

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia saat ini mengalami beban gizi ganda (*double burden*). Pada satu sisi, penanggulangan masalah gizi masih terkonsentrasi pada empat masalah utama kurang gizi yaitu Kurang Energi Protein (KEP), Anemia Gizi Besi (AGB), Kurang Vitamin A (KVA) dan Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY). Disisi lain, masalah kelebihan gizi kini sudah mulai muncul ke permukaan.

Berbagai upaya telah dilakukan baik dari pihak pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, atau kerjasama antara keduanya dalam upaya penanggulangan masalah gizi. Namun demikian hingga saat ini masalah gizi masih tetap ada, terlebih lagi pada balita. Dalam periode emas pertumbuhannya, seharusnya balita berada pada kondisi yang optimal untuk tumbuh dan berkembang sesuai usianya, tetapi pada kenyataannya kejadian KEP masih menjadi ancaman bagi balita. Prevalensi gizi kurang sebagai salah satu indikator KEP pada balita pada tahun 2003 mencapai 27,5%. Selanjutnya ditahun 2005 prevalensinya belum menunjukkan perubahan ke arah yang lebih baik yaitu sebesar 28%. Perkembangan terbaru berdasarkan Riskesdas 2007 didapatkan prevalensi gizi kurang sebesar 18,4% (Gizi dalam Angka, 2008).

Meskipun hasil yang didapatkan pada tahun 2007 menunjukkan perubahan yang cukup berarti, namun angka tersebut belum mencerminkan keadaan gizi yang merata di seluruh wilayah. Sebagai gambaran provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dan Nusa Tenggara Timur (NTT) memiliki prevalensi yang jauh berbeda. Prevalensi balita gizi kurang di DIY sebesar 10,9% sedangkan di NTT sebesar 33,6% (Riskesdas, 2007).

Semakin rendah status gizi seseorang, maka semakin rentan sakit dan meningkatkan morbiditas. Dalam tingkat yang parah, morbiditas dapat mengakibatkan mortalitas. Gizi kurang pada anak-anak dapat menyebabkan sakit (44,8%), malaria (7,3%), diare (60,7%), dan pneumonia (52,3%).

Lebih jauh lagi, kekurangan gizi dalam tingkat ringan, sedang, dan berat memiliki risiko meninggal masing-masing 2.5, 4.6, dan 8.4 kali lebih tinggi dibandingkan dengan anak berstatus gizi normal. (McLachlan 2006)

Masalah gizi pada balita dipengaruhi secara langsung oleh asupan makan dan penyakit infeksi. Balita yang tidak mendapat makanan bergizi seimbang dalam jumlah yang cukup akan memiliki daya tahan tubuh rendah sehingga sangat rentan terkena penyakit infeksi, demikian pula sebaliknya bahwa balita yang terkena penyakit infeksi nafsu makan dan penyerapan zat gizi dalam tubuhnya terganggu sehingga mereka mudah jatuh menjadi gizi kurang atau bahkan gizi buruk. Sedangkan faktor tidak langsungnya yaitu pola asuh, ketersediaan pangan, faktor sosial ekonomi, budaya, dan politik. (Unicef, 1990)

Di tingkat keluarga dan masyarakat, masalah gizi dipengaruhi oleh: a) kemampuan keluarga dalam menyediakan pangan bagi anggotanya baik jumlah maupun jenis sesuai kebutuhan gizinya; b) pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam hal memilih, mengolah dan membagi makanan antar anggota keluarga sesuai dengan kebutuhan gizinya; c) tersedianya pelayanan kesehatan dan gizi yang terjangkau dan berkualitas, d) kemampuan dan pengetahuan keluarga dalam hal kebersihan pribadi dan lingkungan. (Depkes, 2007)

Gambaran perilaku gizi yang belum baik di Indonesia ditunjukkan dengan masih rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan. Saat ini baru 27,3% keluarga yang memanfaatkan Posyandu dan balita yang rutin ditimbang berat badannya hanya 45,4%. Cakupan distribusi kapsul vitamin A untuk balita juga baru mencapai 71,5%, prevalensi kurang makan buah dan sayur mencapai 93,6% dan 37,7% keluarga belum menggunakan garam beryodium. (Riskesdas, 2007)

Sebagai upaya pencegahan dan penanggulangan masalah gizi melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat, diharapkan setiap keluarga dapat menerapkan perilaku sadar gizi dalam kehidupan sehari-hari. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dicirikan minimal dengan 5 perilaku yaitu: (1) menimbang berat badan secara teratur; (2) memberikan ASI saja kepada

bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif); (3) makan beraneka ragam; (4) menggunakan garam beryodium; dan (5) minum suplemen gizi (TTD, kapsul vitamin A, dosis tinggi) sesuai anjuran.

Penelitian tentang KADARZI masih sangat terbatas. Salah satunya menyebutkan bahwa di Kota Bandung baru 30,4% keluarga yang sudah berperilaku sadar gizi dan ini terkait dengan pengetahuan serta sikap suami terhadap perilaku KADARZI (Misbakhudin, 2007).

1.2. Perumusan Masalah

Sebagai upaya penanggulangan masalah gizi, provinsi DI Yogyakarta dan NTT menjadikan kegiatan pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian KADARZI sebagai salah satu kegiatan pokok dalam program perbaikan gizi masyarakat. Diharapkan perilaku KADARZI yang dipraktikkan sehari-hari oleh masyarakat dapat memperbaiki keadaan gizi terutama pada balita.

Memperhatikan hal tersebut, perlu diteliti lebih lanjut hubungan KADARZI dengan status gizi balita.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Apakah ada hubungan antara status KADARZI dengan status gizi balita?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan status KADARZI dengan status gizi balita di provinsi DI Yogyakarta dan NTT.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran status gizi balita, perilaku KADARZI, dan status KADARZI di keluarga balita.
- b. Mengetahui gambaran tingkat pendidikan, jumlah anggota keluarga, dan tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita terhadap status KADARZI.

- c. Mengetahui hubungan status KADARZI dengan status gizi balita.
- d. Mengetahui hubungan masing-masing perilaku KADARZI dengan status gizi balita.
- e. Mengetahui hubungan status infeksi dengan status gizi balita.

1.5. Manfaat Hasil

Hasil analisis data dapat dijadikan sebagai informasi dan pertimbangan program terkait KADARZI dalam upaya penanggulangan masalah gizi.

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari Riskesdas 2007 untuk wilayah provinsi DI Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur mengenai status KADARZI dan hubungannya dengan status gizi balita.

