

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kelompok anak sekolah merupakan salah satu segmen penting di masyarakat dalam upaya peningkatan pemahaman dan kesadaran gizi sejak dini. Anak sekolah merupakan sasaran strategi dalam perbaikan gizi masyarakat dan merupakan generasi penerus tumpuan bangsa sehingga perlu disiapkan dengan baik kualitasnya (Depkes RI, 2001 dalam Yudesti & Nanang, 2013).

Kemenkes RI masih giat dalam upaya penanggulangan masalah kesehatan anak usia sekolah di Indonesia. Tiga masalah utama yang jadi fokus utama ialah kebiasaan merokok pada usia sekolah, kurang makan sayur dan buah, dan perilaku mencuci tangan agar bisa mencegah penyakit (Nawawi, 2013).

Penelitian Saha, *et al.* (2011) menyebutkan bahwa 65,6% siswa membeli makanan dari toko untuk makanan mereka ketika saat di sekolah, dan hanya 34,4% siswa yang membawa bekal dari rumah untuk dibawa ke sekolah. Sekitar 72,9% siswa mengkonsumsi gorengan dan makanan cepat saji yang mengandung kalori tinggi sedangkan asupan makanan seperti buah dan hasil olahan susu rendah.

Di Indonesia berdasarkan hasil *Global School-Based Student Health Survey* tahun 2007 secara keseluruhan 5,9% siswa sering atau selalu berangkat sekolah dalam keadaan lapar karena tidak tersedia makanan di

rumah mereka dalam waktu 30 hari terakhir. Sebanyak 69,9% siswa (laki-laki 67% dan perempuan 72,3%) selalu memakan buah-buahan seperti nanas, pepaya, pisang, atau semangka selama 30 hari terakhir. Sedangkan untuk konsumsi sayur, sebanyak 80,4% siswa laki-laki dan 86,2% siswa perempuan setidaknya satu kali per hari selama 30 hari terakhir.

Riskesdas (2010) menyatakan anak kelompok usia sekolah (6 – 12 tahun) termasuk salah satu kelompok yang rentan mengalami masalah gizi yaitu kekurangan energi protein. Sekitar 44,4% anak sekolah, tingkat konsumsi energinya kurang dari 70% dari Angka Kecukupan Gizi (AKG).

Pola makan masyarakat di lingkungan perkotaan yang tinggi kalori dan lemak serta rendah serat, telah memicu peningkatan jumlah penderita *overweight* dan obesitas. Masyarakat di perkotaan yang cenderung sibuk, biasanya lebih menyukai mengkonsumsi makanan cepat saji, dengan alasan lebih praktis. Meskipun mereka mengetahui bahwa nilai kalori yang terkandung dalam makanan cepat saji sangat tinggi, dan di dalam tubuh kelebihan kalori ini akan dirubah dan disimpan menjadi lemak tubuh (Wahyu, 2005 dalam Metrano, 2007).

Dalam Peebles, *et al.* (2008) menyebutkan anak usia 2-19 tahun di Amerika Serikat pada tahun 2003-2006 terdapat 11,3% IMT > P₉₅ (obesitas), dan 31,9% IMT > P₈₅ (kegemukan). Sedangkan dalam Primasari (2008) 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).

Berdasarkan hasil *Global School-Based Student Health Survey* tahun 2007 di Indonesia 5,8% siswa berisiko mengalami kelebihan berat badan dan 1,3% sudah mengalami kelebihan berat badan. Siswa laki-laki (7,8%) dan perempuan (3,9%) memiliki kemungkinan yang sama untuk mengalami kelebihan berat badan dan berkelebihan berat badan. Secara keseluruhan didapatkan 5,9% siswa yang pergi ke sekolah sering atau selalu dalam kondisi lapar karena tidak ada cukup makanan di rumah mereka dalam 30 hari terakhir.

Prevalensi kurus (menurut IMT/U) pada anak umur 5-12 tahun adalah 11,2% terdiri dari 4,0% sangat kurus dan 7,2% kurus. Secara nasional masalah gemuk pada anak umur 5-12 tahun masih tinggi yaitu 18,8%, terdiri dari gemuk 10,8% dan sangat gemuk (obesitas) 8,8%. Prevalensi gemuk terendah di Nusa Tenggara Timur (8,7%) dan tertinggi di DKI Jakarta (30,1%). Sebanyak 15 provinsi dengan prevalensi sangat gemuk diatas nasional satu diantaranya ialah provinsi Banten (Risikesdas, 2013).

Sebelumnya pada Risikesdas tahun 2010 di provinsi Banten terdapat 3,9% anak sangat kurus, sebesar 9,5% kurus, dan 9,2% dinyatakan gemuk. Angka tersebut tidak jauh dari prevalensi secara nasional. Secara nasional, prevalensi status gizi anak umur 6-12 tahun berdasarkan IMT/U terdapat 4,6% sangat kurus, 7,6% kurus, 9,2% gemuk.

Pada penelitian Muslimatun, *et al.* (2004) terdapat 23,5% anak sekolah berberat badan kurang, 9,8% pendek dan 4,9% kurus di Kota

Tangerang. SDN Panunggangan 1 merupakan termasuk sekolah dasar negeri yang terletak di Kota Tangerang. Lokasi yang dekat dengan pusat kota dan ibu kota yang memiliki prevalensi tertinggi untuk status gizi gemuk namun, masalah gizi kurang pun masih ditemukan. Status gizi di beberapa penelitian disebutkan berhubungan dengan pola makan. Pola makan anak semakin tidak tertata karena waktu anak yang lebih banyak dihabiskan di luar rumah tanpa diberikan bekal makanan dari rumah. Sifat anak yang lebih cenderung pasif dalam hal pola makan, maka dalam hal ini keluarga punya peran yang penting dalam hal memperhatikan dan menjaga pola makan anak agar seimbang dan terpenuhinya zat gizi yang mereka butuhkan. Menurut Anzarkusuma et al (2014) pola asupan makanan dan pengaturan makanan sangatlah penting untuk dilakukan karena akan dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan fisik (berat badan dan tinggi badan).

Berdasarkan latar belakang tersebut dan belum adanya penelitian yang dilakukan mengenai pola makan dan status gizi anak di SDN Panunggangan 1, penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan pola makan dengan status gizi anak kelas IV dan V di SDN Panunggangan 1.

B. Identifikasi Masalah

Status gizi menurut Soekirman (2000) dalam Harahap (2012) menyatakan, pada umumnya dipengaruhi oleh penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung, yaitu makanan dan penyakit infeksi yang mungkin diderita oleh siswa. Penyebab tidak langsung, yaitu ketahanan pangan di keluarga, dan pengetahuan tentang gizi dan kesehatan, sedangkan

penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan dikeluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan,

tingkat ekonomi, pendidikan, dan sosial budaya atau kebiasaan. Sedangkan menurut Hadi (2005) dalam Hapsari *et al.* (2011) menyatakan bahwa anak-anak sekolah dasar merupakan salah satu kelompok yang rawan mengalami gizi kurang yang dapat disebabkan ekonomi rendah, makanan kurang berimbang, dan rendahnya pengetahuan orang tua serta kurang optimalnya tatalaksana gizi kurang pada usia balita. Pendapat lain dikemukakan oleh Brown (2005) dan Wahyu (2009) dalam Andyca (2012) bahwa status gizi dipengaruhi oleh asupan energi dan zat gizi, aktivitas fisik, jenis kelamin, pola makan dan faktor genetik.

1. Pola Makan

Status gizi juga sering dikaitkan dengan pola makan. Saat ini semakin banyak jenis makanan yang diperjual belikan dengan kemasan dan iklan yang menarik dapat mendorong anak untuk mencoba makanan baru tersebut (Ipa, 2010). Anak-anak pada usia sekolah, biasanya mempunyai sifat ingin mencoba berbagai jenis makanan yang disukai. Dalam usia tersebut, mereka sudah pandai memilih makanan yang disukainya dan menolak makanan yang kurang digemari. Seringkali anak-anak ini memilih makan yang salah, Oleh karena itu kebiasaan makan yang baik perlu ditanamkan sejak usia dini (Metrano, 2007).

2. Penyakit Infeksi

Hadi (2005) dalam Hapsari *et al.* (2011) menyatakan siswa yang mendapat makanan cukup baik tetapi sering diserang penyakit infeksi dapat berpengaruh terhadap status gizinya. Begitu

juga sebaliknya siswa yang makan tidak cukup baik, daya tahan tubuhnya pasti lemah dan pada akhirnya mempengaruhi status gizinya. Kasus gizi kurang pada anak dapat juga diakibatkan oleh infeksi yang berat (Katona P & Katona JA, 2008 dalam Hapsari *et al.*, 2011).

3. Ketahanan Pangan di Keluarga

Hadi (2005) dalam Hapsari *et al.* (2011) menuturkan ketahanan pangan di keluarga ini terkait dengan ketersediaan pangan (baik dari hasil produksi sendiri maupun dari pasar atau sumber lain), harga pangan dan daya beli keluarga. Ketahanan pangan yang stabil juga diperlukan untuk dapat mengkonsumsi asupan dengan beragam jenis makanan (Imai, 2014).

4. Pengetahuan (tentang gizi dan kesehatan)

Sekalipun berpendidikan rendah, kalau orang tersebut rajin mendengarkan dan melihat informasi mengenai gizi, bukan mustahil pengetahuan gizinya akan lebih baik (Apriadi, 1986 dalam Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2010).

5. Kurang Optimalnya Tatalaksana Gizi Kurang pada Usia Balita

Pada kasus berat bayi lahir rendah (BBLR) dan kurang gizi pada balita yang tidak tertangani akan meningkatkan resiko kejadian kurang gizi pada masa sekolah (Hadi, 2005 dalam Hapsari *et al.*, 2011).

6. Aktivitas Fisik

Rendahnya aktivitas fisik dan olahraga berperan besar dalam peningkatan risiko kegemukan dan obesitas pada anak. Kegemukan dan obesitas pada anak dengan aktivitas fisik yang rendah maupun olahraga yang kurang mengakibatkan jumlah kalori yang dibakar lebih sedikit dibandingkan kalori yang diperoleh dari makanan yang dikonsumsi sehingga berpotensi menimbulkan penimbunan lemak berlebih (Andyca, 2012).

7. Faktor Genetik

Jika salah satu orang tua anak keemukan, maka anak memiliki peluang 40% kegemukan dan jika kedua orang tua anak kegemukan maka anak berpeluang 2 kali lipat atau 80% menjadi kegemukan (Khomsan, 2004 dalam Andyca, 2012).

8. Umur

Umur sangat memegang peranan dalam penentuan status gizi, kesalahan penentuan akan menyebabkan interpretasi status gizi yang salah. Hasil penimbangan berat badan maupun tinggi badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat (Ali, 2008 dalam Harahap, 2012).

9. Status Sosial Ekonomi

Salah satu penyebab tidak langsung dari gizi kurang adalah status sosial ekonomi keluarga yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan karena orang dengan pendidikan tinggi semakin besar peluangnya untuk mendapatkan penghasilan yang cukup supaya

bisa berkesempatan untuk hidup dalam lingkungan yang baik dan sehat, sedangkan pekerjaan yang lebih baik orang tua selalu sibuk bekerja sehingga tidak tertarik untuk memperhatikan masalah yang dihadapi anak-anaknya, padahal sebenarnya anak-anak tersebut benar-benar membutuhkan kasih sayang orangtua (Adriani, 2012 dalam Rapi, *et al.*, 2013).

Selain faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi status gizi, dapat juga berpengaruh pada :

1. Kejadian *bullying*

Bullying adalah perilaku agresi yang dapat berupa kekerasan fisik, verbal, ataupun psikologis, biasanya dilakukan secara berulang-ulang dari seseorang atau sekelompok orang yang lebih senior, lebih kuat, lebih besar terhadap seseorang atau sekelompok orang yang lebih junior, lebih lemah, lebih kecil, dan perilaku ini menyebabkan seseorang atau sekelompok orang yang di bully merasa menderita baik secara fisik, maupun psikis (Levianti, 2008).

Penelitian Trevi (2010) dalam Levianti (2008) menyebutkan bahwa individu yang cenderung melakukan *bullying* memiliki karakteristik berdasarkan jenis kelamin, keadaan keluarga, jenis informasi yang disukai, peran dalam perilaku *bullying*, kepunyaan dalam *peer group*nya, peran dalam kelompok *peer group*nya, pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua, dan penghasilan orang tua.

2. Tingkat Kecerdasan

Penelitian di Bogor terhadap 34 anak berumur 9 sampai dengan 15 tahun dengan latar belakang sosial ekonomi rendah, termasuk 10 anak sebelumnya menderita KEP (kurang energi protein), mengungkapkan bahwa anak-anak yang berbadan tinggi mendapat nilai lebih tinggi terhadap uji *Wechsler Intelligence Scale* dibandingkan dengan anak-anak yang berbadan pendek yang diketahui menderita KEP pada waktu kecilnya. Nilai IQ terendah didapat oleh anak yang menderita KEP terberat pada umur sebelumnya (Husaini, 1997 dalam Romadona, 2007).

3. Status Kesehatan

Setiap keluarga mempunyai masalah gizi yang berbeda-beda tergantung pada tingkat sosial ekonominya. Pada keluarga yang kaya dan tinggal dipertanian, masalah gizi yang sering dihadapi adalah masalah kelebihan gizi yang disebut gizi lebih. Anggota keluarga ini mempunyai risiko tinggi untuk mudah menjadi gemuk dan rawan terhadap penyakit jantung, darah tinggi, diabetes dan kanker. Sedangkan pada keluarga dengan tingkat sosial ekonominya rendah atau sering disebut keluarga miskin, umumnya sering menghadapi masalah kekurangan gizi yang disebut gizi kurang. Risiko penyakit yang mengancamnya adalah penyakit infeksi terutama diare dan infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), rendahnya tingkat intelektual dan produktifitas kerja (Metrano, 2007).

C. Pembatasan Masalah

Dari identifikasi masalah yang terpapar di atas, maka diperoleh gambaran dimensi permasalahan yang begitu luas. Namun menyadari adanya keterbatasan kemampuan, waktu, biaya dan tenaga, maka penulis memandang perlu memberi batasan masalah secara lebih jelas dan terfokus untuk meneliti faktor pola makan dalam keterkaitannya dengan status gizi anak kelas IV dan V di SDN Panunggangan 1.

D. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, identifikasi masalah dan pembatasan masalah di atas, maka rumusan masalah penelitian ini yaitu “Adakah hubungan antara pola makan (*food diversity*, asupan karbohidrat, asupan protein, asupan lemak, makanan pokok, lauk nabati, lauk hewani, sayuran, buah, susu dan hasil olahannya) dengan status gizi anak kelas IV dan V di SDN Panunggangan 1?”

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pola makan dan status gizi anak kelas IV dan V di SDN Panunggangan 1.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik anak berupa umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan orang tua anak kelas IV dan V di SDN Panunggangan 1.

- b. Mengidentifikasi pola makan (*food diversity*, asupan karbohidrat, asupan protein, asupan lemak, makanan pokok, lauk nabati, lauk hewani, sayuran, buah, susu dan hasil olahannya) anak kelas IV dan V di SDN Panunggangan 1.
- c. Mengidentifikasi status gizi anak kelas IV dan V di SDN Panunggangan 1.
- d. Menganalisis hubungan pola makan (*food diversity*, asupan karbohidrat, asupan protein, asupan lemak, makanan pokok, lauk nabati, lauk hewani, sayuran, buah, susu dan hasil olahannya) dengan status gizi anak kelas IV dan V di SDN Panunggangan 1.

F. Manfaat Penelitian

1. Bagi SDN Panunggangan 1

Dapat mengetahui pola makan dan status gizi siswanya sehingga diharapkan dapat dijadikan suatu pertimbangan untuk membuat program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang lebih baik.

2. Bagi Universitas

Dapat menambah dan melengkapi kepustakaan untuk referensi bahan ajar khususnya mengenai pola makan, dan status gizi anak.

3. Bagi Peneliti Lain

Dapat dijadikan sebagai bahan rujukan dalam penelitian selanjutnya.