

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tingkat kemiskinan di Indonesia pada tahun 2007 mencapai 37,2 juta jiwa atau sekitar 16,58 persen dari populasi Indonesia, dengan garis kemiskinan berdasarkan pendapatan per kapita Rp.166.697,00 per bulan. Sedangkan Tingkat kemiskinan di Indonesia pada tahun 2008 mencapai 21,9 persen atau 41,7 juta jiwa dari populasi Indonesia, dengan garis kemiskinan berdasarkan pendapatan per kapita Rp.195.000,00 per bulan (LIPI, 2008). Salah satu akibat dari kemiskinan adalah ketidakmampuan rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan pangan dalam jumlah dan kualitas yang baik. Hal ini berdampak pada kekurangan gizi, baik gizi makro maupun mikro.

Saat ini diperkirakan sekitar 50 persen penduduk Indonesia atau lebih dari 100 juta jiwa mengalami berbagai macam masalah gizi yaitu gizi kurang dan gizi lebih. Masalah gizi kurang, sering tidak terdeteksi dan tidak cepat ditanggulangi, padahal dapat menimbulkan masalah besar. Selain gizi kurang, Indonesia juga mulai menghadapi masalah gizi lebih dengan kecenderungan semakin meningkat dari waktu ke waktu (BPPN, 2007). Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FK-UI) yang dilakukan oleh dr. Widodo Judarwanto, Sp.A, Jakarta, pada tahun 2000, tentang kegemukan pada anak-anak, yang dilakukan terhadap 254 anak SD di Ibukota dengan usia 6-12 tahun, menyimpulkan sebanyak 27,5 persen anak-anak usia SD mengalami obesitas.

Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2004, diketahui bahwa gizi baik pada anak usia sekolah dan remaja usia 5-17 tahun sebesar 74 persen, gizi kurang 18 persen dan gizi lebih sebesar 8 persen. Prevalensi gizi kurang paling tinggi pada anak usia sekolah dasar yaitu 21 persen. Prevalensi gizi lebih cukup tinggi pada kelompok usia 5-15 tahun.

Gizi kurang pada anak usia sekolah, dapat bermanifestasi pada gangguan tumbuh kembang, menurunkan kecerdasan intelektual dengan rata-rata IQ 11

point lebih rendah dibandingkan rata-rata IQ anak yang tidak kekurangan gizi dan mengakibatkan potensi putus sekolah menjadi tinggi. Pada saat usia dewasa kelompok tersebut tidak produktif, yang menyebabkan beban bagi keluarga dan perekonomian (Sri Hartati Samhadi, 2006).

Prevalensi gizi buruk di Kota Jayapura yang dilakukan survei setiap 2 tahun, pada tahun 2003 sebesar 16 persen dan gizi kurang 28,9 persen. Angka gizi buruk di Kota Jayapura pada tahun 2005 menurun menjadi 3,7 persen, sedangkan gizi kurang 14,3 persen (Dinas Kesehatan Papua, 2009). Prevalensi gizi buruk di Kota Bandung yang dilakukan survei setiap 2 tahun, pada tahun 2003 sebesar 0,86 persen dan gizi kurang 9,81 persen, dan pada tahun 2005 sebesar 10,84 persen dan gizi kurang 0,93 persen (SP3 & Seksi Gizi Dinkes Kota Bandung, 2007).

Proses tumbuh kembang anak dapat berlangsung secara alamiah, tetapi proses tersebut sangat tergantung pada pengawasan orang dewasa atau orang tua terhadap status gizi anak. Periode penting dalam tumbuh kembang anak usia sekolah adalah usia 6-8 tahun. Karena pada masa ini pertumbuhan dasar akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Pada usia 6-8 tahun ini perkembangan emosional, dan intelektual berjalan sangat cepat. Pada masa periode kritis ini, diperlukan rangsangan atau stimulasi yang berguna agar potensinya berkembang. Pertumbuhan dan perkembangan anak akan optimal bila kebutuhan gizi anak terpenuhi, bahkan sejak bayi masih dalam kandungan (Nia Kania, 2006).

Data tentang gambaran status gizi pada anak usia sekolah di Indonesia masih sedikit diketahui. Penelitian ini bermaksud untuk mengetahui perbandingan gambaran status gizi pada anak usia 6-8 tahun di SD X Kota Bandung dan SD Y Kota Jayapura, penulis ingin mengetahui prevalensi gizi buruk, gizi kurang, dan gizi lebih di kedua Sekolah Dasar yang berbeda lokasi tersebut. Berdasarkan pengamatan pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, siswa-siswi di kedua SD tersebut berasal dari keluarga ekonomi menengah ke bawah yang diperkirakan banyak anak usia sekolah mengalami gizi kurang.

1.2 Identifikasi Masalah

1. Bagaimana gambaran status gizi anak usia 6-8 tahun di SD X Kota Bandung berdasarkan prevalensi dan proporsi status gizi terbanyak
2. Bagaimana gambaran status gizi anak usia 6-8 tahun di SD Y Kota Jayapura berdasarkan prevalensi dan proporsi status gizi terbanyak
3. Bagaimana proporsi populasi gizi kurang dibanding dengan gizi lebih di SD X Kota Bandung dan SD Y Kota Jayapura
4. Bagaimana prevalensi *underweight*, *overweight*, *wasted* dan *stunting* di SD X Kota Bandung dan SD Y Kota Jayapura

1.3 Maksud dan Tujuan

1.3.1 Maksud

Maksud dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui gambaran status gizi anak usia sekolah di Kota Bandung dan Kota Jayapura.

1.3.2 Tujuan

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui perbandingan gambaran status gizi anak usia 6-8 tahun di SD X Kota Bandung dan SD Y Kota Jayapura.

1.4 Kegunaan Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Kegunaan Akademis:

- Menambah pengetahuan tentang gizi kurang dan gizi lebih.

- Menambah pengetahuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi anak.
- Menambah wawasan mengenai perkembangan status gizi anak di Indonesia pada umumnya dan Kota Bandung beserta Kota Jayapura pada khususnya.

1.4.2 Kegunaan Praktis:

- Sebagai masukan bagi pihak yang bersangkutan dalam upaya pencegahan dan perbaikan gizi di Indonesia khususnya di Bandung dan Jayapura.
- Sebagai masukan untuk sekolah dalam meningkatkan usaha kesehatan di sekolah dan meningkatkan status gizi siswa.

1.5 Metode Penelitian

Rancangan penelitian bersifat *cross-sectional* dengan metode penelitian survei deskriptif. Pengumpulan data dilakukan secara *whole sample*, dengan kriteria sampel adalah anak yang berusia 6-8 tahun di SD X Kota Bandung dan SD Y Kota Jayapura. Pengambilan data menggunakan metode antropometri berdasarkan pengukuran berat badan dan tinggi badan. Data yang diperoleh kemudian ditentukan standar deviasi unit / *Z-scores* lalu diklasifikasikan status gizinya menurut WHO-NCHS dengan indeks BB/U, TB/U, dan BB/TB. Hasil pengolahan data disajikan dalam bentuk diagram dan tabel.

1.6 Lokasi dan Waktu

1.6.1 Lokasi Penelitian

SD X Kota Bandung dan SD Y Kota Jayapura.

1.6.2 Waktu Penelitian

Bulan Desember 2009 – Desember 2010.