

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1.Latar Belakang

Pemenuhan gizi yang baik akan menghasilkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu sehat, cerdas, dan memiliki fisik yang tangguh serta produktif. Namun saat ini masalah gizi masih merupakan masalah kesehatan dunia yang paling serius dan merupakan kontributor utama kematian anak. Ini semua disebabkan oleh kenyataan bahwa masalah gizi merupakan faktor dasar (*underlying factor*) dari berbagai masalah kesehatan terutama pada bayi dan anak-anak. Oleh karena itu untuk meningkatkan kualitas anak, gizi harus mendapatkan perhatian serius dari semua pihak.<sup>1</sup>

Masalah gizi mempunyai dimensi yang luas, tidak hanya berkaitan dengan masalah pangan, kesehatan, dan pengasuhan tetapi juga berkaitan dengan masalah sosial ekonomi, budaya, pendidikan dan lingkungan. Kemiskinan merupakan salah faktor penyebab terjadinya masalah gizi kurang di Indonesia. Kemiskinan yang dialami dapat membuat masyarakat kekurangan akses terhadap pendidikan, pelayanan kesehatan, pekerjaan, perlindungan terhadap keluarga, serta akses ke pelayanan publik. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap masalah gizi

---

<sup>1</sup>Achadi, endang , et al. (2007). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.

adalah budaya. Faktor budaya dapat mengakibatkan terjadinya masalah kemiskinan yang akan berdampak pada masalah gizi.<sup>2</sup>

Budaya masyarakat perkotaan dan pedesaan sangatlah berbeda dalam masalah kebutuhan pangan dan status sosial yang mereka miliki. Pengaruh budaya antara masyarakat perkotaan dan pedesaan dapat dibandingkan. Membedakan tingkat pengetahuan masalah tentang gizi dan pola hidup yang mereka jalani, masyarakat perkotaan lebih cenderung terhadap kemajuan ekonomi, pengetahuan tentang gizi, menu seimbang, dan kesehatan. Sedangkan masyarakat pedesaan pada umumnya disebabkan kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan (sanitasis), dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi. Hal ini merupakan tanggung jawab untuk mengurangi angka kekurangan gizi dan pengaruh status gizi pada masyarakat.<sup>3</sup>

Makanan pokok dari setiap daerah pun berbeda. Konsumsi makanan pokok merupakan proporsi terbesar dalam susunan hidangan di Indonesia, karena dianggap terpenting diantara jenis makanan lain. Masyarakat yang terbiasa mengkonsumsi makanan pokok seperti nasi biasanya di konsumsi penduduk di wilayah Indonesia bagian barat, seperti Pulau Jawa dan Sumatera. Selain nasi, makanan pokok Indonesia yang lain adalah sagu, singkong dan jagung yang biasanya ditemui di wilayah Indonesia bagian timur.<sup>4</sup> Tetapi dari segi ilmu gizi,

---

<sup>2</sup>Madut, Ursula Dianita. (2007). Aspek Sosial Ekonomi dan Kaitannya dengan Masalah Gizi Kurang di Kabupaten Manggarai, Nusa Tenggara Timur. Jurnal Gizi dan Pangan. Fakultas Pertanian (FAPERTA) IPB.

<sup>3</sup>Noname. (2010).Pengaruh Budaya Terhadap Status Gizi Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan. Available : <http://kesmasbersama.blogspot.com/2010/12/pengaruh-budaya-terhadap-status-gizi.html>.

<sup>4</sup>Daneswari, Prita. (2010). 3 Makanan Pokok Masyarakat Indonesia. Available : <http://www.mediaindonesia.com/mediahidupsehat/index.php/read/2010/10/16/3232/2/3-Makanan-Pokok-Masyarakat-Indonesia>.

sebenarnya singkong atau umbi-umbian lainnya dan sagu tidaklah tepat digunakan sebagai pengganti beras, karena selain memberi kandungan protein yang jauh lebih rendah juga kandungan energi kurang. Rendahnya kadar protein di dalam ubi kayu atau gaplek yang digunakan sebagai makanan pokok sering terkena penyakit busung lapar yang disebabkan kekurangan protein.<sup>5</sup>

Menurut Suhardjo (2003) terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi status gizi diantaranya adalah faktor langsung: konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Serta faktor tidak langsung antara lain tingkat pendapatan, pengetahuan tentang gizi dan pendidikan.<sup>6</sup> Sejalan dengan Suhardjo, Almatsier (2002) menyatakan bahwa berbagai faktor sosial ekonomi akan mempengaruhi pertumbuhan anak. Faktor sosial ekonomi tersebut antara lain: pendapatan keluarga, pekerjaan, pendidikan dan kepemilikan kekayaan atau fasilitas.<sup>7</sup>

Apriadji (1986) juga menyatakan bahwa umur dan jenis kelamin merupakan faktor internal yang dapat menentukan kebutuhan gizi, sehingga terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi. Hui (1985) menyebutkan bahwa untuk mengobservasi perbedaan antara anak laki-laki dan perempuan adalah dengan penentuan *body fat* dan *muscle*. Perbedaan kandungan *body fat* antara jenis kelamin terus berlangsung selama rantai kehidupan. Selama usia *prepubescent* (8-13 tahun), *bodyfat* pada perempuan meningkat sangat cepat, dan sampai pada puncaknya setelah usia 11 tahun.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup>Mochji, S. (1989). *Ilmu Gizi Jilid II*. Jakarta: Bharata Karya Aksara.

<sup>6</sup>Suhardjo. (2003). *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: PT Bumi Aksara.

<sup>7</sup> Almatsier, S. (2002). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

<sup>8</sup>Musadat, Anwar. (2010). Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kegemukan pada anak usia 6-14 tahun di Sumatera Selatan. Skripsi. Bogor: IPB.

Berdasarkan Data Riskesdas (2007), keadaan gizi dan kesehatan pada anak sekolah secara nasional didapatkan prevalensi anak kurus pada usia sekolah 6-14 tahun sebesar 13,3 % pada anak laki-laki, sedangkan pada anak perempuan sebesar 10,9 %. Menurut provinsi, Nusa Tenggara Timur mempunyai prevalensi kurus tertinggi baik pada anak laki-laki (23,1%) maupun pada anak perempuan (19,1%). Sedangkan prevalensi kurus terendah di Bali, yaitu 8,3% pada anak laki-laki dan 6,9% pada anak perempuan. Prevalensi berat badan berlebih sebesar 9,5 % pada anak laki-laki dan 6,4 % pada anak perempuan. Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6 – 14 tahun tertinggi di Sumatera Selatan untuk anak laki-laki (16,0%) dan untuk anak perempuan di NAD (12,0%). Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6 – 14 tahun terendah ditemukan di NTT baik pada anak laki-laki (4,6%) maupun pada anak perempuan (3,2%). Lima provinsi dengan prevalensi BB-lebih pada anak laki-laki adalah Sumatera Selatan (16%), Riau (15,1%), Sumatera Utara (14,9%), Bengkulu (14,2%), dan Papua (12,7%). Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di Provinsi NAD (12%), Sumatera Utara (11,8%), Sumatera Selatan (11%), Papua (9,8%), dan Kepulauan Riau (9,5%).<sup>9</sup>

Dari sepertiga (36,1 %) anak usia sekolah di Indonesia mengalami menderita gizi kurang (LPI, 2004). Berdasarkan data FAO (2006), sekitar 854 juta orang di dunia menderita kelaparan kronis dan 820 juta diantaranya berada di negara berkembang. Dari jumlah tersebut, 350-450 juta atau lebih dari 50% diantaranya adalah anak-anak, dan 13 juta diantaranya berada di Indonesia (Univeler PT, 2007). Hasil SKRT (Survei Kesehatan Rumah Tangga) 2004, menunjukkan bahwa terdapat 18 % anak usia sekolah dan remaja umur 5-17 tahun

---

<sup>9</sup>Riset Kesehatan Dasar. (2010). Riskesdas. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

berstatus gizi kurang. Prevalensi gizi kurang paling tinggi pada anak usia sekolah dasar (21 %), laki-laki (19 %) dan kawasan KTI (20 %). (Primasari, Tinneke 2008).<sup>10</sup>

Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mempelajari hubungan wilayah, daerah tempat tinggal dan pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan dengan status gizi (IMT/U) pada anak-anak usia 6-12 tahun di Indonesia dengan menggunakan data RISKESDAS 2010.

### **1.2. Identifikasi Masalah**

Ada beberapa faktor yang berperan dalam menentukan status gizi seseorang, baik secara langsung ataupun tidak langsung. Faktor langsung yaitu asupan makanan dan penyakit yang diderita, sedangkan faktor tidak langsung yaitu pekerjaan orang tua, pendidikan dan pengetahuan ibu dan pendapatan keluarga. Pada penelitian ini, penulis ingin mempelajari dan menganalisis hubungan wilayah, daerah tempat tinggal dan pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan dengan status gizi (IMT/U) pada anak-anak usia 6-12 tahun di Indonesia berdasarkan data RISKESDAS 2010.

### **1.3. Pembatasan Masalah**

Karena adanya keterbatasan waktu, dana dan tenaga, maka penelitian ini hanya untuk menganalisis status gizi (IMT/U) pada anak-anak usia 6-12 tahun di Indonesia berdasarkan wilayah, daerah tempat tinggal dan pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan dengan menggunakan data RISKESDAS 2010.

---

<sup>10</sup>Primasari, Tinneke.(2008). *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan status Gizi kurang pada Anak Sekolah Dasar di 3 kecamatan Kabupaten Kampar Tahun 2007*. Skripsi. Jakarta : FKM UI.

#### **1.4. Rumusan Masalah**

Bagaimana hubungan antara wilayah, daerah tempat tinggal dan pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan dengan status gizi (IMT/U) pada anak-anak usia 6-12 tahun di Indonesia berdasarkan data RISKESDAS 2010.

#### **1.5. Tujuan Penelitian**

Tujuan Umum :

Mempelajari hubungan antara wilayah, daerah tempat tinggal dan pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan dengan status gizi (IMT/U) pada anak-anak usai 6-12 tahun di Indonesia berdasarkan data RISKESDAS 2010.

Tujuan Khusus :

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden meliputi status gizi (IMT/U) anak berdasarkan jenis kelamin, wilayah, jenis kelamin, daerah tempat tinggal dan pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan anak berdasarkan data RISKESDAS 2010.
- b. Menganalisa hubungan antara wilayah dengan status gizi (IMT/U) di Indonesia berdasarkan data RISKESDAS 2010.
- c. Menganalisa hubungan antara daerah tempat tinggal dengan status gizi (IMT/U) di Indonesia berdasarkan data RISKESDAS 2010.
- d. Menganalisa hubungan antara pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan dengan status gizi (IMT/U) di Indonesia berdasarkan data RISKESDAS 2010.

## **1.6. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Peneliti**

Penelitian ini dapat menambah wawasan peneliti tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi status gizi (IMT/U) anak-anak usia 6-12 tahun.

### **2. Bagi Universitas Esa Usa Unggul**

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi referensi umum bagi penelitian sejenis dan memberikan kontribusi pada pengembangan kajian ilmu kesehatan khususnya di bidang gizi.