

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Siklus hidup manusia terdiri dari beberapa fase kehidupan, salah satunya adalah masa di bawah usia lima tahun (balita) yang merupakan masa keemasan atau *golden period* dimana pada masa ini pertumbuhan fisik dan mental intelektual berkembang sangat cepat. Kehidupan di masa ini terbentuk pula dasar-dasar kemampuan keindraan, berpikir dan berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif, dan awal pertumbuhan moral. Masa *golden period*, potensi – potensi yang dimiliki seseorang akan berkembang secara optimal apabila mendapatkan rangsangan yang tepat (Depkes, 2007).

Jumlah balita yang mencapai 10% dari penduduk Indonesia, menjadikan tumbuh kembang balita ini sangat penting untuk diperhatikan karena menyangkut kualitas generasi masa depan bangsa. Menurut Depkes (2006), beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait ini meliputi gizi yang baik, stimulasi yang memadai dan terjangkaunya pelayanan kesehatan berkualitas termasuk deteksi dini serta intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita.

Berdasarkan data *United Nations Development Program* (UNDP) Indeks Pembangunan Manusia Indonesia pada tahun 2012 ternyata hanya 0,629. Di tingkat ASEAN posisi IPM Indonesia masih di bawah Malaysia yang menempati peringkat 61 dengan angka indeks 0,761. Sementara IPM tertinggi

di kawasan ASEAN dipegang oleh Singapura yang menempati peringkat 26 dengan angka indeks 0,866. Disusul posisi Brunei yang menempati peringkat 33 dengan angka indeks 0,838. Saat ini IPM Indonesia masih berada di bawah rata-rata IPM negara-negara yang berada di kawasan Asia Pasifik.

Pada tahun 2007 prevalensi anak balita yang mengalami gizi kurang adalah 18,4 persen sehingga Indonesia termasuk di antara 36 negara di dunia yang memberi 90 persen kontribusi masalah gizi dunia (Bappenas, 2011). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 menunjukkan bahwa prevalensi gizi buruk di Daerah Istimewa Yogyakarta (D.I.Y) sebesar 1,4 %. Pada tahun 2010 angka kejadian balita gizi buruk berturut-turut di kabupaten di DIY adalah : Kulonprogo 0,88%, Bantul 0,58%, Gunung Kidul 0,70%, Sleman 0,66% dan Kota Yogyakarta 1,01% dari 17.676 balita yang ditimbang (Profil DIY, 2010).

Malnutrisi disebut sebagai "*invisible emergency*" karena kejadian malnutrisi seperti fenomena gunung es, merupakan ancaman yang mematikan namun sedikit yang terlihat (UNICEF, 2011). Malnutrisi adalah pembunuh utama pada anak usia balita (WHO, 2007). Setiap tahun malnutrisi menyumbang sekitar 40% dari 11 juta kematian anak balita di negara berkembang. Angka malnutrisi pada anak di dunia mencapai 115 juta anak (WHO, 2010). Pengukuran antropometri menunjukkan seperempat balita di negara berkembang mengalami kurang nutrisi (Svedberg, 2011).

Data Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menyebutkan bahwa pada tahun 2011 dari 18 Puskesmas yang tersebar di Kota Yogyakarta, status gizi buruk dengan prevalensi tertinggi yakni terdapat di Puskesmas Mantrijeron yaitu 2,83%. Pada balita yang mengalami malnutrisi akan mempengaruhi gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan dan perkembangan otak 80 % terjadi sejak dalam kandungan sampai usia 2 tahun. Oleh karena itu, asupan nutrisi dengan komposisi gizi yang seimbang sangat dibutuhkan balita hingga usia 2 tahun (Nuryati, 2008).

Mengingat jumlah balita di Indonesia sangat besar yaitu 10 persen dari seluruh populasi maka sebagai calon generasi penerus bangsa, kualitas pertumbuhan dan perkembangan balita di Indonesia perlu mendapatkan perhatian yang serius yaitu mendapatkan gizi yang baik, stimulasi yang memadai serta terjangkau oleh pelayanan kesehatan berkualitas termasuk deteksi dan intervensi dini penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan. Selain hal-hal tersebut, berbagai faktor lingkungan yang dapat mengganggu tumbuh kembang anak juga perlu juga perlu dieliminasi (Depkes RI, 2006).

Pengaruh kurang gizi pada perkembangan balita antara lain berat dan besar otak tidak bertambah, tingkah laku anak tidak normal tingkat kecerdasan menurun. Disamping itu, gizi kurang juga dapat menyebabkan beberapa penyakit, yaitu penyakit kurang kalori dan protein (KKP) dan busung lapar.

Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan dan konsumsi pangan beragam, faktor sosial-

ekonomi, budaya dan politik. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa semakin rendah tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi prevalensi balita gizi buruk dan prevalensi balita gizi kurang (Kemenkes, 2011).

Penelitian Goudet *et al* (2011) memberikan kesimpulan bahwa akar permasalahan malnutrisi pada bayi adalah ketidaktepatan asuhan, lingkungan yang tidak mendukung, dan makanan yang tidak tepat atau tidak sesuai dengan fase tumbuh kembang.

Pada hakekatnya masalah gizi dapat diselesaikan dalam waktu relatif singkat (BAPPENAS,2011). Intervensi paket kegiatan untuk mengatasi masalah tersebut dilaksanakan melalui pelayanan berkelanjutan (*continue care*) pada periode kesempatan emas kehidupan. Penanganan malnutrisi dapat ditangani di dua *setting* yaitu *residential care (hospital)* atau *non-residential care* (WHO, 2000). *Residential care* adalah tatalaksana anak gizi buruk rawat inap di Puskesmas Perawatan, Rumah Sakit dan Pusat Pemulihan Gizi (*Therapeutic Feeding Center*) sedangkan gizi buruk tanpa komplikasi dilakukan perawatan di *non-residential care* yaitu rawat jalan di Puskesmas, Poskesdes dan Pos pemulihan gizi berbasis masyarakat (Minarto, 2011).

World Health Organization (WHO) sejak tahun 2007 telah mensosialisasikan program *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition*. Hal ini dilatarbelakangi oleh beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa balita malnutrisi tanpa komplikasi sebenarnya dapat ditangani di masyarakat tanpa harus dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini mendukung penelitian Tanner & Collins (2004), yang menyatakan

bahwa *Community Therapeutic Care* adalah suatu pendekatan yang dapat dilakukan untuk menangani malnutrisi akut pada balita. *Community Therapeutic Care* mengkombinasikan tiga pendekatan dalam menangani balita malnutrisi yaitu program makanan tambahan, *home based treatment* untuk balita malnutrisi tanpa komplikasi dan pusat stabilisasi untuk balita malnutrisi dengan komplikasi (Tanner & Collins, 2004).

Pendekatan berbasis komunitas yang terdiri dari 3 elemen yaitu intervensi di masyarakat (*community outreach*), perawatan di rumah (*home care*) dan perawatan di fasilitas kesehatan (*inpatient care*) (AFC, 2012). Pendekatan intervensi di masyarakat saat ini hanya dilakukan melalui posyandu balita belum terfokus kepada keluarga yang memiliki balita malnutrisi. Penelitian yang dilakukan oleh Therry (2005), mengenai *home based treatment of severe malnutrition* menunjukkan bahwa perawatan di rumah efektif meningkatkan status gizi pada balita. Oleh karena itu, peneliti menggunakan terapi kelompok sebagai intervensi untuk meningkatkan perkembangan balita pada balita malnutrisi.

Terapi kelompok adalah terapi yang dilakukan pada beberapa individu yang mempunyai masalah dan tujuan yang sama, tergabung dalam suatu kelompok dengan saling memberikan dukungan, dan berbagai pengalaman untuk membantu menyelesaikan masalah yang mereka alami (Stuart & Laraia, 1998). Terapi kelompok ini biasanya dilakukan pada kasus-kasus yang membutuhkan dukungan dari orang lain seperti halnya penanganan masalah pada balita malnutrisi. Diharapkan melalui terapi kelompok ini, dukungan

untuk merubah perilaku adaptif menjadi maladaptif menjadi adaptif akan mudah diperoleh klien. Salah satu contoh terapi kelompok adalah *Self Help Group* atau kelompok swabantu.

*Self Help Group* ini merupakan suatu bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan pada berbagai situasi dan kondisi, terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki masalah serupa untuk saling berbagi pengalaman dan cara mengatasi masalah yang dihadapinya. Anggota kelompok ini berpegangan pada pandangan bahwa orang-orang yang mengalami masalah dapat saling bantu membantu satu sama lain dengan empati yang lebih besar dan lebih membuka diri (Keliat, *et al.*,2008).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, diharapkan dengan pemberian terapi kelompok pada ibu-ibu dengan balita malnutrisi dapat mempengaruhi peningkatan perkembangan balita malnutrisi di kecamatan Mantrijeron kota Yogyakarta.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, dapat disusun rumusan masalah : “Apakah program KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) dapat meningkatkan perkembangan pada balita malnutrisi di Kecamatan Mantrijeron Kota Yogyakarta?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan dalam penelitian ini adalah meningkatkan perkembangan balita malnutrisi melalui program KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi). Tujuan penelitian akan dicapai dengan menganalisis perubahan perkembangan pada balita malnutrisi, sebuah penelitian kuasi eksperimental dengan perlakuan berupa KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) selama 2 bulan dengan *endpoint* berupa tes perkembangan KPSP (Kuisisioner Pra Skrining Perkembangan) untuk mendapatkan nilai sesuai, meragukan dan penyimpangan pada perkembangan balita malnutrisi.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis pengaruh pemberian intervensi KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) selama 2 bulan dengan melihat perbedaan nilai sesuai, meragukan dan penyimpangan pada perkembangan balita malnutrisi sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi.

- b. Menganalisis pengaruh pemberian intervensi KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) selama 2 bulan dengan melihat perbedaan nilai sesuai, meragukan dan penyimpangan pada perkembangan balita malnutrisi sebelum dan sesudah perlakuan pada kedua kelompok (antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol).

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi keperawatan**

Hasil penelitian ini dapat menambah informasi bagi perawat sebagai pengetahuan baru untuk meningkatkan perkembangan balita kurang gizi dengan melakukan program KLIPING (Kelompok Ibu Pendamping Gizi) yang dapat mendukung proses pencapaian perkembangan balita normal.

##### **2. Bagi Instalasi Kesehatan**

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi Puskesmas Mantri Jenon dan Dinas Kesehatan Yogyakarta dalam memberikan penyuluhan kesehatan, pelatihan dan pendidikan kesehatan terhadap masyarakat khususnya bagi para kader kesehatan posyandu dan ibu balita mengenai perkembangan balita normal.

##### **3. Bagi Responden**

Hasil penelitian ini dapat memperkenalkan dan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pelaksanaan program Kelompok Ibu Pendamping Gizi (KLIPING) sebagai salah satu upaya yang dapat mendukung proses pencapaian perkembangan balita normal.



#### 4. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai program Kelompok Ibu Pendamping Gizi sebagai upaya peningkatan perkembangan balita dan diharapkan dapat memberikan inspirasi dan masukan untuk penelitian lain sehingga dapat dilakukan pengembangan penelitian lanjutan.

#### E. Penelitian Terkait

Berdasarkan hasil penelusuran, penelitian mengenai “Kelompok Ibu Pendamping Gizi sebagai upaya peningkatan perkembangan balita kurang gizi” belum pernah dilakukan namun terdapat penelitian yang berkaitan dengan masalah ini yaitu :

1. Penelitian yang dilakukan oleh Baroroh (2002) yang berjudul “Hubungan antara tingkat pengetahuan ibu dengan deteksi dini tumbuh kembang balita dengan pelaksanaan bina keluarga balita di Puskesmas Mergangsan Kota Yogyakarta” dengan menggunakan instrument kuesioner untuk mengetahui pengetahuan ibu tentang deteksi dini tumbuh kembang balita, dengan hasil ada hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang deteksi dini tumbuh kembang balita dengan pelaksanaan bina keluarga.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Harianto (2006) yang berjudul kinerja program tumbuh kembang balita di puskesmas wilayah Kota Jambi, dengan menggunakan metode *cross sectional* dengan hasil : a. motivasi, pengetahuan, keterampilan, supervisi, rekan kerja dan partisipasi