

PERBEDAAN STATUS GIZI BALITA PADA KELUARGA MISKIN PEROKOK DAN BUKAN PEROKOK

Differences in Nutritional Status Toddlers In Poor Families Smokers And Not Smoker

Sarwa^{1*}; Liliek Wijayati²

^{1,2} STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap
Jl. Cerme No. 24 Sidanegara Cilacap 53223
sarwa@stikesalirsyadelp.ac.id

ABSTRAK

Periode anak usia bawah lima tahun (Balita) merupakan periode penting dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak. Status gizi kurang pada masa Balita dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan badan, perkembangan otak, dan penurunan daya tahan tubuh. Jumlah kematian anak yang disebabkan oleh keadaan gizi buruk saat ini masih tinggi. Penyebab gizi kurang pada Balita selain pola asuh yang salah juga banyak dikaitkan dengan sosial ekonomi yang rendah. Pada keluarga miskin penggunaan uang untuk rokok 9 kali pengeluaran untuk pendidikan dan 15 kali pengeluaran untuk kesehatan. Fenomena menunjukkan bahwa balita dengan gizi kurang cenderung berasal dari keluarga miskin dengan kepala keluarga perokok. Penelitian bertujuan untuk memperoleh gambaran perbedaan status gizi Balita pada keluarga miskin perokok dan bukan perokok. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain *case control*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita. Pengambilan sampel secara *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 60 responden yang terdiri dari 30 responden keluarga miskin perokok dan 30 responden keluarga miskin bukan perokok. Penelitian ini menggunakan analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square*. Berdasarkan analisis data hasil penelitian menunjukkan bahwa, status gizi Balita berdasarkan indeks BB/U dari keluarga miskin perokok dan bukan perokok secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ($p_v = 0,333$ pada $\alpha = 0,05$).

Kata Kunci : *Status gizi, Balita, keluarga, miskin, perokok.*

ABSTRACT

Period of children aged under five years old (Toddlers) was an important period in the process of growth and development of children. Malnutrition status during the toddler can cause growth retardation body, brain development, and decreased endurance. The number of child deaths caused by malnutrition situation is still high. The cause of malnutrition in Toddlers besides the wrong upbringing also many associated with low socioeconomic. In poor families use the money for cigarettes 9 times the expenditure on education and 15 times the expenditure on health. Phenomenon shows that infants with malnutrition tend to come from poor families with heads of household smokers. The research aims to obtain a picture of the differences in the nutritional status of poor families Toddler smokers and nonsmokers. This research is descriptive analytic with case control design. The population in this study were all toddlers. Sampling is purposive sampling with a sample size of 60 respondents consisting of 30 respondents poor families of smokers and 30 nonsmokers respondents poor families. This study uses statistical analysis using Chi-Square test. Based on the data analysis of the results showed that, based on an index of nutritional status Toddler BB / U from poor families of smokers and nonsmokers was statistically no significant difference ($p_v = 0.333$ at $\alpha = 0.05$).

Keyword: Nutritional status, toddler, family, poor, smokers.

PENDAHULUAN

Periode anak usia bawah lima tahun (Balita) merupakan waktu penting dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak. Pada periode perkembangan kemampuan bahasa, kreatifitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelegensia berjalan sangat cepat (Sutomo, B & Anggraini D.Y, 2010). Hal ini membuat anak lebih aktif bermain dengan lingkungannya sehingga dapat menyebabkan penurunan nafsu makan yang berakibat pada penurunan berat badan balita. Penurunan berat badan ini akan menimbulkan masalah gizi kurang (Purwitasari, D & Maryanti, D, 2009).

Status gizi kurang pada masa balita dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan badan, perkembangan otak, dan penurunan daya tahan tubuh. Penanganan yang kurang baik pada status gizi kurang akan menyebabkan gizi buruk yang dapat mengakibatkan meningkatnya resiko kesakitan dan kematian pada Balita (Pandi, Emma, & Wirakusumah, 2012).

Jumlah kematian anak yang disebabkan oleh keadaan gizi buruk saat ini masih tinggi. Berdasarkan penelitian dari Badan Kesehatan Dunia tahun 2011 memperkirakan bahwa 54% insiden kematian anak di dunia disebabkan oleh keadaan gizi yang buruk. Angka kejadian masalah gizi di Indonesia mengakibatkan lebih dari 80%

kematian pada anak. Berdasarkan sumber lain menyebutkan bahwa angka Balita dengan status gizi kurang di Indonesia mencapai 17,9% (Depkes RI : 2010).

Penyebab masalah gizi pada balita banyak dikaitkan dengan pola asuh dan daya beli makanan yang kurang pada keluarga. Kejadian masalah gizi khususnya gizi kurang dan gizi lebih kebanyakan diakibatkan oleh pola asuh orang tua yang salah dalam memberikan asupan gizi pada balitanya. Keadaan sosial ekonomi keluarga merupakan salah satu faktor yang menentukan jumlah makanan yang tersedia dalam keluarga sehingga turut menentukan status gizi anggota keluarga (Depkes RI, 2010).

Merokok pada keluarga miskin mengakibatkan gizi buruk pada anak karena orang tua lebih mengutamakan membeli rokok dibandingkan dengan membeli beras, telur, ikan, dan makanan bergizi lainnya. Belanja rokok telah menggeser kebutuhan terhadap makanan bergizi yang esensial untuk tumbuh kembang anak balita. Tingginya angka Balita yang bergizi buruk akan berpotensi meningkatkan angka kematian balita (Sholahudin, 2010).

Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional Tahun 2004 menunjukkan proporsi pengeluaran untuk rokok masyarakat termiskin (K1) lebih tinggi dibandingkan dengan masyarakat terkaya (K5).

Perbandingan pengeluaran untuk rokok pada K1 dan K5 tahun 2004 adalah 10,9 : 9,7 (Setiaji, 2008). Penelitian lain yang terkait dari Lembaga Demografi Universitas Indonesia Tahun 2010 menunjukkan pada masyarakat miskin penggunaan uang untuk rokok 9 kali pengeluaran untuk pendidikan dan 15 kali pengeluaran untuk kesehatan. Data ini semakin menguatkan bahwa masyarakat miskin sebagai kelompok terbesar dalam konsumsi rokok dan semakin memperburuk kemiskinannya (Sholahudin, 2010).

Puskesmas Cilacap Utara I Kabupaten Cilacap memiliki wilayah kerja yang terdiri dari 3 kelurahan yaitu : Kelurahan Gumilir, Kebonmanis dan Mertasinga. Berdasarkan Data Laporan Status Gizi Balita di Puskesmas Cilacap Utara I Bulan Desember Tahun 2013, jumlah balita mencapai 3.197 anak. Dari jumlah tersebut hanya 2.460 anak (77%) yang datang menimbang di Posyandu. Status gizi Balita yang datang menimbang dilihat dari Kartu Menuju Sehat (KMS) masih terdapat sekitar 1,38 % dengan status gizi kurang, dan 2,7% dengan status gizi lebih.

Berdasarkan penelitian Wulandari (2013) diketahui bahwa pola pemenuhan nutrisi pada Balita gizi kurang di Puskesmas Cilacap Utara I berdasarkan jenis makanan yang dikonsumsi banyak yang bersifat *Junk*

Food dan *Softdrink*. Berdasarkan jumlahnya masih kurang dari porsi yang seharusnya dan sering tidak dihabiskan, serta berdasarkan frekuensinya hanya dua kali dalam sehari. Berdasarkan survei awal di lokasi penelitian diperoleh fenomena yang menunjukkan bahwa Balita dengan gizi kurang cenderung berasal dari keluarga miskin dengan kepala keluarga perokok. Pada beberapa kasus, balita dari keluarga miskin yang bukan perokok tidak mengalami gizi kurang.

Tujuan Penelitian ini adalah untuk menganalisa perbedaan status gizi Balita antara keluarga miskin perokok dan keluarga miskin bukan perokok di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Utara I.

METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan rancangan *case control analitik*. Dalam penelitian ini, pengukuran data tentang status gizi balita dan perilaku merokok pada keluarga yang dijadikan responden dilakukan saat responden melakukan kunjungan ke pelayanan Puskesmas atau Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I. Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Cilacap Utara I Kabupaten Cilacap. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Balita dari keluarga miskin yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Utara I yang datang

ke pelayanan Posyandu dan Puskesmas Cilacap Utara I dengan kriteria inklusi : usia Balita di atas 1 tahun dan di bawah 5 tahun, orang tua Balita bisa membaca dan menulis, mempunyai *income perkapita* \leq Rp. 600.000 per hari dan bukan kemiskinan absolut. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 60 responden yang terdiri dari 30 responden kelompok kasus yaitu keluarga miskin perokok dan 30 responden kelompok kontrol yaitu keluarga miskin bukan perokok. Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah Buku Kohort Posyandu dan Kartu Menuju Sehat (KMS) Balita untuk data sekunder serta kuisioner terstruktur untuk data primer responden. Data yang telah terkumpul dikelompokkan menurut jenis dan keperluannya. Analisis statistik dilakukan dengan uji *Chi-Square* untuk menganalisis perbedaan status gizi Balita pada keluarga miskin perokok dan bukan perokok.

HASIL

Analisis data hasil penelitian untuk melihat gambaran status gizi Balita dari keluarga miskin perokok dan bukan perokok dilakukan analisis statistik dengan uji *chi-square*. Hasil analisis perbedaan status gizi Balita berdasarkan indeks BB/U dari keluarga miskin perokok dan bukan perokok di sajikan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 1. Status Gizi Balita Keluarga Miskin Perokok dan Bukan Perokok Berdasarkan Persentase Median BB/U

Variabel	Perokok		Bukan Perokok		N
	f	%	f	%	
Status Gizi					
Baik	22	73,3	26	86,6	48
Sedang	8	26,6	4	13,3	12
Kurang	0	0	0	0	0
Buruk	0	0	0	0	0
N	30		30		60

$$\chi^2 = 0,938 ; p_v = 0,333 \text{ pada } \alpha = 0,05$$

Sumber : Data Primer diolah : 2016

Tabel di atas menunjukkan berdasarkan indeks BB/U jumlah balita dengan status gizi baik pada keluarga bukan perokok sebanyak 26 orang (86,66%), status gizi sedang sebanyak 4 orang (13,33) dan tidak ada balita dengan status gizi kurang atau buruk. Pada keluarga miskin perokok jumlah balita dengan status gizi baik sebanyak 22 orang (73,33%), status gizi sedang 8 orang (26,66%), dan tidak ada Balita dengan status gizi sedang atau buruk. Status gizi Balita berdasarkan indeks BB/U dari keluarga miskin perokok dan bukan perokok secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ($p_v = 0,333$ pada $\alpha = 0,05$).

PEMBAHASAN

Analisis perbedaan status gizi Balita dari keluarga miskin perokok dan bukan perokok berdasarkan indeks berat badan menurut umur (BB/U). Data hasil penelitian menunjukkan jumlah balita dengan status gizi baik pada keluarga bukan perokok yaitu

sebanyak 26 orang dan pada keluarga perokok yaitu sebanyak 22 orang. Berdasarkan indeks BB/U, tidak ada Balita yang menderita status gizi kurang dan status gizi buruk pada keluarga miskin perokok maupun bukan perokok. Status gizi balita menurut indeks BB/U dari keluarga miskin perokok dan bukan perokok secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ($p = 0,333$ pada $\alpha = 0,05$).

Tidak adanya perbedaan status gizi pada balita dari keluarga miskin perokok dan bukan perokok pada penelitian ini dapat disebabkan karena orang tua subyek penelitian walaupun dari keluarga miskin (*income per kapita* \leq Rp. 600.000 per bulan) tetapi tidak termasuk miskin absolut. Selain itu, walaupun orang tuanya merokok tetapi masih memprioritaskan pemenuhan kebutuhan gizi anak-anaknya. Hal ini sesuai dengan ungkapan kualitatif dari beberapa ibu balita yang menyebutkan bahwa walaupun penghasilan keluarga tidak menentu tetapi pemenuhan gizi anaknya tetap menjadi prioritas yang pertama.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian Rosmayanti tahun 2015 di Desa Nusawangi Kecamatan Cisayong Kabupaten Tasikmalaya, yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok anggota keluarga di dalam rumah dengan status gizi

Balita. Pada penelitian Sudikno, Sudikno Tahun 2012 menunjukkan bahwa besarnya resiko atau Odds Rasio (OR) Balita dari rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 4 dan 5 untuk menderita status gizi kurus dan sangat kurus sangat kecil yaitu hanya 1,21 kali lebih tinggi dibandingkan dengan Balita dari rumah tangga dengan pengeluaran rokok kuintil 1,2, dan 3 setelah dikontrol variabel pendidikan ibu, pendidikan dan pekerjaan kepala keluarga.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Sholahudin, Umar tahun 2010 yang menyebutkan bahwa perilaku merokok pada sebuah keluarga miskin mengakibatkan gizi buruk pada anak. Hal ini terjadi karena orang tua lebih mengutamakan membeli rokok dibandingkan dengan membeli beras, telur, ikan, dan makanan bergizi lainnya. Belanja rokok telah menggeser kebutuhan terhadap makanan bergizi yang esensial untuk tumbuh kembang anak Balita. Tingginya angka Balita yang bergizi buruk akan berpotensi meningkatkan angka kematian pada Balita. Pada penelitian Priono tahun 2010 juga menyebutkan bahwa status gizi anak dari keluarga perokok lebih buruk dibandingkan status gizi anak dari keluarga bukan perokok. Penelitian Khasanah Tahun 2013 dengan mengambil subyek penelitian

anak usia sekolah dasar, hasilnya juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara frekuensi merokok dengan status gizi pada anak usia sekolah ($p < 0,05$).

KESIMPULAN

- a. Gambaran status gizi Balita berdasarkan BB/U pada keluarga miskin perokok adalah 22 orang (73,33%) status gizi baik, 8 orang (26,66%) status gizi sedang, dan tidak adayangstatus gizinya kurang atau buruk.
- b. Gambaran status gizi Balita berdasarkan BB/U pada keluarga miskin bukan perokok adalah 26 orang (86,66%) status gizi baik, 4 orang (13,33%) status gizi sedang, dan tidak ada yang status gizinya kurang atau buruk.
- c. Status gizi Balita berdasarkan indeks BB/U dari keluarga miskin perokok dan bukan perokok secara statistik tidak ada perbedaan yang bermakna ($p = 0,333$ pada $\alpha = 0,05$).

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia, UPT PPM STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap, UPT Puskesmas Cilacap Utara 1, dan seluruh responden di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Utara 1.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2005. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- Almatsier, S. Suetardjo, Soekatri 2011. *Gizi Seimbang dalam Daur Kehidupan*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Aula, L.E., *Stop Merokok*. Yogyakarta : Garailmu
- Priono, 2010. *Orang Tua Perokok akan Memperberat Masalah Kurang gizi Anak, Karena Alokasi Anggaran Bahan Pangan lebih Murah* <<https://staff.blog.ui.ac.id/priono/33>>. 19 Februari 2010. Diunduh tanggal 21 Agustus 2016.
- Badan Pusat Statistik, 2007. *Analisis Tipologi Kemiskinan*.
- Depkes RI, 2010. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kemenkes RI.
- Depkes RI. 2011. *Dampak Gizi Kurang*. Diunduh tanggal 11 Januari 2012. Internet : <<http://thesis.binus.ac.id/doc/Bab3/2011-2-00517-c%203.pdf>>.
- Komalasari dan Helin, 2002. *Faktor-faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Remaja*, Jurnal Psikologi Universitas Gajah Mada, Vol. 2. Yogyakarta : UGM Press
- Khasanah, Huswatun, 2013. *Hubungan Frekuensi Merokok Dengan Status Gizi Pada Anak Usia Sekolah Dasar di RT 07 RW 08 Kelurahan Sawah Besar Semarang*. Program Studi S1 Keperawatan Fikkes Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Maskuri, F., 2012. *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Frekuensi Merokok Pada Masyarakat Miskin di Desa Jenang Kecamatan Majenang. Kabupaten Cilacap Tahun 2012*. Skripsi. Program Studi S1 Keperawatan STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap.

- Nasution, 2009. *Gambaran Status Gizi Anak Balita Gizi Kurang Setelah Mendapatkan Pemberian Makanan Tambahan di Puskesmas Mandala Medan*. Penelitian Gelar Sarjana Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Nasution Indri Kemala, 2007. *Perilaku Merokok Pada Remaja*. Jurnal Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Medan.
- Pandi, Emma, Wirakusumah. 2012. *Panduan Lengkap Makanan Balita*. Jakarta : Penebar Swadaya Grup. Pengusaha Rokok (Tembakau), Kaya Dari Orang Miskin Dan Mau Sakit., 2011, diunduh tanggal 5 Desember 2012 <<http://www.iniuunik.web.id>>.
- Proverawati, A., 2010. *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Proverawati, A dan Kusumawati, E., 2010. *Ilmu Gizi Untuk Keperawatan dan Gizi Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medica.
- Purwitasari, D & Maryanti, D. 2009. *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Pujosuwarno, S., 1994. *Bimbingan Dan Konseling Keluarga.*, Yogyakarta : Menara Mas Offset.
- Rosmayanti Ai, 2015. *Hubungan Kebiasaan Merokok Anggota Keluarga di Dalam Rumah Dengan Status Gizi Balita di Desa Nusawangi Kecamatan Cisayong Kabupaten Tasikmalaya*. Program Studi S1 Keperawatan STIKES Bakti Kencana Tasikmalaya.
- Sholahudin, Umar, 2010. *Merokok Memperburuk Kemiskinan.*, diunduh tanggal 5 Desember 2013 <<http://www.harianbhirawa.co.id>>.
- Sutomo, B & Anggraini D.Y, 2010. *Menu Sehat Alami Untuk Balita dan Batita*. Jakarta : PT Agromedia Pustaka.
- Sudikno, Sudikno, 2012. *Hubungan Pengeluaran Rokok Rumah Tangga Dengan Status Gizi Balita*. Puslitbang Gizi dan Makanan. Kemenkes RI.
- Wulandari, A.D 2013. *Gambaran Pola Pemenuhan Nutrisi Pada Balita Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I Tahun 2013*. Karya Tulis Ilmiah. Cilacap : Prodi D3 Kebidanan STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah.