

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Masalah gizi pada balita merupakan masalah kesehatan yang telah terjadi sejak lama. Meningkatnya jumlah keluarga miskin mengakibatkan rendahnya daya beli terhadap pangan, yang kemudian ketersediaan bahan makanan keluarga menjadi terbatas sehingga berpotensi terjadinya gizi kurang bahkan gizi buruk. Kekurangan gizi merupakan salah satu faktor utama penyebab kematian pada bayi dan balita (Depkes RI, 2006).

Menurut Pemantauan Status Gizi (PSG) pada tahun 2017 didapatkan hasil bahwa di Indonesia terdapat 9,5% balita mengalami masalah gizi kurus, 17,8% mengalami gizi kurang, dan 29,6 anak balita mengalami gizi pendek. Di Provinsi Jawa Timur ditemukan 6,9% balita mengalami gizi kurus, 15,5% mengalami gizi kurang, dan gizi pendek sebesar 26,7%. Sedangkan di Kota Surabaya terdapat 7% balita mengalami gizi kurus, 13,8% balita mengalami gizi kurang, dan 22,8% anak balita mengalami gizi pendek (Kemenkes, 2016). Angka tersebut menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurus di Surabaya lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi balita mengalami gizi kurus di Jawa Timur.

Masalah gizi pada balita dapat disebabkan oleh beberapa penyebab, terutama yaitu asuhan gizi yang tidak optimal. Salah asuhan gizi sejak awal kehidupan diakibatkan dari tidak optimalnya pemberian makanan pada ibu hamil dan menyusui, pemberian ASI eksklusif, serta makanan pendamping ASI pada anak. Penyebab selanjutnya adalah daya beli keluarga yang rendah serta pengetahuan gizi

yang kurang juga dapat mempengaruhi masalah gizi pada anak. Selain itu penyakit infeksi yang menyerang anak seperti diare yang dipengaruhi oleh sanitasi lingkungan buruk, personal hygiene ibu yang kurang serta pelayanan kesehatan yang tidak memadai juga dapat mempengaruhi gizi pada anak (Nugroho, 2016).

ASI eksklusif merupakan pemberian Air Susu Ibu (ASI) saja tanpa adanya pemberian makanan dan minuman apapun termasuk air putih. WHO menganjurkan dalam pemberian ASI saja dimulai sejak anak lahir hingga berusia 6 bulan. Dalam ASI terdapat beberapa manfaat bagi bayi yang dapat mempengaruhi status gizi bayi, yaitu adanya kandungan zat gizi yang mampu menjaga daya tahan tubuh anak tetap optimal dan terhindar dari penyakit infeksi dan kesakitan (Kemenkes RI, 2014). Berdasarkan Riskesdas 2013, semakin meningkatnya usia bayi maka semakin menurun persentase pemberian ASI eksklusif pada bayi, yaitu 0 bulan 52,7%, 1 bulan 48,7%, 2 bulan 46,0%, 3 bulan 42,2%, 4 bulan 41,9%, 5 bulan 36,6%, dan 6 bulan sebesar 30,2 %. Maka angka pemberian ASI eksklusif pada bayi hingga berusia 6 bulan di Indonesia hanya sebesar 30,2% (Kemenkes RI, 2013b). Penurunan pemberian ASI eksklusif pada anak dapat disebabkan oleh pemberian makanan pendamping ASI yang terlalu dini sebelum bayi berusia 6 bulan dan tidak sesuai dengan anjuran yang telah ditetapkan oleh WHO.

Praktik pemberian makanan pada bayi dan anak atau *infant and young child feeding (IYCF) practices* meliputi pemberian makanan padat atau semi padat pada bayi yang dimulai pada usia 6 bulan. Awal pemberian makanan dalam jumlah sedikit yang kemudian meningkat secara jumlah dan frekuensi pemberian sesuai dengan bertambah usia anak, selain itu pemberian ASI tetap diberikan hingga usia

2 tahun (WHO, 2003). MP-ASI diberikan dua sampai tiga kali dalam sehari pada usia 6-8 bulan, 3-4 kali pada usia 9-24 bulan dengan tambahan makanan ringan satu sampai dua kali dalam sehari sebagai makanan selingan (Statistics Indonesia *et al.*, 2008). Sejalan dengan hal tersebut, menurut modul pelatihan konseling PMBA, dalam pemberian MP-ASI pada bayi yang perlu diperhatikan adalah frekuensi pemberian per hari, jumlah setiap kali makan, tekstur makanan, variasi makanan, pemberian makanan secara aktif dan responsif, serta kebersihan (Direktorat Bina Gizi, 2015).

Menurut data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia pada tahun 2007 menunjukkan bahwa hanya 41% bayi berusia 6-23 bulan yang diberi MP-ASI sesuai dengan rekomendasi WHO pada praktik pemberian makan bayi dan anak atau *infant and young child feeding (IYCF) practices* (Statistics Indonesia *et al.*, 2008). Sedangkan pada tahun 2012 mengalami penurunan menjadi hanya 37% bayi usia 6-23 bulan yang diberi MP-ASI sesuai dengan rekomendasi WHO (Badan Pusat Statistik *et al.*, 2013).

Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) juga merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi anak. Pemberian MP-ASI salah dapat diakibatkan dari kualitas yang tidak mencukupi kebutuhan gizi atau waktu pemberian yang tidak tepat seperti terlalu dini atau terlambat, sedangkan kuantitas MP-ASI yang terlalu banyak atau terlalu sedikit. Pemberian MP-ASI harus mencukupi kebutuhan gizi anak yang sudah tidak didapatkan lagi dari ASI. Zat gizi yang perlu untuk dicukupi adalah, energi, karbohidrat, protein, lemak, dan *micronutrients* sehingga perlu adanya keberagaman pangan pada MP-ASI agar

terpenuhi kebutuhan gizi anak (Dewey, 2001). Sesuai dengan penelitian Andadari dan Mahmudiono (2017), menyebutkan bahwa dari hasil penelitian yang dilakukan di dua desa, yaitu desa dengan hasil pertanian beragam dan desa yang memiliki luas tambak terbesar di Kabupaten Sidoarjo, didapatkan bahwa jumlah balita yang memiliki kecukupan energi kurang di wilayah pertanian lebih tinggi dibandingkan dengan desa di wilayah tambak, hal tersebut menurut peneliti karena makanan yang dikonsumsi oleh balita di wilayah tambak lebih beragam dibandingkan dengan balita di wilayah pertanian, sehingga adanya hubungan yang signifikan antara keberagaman pangan balita dengan kecukupan energi.

Kebutuhan *macronutrients* dapat diberikan pada anak melalui MP-ASI, sehingga diperlukan adanya variasi dalam MP-ASI anak. Terdapat 2 jenis MP-ASI yaitu MP-ASI homemade dan komersial yang keduanya memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Pada MP-ASI homemade ibu dapat lebih mampu untuk memilih bahan makanan yang baik untuk anak, selain itu bahan makanan juga akan lebih fresh dibandingkan MP-ASI komersial sehingga anak akan mampu untuk merasakan berbagai jenis makanan (Abeshu et al, 2016).

Menurut (Kemenkes RI, 2013a), kebutuhan gizi bagi anak usia 0-6 bulan yaitu energi sebesar 550 kkal, protein 12 gram, lemak 34 gram, dan karbohidrat 58 gram. Pada usia 7-11 bulan yaitu energi 725 kkal, protein 18 gram, lemak 36 gram, dan karbohidrat sebesar 82 gram. Sedangkan pada usia 1-3 tahun dibutuhkan energi sebesar 1125 kkal, protein 26 gram, lemak 44 gram, dan karbohidrat 155 gram. Zat gizi yang seimbang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan gizi anak serta membantu pertumbuhan dan perkembangan anak. Zat gizi makro seperti energi,

karbohidrat, lemak, dan protein dikatakan telah terpenuhi jika asupan makanan anak  $\geq 77\%$  dari AKG (Gibson, 2005).

## 1.2 Identifikasi Masalah

Masalah gizi pada balita masih banyak ditemukan di berbagai daerah yang ada di Provinsi Jawa Timur, termasuk di Kota Surabaya. Data Pemantauan Status Gizi (PSG) pada tahun 2017 menunjukkan besar prevalensi balita gizi kurang pada balita di Kota Surabaya sebesar 13,8%, prevalensi gizi kurus sebesar 7%, dan balita pendek yaitu sebesar 22,8% (Kemenkes, 2016).

Salah satu kecamatan di Surabaya yang memiliki prevalensi masalah gizi yang cukup tinggi adalah Kecamatan Semampir. Kecamatan Semampir termasuk dalam administrasi Surabaya bagian utara, letaknya di pesisir dan menghadap Pulau Madura sehingga daerah ini mayoritas merupakan masyarakat Madura. Kecamatan Semampir merupakan Kecamatan dengan tingkat kemiskinan tertinggi di Surabaya (Firstianto et al., 2015) dengan jumlah kepala keluarga tidak bekerja sebesar 3.465 orang dan tingkat pendidikan didominasi oleh lulusan SD-SMP yaitu sebesar 20.578 KK (BPS, 2017).

Salah satu Puskesmas yang terdapat di wilayah Kecamatan Semampir yang memiliki permasalahan gizi cukup tinggi adalah Puskesmas Sidotopo. Berdasarkan data Puskesmas Sidotopo pada tahun 2017 didapatkan hasil baduta yang mengalami gizi kurang serta gizi buruk sebesar 15,9%, 13,5% baduta ditemukan mengalami gizi pendek serta gizi sangat pendek, dan 3% baduta mengalami gizi kurus serta gizi sangat kurus. Pada prevalensi dengan indeks BB/U ditemukan angka yang

cukup tinggi jika dibandingkan dengan rata-rata prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk di Surabaya.

Permasalahan gizi pada balita dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu asupan makanan yang tidak tepat serta adanya penyakit infeksi. Menurut data laporan bulanan Puskesmas Sidotopo pada tahun 2016, cakupan ASI eksklusif hingga usia 6 bulan di Kelurahan Sidotopo sangat rendah yaitu sebesar 40% pada sehingga mengakibatkan juga tingginya pemberian MP-ASI yang terlalu dini.

Pemberian MP-ASI yang tidak tepat juga terbukti mampu meningkatkan risiko terjadinya permasalahan gizi kurang dan gizi buruk pada anak, sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyawati *et al* (2016) yang menunjukkan bahwa baduta yang tidak diberi MP-ASI tepat pada usia 6 bulan, memiliki risiko 1,2 kali akan mengalami masalah gizi kurang. Selain itu, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Maros didapatkan hasil bahwa dari 32 responden, bentuk MP-ASI yang diberikan pada usia 6-7 bulan yang sesuai hanya 1 orang (16,7%), usia 8-9 bulan secara keseluruhan tidak sesuai yaitu 5 orang (100%), usia 10-11 yang sesuai hanya 1 orang (50%), dan usia 12-24 bulan yang sesuai 11 orang (57,9%). Menurut peneliti hal tersebut dapat terjadi karena dipengaruhi oleh pendidikan orang tua yang masih rendah (Pakhri *et al.*, 2015). Sedangkan pada penelitian yang dilakukan di Yogyakarta menunjukkan bahwa 91,89% anak mendapatkan MP-ASI tepat berdasarkan tingkat konsumsi energi, menurut peneliti hal tersebut dapat terjadi karena tingkat pendidikan ibu yang cukup tinggi yaitu sebanyak 68,92% merupakan lulusan SMA sederajat dan bahkan 10,81% menempuh pendidikan perguruan tinggi (Septiana *et al.*, 2009).

Secara teoritis pola pemberian MP-ASI dipengaruhi oleh faktor ibu, karena ibu yang berperan dalam mengatur konsumsi anak yang kemudian dapat berpengaruh terhadap status gizi anak (Septiana dkk, 2009), sesuai dengan pernyataan Probowati dkk (2016) yaitu praktik pemberian MP-ASI dipengaruhi oleh pendidikan ibu, pekerjaan ibu, dan juga pengetahuan tentang gizi ibu.

Menurut Fariadi dan Kanto (2016), banyaknya masalah gizi pada balita di wilayah Sidotopo disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kemiskinan, pola pengasuhan yang kurang tepat, baik pola asuh dalam pemberian makanan, maupun juga pola asuh perawatan kesehatan, dan hygiene sanitasi serta lingkungan rumah yang kurang mendukung. Selain itu kepedulian keluarga terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada juga rendah. Masyarakat Sidotopo lebih percaya pada dukun pijat dibandingkan tenaga kesehatan yang ada serta adanya rasa takut jika dibawa ke fasilitas kesehatan akan dianjurkan untuk menjalani rawat inap dan akan membutuhkan biaya yang cukup besar.

Hal ini sejalan dengan kerangka konsep yang dikembangkan oleh UNICEF (WHO, 1998), yaitu akar dari permasalahan gizi buruk pada balita disebabkan oleh tiga faktor, yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung, dan akar permasalahan. Akar permasalahan dari masalah gizi pada anak adalah akibat dari rendahnya ekonomi keluarga yang menyebabkan rendahnya akses terhadap kualitas dan kuantitas pada pendidikan, dan pendapatan, hal tersebut mengakibatkan lingkungan rumah yang tidak sehat, rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan serta rendahnya pola asuh perawatan dan juga pemberian makanan, serta rendahnya pemilihan dan pemenuhan makanan bagi keluarga, hal tersebut termasuk

dalam penyebab tidak langsung masalah gizi anak, yang selanjutnya penyebab secara langsung adalah rendahnya pemberian asupan makanan secara kualitas dan kuantitas sehingga tidak memenuhi kebutuhan anak, selain itu adanya penyakit infeksi pada anak juga mampu mempengaruhi kesehatan dan gizi anak.

Oleh karena cukup tingginya prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di wilayah Kota Surabaya bagian utara khususnya Kecamatan Semampir. Maka peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian mengenai hubungan antara riwayat pemberian ASI eksklusif, MP-ASI, dan kecukupan gizi dengan status gizi baduta di salah satu wilayah kerja Kecamatan Semampir, khususnya di Puskesmas Sidotopo, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya.

### **1.3 Rumusan Masalah**

“Apakah terdapat hubungan antara riwayat pemberian ASI, praktik pemberian MP-ASI dan kecukupan gizi dengan status gizi baduta usia 6-24 bulan yang ada di wilayah kerja puskesmas Sidotopo, Surabaya?”

### **1.4 Tujuan**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk menentukan hubungan riwayat ASI eksklusif, praktik pemberian MP-ASI dan kecukupan gizi dengan status gizi baduta usia 6 – 24 bulan yang ada di Kelurahan Sidotopo, Surabaya.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dalam penelitian ini meliputi:

1. Mengidentifikasi karakteristik keluarga baduta (pendidikan ibu, pekerjaan ibu, dan pendapatan keluarga).



2. Mengidentifikasi karakteristik baduta (usia dan jenis kelamin).
3. Mengidentifikasi riwayat pemberian ASI
4. Mengidentifikasi praktik pemberian MP-ASI (frekuensi dan keberagaman pangan)
5. Mengidentifikasi kecukupan gizi (energi, karbohidrat, protein, dan lemak)
6. Mengidentifikasi status gizi baduta
7. Menganalisis hubungan riwayat pemberian ASI dengan status gizi
8. Menganalisis hubungan praktik pemberian MP-ASI dengan status gizi
9. Menganalisis hubungan antara kecukupan gizi dengan status gizi

### **1.5 Manfaat Penelitian**

Penelitian yang dilakukan ini dapat bermanfaat untuk berbagai pihak, antara lain bagi ibu baduta, Puskesmas Sidotopo, program studi ilmu gizi, peneliti lain serta bagi penulis.

#### **1.5.1 Manfaat Bagi Responden**

1. Memberikan informasi mengenai faktor risiko yang dapat menyebabkan anaknya mengalami gizi kurang atau gizi buruk.
2. Memberikan masukan untuk responden agar menjaga kesehatan anaknya setelah mengetahui faktor risiko terjadinya gizi kurang serta gizi buruk untuk mencegah terjadinya keadaan yang lebih parah pada baduta.

#### **1.5.2 Manfaat Bagi Puskesmas Sidotopo**

1. Dapat sebagai bahan pertimbangan Puskesmas dalam membuat program yang lebih tepat sasaran untuk menangani gizi kurang dan gizi buruk di daerah Sidotopo, Surabaya.

2. Puskesmas mendapatkan data dan informasi terkait dengan keadaan baduta gizi kurang, gizi pendek, dan gizi kurus di daerah Sidotopo, Surabaya.

### **1.5.3 Manfaat Bagi Program Studi Ilmu Gizi**

1. Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan serta dapat dijadikan sebagai bahan studi untuk mahasiswa selanjutnya dalam melakukan penelitian terkait status gizi pada baduta.
2. Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi program studi ilmu gizi ataupun fakultas kesehatan masyarakat dalam membuat kegiatan pengabdian masyarakat terkait keadaan status gizi baduta.

### **1.5.4 Manfaat Bagi Penulis**

Menambah informasi, ilmu dan wawasan penulis terkait dengan keadaan dan berbagai faktor risiko yang dapat memperuruk status gizi baduta usia 6-24 bulan.