 18,4 persen dan tahun 2010 meningkat menjadi 17,9 persen. Berdasarkan Riskesdas 2010, di Indonesia masalah status gizi pada balita cukup tinggi. Pada penelitian ini, penulis ingin menganalisis faktor determinan yang mempengaruhi status gizi balita usia 24-35 bulan pada keluarga status ekonomi rendah di Indonesia dengan menggunakan data Riskesdas tahun 2010.

1.3 Pembatasan Masalah

Karena adanya keterbatasan waktu, dana, dan tenaga, maka penelitian ini hanya untuk menganalisis faktor determinan yang mempengaruhi status gizi BB/U, TB/U dan BB/TB pada balita usia 24-35 bulan di Indonesia dengan menggunakan data Riskesdas tahun 2010.

1.4 Perumusan Masalah

Maka dapat dirumuskan permasalahan yaitu “Apakah ada faktor determinan yang mempengaruhi status gizi balita usia 24-35 bulan di Indonesia dengan menggunakan data Riskesdas tahun 2010

1.5 Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum :

Menganalisis faktor determinan yang mempengaruhi status gizi pada balita usia 24-35 bulan di Indonesia dengan menggunakan data Riskesdas tahun 2010.

b. Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi karakteristik responden meliputi jenis kelamin balita, pendidikan ibu, status gizi BB/U, TB/Udan BB/TB pada balita usia 24-35 bulan di Indonesia.
2. Mengidentifikasi variabel IMT ibu, riwayat imunisasi, riwayat penyakit malaria, sanitasi lingkungan, riwayat BBLR, asupan energi dan protein
3. Menganalisa hubungan antara tingkat pendidikan Ibu terhadap status gizi balita usia 24-35 bulan di Indonesia.
4. Menganalisis hubungan antara IMT ibu dengan status gizi balita usia 24 – 35 bulan di Indonesia.

5. Menganalisis hubungan antara riwayat imunisasi dengan status gizi balita usia 24-35 bulan di Indonesia.
6. Menganalisis hubungan antara riwayat penyakit malaria dengan status gizi balita usia 24-35 bulan di Indonesia.
7. Menganalisis hubungan antara sanitasi lingkungan dengan status gizi balita usia 24-35 bulan di Indonesia.
8. Menganalisis hubungan Berat Badan Lahir Rendah(BBLR) dengan status gizi balita usia 24-35 bulan di Indonesia.
9. Menganalisis hubungan asupan Energi dan Protein dengan status gizi balita usia 24 – 35 bulan di Indonesia.

1.6 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Praktisi

Memberikan informasi mengenai analisis faktor determinan yang mempengaruhi status gizi balita usia 24-35 bulan pada keluarga status ekonomi rendah di Indonesia dengan menggunakan data Riskesdas tahun 2010.

2. Manfaat Bagi Universitas Esa Unggul

Sebagai sumber pengetahuan dan bahan masukan untuk belajar dan mengajar mahasiswa gizi mengenai faktor determinan yang mempengaruhi status gizi balita usia 24-35 bulan pada

keluarga status ekonomi rendah di Indonesia dengan menggunakan data Riskesdas tahun 2010.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Dapat digunakan sebagai tambahan ilmu pengetahuan mahasiswa gizi faktor determinan yang mempengaruhi status gizi balita usia 24-35 bulan pada keluarga status ekonomi rendah di Indonesia dengan menggunakan data Riskesdas tahun 2010.