

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Manusia sangatlah penting bagi pribadi maupun masyarakat sekitar Menurut Hadi (2002). Pengertian status gizi adalah ekspresi dari satu aspek atau lebih dari gizi yang dibutuhkan individu dalam sebuah variabel. Sedangkan menurut Supriasa (2001) pengertian status gizi adalah ekspresi dari keseimbangan tubuh, baik kesehatan tubuh, baik kesehatan fisik maupun psikologis dan variabel tertentu. Atau wujud dari ekspresi gizi dalam bentuk suatu variabel. Ada satu lagi pengertian status gizi yaitu menurut Gibson (1990) status gizi adalah keadaan tubuh berupa hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan juga pemanfaatannya. Sedangkan Keadaan gizi merupakan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan gizi dan penggunaan zat gizi tersebut atau keadaan fisiologi akibat dari tersedianya zat gizi dalam sel tubuh (Supriasa, 2002).

Selain itu status gizi juga merupakan faktor yang terdapat dalam level individu (level yang paling mikro). Faktor yang mempengaruhi secara langsung adalah asupan makanan dan infeksi. Pengaruh tidak langsung dari status gizi ada tiga faktor yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, dan lingkungan kesehatan yang tepat, termasuk akses terhadap pelayanan kesehatan (Riyadi, 2001 yang dikutip oleh Simarmata, 2009). Dalam hal lain juga menyatakan bahwa Status gizi juga didefinisikan

sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan zat gizi. Penelitian status gizi merupakan pengukuran yang didasarkan pada data antropometri serta biokimia dan riwayat diet (Beck, 2000: 1). Jadi dari pernyataan diatas dapat diambil kesimpulan bahwa, status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi yang dibedakan atas status gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih (Almatsier, 2006 yang dikutip oleh Simarmata, 2009).

Dari berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa KEP merupakan salah satu bentuk kurang gizi yang mempunyai dampak menurunkan mutu fisik dan intelektual, serta menurunkan daya tahan tubuh yang berakibat meningkatnya resiko kesakitan dan kematian terutama pada kelompok rentan biologis. Timbulnya KEP terlihat dari keadaan fisik seseorang yang diukur secara Antropometri. Besar dan luasnya masalah KEP pada balita di tingkat propinsi dan nasional sudah tersedia secara periodik melalui SUSENAS modul kesehatan dan gizi. Analisis masalah KEP pada balita berdasarkan data Susenas 1989, 1992, dan 1995 menunjukkan bahwa secara keseluruhan terdapat penurunan prevalensi KEP total dari 47,8% tahun 1989 menjadi 41,7% tahun 1992 dan 35% pada tahun 1995. Di sisi lain, prevalensi gizi lebih meningkat dari 1,1% tahun 1989 menjadi 2,4% tahun 1992 dan 4,6% pada tahun 1995. (Yuli hartati: Universitas Diponegoro: 2006).

Pendekatan yang sering digunakan oleh para ahli ekonomi adalah pendekatan dari segi garis kemiskinan (*poverty line*). Garis kemiskinan diartikan sebagai batas kebutuhan minimum yang diperlukan seseorang atau rumah tangga untuk dapat hidup dengan layak. Akan tetapi, diantara para

ekonom terdapat perbedaan dalam menetapkan tolok ukur yang digunakan untuk menetapkan garis kemiskinan tersebut. Para pakar kemiskinan dan lembaga pemerintah mencoba menetapkan garis kemiskinan tersebut berdasarkan alasan yang logis, yaitu berdasarkan kebutuhan pokok (*basic needs*). Kebutuhan pokok merupakan kebutuhan minimum yang diperlukan untuk kelangsungan hidup manusia baik yang berupa konsumsi individu seperti perumahan, pakaian, ataupun keperluan pelayanan sosial seperti kebutuhan air minum, transportasi, kesehatan, dan pendidikan (Sumardi dan Dieter, 1985).

Manullang (1971) membedakan kebutuhan pokok (*basic needs*) menjadi dua, yaitu kebutuhan primer dan kebutuhan sekunder. Kebutuhan primer adalah kebutuhan yang paling utama, untuk mempertahankan hidup seperti makanan, pakaian, dan perumahan. Kebutuhan sekunder adalah kebutuhan yang diperlukan guna melengkapi kebutuhan primer seperti alat-alat dan perabotan.

Sinaga dan White (1980) menyatakan bahwa kemiskinan dibedakan dalam dua bentuk, yaitu kemiskinan alamiah dan kemiskinan buatan. Kemiskinan alamiah merupakan kemiskinan yang timbul sebagai akibat sumberdaya yang langka jumlahnya atau karena perkembangan teknologi yang rendah. Kondisi ini dapat diatasi dengan pembangunan infrastruktur fisik, pemasukan modal serta pengembangan teknologi baru. Kemiskinan buatan (tidak jauh bedanya dengan kemiskinan struktural). Menurut mereka, bahwa kemiskinan lebih erat hubungannya dengan perubahan-perubahan struktur ekonomi, teknologi dan pembangunan itu sendiri. Karena

kelembagaan yang ada membuat masyarakat tidak menguasai sarana ekonomi dan fasilitas secara merata. Kemiskinan buatan ini dapat diatasi, misalnya dengan mencari strategi perombakan struktural kelembagaan serta hubungan sosial ekonomi dalam masyarakat.

Untuk menghasilkan program yang benar-benar mengenai sasaran penduduk miskin tersebut perlu dibuat pengelompokan penduduk miskin berdasarkan kriteria yang jelas, yaitu melalui penetapan suatu batas kemiskinan yang sesuai dengan keadaan kemiskinan di daerah itu sendiri. Penetapan batas kemiskinan tersebut haruslah berdasarkan landasan teori yang kuat sehingga dapat digunakan sebagai batas kemiskinan yang sesuai dengan keadaan kemiskinan di suatu lokasi dengan kondisi dan waktu tertentu. Garis kemiskinan dapat pula digunakan untuk melihat berapa luas kemiskinan di suatu daerah, yaitu dengan melihat persentase penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan tersebut. Dengan demikian, garis kemiskinan dapat juga digunakan sebagai indikator keberhasilan pembangunan yang dilaksanakan di suatu daerah (Todaro, 1994).

Menurut BPS (2007), keluarga yang sama sekali tidak mempunyai kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pokok atau orang yang mempunyai sumber mata pencaharian akan tetapi tidak dapat memenuhi kebutuhan keluarga yang layak bagi kemanusiaan dengan ciri-ciri atau kriteria sebagai berikut :

1. Pembelanjaan rendah atau berada di bawah garis kemiskinan, yaitu kurang dari Rp.175.324 untuk masyarakat perkotaan, dan Rp.131.256 untuk masyarakat pedesaan per orang per bulan di luar kebutuhan non pangan;

2. Tingkat pendidikan pada umumnya rendah dan tidak ada keterampilan;
3. Tidak memiliki tempat tinggal yang layak huni, termasuk tidak memiliki MCK;
4. Pemilikan harta sangat terbatas jumlah atau nilainya;
5. Hubungan sosial terbatas, belum banyak terlibat dalam kegiatan kemasyarakatan;
6. Akses informasi (koran, radio, televisi, dan internet) terbatas. (dibuat paparan)

Menurut Sajogyo (1977), garis kemiskinan berdasarkan kebutuhan minimum rumah tangga adalah senilai 2.140 kg beras setiap orang per tahun di pedesaan dan 360 kg beras setiap orang per tahun di daerah kota. Penetapan garis kemiskinan ini yang setara dengan nilai beras dimaksudkan ini untuk dapat membandingkan tingkat hidup antar waktu dan perbedaan harga kebutuhan pokok antar wilayah. Pendapat Sajogyo ini pada masa berikutnya mendapat kritikan dari Both dan Sundrum, karena dalam kenyataannya beras tidak merupakan bahan kebutuhan pokok penduduk pedesaan yang miskin terutama di Pulau Jawa.

Selain itu, taksiran Sajogyo masih mengundang kritik karena digunakannya data konsumsi rumah tangga dan mengalihkannya menjadi data dalam arti per kapita, yaitu dengan membaginya dengan ukuran rumah tangga rata-rata di setiap daerah. Di sini dianggap ukuran rumah tangga dalam setiap kelompok pengeluaran masyarakat adalah sama sedangkan pada kenyataannya tidak demikian (Suparta, 1997).

Dalam literatur studi kemiskinan didokumentasikan bahwa ukuran garis kemiskinan berdasarkan kemampuan pengeluaran per kapita untuk memenuhi suatu tingkat minimum kebutuhan kalori mula-mula dikemukakan oleh Den Daker dan Rath pada tahun 1971 dalam studi mereka di India. Ukuran garis kemiskinan ini kemudian diterapkan di Indonesia oleh BPS (Arief, 1993). Di Indonesia untuk pertama kali BPS (tahun 1984) menetapkan garis kemiskinan berdasarkan nilai makanan dalam rupiah setara dengan 2.100 kalori per orang setiap hari ditambah dengan kebutuhan non pangan yang utama seperti sandang, pangan, transportasi, dan pendidikan.

Tolok ukur kemiskinan dari BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) dikategorikan ke dalam kelompok Pra KS 1 (Pra Keluarga Sejahtera Tahap Pertama) disebut miskin, bila lima indikator di bawah ini tidak dipenuhi oleh keluarga tersebut, yakni :

1. Anggota keluarga melaksanakan ibadah agama;
2. Pada umumnya anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih;
3. Anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, belanja/sekolah, dan bepergian;
4. Bagian lantai yang terluas bukan dari tanah; dan
5. Anak sakit atau pasangan usia subur ingin ber KB dibawa ke sarana kesehatan.

Departemen Sosial menetapkan bahwa seseorang individu berada di bawah Garis Fakir Miskin (GFM) apabila tidak dapat memenuhi kebutuhan pokok minimal, yaitu sejumlah rupiah untuk membayar makanan setara 2.100 kkal sehari ditambah nilai sewa rumah dan nilai satu stel pakaian. Batas

miskin untuk makanan ditambah pengeluaran minimum untuk pemenuhan kebutuhan bukan makanan itulah yang disebut Garis Kemiskinan.

Secara geografis, Palembang terletak pada  $2^{\circ}59'27.99''$ LS  $104^{\circ}45'24.24''$ BT. Luas wilayah Kota Palembang adalah 102,47 Km<sup>2</sup> dengan ketinggian rata-rata 8 meter dari permukaan laut. Letak Palembang cukup strategis karena dilalui oleh jalan Lintas Sumatera yang menghubungkan antar daerah di Pulau Sumatera. Selain itu di Palembang juga terdapat Sungai Musi, yang dilintasi Jembatan Ampera yang berfungsi sebagai sarana transportasi dan perdagangan antar wilayah. Pada pertumbuhan ekonomi Kota Palembang sendiri cenderung meningkat di sektor tersier yang kerap disebut usaha jasa. Sedangkan pertumbuhan kegiatan ekonomi di sektor sekunder dengan industri pengolahan sebagai lokomotifnya, mengalami penurunan. Industri nonmigas memberi kontribusi sebesar 61 persen. Sebagian besar nilai industri pengolahan tersebut disumbang oleh industri pupuk PT Pupuk Sriwijaya yang mampu menyerap 36 persen dari 50.950 orang tenaga kerja yang terdaftar di Dinas Tenaga Kerja Kota Palembang. Dari data tahun 2002, kontribusi yang cukup signifikan membangun perekonomian Kota Palembang yaitu sektor industri pengolahan dan penggalian (40,23%) yaitu industri makanan seperti empek-empek, krupuk ikan dan kemplang hasil olahan dari bahan dasar ikan, juga industri tenun songket. Dalam lapangan usaha ini, industri non migas memberi kontribusi sebesar 61 %. Sebagian besar disumbang oleh industri pupuk PT Pupuk Sriwijaya, yang berdiri megah di tepi Sungai Musi. Kemudian diikuti oleh sektor perdagangan, hotel dan restoran (22,07%), sektor pengangkutan dan komunikasi (14,21%), sektor

jasa-jasa (10,25%).Sedangkan sektor lainnya (13,24%) meliputi sektor pertambangan,bangunan,pertanian dan,listrik,gas rata-rata 3-4%.([www.palembang.go.id](http://www.palembang.go.id)). Kota ini memiliki komunitas Tionghoa cukup besar.Makanan seperti pempek atau tekwan yang terbuat dari ikan mengesankan "Chinese taste" yang kental pada masyarakat Palembang,ni,Pempe,Tekwan,Model,Laksan,Celimpungan,Mie Celor,Burgo,Pindang Patin,Pindang Tulang,Malbi,Tempoyak,Otak-otak,Kemplang,Kerupuk,Kue Maksubah,Kue Delapan Jam,Kue Srikayo.([kppnpalembang.net/index.php/profil.com](http://kppnpalembang.net/index.php/profil.com)) .

Berdasarkan keadaan dan masalah-masalah diatas,saya melakukan penelitian berdasarkan data RISKESDAS untuk membuktikan adanya hubungan status sosial ekonomi terhadap asupan konsumsi protein pada anak usia 7-12 tahun di Propinsi Sumatra Selatan.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

Adanyakekurangan energi protein tidak hanya disebabkan oleh asupan dari makanan yang kita konsumsikurang, tetapi dapat juga di akibatkan oleh adanya suatu penyakit. Anak yang mendapatkan makanan yang cukup baik, tetapi sering diserang diare atau demam,pada akhirnya dapat menderita kurang energi protein. Sebaliknya anak yang sering makan tetapi tidak cukup baik daya tahan tubuhnya dapat melemah.Dalam keadaan demikian anak tersebut mudah diserang infeksi,nafsu makan, dan akhirnya mudah terkena kurang energi protein (Soekirman, 1999 : 85).

Dengan mengkonsumsi makanan merupakan salah satu faktor yang secara langsung berpengaruh terhadap status gizi seseorang, keluarga dan masyarakat. Rendahnya prevalensi konsumsi pangan atau kurangnya konsumsi makanan yang beraneka ragam atau seimbangya masukan zat-zat gizi dari makanan yang dikonsumsi mengakibatkan terlambatnya pertumbuhan organ dan jaringan tubuh, terjadinya penyakit dan a dapat mengakibatkan lemahnya daya tahan tubuh terhadap serangan penyakit serta menurunnya kemampuan kerja. Hal ini tentunya akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang. Pada umur 7-12 tahun protein sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan tubuh dan perkembangan otak. Salah satu alternatif untuk memenuhi kebutuhan akan sumber protein hewani adalah ikan. Kandungan yang terdapat pada protein didalam ikan tidak kalah baiknya dengan kandungan protein yang berasal dari daging dan telur. Selain itu ikan adalah salah satu sumber protein hewani yang harganya lebih murah ekonomis dibandingkan dengan sumber protein hewani lainnya seperti daging sapi dan ayam yang harganya relatif lebih mahal (Yuli Hartati:UNDIP:2006)

### **1.3 Pembatasan Masalah**

Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data Sekunder, sehingga masalah penelitian ini dibatasi pada hubungan status ekonomi asupan protein terhadap status gizi pada anak usia 7-12 tahun di Propinsi Sumatra Selatan.

#### **1.4 Perumusan Masalah**

Dengan Adanya uraian pada latar belakang di atas, maka didapat identifikasi masalah dan pembatasan masalah, sehingga penulis dapat merumuskan masalah apakah ada hubungan status ekonomi terhadap asupan protein yang berpengaruh dengan status gizi pada anak usia 7-12 tahun di Propinsi Sumatra Selatan?

#### **1.5 Tujuan Penelitian**

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

Untuk mengetahui hubungan status ekonomi terhadap asupan protein pada usia 7-12 tahun di Propinsi Sumatera Selatan.

##### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui karakteristik sampel umur/Jenis kelamin pada anak usia 7-12 tahun di Propinsi Sumatra Selatan.
- b. Mengidentifikasi status ekonomi terhadap asupan konsumsi protein pada anak usia 7-12 tahun (laki-laki dan perempuan) di Propinsi Sumatra Selatan.
- c. Mengidentifikasi konsumsi protein rata-rata per hari pada anak usia 7-12 tahun berdasarkan IMT/U di Propinsi Sumatra Selatan.
- d. Mengidentifikasi status gizi anak usia 7-12 tahun di Propinsi Sumatra Selatan.
- e. Menganalisis hubungan status ekonomi terhadap status gizi dan asupan protein pada anak usia 7-12 tahun di Propinsi Sumatra Selatan.

- f. Menganalisis hubungan asupan protein terhadap status gizi anak usia 7-12 tahun di Propinsi Sumatra Selatan.

### **1.6 Manfaat Penelitian**

#### **1. Bagi Praktisi**

Manfaat dari penelitian yang berdasarkan dari data riskesdas ini, dapat digunakan sebagai sumber informasi tentang adanya hubungan status ekonomi terhadap asupan protein yang berpengaruh pada status gizi anak usia 7-12 tahun di Propinsi sumatra selatan.

#### **2. Bagi Institusi**

Dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi tambahan untuk pengambilan kebijakan pada upaya peningkatan asupan konsumsi protein pada status ekonomi masyarakat yang memiliki pola makan yang kurang baik terutama pada makanan yang siap saji yang memiliki dampak yang buruk terhadap kesehatan dan tumbuh kembang anak.

#### **3. Bagi Pendidikan**

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu sumber pengetahuan bagi para praktisi maupun mahasiswa dibidang kesehatan terutama pada jurusan ilmu gizi mengenai hubungan status ekonomi terhadap asupan protein pada anak usia 7-12 tahun di Propinsi Sumatra Selatan.