

## Status Gizi Anak Baru Masuk Sekolah di Kota Denpasar

Ni Made Ayu Suastiti \*<sup>1</sup>, Ni Ketut Sutiari <sup>1</sup>

Alamat: PS Ilmu Kesehatan Masyarakat Fak. Kedokteran Universitas Udayana

Email: ayusuastiti@yahoo.com

\*Penulis untuk berkorespondensi

### ABSTRACT

The proportion of newly enrolled elementary students at age 6-9 years in city of Denpasar in 2007 that consider as stunted was 36,1%. Proportion of thin boys was 9,2% and thin girls 7,4%. Meanwhile, boys and girls who were overweight was 18,3% and 11,5%, respectively. Newly enrolled elementary students are risk of getting nutritional problem either under or overweight. The aim of this study was to analyze the nutritional status of newly enrolled elementary students in City of Denpasar in 2011 based on antropometric indexes including weight for age, height for age and BMI for age.

This was an observational study that applying cross sectional design. There were 300 samples in the study that were selected by cluster random sampling method. The data for determining the nutritional status of the children was obtained and analyzed from report of the newly enrolled elementary students health screening in 2011. It then was presented in either table or description.

It was found that based on BMI for age index more than half of the children 59,30% had normal nutritional status, 26,70% was overweight and 14,00% was undernourished.

**Key Words:** newly enrolled elementary students, body weight, nutritional status

### PENDAHULUAN

Permasalahan gizi pada anak sekolah dasar merupakan masalah gizi ganda yaitu masalah gizi kurang dan masalah gizi lebih (Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2008). Masalah gizi kurang sering luput dari penglihatan ataupun pengamatan biasa serta seringkali tidak cepat dalam penanggulangannya, hal ini dapat memunculkan masalah besar (BAPPENAS, 2006).

Status gizi dapat dinilai melalui ukuran fisik salah satunya dengan pengukuran Tinggi Badan Anak Baru masuk Sekolah (TBABS), yang dilakukan setiap 5 tahun. Hasil pengukuran TBABS secara nasional tahun 1999 menunjukkan prevalensi anak baru masuk sekolah usia 6-9 tahun yang tergolong pendek/stunted sebesar 36,1 % (Pedoman Pengukuran TBABS, 2000). Secara umum gambaran Provinsi Bali untuk status gizi anak usia 6-14 tahun berdasarkan indeks masa tubuh (IMT)

menurut umur (U) melaporkan di Kota Denpasar prevalensi anak kurus laki-laki 9,2% dan perempuan adalah 7,4%, anak normal laki-laki 72,5% dan perempuan adalah 81,1% serta anak BB lebih laki-laki 18,3% dan perempuan adalah 11,5% (Risikesdas Provinsi Bali, 2007). Berdasarkan laporan Risikesdas Nasional (2010) untuk Provinsi Bali yaitu sangat kurus 5,9%, kurus 5,6%, normal 81,4% dan gemuk 7,1%, maka terlihat bahwa status gizi normal mengalami sedikit penurunan.

Penyebab langsung status gizi anak juga dipengaruhi oleh faktor tidak langsung, antara lain ketersediaan bahan makanan, pola konsumsi dan pola asuh (Risikesdas Provinsi Bali, 2007). Prilaku dan kebiasaan orang tua dalam menyediakan makanan keluarga di pengaruhi oleh faktor budaya, sehingga akan memengaruhi sikap suka tidak suka seorang anak terhadap makanan. Pola makan anak juga dipengaruhi oleh media masa dan lingkungan (Risikesdas, 2010). Aktivitas yang tinggi pada anak sekolah membutuhkan intake pangan dan gizi yang cukup dan berkualitas (Sudayasa, 2010). Makanan dengan kandungan gizi seimbang cukup energi dan zat gizi sesuai kebutuhan gizi anak sekolah sangat dianjurkan karena berguna untuk perkembangan fisik dan kognitif yang optimal (Muhilal dan Damayanti, 2006).

Berakhirnya Program TBABS di Indonesia tahun 1999/2000 yang disebabkan oleh keterbatasan dana. Penilaian status gizi atau program TBABS secara berkesinambungan sangat dibutuhkan untuk mendeteksi kejadian masalah gizi lebih dini dan mengetahui kecendrungan pertumbuhan fisik penduduk, guna dapat melakukan tindakan intervensi dan pencegahan masalah gizi ABS.

## **METODE**

Artikel ini merupakan hasil analisis data skunder dari data hasil penjarangan kesehatan anak sekolah di Kota Denpasar tahun 2011. Populasi pada penelitian ini adalah anak SD/MI kelas 1 yang masuk Tahun Ajaran 2011/2012, di Kota Denpasar, dengan besar sampel yang akan diambil adalah 300 sampel, menggunakan teknik cluster random sampling (Sudigdo dan Ismael, 2008).

Data yang dikumpulkan adalah data BB, TB dan umur ABS serta pendidikan dan pekerjaan orang tua yang diperoleh dengan melihat catatan buku register kelas 1 sekolah dasar di Kota Denpasar tahun 2011 Data status gizi ditentukan dengan melihat hasil pengukuran BB dan TB kemudian diolah menurut indeks IMT/U menggunakan program modifikasi WHO Anthro 2005 dan WHO Anthro 2007 , dengan klasifikasi sebagai berikut : Kurus bila  $z\text{-score} \leq -2$  ; Normal bila  $z\text{-score} > -2 - < 1 \text{ SD}$  ; BB lebih bila  $z\text{-score} \geq 1$ . Analisis jenis kelamin

terhadap status gizi menggunakan uji chi-square, sedangkan beda rata-rata nilai antropometri (indeks BB/U, TB/U, IMT/U) menggunakan uji t (independent t test) dengan  $\alpha = 5\%$ . Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

## HASIL

### Karakteristik Sampel

ABS yang dianalisis adalah sebanyak 300 sampel, dengan usia terbanyak adalah 6 tahun berjumlah 73,40% dengan 125 (73,96%) berjenis kelamin laki-laki serta 95(72,52%) berjenis kelamin perempuan. Orang tua sampel lebih banyak berpendidikan SMA/SMK 138 (46,00%) dan berprofesi/ bekerja sebagai pegawai swasta 166 (55,33%). Pada tabel 1. dapat dilihat rata-rata pencapaian BB ABS menurut jenis kelamin yaitu  $21,98 \pm 4,81 \text{ kg}$ , ada perbedaan yang bermakna antara laki dan perempuan ( $p=0,03$ ), pada TB ABS juga terdapat perbedaan yang bermakna antara laki dan perempuan ( $p=0,00$ ) dengan rata-rata TB ABS,  $118,10 \pm 7,58 \text{ cm}$ , dan rata-rata IMT ABS menurut jenis kelamin,

perbedaan yang bermakna antara laki dan perempuan ( $p=0,62$ ).

### Status Gizi ABS

Menunjukkan status gizi dalam penelitian ini adalah sebagian besar normal 178 (59,30%), status gizi tidak normal terdiri dari sangat kurus, 16(5,30%); kurus 26(8,70%); BB lebih 42 (14,00%) dan obesitas 38(12,70%). Berdasarkan uji statistik dengan uji Chi Square ( $X^2$ ) pada CI 95% diperoleh nilai  $p = 0,21$  ( $p > 0,05$ ) dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap status gizi menurut IMT/U pada ABS di Kota Denpasar

## DISKUSI

Indikator IMT/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut dengan identifikasi masalah kekurusan dan dapat juga memberikan indikasi kegemukan (WHO, 2007 ; Supriasa, et al). Pada penelitian ini tidak ada perbedaan rata-rata IMT ABS ( $15,75 \text{ Kg/m}^2 \pm 3,06$ ) antara laki-laki dan perempuan dengan disebabkan hanya membandingkan BB an TB tanpa

Table 1. Rata-rata Pencapaian BB,TB,IMT berdasarkan Jenis Kelamin.

Parameter Antropometri	Jenis Kelamin			p*
	Laki-laki (rata-rata $\pm$ SD)	Perempuan (rata-rata $\pm$ SD)	Jumlah (rata-rata $\pm$ SD)	
BB	$22,60 \pm 5,15$	$21,35 \pm 4,46$	$21,98 \pm 4,81$	0,03
TB	$119,40 \pm 7,78$	$116,80 \pm 7,38$	$118,10 \pm 7,58$	0,00
IMT	$15,84 \pm 3,06$	$15,66 \pm 3,04$	$15,75 \pm 3,05$	0,62

\* = diuji dengan t-test berpasangan (*independent t-test*)

$15,75 \pm 3,05 \text{ kg/m}^2$ , dimana tidak terdapat melihat umur maka anak yang pendek dan

kuruspun terlihat berstatus gizi normal sebesar (59,30%).

Secara nasional Riskesdas(2010) ditemukan masalah kegemukan pada anak umur 6-12 tahun masih tinggi yaitu 9,20% dan Bali khususnya 7,10% masih di atas 5,00%, pada penelitian ini bahkan sangat tinggi yaitu 26,70%. ( 14,00% BB lebih dan 12,70% obesitas).

Meskipun prevalensi gizi lebih sudah menghawatirkan tetapi keberadaannya sebagai suatu ancaman nyata bagi kesehatan belum banyak disadari masyarakat, sehingga gizi lebih bisa dikategorikan sebagai ancaman yang tersembunyi bagi kehidupan manusia. Anak dengan kegemukan akan memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit kardiovaskuler dan diabetes melitus di kemudian hari. Ketut Sutiari, et al (2010) menemukan bahwa anak kelebihan BB sebesar 12,82% disebabkan karena kebiasaan makan anak yang sering mengkonsumsi makanan cepat saji, makanan dalam kaleng dan makanan yang mengandung soda. Padmiari dan Hadi

fast food yang biasa dikonsumsi semakin tinggi risiko anak untuk menderita obesitas.

Selain gizi lebih yang juga mengkhawatirkan adalah status kurang gizi (14,00%) sebagai diinterpretasi dari kekurangan gizi saat ini (akut) misalnya: terjadi wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang mengakibatkan anak menjadi kurus dimana riwayat gizi sebelumnya baik. (BAPPENAS, 2006).

Anak usia sekolah dasar yang kurang pemenuhan gizinya menjadi kurus, pendek, tidak aktif bergerak hal ini akan terbawa sampai Sekolah Menengah Atas. Akibatnya anak menjadi tidak maksimal dalam penyerapan ilmu, sehingga anak menjadi susah konsentrasi, cenderung malas, sering menguap, dan tidak kreatif mencari pemecahan masalah selama sekolah, serta saat lalu atau usia balita mengalami pola asuh yang kurang akibat pendidikan yang belum memadai (5,00% SD), kependekan disertai kekurusan pada usia dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degeneratif pada usia dewasa (Riskesdas, 2010)

Table 2. Distribusi ABS berdasarkan Status Gizi IMT/U menurut Jenis Kelamin.

Status Gizi	Jenis Kelamin		Jumlah (%)
	Laki(%)	Perempuan(%)	
Kurus	23(13,60)	19(14,50)	42(14,00)
Normal	95(56,20)	83(63,40)	178(59,30)
Lebih	51(30,20)	29(22,10)	80(26,70)
Total	169(100)	131(100)	300(100)

(2001) menyatakan semakin banyak jenis

Untuk mengatasi gizi lebih dan gizi kurang diperlukan perubahan sosial baik gaya hidup, aktivitas fisik, perilaku makan dan penyiapan lingkungan yang mendukung. Perubahan yang paling efektif dilakukan adalah sejak usia dini salah satunya anak baru sekolah, melalui monitoring dan evaluasi hasil penjarangan anak sekolah<sup>14, 15</sup>. Makanan dengan kandungan gizi seimbang cukup energi dan zat gizi sesuai kebutuhan gizi anak sekolah sangat dianjurkan karena berguna untuk perkembangan fisik dan kognitif yang optimal<sup>18</sup>

Dukungan media massa dalam hal informasi asupan gizi seimbang, peran guru untuk menumbuh kembangkan kesadaran dan kemampuan dalam memberikan edukasi tentang asupan gizi seimbang, serta keberpihakan organisasi profesi dan asosiasi/lembaga lainnya dalam kegiatan terkait dengan asupan gizi seimbang sebagai wujud nyata dukungan berbagai pihak kepada pemerintah dalam pencegahan dan penanggulangan gizi lebih.

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Masalah gizi ganda pada ABS berdasarkan indeks IMT/U dewasa ini didominasi oleh status gizi BB lebih (26,70%) bahkan hampir dua kali dari status gizi kurus (14,00%).

Perlu analisis lebih lanjut mengenai pencapaian BB dan TB ABS (6-18 tahun), penyediaan sarana dan prasarana UKS,

pemantauan dan evaluasi proses pengukuran oleh petugas puskesmas, penyuluhan gizi anak sekolah secara rutin dan dimasukkannya gizi anak sekolah sebagai salah satu mata pelajaran di sekolah agar diperoleh pola pertumbuhan dan pencapaian kesehatan yang optimal melalui program penjarangan kesehatan anak sekolah.

### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Pada kesempatan ini tidak lupa penulis mengucapkan terimakasih kepada seluruh kepala sekolah di Kota Denpasar yang telah bersedia memberikan data hasil Penjarangan Kesehatan Anak Sekolah Dasar dan semua pihak yang membantu hingga penelitian ini selesai.

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Anonim. (2010). Panduan Pelaksanaan UKS. <http://knikwno.files.wordpress.com/2010/Panduan-Pelaksanaan-Uks-pdf>. Accessed Mei 17, 2012.
2. Dinas Kesehatan Provinsi Bali. (2008). Pedoman Pelaksanaan Program Perbaikan Gizi Masyarakat. Pemerintah Provinsi Bali, Denpasar
3. Meningkatkan Pemahaman tentang Gizi, Kesehatan dan Keafiatan di Kalangan Murid-Murid Sekolah di Seluruh Dunia <http://www.nestle.co.id/ina/csv/gizidankesehatan/Pages/meningkatkanpemahaman tentanggizi.aspx>. Accessed 26 Juni 2012.

4. Muhilal & Damayanti, D. (2006) Hidup Sehat dalam Gizi Seimbang dalam Hidup Manusia. PT. Prima Media Pustaka, Jakarta
5. Padminari, E. & Hadi, H. (2001) Konsumsi Fast Food sebagai Faktor Risiko Obesitas pada Anak SD. <http://www.tempo.co.id/medika/online/tmp.online.old/art-3.htm> Accessed Mei 16, 2012
6. Pedoman Pengukuran TBABS. (2000). Pedoman Pemantauan Tinggi Badan Anak Baru Masuk Sekolah Tahun Anggaran 1999/2000. from <http://www.dinkes-sulsel.go.id/new/images/pdf/pedoman>. Retrieved Desember 1, 2011
7. Riskesdas Provinsi Bali. (2007). Laporan Riskesdas Provinsi Bali. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan.RI., Jakarta.
8. Riskesdas. (2010). Laporan Riskesdas. [http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/laporan\\_2010/reg.php](http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/laporan_2010/reg.php). Accessed Januari 6, 2012.
9. Sudayasa, (2010). Penjaringan Kesehatan Anak Usia Sekolah. <http://disdik.kepri.com/makalah-a-artikel/181-USAHA-KESEHATAN-SEKOLAH.html> Accessed Mei 16, 2012
10. Sudigdo & Ismael. (2008). Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Sagung Seto, Jakarta.
11. Sulistyoningsih. (2011). Gizi Untuk Kesehatan Ibu & Anak. Graha Ilmu, Yogyakarta
12. BAPPENAS. (2006). Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006. Kementrian Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta
13. Supariasa, Bakri & Fajar. (2001). Penilaian Status Gizi. Buku. Kedokteran EGC, Jakarta Anonim (2012)
14. Sutiari, N.K., Kusumadewi, A., Swandewi, P.A. dan Padminari, I.A. (2010). Pola Makan & Aktivitas Fisik pada Siswa Gizi Lebih JIG. Volume 1 2010, Denpasar.
15. WHO. (2007). Child Growth Standards. <http://www.who.intr/growthref/growthreference/pdf>. Accessed Januari 2, 2012.