

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sumber daya manusia (SDM) merupakan salah satu komponen penting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Sumber daya manusia yang berkualitas dibutuhkan untuk dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat. Terciptanya SDM yang berkualitas ditentukan oleh berbagai faktor, diantaranya adalah sektor kesehatan, pendidikan dan ekonomi (Ratna, 2012).

Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia. Kekurangan gizi dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan terganggu, menurunnya produktifitas kerja dan daya tahan tubuh yang berakibat meningkatnya angka kesakitan dan kematian. Kecukupan gizi sangat diperlukan oleh setiap individu sejak janin masih didalam kandungan, bayi, anak-anak, masa remaja, dewasa sampai usia lanjut (Depkes RI, 2001).

Gizi yang baik merupakan pondasi bagi kesehatan masyarakat. Pengaruh gizi terhadap pertumbuhan, perkembangan, intelektual dan produktivitas menunjukkan besarnya peranan gizi bagi kehidupan manusia (Ramadani, 2005). Masyarakat yang terpenuhi kebutuhan dengan mutu gizi seimbang lebih mampu berpartisipasi dalam pembangunan (Augustyn, 2002).

Masalah gizi masih merupakan beban berat bagi bangsa, hakekatnya berpangkal dari keadaan ekonomi dan pengetahuan masyarakat, sehingga

berpengaruh pada daya beli dan perilaku masyarakat menyebabkan terjadinya penurunan status gizi (Irianto et al, 2004). Masalah gizi timbul karena ketidaktahuan atau kurang informasi tentang gizi yang memadai (Syafiq et al, 2007).

Indonesia masih menghadapi empat masalah gizi utama yaitu kurang energi protein dan obesitas (masalah gizi ganda), kurang vitamin A, gangguan akibat kurang iodium (GAKI), anemia zat besi (Arif, 2000).

Masalah gizi terjadi di setiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa dan usia lanjut (Depkes RI, 2007). Anak sekolah dalam golongan masyarakat kelompok rentan gizi, yaitu kelompok masyarakat yang paling mudah menderita kelainan gizi, sedangkan pada masa ini mereka sedang mengalami proses pertumbuhan yang relatif pesat (Santoso & Lies , 2003).

Anak usia sekolah adalah investasi bangsa, karena anak usia tersebut adalah generasi penerus bangsa. Pertumbuhan anak usia sekolah yang optimal tergantung pemberian gizi dengan kualitas dan kuantitas yang benar. Dalam masa pertumbuhan tersebut pemberian gizi pada anak tidak selalu dapat dilaksanakan dengan sempurna. Banyak sekali masalah yang ditimbulkan dalam pemberian makan yang tidak benar dan menyimpang. Penyimpangan ini mengakibatkan gangguan pada banyak organ dan sistem tumbuh anak (Jadarwanto, 2006).

Menurut Margen (1984), pertumbuhan dalam sajian ukuran antropometri gizi dipakai dipakai sebagai indikator keadaan gizi. Salah satu indeks antropometri yang digunakan adalah IMT yaitu perbandingan antara

berat badan dengan tinggi badan. Kekurangan atau kelebihan zat gizi akan dimanifestasikan dalam bentuk pertumbuhan yang menyimpang dari pola standar. Anak-anak yang menderita gizi kurang memiliki tubuh yang lebih pendek yang disebut dengan *Stunting* dan berat badan yang lebih rendah dibandingkan rekan sebayanya yang sehat dan bergizi baik.

*Stunting* adalah kondisi di mana tinggi badan anak lebih pendek dari yang seharusnya bisa dicapai pada umur tertentu. *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).

Indonesia merupakan salah satu negara yang termasuk prevalensi *stunting* dengan kategori sangat tinggi yaitu lebih dari 40% (WHO, 1997). *Stunting* dimulai dari masa sebelum kelahiran yang disebabkan kurangnya asupan gizi, tidak berkualitasnya makanan yang dikonsumsi, dan adanya infeksi pada masa kehamilan. *stunting* pada anak sekolah merupakan manifestasi dari *stunting* pada masa balita yang mengalami kegagalan dalam tumbuh kejar (*catch up growth*), defisit zat gizi dalam jangka waktu yang lama, serta adanya penyakit infeksi.

Prevalensi anak *stunting* di Indonesia masih tinggi. Lebih dari sepertiga (36,1%) anak usia sekolah di Indonesia tergolong pendek ketika memasuki sekolah, hal ini mengindikasikan adanya kurang gizi kronis. Prevalensi anak pendek dari tahun ke tahun menunjukkan tidak adanya perubahan yang berarti. Perubahan yang terjadi hanya sedikit sekali yaitu 39,8% pada tahun 1944 menjadi 36,1% pada tahun 1999. Data secara nasional tentang tinggi anak di 5 provinsi ditemukan prevalensi anak *stunting* dikota

besar 43,9% dan di desa 51,3%, dan secara total ditemukan total ditemukan prevalensi anak pendek 49,3% (Jamalluddin, 2008). Selain itu, pada tahun 2010 prevalensi anak *stunting* pada usia 6-12 tahun adalah 35,6% dengan rincian 15,1% sangat pendek dan 20,5% pendek, angka ini terbilang tinggi mengingat standar WHO untuk anak *stunting* (sangat pendek dan pendek) adalah 20%. Prevalensi anak *stunting* semakin meningkat dengan bertambahnya umur dan gambaran ini ditemukan baik pada laki-laki maupun perempuan. Jika diamati perubahan prevalensi *stunting* dari tahun ke tahun maka prevalensi anak *stunting* ini praktis tidak mengalami perubahan oleh karena perubahan yang terjadi hanya sedikit sekali yaitu 39,8% pada tahun 1994 menjadi 36,1% pada tahun 1999 (Depkes, 2004).

Status gizi dipengaruhi oleh konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi dan digunakan secara efisien akan tercapai status gizi optimal yang memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin (Almatsir, 2001).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa status gizi *stunting* berhubungan dengan prestasi belajar anak sekolah, akan tetapi banyak faktor lain yang mempengaruhi faktor belajar anak. Faktor yang mempengaruhi prestasi belajar anak diantaranya kualitas sekolah, karakteristik keluarga seperti status sosial ekonomi dan pendidikan orang tua, serta karakteristik anak (Abudayya & abed, 2011).

Masalah gizi di Indonesia dan dinegara berkembang pada umumnya masih di dominasi oleh masalah Kurang Energi Protein (KEP). Secara umum

masalah gizi di Indonesia, terutama KEP, masih lebih tinggi daripada Negara ASEAN lainnya. Pada tahun 1995 sekitar 35,4% anak di Indonesia menderita KEP (persen median menurut umur < 80%). Pada tahun 1997, berdasarkan pemantauan status gizi (PSG) yang dilakukan oleh Direktorat Bina Gizi Masyarakat, prevalensi KEP ini turun menjadi 23,1%. Keadaan itu tidak dapat bertahan yaitu pada saat Indonesia mengalami krisis moneter yang berakibat pada krisis ekonomi yang berkepanjangan. Pada tahun 1998, prevalensi KEP meningkat kembali menjadi 39,8%.

Apriadi (1986) menyatakan bahwa umur dan jenis kelamin merupakan faktor internal yang dapat menentukan kebutuhan gizi, sehingga terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi.

Menurut Riskesdas 2007, 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 dari anak di pedesaan yaitu 41,5 persen.

Keadaan status ekonomi keluarga juga merupakan salah satu faktor yang menentukan jumlah makanan yang tersedia dalam keluarga sehingga turut menentukan status gizi keluarga tersebut : keadaan penduduk suatu masyarakat, keadaan keluarga, tingkat pendidikan ibu dan keadaan rumah sedangkan data ekonomi dari faktor sosial meliputi : pekerjaan orang tua, pendapatan keluarga, pengeluaran keluarga dan harga makanan yang tergantung pada pasar dan variasi musim (Supriansa,2002).

Faktor lain yang dapat mempengaruhi *stunting* yaitu pendidikan ibu. Mekanisme hubungan pendidikan ibu dengan kesehatan anak terdiri dari tiga yaitu pengetahuan tentang kesehatan, pendidikan formal yang diperoleh ibu dapat memberikan pengetahuan atau informasi yang berhubungan dengan kesehatan, kemampuan melek huruf dan angka yang diperoleh dari pendidikan formal memberikan kemampuan kepada ibu dalam membaca masalah kesehatan yang dialami oleh anak dan melakukan perawatan. Dalam masyarakat dimana proporsi ibu lebih dapat menerima pengobatan modern. Dalam masyarakat dimana proporsi ibu berpendidikan tinggi memungkinkan untuk menyediakan sanitasi yang lebih baik, pelayanan kesehatan dan saling berbagi pengetahuan, informasi mengenai kesehatan (Glewwe, 1999). Grossman dan Kaestner (1997) juga mengatakan bahwa ibu yang berpendidikan akan lebih mudah menerima dan memproses informasi kesehatan dibandingkan dengan ibu yang tidak berpendidikan. (Frost et al, 2004; Zottarelli et al, 2007; Shrestha & Findeis, 2007; Abuya et al, 2010).

Menurut hasil survei yang dilakukan oleh Plan Indonesia yang bekerja sama dengan Departemen Gizi dan Masyarakat di Kabupaten Lembata, Nusa Tenggara Timur pada tahun 2006 bahwa secara umum anak laki- laki di ketiga desa memiliki status gizi yang lebih buruk dibandingkan pada wanita. Belum diketahui penyebab pasti hal ini, namun diduga terkait dengan tingkat aktivitas dan mobilitas anak laki- laki yang cenderung lebih tinggi maka perlu adanya kajian yang lebih mendalam untuk mengidentifikasi penyebab pasti.

Tingginya prevalensi status gizi anak usia 6 – 12 tahun dengan *stunting* serta banyaknya faktor – faktor yang menjadi penyebab timbulnya

*stunting*, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai faktor – faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting* pada anak usia 6 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

## **B. Identifikasi masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, diketahui bahwa prevalensi status gizi *stunting* masih tinggi di Indonesia. Menurut Data Riskesdas 2010, status gizi anak umur 6-12 tahun adalah bahwa secara nasional prevalensi kependekan pada anak umur 6-12 tahun adalah 35,6 persen yang terdiri dari 15,1 persen sangat pendek dan 20 persen pendek. Prevalensi kependekan terlihat terendah di Provinsi Bali yaitu 15,6 persen dan tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur yaitu 58,5 persen.

WHO (1997) mengelompokkan wilayah berdasarkan prevalensi *stunting* kedalam empat kelompok yaitu rendah (< 20%), sedang (20-29%), tinggi (30-39%), sangat tinggi (> 40%). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 di provinsi Nusa Tenggara Timur ditemukan angka gizi kurang pada anak usia 6 – 12 tahun berdasarkan IMT/U sebesar 11% dan gizi buruk 6%. Menurut indeks TB/U diperoleh prevalensi status gizi anak usia 6 – 12 tahun sangat pendek sebesar 25.7%.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa *stunting* dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut penelitian Apriadji (1986) menyatakan bahwa umur dan jenis kelamin merupakan faktor internal yang dapat menentukan kebutuhan gizi, sehingga terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi. selain itu, kurangnya asupan energi protein, pendidikan ibu, dan faktor ekonomi juga

memengaruhi terjadinya *stunting* pada anak usia sekolah pada saat ini (Glewwe, 1999).

Dalam penelitian ini variabel dependen adalah status gizi (TB/U) *stunting* pada anak usia sekolah 6-12 tahun, sedangkan variabel independennya adalah faktor-faktor yang mempengaruhi *stunting* (faktor ekonomi, pendidikan ibu, asupan energi dan protein).

### **C. Pembatasan Masalah**

Karena keterbatasan waktu, biaya dan tenaga, maka pada penelitian ini peneliti hanya meneliti tingkat asupan makan (energi dan protein), status ekonomi dan pendidikan ibu yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6 -12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur . Penelitian ini menggunakan data sekunder yang berasal dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan RI.

### **D. Perumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang, indentifikasi masalah, dan pembatasan masalah, maka rumusan masalah yang dapat diambil dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah ada hubungan antara faktor ekonomi, pendidikan ibu, asupan energi dan asupan protein terhadap *stunting* ?

## **E. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum:**

Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting* pada anak usia 6 -12 tahun di Nusa Tenggara Timur.

### **2. Tujuan khusus:**

- a. Mengidentifikasi karakteristik anak (umur dan jenis kelamin, pendidikan ibu dan status ekonomi) pada anak usia 6 – 12 tahun di Nusa Tenggara Timur.
- b. Mengidentifikasi gambaran asupan makanan (energi dan protein), pada anak 6 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur.
- c. Menilai hubungan antara ( pendidikan ibu dan status ekonomi) dengan status gizi TB/U *stunting* pada anak usia 6 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur.
- d. Menilai hubungan antara asupan zat gizi (energi dan protein), dengan status gizi TB/U *stunting* pada anak usia 6 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

## **F. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Khasanah Ilmu Pengetahuan**

Menambah bahan informasi sehingga dapat dilakukan penelitian lebih luas untuk permasalahan yang sama.