

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keadaan gizi kurang dapat ditemukan pada setiap kelompok masyarakat. Pada hakekatnya keadaan gizi kurang dapat dilihat sebagai suatu proses kurang asupan makanan ketika kebutuhan normal terhadap satu atau beberapa zat gizi tidak terpenuhi atau zat-zat gizi tersebut hilang dengan jumlah yang lebih besar daripada yang diperoleh (Manary dan Solomons, 2009).

Stunting merupakan keadaan tubuh yang pendek dan sangat pendek hingga melampaui *defisit* -2 SD di bawah median panjang atau tinggi badan (Manary dan Solomons, 2009). *Stunting* dapat di diagnosis melalui indeks antropometri tinggi badan menurut umur yang mencerminkan pertumbuhan linier yang dicapai pada pra dan pasca persalinan dengan indikasi kekurangan gizi jangka panjang, akibat dari gizi yang tidak memadai atau kesehatan. *Stunting* merupakan pertumbuhan linear yang gagal untuk mencapai potensi genetik sebagai akibat dari pola makan yang buruk dan penyakit infeksi (ACC/SCN, 2000).

Stunting adalah masalah gizi utama yang akan berdampak pada kehidupan sosial dan ekonomi dalam masyarakat. Ada bukti jelas bahwa

individu yang *stunting* memiliki tingkat kematian lebih tinggi dari berbagai penyebab dan terjadinya peningkatan penyakit. *Stunting* akan mempengaruhi kinerja pekerjaan fisik dan fungsi mental dan intelektual akan terganggu (Mann dan Truswell, 2002). Hal ini juga didukung oleh Jackson dan Calder (2004) yang mengatakan bahwa *stunting* berhubungan dengan gangguan fungsi kekebalan dan meningkatkan risiko kematian.

Retardasi pertumbuhan atau *stunting* pada anak-anak di negara berkembang terjadi terutama sebagai akibat dari kekurangan gizi kronis dan penyakit infeksi yang mempengaruhi 30 persen dari anak-anak usia di bawah lima tahun (UNSCN, 2004). *Stunting* berhubungan dengan perkembangan yang buruk pada anak dan berakibat berkurangnya pengetahuan serta prestasi sekolah dibandingkan dengan anak-anak yang normal. *Stunting* dapat mengakibatkan terganggunya fungsi kognitif, terganggunya proses metabolisme dan terjadinya penurunan produktivitas (Branca dan D'Acapito, 2005).

Status gizi diartikan sebagai keadaan gizi seseorang yang diukur atau dinilai pada satu waktu. Penilaian atau pengukuran terhadap status gizi dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung (Supariasa, Bakri & Fajar, 2001). Salah satu cara penilaian atau pengukuran status gizi adalah secara antropometri yaitu penilaian status gizi berdasarkan berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas dan tebal lemak di bawah kulit. Penilaian status gizi ini

bertujuan untuk menentukan klasifikasi status gizi. Ada beberapa klasifikasi umum status gizi yang digunakan, di antaranya adalah klasifikasi WHO dengan indikator yang digunakan, meliputi BB/TB, BB/U dan TB/U (WHO, 2011).

Menurut Kemenkes 2010 bahwa standar antropometri penilaian status gizi anak, pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) yang merupakan istilahnya adalah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek).

Di dunia, lebih dari 2 juta kematian anak sekolah umur 6-12 tahun berhubungan langsung dengan gizi buruk terutama akibat *stunting* dan *wasting*, dan sekitar 1 juta kematian akibat kekurangan energi, protein, vitamin A dan *zinc*. Satu dari tiga anak berusia 6-12 tahun atau sekitar 178 juta anak yang hidup di negara miskin dan berkembang mengalami kekerdilan (*stunting*), 111,6 juta hidup di Asia dan 56,9 juta hidup di Afrika. Sedangkan menurut data yang dikeluarkan oleh UNICEF, terdapat sekitar 195 juta anak yang hidup di negara miskin dan berkembang mengalami *stunting* (Shashidar, 2009).

Di Asia, angka kejadian *stunting* tinggi yaitu sekitar 36 persen dengan prevalensi kejadian tertinggi berada di kawasan Asia Selatan. Di Asia Selatan, setengah dari jumlah total anak di bawah 5 tahun mengalami *stunting*, dimana sekitar 61 juta dari total anak di bawah 5 tahun yang mengalami *stunting*

terjadi di India dan di negara Sub Sahar Afrika 35 persen anak sekolah mengalami *stunting* (UNICEF, 2010).

Di Indonesia, diperkirakan 7,8 juta anak mengalami *stunting*, data ini berdasarkan laporan yang dikeluarkan oleh UNICEF dan memposisikan Indonesia masuk ke dalam 5 besar negara dengan jumlah anak yang mengalami *stunting* tinggi (UNICEF, 2007). Hasil Riskesdas 2010, secara nasional prevalensi kependekan pada anak umur 6-12 tahun di Indonesia adalah 35,6 persen yang terdiri dari 15,1 persen sangat pendek dan 20 persen pendek, masih tidak jauh berbeda dengan pada anak balita. Prevalensi kependekan pada kelompok umur 6-12 tahun, 13-15 tahun dan 16-18 tahun masih tinggi yaitu masih di atas 30,0 persen, tertinggi pada umur 6-12 tahun yaitu 35,6 persen dan terendah pada kelompok umur 16-18 tahun yaitu 31,2 persen (Riskesdas, 2010).

Provinsi Papua Barat merupakan salah satu provinsi di Indonesia terutama di kawasan timur Indonesia menunjukkan peningkatan angka kejadian *stunting*, yang prevalensi anak pendek dan sangat pendek (TB/U) di atas prevalensi nasional yaitu 39,4 persen pada hasil Riskesdas 2007 dan meningkat pada hasil Riskesdas 2010 sebesar 49,2 persen meskipun persentase kejadian *stunting* di provinsi Papua Barat masih lebih rendah dibandingkan dengan provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), tetapi peningkatan angka

kejadian *stunting* di provinsi Papua Barat lebih tinggi dibandingkan dengan provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) (Riskesdas, 2010).

Secara umum gizi buruk disebabkan karena asupan makanan yang tidak mencukupi dan penyakit infeksi. Terdapat dua kelompok utama zat gizi yaitu zat gizi makro dan zat gizi mikro (Admin, 2008). Zat gizi makro merupakan zat gizi yang menyediakan energi bagi tubuh dan diperlukan dalam pertumbuhan, termasuk di dalamnya adalah karbohidrat, protein dan lemak. Sedangkan zat gizi mikro merupakan zat gizi yang diperlukan untuk menjalankan fungsi tubuh lainnya, misalnya dalam memproduksi sel darah merah, tubuh memerlukan zat besi. Termasuk di dalamnya adalah vitamin dan mineral (*Malnutrition, Internasional Institute for Population Sciences, 2000*).

Gizi buruk kronis (*stunting*) tidak hanya disebabkan oleh satu faktor saja tetapi disebabkan oleh banyak faktor, dimana faktor-faktor tersebut saling berhubungan satu dengan yang lainnya. Ada tiga faktor utama penyebab *stunting* yaitu asupan makanan tidak seimbang (berkaitan dengan kandungan zat gizi dalam makanan yaitu karbohidrat, protein, lemak, mineral, vitamin dan air) riwayat berat lahir badan rendah (BBLR) dan riwayat penyakit (UNICEF, 2007).

Secara garis besar penyebab *stunting* dapat dikelompokkan ke dalam tiga tingkatan yaitu tingkat masyarakat, rumah tangga (keluarga) dan individu. Pada tingkat rumah tangga (keluarga), kualitas dan kuantitas makanan yang

tidak memadai; tingkat pendapatan; pola asuh makan anak yang tidak memadai; pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai; sanitasi dan air bersih yang tidak memadai menjadi faktor penyebab *stunting*, dimana faktor-faktor ini terjadi akibat faktor pada tingkat masyarakat. (UNICEF, 2007).

Tingkat pendidikan ayah dan ibu merupakan determinan yang kuat terhadap kejadian *stunting* pada anak di Indonesia dan Bangladesh (Semba R.D *et al*, 2008). Pada anak yang berasal dari ibu dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki tinggi badan 0,5 cm lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang memiliki ibu dengan tingkat pendidikan rendah (Dangour AD *et al*, 2002). Berdasarkan penelitian Norliani *et al*. (2005) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ayah dan ibu mempunyai risiko 2,1 dan 3,4 kali lebih besar memiliki anak yang *stunting* pada usia sekolah. Pada penelitian Leni Sri tahun 2008 telah dilakukan skrining status *stunting* pada bayi (6-12 bulan) di kota dan kabupaten Tangerang dan diperoleh data prevalensi *stunting* sebesar 15,7 persen.

Menurut Jenis kelamin, prevalensi kependekan pada anak laki-laki lebih tinggi yaitu 36,5 persen daripada anak perempuan yaitu 34,5 persen. Sedangkan menurut tempat tinggal, prevalensi anak kependekan di perkotaan sebesar 29,3 persen lebih rendah daripada di pedesaan yaitu 41,5 persen (Riskesdas 2010).

Beberapa tahun terakhir ini telah banyak penelitian mengenai dampak dari kekurangan zat gizi mikro, di mulai dari meningkatnya risiko terhadap penyakit infeksi dan kematian yang dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan mental (Almatsier, 2005).

Konsekuensi defisiensi zat gizi makro selama masa anak-anak sangat berbahaya. Kekurangan protein murni pada stadium berat menyebabkan *kwashiorkor* pada anak-anak di bawah lima tahun. Kekurangan protein juga sering ditemukan secara bersamaan dengan kekurangan energi yang menyebabkan kondisi yang dinamakan *marasmus* (Almatsier, 2004).

Protein sendiri mempunyai banyak fungsi, di antaranya membentuk jaringan tubuh baru dalam masa pertumbuhan dan perkembangan tubuh, memelihara jaringan tubuh, memperbaiki serta mengganti jaringan yang rusak atau mati, menyediakan asam amino yang diperlukan untuk membentuk enzim pencernaan dan metabolisme (Karsin ES, 2004).

Defisiensi vitamin A mempengaruhi sintesis protein, sehingga akan mempengaruhi pertumbuhan sel. Karena itulah, maka anak yang menderita defisiensi vitamin A akan mengalami kegagalan pertumbuhan (Almatsier, 2005). Studi Adhi (2008) di Surabaya, menemukan bahwa di antara balita yang kadar *retinol* $<20 \mu\text{g/dl}$, ditemukan status gizi (TB/U) pendek sebesar 33,3 persen dan sangat pendek 26,7 persen.

Pengaruh defisiensi vitamin A terhadap pertumbuhan juga telah dibuktikan dalam studi Hadi *et al.* (2000) tentang suplementasi kapsul vitamin A pada balita usia 6-48 bulan di Purworejo, yang menyebutkan bahwa anak yang memiliki konsentrasi serum *retinol* yang rendah mencapai peningkatan tinggi badan yang lebih besar secara signifikan (0,39 cm/bulan) setelah suplementasi vitamin A dibanding dengan kelompok kontrol.

West *et al.* (2007) juga menyebutkan bahwa vitamin A mempengaruhi tingkat *Hemoglobin*, sebab terlibat dalam metabolisme Fe dan produksi sel darah merah. Selain itu Bhutta *et al.* (2008) mengatakan bahwa defisiensi vitamin A dapat meningkatkan penyakit infeksi, gangguan pertumbuhan, anemia dan meningkatkan risiko kematian. Tetapi dengan suplementasi vitamin A dapat menurunkan risiko kejadian diare dan menurunkan kematian pada anak.

Bedasarkan latar belakang yang sudah dijelaskan di atas, maka akan dianalisis lebih lanjut tentang hubungan asupan protein, vitamin A, tingkat pendidikan ibu dan status ekonomi orang tua terhadap kejadian *stunting* pada anak sekolah dasar usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat berdasarkan Riskesdas 2010.

B. Identifikasi Masalah

Pada tingkat individu, masalah gizi dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi yang saling terkait. Sedangkan di tingkat keluarga dan

masyarakat, masalah gizi dipengaruhi oleh kemampuan keluarga dalam menyediakan pangan bagi anggotanya baik jumlah ataupun jenis sesuai dengan kebutuhan gizi, pola asuh anak, pemanfaatan pelayanan kesehatan, kebersihan pribadi dan masalah sanitasi (Depkes, 2007)

Beberapa tahun terakhir telah terjadi masalah status gizi anak di Indonesia dapat dilihat dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010. Hal ini ditandai dengan meningkatnya prevalensi *stunting* dari 39,4 persen pada tahun 2007 menjadi sebesar 49,2 persen pada tahun 2010. Dilihat dari angka ini prevalensi *stunting* masih di atas ambang batas (*cut off*) yang telah disepakati secara *universal*, dimana masalah *stunting* di atas 20 persen, maka masih merupakan masalah kesehatan pada masyarakat (Kemenkes RI, 2010).

Angka prevalensi *stunting* pada anak usia 6-12 tahun di Papua Barat yaitu sebesar 49,2 persen, dapat dilihat bahwa secara nasional prevalensi kependekan pada anak umur 6-12 tahun adalah 49,2 persen yang terdiri dari 26,2 persen sangat pendek dan 23 persen pendek. Prevalensi kependekan terlihat terendah di provinsi Bali yaitu 15,6 persen. Berdasarkan angka prevalensi tersebut diketahui bahwa kejadian *stunting* di Papua Barat termasuk tertinggi ke dua setelah Nusa Tenggara Timur (Riskesdas, 2010).

Dalam penelitian ini variabel dependen yang digunakan adalah kejadian *stunting* yang diukur melalui TB/U pada anak sekolah berdasarkan standar WHO 2010 serta variabel independen yaitu tingkat pendidikan ibu dan status ekonomi

orang tua. Penelitian ini dikaitkan dengan rata-rata asupan protein dan vitamin A pada anak sekolah yang berada di provinsi Papua Barat.

C. Pembatasan Masalah

Karena keterbatasan waktu, tenaga dan keterbatasan data penelitian pada data sekunder yang diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2010) maka ruang lingkup penelitian dibatasi pada variabel dependen yang digunakan adalah kejadian *stunting* pada anak sekolah berdasarkan standar WHO 2005 serta variabel independen yaitu asupan protein, vitamin A, tingkat pendidikan ibu dan status ekonomi orang tua.

Penelitian ini dilakukan pada anak sekolah usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat. Data yang digunakan adalah data sekunder Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010) yang telah dikumpulkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan RI.

D. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah penelitian adalah sebagai berikut: apakah ada hubungan antara asupan protein, vitamin A, tingkat pendidikan ibu dan status ekonomi orang tua terhadap kejadian *stunting* pada anak sekolah usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat.

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan asupan protein, vitamin A, tingkat pendidikan ibu dan status ekonomi orang tua terhadap kejadian *stunting* pada anak sekolah usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden pada anak sekolah usia 6-12 di provinsi Papua Barat (umur, jenis kelamin, status wilayah (perkotaan dan perdesaan), tingkat pendidikan ibu, status ekonomi orang tua dan status gizinya TB/U (*stunting*)).
- b. Mengidentifikasi rata-rata asupan protein dan vitamin A pada anak sekolah dasar usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat.
- c. Menganalisis perbedaan antara asupan protein terhadap status gizi (TB/U) *stunting* pada anak sekolah usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat.
- d. Menganalisis perbedaan antara asupan vitamin A terhadap status gizi (TB/U) *stunting* pada anak sekolah usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat.
- e. Menganalisis hubungan tingkat pendidikan ibu terhadap status gizi (TB/U) *stunting* pada anak sekolah usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat.

- f. Menganalisis hubungan status ekonomi orang tua terhadap status gizi (TB/U) *stunting* pada anak sekolah usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat.

F. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi Praktisi

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber informasi mengenai hubungan antara asupan protein, vitamin A, tingkat pendidikan ibu dan status ekonomi orang tua terhadap kejadian *stunting* pada anak sekolah dasar usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat.

2. Manfaat bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan dalam memberikan informasi kepada masyarakat mengenai penyebab kejadian *stunting* sehingga dari informasi yang didapatkan dapat menimbulkan keinginan dari masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kejadian *stunting*.

3. Manfaat bagi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber pengetahuan bagi para praktisi maupun mahasiswa gizi mengenai hubungan antara asupan protein, vitamin A, tingkat pendidikan ibu dan status ekonomi orang tua terhadap kejadian *stunting* pada anak sekolah dasar usia 6-12 tahun di provinsi Papua Barat.

5. Manfaat bagi Peneliti

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber pengetahuan dan meningkatkan kemampuan dalam menganalisis situasi yang terjadi di masyarakat khususnya kejadian *stunting* melalui data dan literatur yang ada.