

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Setiap individu sangat mendambakan kesehatan karena hal itu merupakan modal utama dalam kehidupan, setiap orang pasti membutuhkan badan yang sehat, baik jasmani maupun rohani guna menopang aktivitas kehidupan. Begitu pentingnya kesehatan sehingga seseorang melakukan berbagai macam cara untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan seperti melakukan pola hidup sehat yang baik dan benar. Asupan gizi merupakan salah satu faktor yang menopang adanya kesehatan. Namun pada kenyataannya saat ini sering kali seseorang melupakan asupan gizi yang mereka makan sehari-hari.

Pembangunan Indonesia Sehat 2010 bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa, dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia (Depkes RI, 2007).

Salah satu upaya pemerintah dalam perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk meningkatkan mutu konsumsi makanan sehingga berdampak pada perbaikan gizi masyarakat.

Kegiatan pokok Departemen Kesehatan dalam mengimplementasikan Perbaikan Gizi Masyarakat meliputi, peningkatan pendidikan gizi, penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP), anemia gizi besi, Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY), kurang Vitamin A, dan kekurangan zat gizi lebih, peningkatan *surveillance* gizi, dan pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi (Perpres, 2007).

Pada tahun 1998 Departemen Kesehatan telah mencanangkan program Kadarzi (keluarga sadar gizi) yang menjadi sasaran dalam program kadarzi adalah keluarga yang mempunyai kelainan gizi golongan pra-sejahtera dan sejahtera.

Perencanaan program Kadarzi bertujuan agar pada tahun 2000 paling tidak setengah keluarga Indonesia telah menjadi Keluarga Sadar Gizi. Disebut keluarga sadar gizi jika sikap dan perilaku keluarga dapat secara mandiri mewujudkan keadaan gizi sebaik-baiknya tercermin pada pola konsumsi pangan yang beraneka ragam dan bergizi seimbang (Luciasari, dkk, 2006)

Saat ini diperkirakan setengah rakyat Indonesia atau sekitar 100 juta mengalami kekurangan gizi, sehingga berdampak melahirkan generasi yang bodoh. Padahal disadari bahwa faktor gizi akan dan bisa menentukan kualitas bangsa (Karyadi, 2005).

Tingkat sadar gizi keluarga merupakan ukuran keberhasilan program Kadarzi diharapkan dengan adanya program Kadarzi dapat meningkatkan kesadaran gizi keluarga. Tingkat sadar gizi keluarga dapat diukur dengan menggunakan indikator kadarzi yaitu makan aneka ragam makanan, memantau status gizi dengan cara menimbang berat badan, menggunakan garam beryodium, memberikasn ASI Eksklusif kepada bayi dan sarapan pagi (Dinkes, 2001).

Menteri Kesehatan telah menerbitkan strategi 17 sasaran dalam memperbaiki kesehatan masyarakat melalui Desa Siaga, sasaran ke 3 perbaikan gizi masyarakat melalui Keluarga Sadar Gizi yang diupayakan atas dasar pemberdayaan masyarakat, untuk mengetahui tingkat keberhasilannya dilihat dari minimal 5 indikator yang dapat mudah dilaksanakan keluarga yaitu menimbang berat badan secara teratur, memberi ASI eksklusif, makan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium, dan minum suplemen gizi (tablet tambah darah, kapsul vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran. Keseriusan melaksanakan program perbaikan gizi menuju Kadarzi ditetapkan dalam keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 747/MENKES/SK/VI/2007 Tanggal 21 juni 2007 tentang pedoman operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga.

Masalah gizi terjadi disetiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa dan usia lanjut. Periode tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini sangat permanen tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa

selanjutnya terpenuhi. Sekitar 30 juta wanita usia subur menderita kurang energi kronis (KEK), bila hamil dapat meningkatkan risiko melahirkan BBLR (< 2500 gram), sebagai salah satu penyebab utama tingginya angka gizi kurang dan kematian balita. Pada tahun 2005 terdapat sekitar 5 juta balita gizi kurang 1,7 juta diantaranya menderita gizi buruk. Pada usia sekolah, sekitar 11 juta anak tergolong pendek sebagai akibat dari gizi kurang pada masa balita. Anemia Gizi Besi (AGB) diderita oleh 8,1 juta anak balita, 10 juta anak usia sekolah, 3,5 juta remaja putri dan 2 juta ibu hamil. Sekitar 3,4 juta anak usia sekolah menderita Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) (MENKES RI, 2007).

Pada umumnya masyarakat belum mengetahui atau belum mengerti apa itu sebenarnya Kadarzi sehingga perilaku masyarakat baik individu maupun keluarga belum mengarah pada keseimbangan gizi sehingga timbul masalah gizi kurang dan gizi lebih, serta penyakit degeneratif yang banyak terjadi sekarang ini. Hal ini terjadi karena kurang mengertinya masyarakat akan maksud dan tujuan dari program Kadarzi sehingga masyarakat belum dapat menerapkan indikator dari kadarzi secara keseluruhan.

Kurangnya pengetahuan tentang gizi dan penerapan informasi yang diperoleh merupakan faktor penting dalam permasalahan kelainan gizi. Pandangan dan kepercayaan masyarakat khususnya ibu tentang ilmu gizi harus dipertimbangkan sebagai faktor penyebab yang berpengaruh terhadap konsumsi mereka dalam kehidupan sehari-hari. Peningkatan dan pengetahuan ibu rumah tangga tentang indikator kadarzi seharusnya bersamaan dengan perilaku dan tindakan sehari-hari.

Kota Bandung Tahun 2009 memiliki 9 kecamatan rawan gizi (30%) dan 21 kecamatan bebas rawan gizi (70%) bila membandingkan dengan tahun 2008 maka terjadi penurunan jumlah kecamatan rawan gizi. Kecamatan Babakan sari merupakan salah satu kecamatan rawan gizi di Kota Bandung. Hasil tinjauan penimbangan pada bulan penimbangan balita tahun 2009 di kecamatan Babakan sari balita yang memiliki gizi buruk sebanyak 138 kasus atau 1,35% .

Kecamatan Babakan sari memiliki 4 kelurahan, kelurahan Sukapura wilayah kerja PKM Babakan sari merupakan kelurahan yang membawahi satu desa dan

terdiri dari 14 RW, dengan jumlah keluarga sebanyak 2074 keluarga yang memiliki balita.

Dengan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Dalam Penerapan Keluarga Sadar Gizi di Kelurahan Sukapura Wilayah Kerja PKM Babakan Sari Kota Bandung Tahun 2011”.

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan uraian di latar belakang tersebut , dapat dirumuskan pertanyaan sebagai berikut :

1. Bagaimana gambaran pengetahuan ibu balita terhadap penerapan Kadarzi di wilayah kerja Babakan Sari Kelurahan Sukapura Bandung 2011.
2. Bagaimana gambaran sikap ibu balita terhadap penerapan Kadarzi di wilayah kerja Babakan Sari Kelurahan Sukapura Bandung 2011.
3. Bagaimana gambaran perilaku ibu balita terhadap penerapan Kadarzi di wilayah kerja Babakan Sari Kelurahan Sukapura Bandung 2011.

1.3. Maksud dan Tujuan Penelitian

Maksud Penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana gambaran pengetahuan, sikap dan perilaku ibu di Kelurahan Sukapura terhadap penerapan Kadarzi.

Tujuan penelitian ini adalah untuk meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap Kadarzi khususnya ibu sehingga dapat menanggulangi masalah gizi dalam keluarga

1.4. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dalam penelitian ini adalah :

- Manfaat akademis

Menambah wawasan penulis mengenai penerapan Kadarzi di Kelurahan Sukapura.

- Manfaat praktis

Sebagai bahan masukan bagi pihak-pihak yang berkepentingan dalam penelitian dalam hal ini mahasiswa, tentang penerapan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan masyarakat umum yang ingin mengetahui mengenai penerapan kadarzi di Kelurahan Sukapura Bandung.

- Bagi Puskesmas

Sebagai masukan informasi untuk lebih menyebarluaskan pentingnya Kadarzi bagi petugas kesehatan/instansi terkait di Puskesmas Babakan Sari.

1.5. Metodologi Penelitian

Metodologi penelitian yang penulis gunakan adalah sebagai berikut :

1. Rancangan penelitian : *cross sectional*
2. Metode penelitian : Deskriptif
3. Teknik pengumpulan data : Survei melalui wawancara langsung terhadap responden
4. Instrumen pokok penelitian : Kuesioner
5. Populasi : Ibu balita di Kelurahan Sukapura Bandung 2011
6. Sampel : Acak Sederhana

1.6. Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Mei-September 2011. Penelitian ini dilakukan di Posyandu Kelurahan Sukapura Kota Bandung.