

HUBUNGAN STATUS GIZI ANAK BALITA DENGAN ORANG TUA BEKERJA

(Relationship Between Nutritional Status of Children Under Five with Parents Who Work)

Noor Edi Widya Sukoco¹, Joko Pambudi², Maria Holly Herawati²

Naskah masuk: 15 September 2015, Review 1: 17 September 2015, Review 2: 17 September 2015, Naskah layak terbit: 28 Oktober 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: Saat ini Indonesia termasuk salah satu dari 117 negara yang mempunyai tiga masalah gizi tinggi pada balita yaitu stunting, wasting dan overweight. Penelitian ini penting dilakukan karena status gizi anak balita sangat berhubungan dengan faktor ekonomi. Sementara itu kondisi ekonomi keluarga tergantung dari pekerjaan kedua orang tuanya. **Metode:** Disain studi potong lintang dengan menggunakan data Riskesdas tahun 2007 dan 2013. Jenis penelitian menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif. Sampel penelitian adalah balita dengan orang tua yang masih hidup dan status pekerjaan terisi lengkap dalam kuesioner Riskesdas 2007 dan 2013. Data kualitatif berasal dari informan yang berasal dari pengasuh balita (caregiver), petugas gizi kabupaten dan puskesmas, Dinas Tenaga Kerja, dan DPRD. Seluruh data kuantitatif diolah dengan program SPSS versi 15 Badan Litbangkes. Sedangkan data primer (data kualitatif) diolah dengan content analysis. **Hasil:** Penelitian ini menunjukkan, tidak ada hubungan - orang tua yang keduanya bekerja dengan status gizi anak balita berdasar indikator: BB/U $p = 0,77$ (2007), $p = 0,92$ (2013); TB/U $p = 0,58$ (2007), $p = 0,71$ (2013); BB/TB $p = 0,77$ (2007), $p = 0,33$ (2013). Hal ini didukung dari pendapat informan bahwa status gizi anak balita dengan kedua orang tua bekerja belum tentu lebih jelek dibandingkan dengan yang tidak bekerja. **Kesimpulan:** Hasil analisis data baik kuantitatif maupun kualitatif saling mendukung bahwa di daerah penelitian tidak ada hubungan yang bermakna antara status gizi anak balita dengan kedua orang tua bekerja. **Saran:** Masalah gizi harus diselesaikan dengan pendekatan lintas sektor, kemampuan ekonomi saja tidak menjamin status gizi anak balita baik, oleh karena itu perlu intervensi lain termasuk melibatkan sektor terkait.

Kata kunci: anak balita, orang tua bekerja, status gizi

ABSTRACT

Background: Indonesia is one of 117 countries which has three crucial nutritional problems in children under fives, such as stunting, wasting and overweight. This study is important because nutritional status of children under five years old was closely related with economic factors. While economic conditions of families depend on the work of both parents. **Methods:** The study design was cross sectional based on health research "Riskesdas 2007 and 2013". Type of research was quantitative and qualitative methods. Samples consisted of children under fives years old of whom their parents were still alive and have completed the information for the questionnaires. The informants of the qualitative research came from caregivers, district nutrition officer, sub-district nutrition officer, district labor office, and parliament at district. Quantitative data was processed and analyzed by SPSS version 15 under the licensed of NIHRD MOH RI. While primary data was explored by indepth interview and analyzed using content analyses. **Result:** There was no relationship between parents who were both working with the nutritional status of children under fives based on indicators: weight/age $p = 0,77$ (2007), $p = 0,92$ (2013); height/age $p = 0,58$ (2007), $p = 0,71$ (2013); weight/height $p = 0,77$ (2007), $p = 0,33$ (2013). These qualitative results were confirmed by informants' opinions that the nutritional status of children under fives years were not differ between

¹ Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jalan Percetakan Negara 23 A Jakarta 10560, E-mail: nooredisukoco@yahoo.com

² Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jalan Percetakan Negara 29 Jakarta 10560

those whose parents are working and not working. **Conclusion:** The analysis whether quantitative or qualitative found there was no significant relationship between the nutritional status of children under fives to those both of the parents working. **Recommendation:** Nutritional problems should be solved inter - sectoraly, it does not guarantee that only the economic capacity to bring about positive impacts the nutritional status of children under five.

Key words: children under fives, working parents, nutritional status

PENDAHULUAN

Gizi memegang peranan penting dalam siklus hidup manusia sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia. Undang-undang kesehatan tahun 2009 menyebutkan prioritas utama upaya perbaikan gizi di Indonesia adalah kelompok rawan yang salah satunya adalah bayi dan balita. Kekurangan gizi pada bayi dan balita dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang berlanjut hingga dewasa apabila tidak diatasi secara dini. (Kemenkes, 2010).

Saat ini Indonesia termasuk salah satu dari 117 negara yang mempunyai tiga masalah gizi tinggi pada balita yaitu *stunting*, *wasting* dan *overweight* yang dilaporkan di dalam *Global Nutrition Report (GNR) 2014 Nutrition Country Profile* Indonesia. Prevalensi ketiga masalah gizi tersebut yaitu *stunting* 37,2%, *wasting* 12,1% dan *overweight* 11,9%. (IFPRI, 2014).

Status gizi masyarakat dipengaruhi oleh ketersediaan pangan keluarga, harga pangan, tingkat pendidikan, kesempatan kerja, pendapatan keluarga, daya beli keluarga, ketersediaan pangan, pola asuh/perawatan anggota keluarga, kebersihan lingkungan/kesehatan perorangan, dan akses ke pelayanan kesehatan (Carol Bellamy, 1999).

Berdasarkan hal tersebut di atas, terdapat hubungan erat antara status gizi dengan faktor ekonomi. Di dalam Perpres Nomor 32 tahun 2011 tentang *Masterplan* Percepatan dan Perluasan Pembangunan Ekonomi Indonesia (MP3EI) 2011–2025, telah disebutkan bahwa MP3EI merupakan sebuah *roadmap* untuk melakukan transformasi guna mendorong aktivitas dan mempercepat pertumbuhan ekonomi untuk meningkatkan daya saing. Upaya transformasi ekonomi tersebut tentunya dilakukan dengan mempertimbangkan seluruh potensi dan

tantangan yang ada. Selain itu, MP3EI ini sekaligus sebagai pijakan awal dalam hal mengembangkan komitmen bersama antara pemerintah dan dunia usaha untuk melaksanakan berbagai langkah-langkah pembangunan nasional yang konkret.

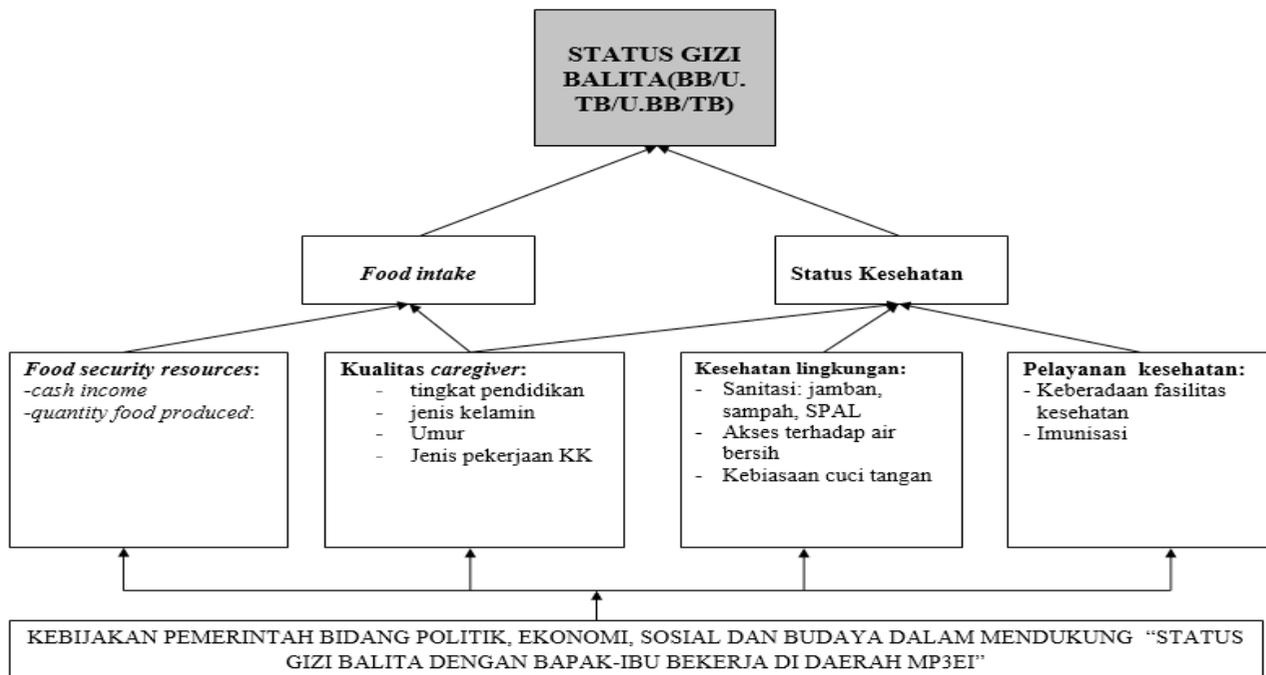
Berdasarkan Perpres di atas, Propinsi Banten menjadi salah satu lokasi untuk program MP3EI, di mana program tersebut memerlukan semua sumber daya manusia sebagai penggerakannya antara lain kelompok tenaga kerja pada usia produktif. Kelompok ini biasanya terdiri dari pasangan muda, baru saja menikah, dan punya anak balita. Atas dasar situasi dan kondisi tersebut, perlu dipikirkan dampak dan solusinya tentang permasalahan gizi dan kesehatan anak balita apabila kedua orang tuanya bekerja.

Di dalam penelitian ini pengasuh anak balita menggunakan istilah *caregiver* didefinisikan siapa saja yang bertanggung jawab dalam pengurusan anak balita, baik orang tua, nenek, paman, bibi, tetangga ataupun asisten rumah tangga.

Lokasi penelitian diambil daerah MP3EI dengan kondisi ekstrim status gizi di Propinsi Banten yaitu Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang. Kedua daerah ini diambil dengan pertimbangan sebagai berikut: pertama, status gizi kronis (BB/TB) di Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang masing-masing sebesar 7,8% dan 5,3%. Angka prevalensi tersebut masih di atas atau sama dengan angka prevalensi Propinsi Banten 6,5% dan Nasional 5,3% (Kemenkes, 2014).

Tujuan penelitian adalah membandingkan status gizi anak balita dengan status pekerjaan orang tuanya dan mengidentifikasi beberapa faktor yang mempengaruhi kaitan hubungan tersebut. Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan informasi bagi Kementerian Kesehatan secara berarti mengenai hubungan antara status gizi anak balita dengan orang tua bekerja.

Kerangka Konsep



METODE

Studi ini merupakan analisis kuantitatif berdasarkan data sekunder Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 dan 2013 yang diambil berbasis komunitas dengan metode potong lintang dari Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang, dengan jumlah sampel pada tahun 2007 dan 2013 masing-masing sebesar 416 dan 445 sampel. Sebagai data pendukung dilakukan pengumpulan data primer secara eksploratif yang pengumpulan informasinya dilakukan melalui *indepth interview* dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota (pemegang program gizi), Kepala Puskesmas (pemegang program gizi), Dinas Tenaga Kerja, dan DPRD Komisi yang membidangi Kesehatan.

Analisis data sekunder (data kuantitatif) diolah dengan menggunakan perangkat lunak SPSS. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *Pearson Chi-square*, perolehan nilai probabilitas (nilai p) dengan tingkat signifikansi ($\alpha < 0,05$). Sedangkan data primer (data kualitatif) dari *indepth interview* yang diperoleh melalui rekaman, kemudian ditranskripsi, dan selanjutnya diolah dengan *content analysis*.

Penghitungan kuintil dengan menggunakan *Principal Component Analysis* (PCA) yang merupakan salah satu teknik statistik untuk menyatukan beberapa variabel menjadi indikator tunggal. Indikator tersebut

berisi skor, bobot atau indeks untuk mengukur status ekonomi RT yang selanjutnya disebut indeks kepemilikan (Ariawan, 2006). Ada tiga cara untuk mengukur status sosio-ekonomi, yaitu melalui data penghasilan per bulan, atau pengeluaran per bulan atau berdasarkan kepemilikan barang tahan lama (Kemenkes, 2014).

HASIL

Analisis deskriptif yang dilakukan sebagian besar dilakukan pada orang tua balita (*caregiver*) dengan karakteristik seperti tercantum pada tabel 1, secara umum karakteristik orang tua balita (*caregiver*) tersebut terkait dengan status gizi balita. Penyajian hasil karakteristik orang tua balita (*caregiver*) disampaikan pada Tabel 1.

Pengelompokan umur ayah dan ibu mengacu pada Departemen Kesehatan RI (2009), menunjukkan bahwa usia ayah sebagai *caregiver* baik pada tahun 2007 ataupun 2013 didominasi umur dewasa awal (26–35 tahun), masing-masing sebesar 34,6% dan 40,2%. Sebagian besar ayah sebagai *caregiver* memiliki pekerjaan dengan waktu luang yang lebih banyak baik tahun 2007 maupun 2013, masing-masing

sebesar 71,2% dan 48,1%. Ayah sebagai *caregiver* pada tahun 2007 lebih banyak yang berpendidikan SMA ke bawah (70,2%), namun pada tahun 2013 sebagian besar berpendidikan perguruan tinggi (45,4%).

Demikian pula ibu sebagai *caregiver* sebagian besar berusia dewasa awal (26–35 tahun) baik pada tahun 2007 ataupun 2013, masing-masing sebesar 44,5% dan 55,3%. Ibu tidak bekerja (hanya mengasuh anak), lebih banyak dibanding dengan yang bekerja, baik pada tahun 2007 (81,7%) maupun 2013 (76,4%). Ibu yang mengurus anak, sebagian

besar berpendidikan SMA ke bawah baik pada tahun 2007 maupun 2013, masing-masing sebesar 82,9% dan 56,9%. *Caregiver* yang bukan orang tua balita mengingat kedua orang tuanya bekerja terjadi peningkatan dari 13,7% (tahun 2007) menjadi 18,9% (tahun 2013).

Penyajian variabel pendukung (menunjukkan hubungan yang signifikan, $p < 0,05$) dalam hubungan status gizi anak balita dengan kedua ortu bekerja (analisis riskesdas tahun 2007 dan 2013). Pengukuran status gizi dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 1. Karakteristik Orang Tua Balita (*Caregiver*) menurut Umur, Pendidikan dan Status Pekerjaan (*Riskesdas* 2007 dan 2013)

| Variabel | Jenis Variabel | 2007 | | 2013 | |
|-------------------------|---|------|------|------|------|
| | | n | % | n | % |
| Umur ayah | – Remaja akhir (17–25 tahun) | 20 | 4,8 | 22 | 4,9 |
| | – Dewasa awal (26–35 tahun) | 144 | 34,6 | 179 | 40,2 |
| | – Dewasa akhir (36–45 tahun) | 142 | 34,1 | 149 | 33,5 |
| | – Tua (≥ 46 tahun) | 85 | 20,4 | 42 | 9,4 |
| | – Tidak punya ayah | 25 | 6,0 | 53 | 11,9 |
| Pekerjaan ayah | – Tidak bekerja | 20 | 4,8 | 18 | 4,0 |
| | – Bekerja degan perlu waktu sedikit/bebas (waktu luang banyak) | 296 | 71,2 | 214 | 48,1 |
| | – Bekerja dengan perlu waktu banyak/tetap (waktu luang sedikit) | 75 | 18,0 | 160 | 36,0 |
| Pendidikan ayah | – Tidak punya ayah | 25 | 6,0 | 53 | 11,9 |
| | – Perguruan tinggi | 99 | 23,8 | 202 | 45,4 |
| | – Sekolah Menengah Atas ke bawah | 292 | 70,2 | 190 | 42,7 |
| Umur ibu | – Tidak punya ayah | 25 | 6,0 | 53 | 11,9 |
| | – Remaja akhir (17–25 tahun) | 78 | 18,8 | 89 | 20,0 |
| | – Dewasa awal (26–35 tahun) | 185 | 44,5 | 246 | 55,3 |
| | – Dewasa akhir (36–45 tahun) | 95 | 22,8 | 98 | 22,0 |
| | – Tua (≥ 46 tahun) | 55 | 13,2 | 4 | 0,9 |
| Pekerjaan ibu | – Tidak punya ibu | 3 | ,7 | 8 | 1,8 |
| | – Tidak bekerja | 340 | 81,7 | 340 | 76,4 |
| | – Bekerja degan perlu waktu sedikit/bebas (waktu luang banyak) | 59 | 14,2 | 52 | 11,7 |
| | – Bekerja dengan perlu waktu banyak/tetap (waktu luang sedikit) | 14 | 3,4 | 45 | 10,1 |
| Pendidikan ibu | – Tidak punya ibu | 3 | ,7 | 8 | 1,8 |
| | – Perguruan tinggi | 68 | 16,3 | 184 | 41,3 |
| | – Sekolah Menengah Atas ke bawah | 345 | 82,9 | 253 | 56,9 |
| Status kerja kedua ortu | – Tidak punya ibu | 3 | ,7 | 8 | 1,8 |
| | – Kedua orang tua tidak bekerja | 29 | 7,0 | 16 | 3,6 |
| | – Salah satu orang tua bekerja | 330 | 79,3 | 345 | 77,5 |
| | – Kedua orang tua bekerja | 57 | 13,7 | 84 | 18,9 |

Tahun 2007 n = 416 dan tahun 2013 n = 445

Tabel 2. Variabel Pendukung dalam Hubungan Status Gizi Anak Balita dengan Kedua Orang Tua Bekerja, Riskesdas 2007

| Variabel | Jenis Variabel | Status Gizi BB/U | | | | | | | | n total | P |
|------------------------------|--|------------------|------|--------|------|---------------|------|--------|------|---------|------|
| | | Baik | | Kurang | | Buruk | | Lebih | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Karakteristik Anak: | | | | | | | | | | | |
| Umur | 0 – 6 bln | 28 | 75.7 | 3 | 8.1 | 5 | 13.5 | 1 | 2.7 | 37 | 0,04 |
| | 7 – 12 bln | 50 | 87.7 | 1 | 1.8 | 1 | 1.8 | 5 | 8.8 | 57 | |
| | 13 – 24 bln | 74 | 78.7 | 2 | 2.1 | 7 | 7.4 | 11 | 11.7 | 94 | |
| | 25 – 36 bln | 69 | 81.2 | 6 | 7.1 | 4 | 4.7 | 6 | 7.1 | 85 | |
| | 37 – 48 bln | 62 | 69.7 | 11 | 12.4 | 7 | 7.9 | 9 | 10.1 | 89 | |
| | 49 – 59 bln | 42 | 77.8 | 8 | 14.8 | 2 | 3.7 | 2 | 3.7 | 54 | |
| Status Gizi TB/U | | | | | | | | | | | |
| | | Normal | | Pendek | | Sangat Pendek | | Tinggi | | n total | P |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Umur (N = 416) | 0 – 6 bln | 14 | 37.8 | 8 | 21.6 | 4 | 10.8 | 11 | 29.7 | 37 | 0,00 |
| | 7 – 12 bln | 19 | 33.3 | 2 | 3.5 | 8 | 14.0 | 28 | 49.1 | 57 | |
| | 13 – 24 bln | 45 | 47.9 | 11 | 11.7 | 10 | 10.6 | 28 | 29.8 | 94 | |
| | 25 – 36 bln | 58 | 68.2 | 11 | 12.9 | 10 | 11.8 | 6 | 7.1 | 85 | |
| | 37 – 48 bln | 53 | 59.6 | 15 | 16.9 | 16 | 18.0 | 5 | 5.6 | 89 | |
| | 49 – 59 bln | 27 | 50.0 | 8 | 14.8 | 15 | 27.8 | 4 | 7.4 | 54 | |
| Kesehatan Lingkungan: | | | | | | | | | | | |
| Kualitas fisik air | Baik | 203 | 53.7 | 45 | 11.9 | 53 | 14.0 | 77 | 20.4 | 378 | 0,01 |
| | Tidak | 13 | 34.2 | 10 | 26.3 | 10 | 26.3 | 5 | 13.2 | 38 | |
| Status Gizi BB/TB | | | | | | | | | | | |
| | | Normal | | Kurus | | Sangat Kurus | | Gemuk | | n total | P |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Kesehatan Lingkungan: | | | | | | | | | | | |
| SPAL | Penampungan tertutup di pekarangan/ SPAL | 35 | 53.0 | 6 | 9.1 | 11 | 16.7 | 14 | 21.2 | 66 | 0,00 |
| | Tanpa penampungan/ tidak standar | 262 | 74.9 | 18 | 5.1 | 40 | 11.4 | 30 | 8.6 | 350 | |

Secara umum terdapat perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$) pada status gizi balita dengan indikator berat badan menurut umur (BB/U), masalah gizi kurang banyak terjadi pada rentang usia di atas 3 tahun hingga mendekati usia 5 tahun. Sedangkan status gizi buruk lebih banyak terjadi pada bayi dengan usia 0 sampai 6 bulan. Keadaan gizi bayi yang buruk ini akan

menyebabkan bayi menjadi rentan terhadap penyakit infeksi sehingga memperbesar risiko kematian.

Umur balita memiliki hubungan yang bermakna dengan stunting ($p < 0.05$) dengan indikator tinggi badan menurut umur (TB/U), persentase balita pendek paling banyak ditemukan pada usia 0-6 bulan. Sementara persentase balita sangat pendek lebih

banyak ditemui pada rentang umur balita 3 sampai dengan kurang dari 5 tahun. Pencegahan kondisi ini dapat dimulai sejak dalam kandungan bahkan pada masa persiapan kehamilan. Masa 1000 hari pertama kehidupan, yaitu meliputi masa dalam kandungan hingga umur 2 tahun merupakan periode krusial bagi pertumbuhan seorang balita.

Faktor kualitas fisik air dan kondisi saluran pembuangan limbah memiliki hubungan yang bermakna ($p < 0,05$) terhadap status gizi balita dengan indikator tinggi badan menurut umur (TB/U). Balita sangat pendek banyak ditemukan pada rumah

tangga yang kualitas fisik airnya buruk. Sedangkan persentase balita pendek juga lebih banyak pada keluarga tanpa saluran pembuangan air limbah yang tidak memadai.

Kondisi lingkungan memiliki hubungan bermakna ($p < 0,05$) dengan status gizi menurut indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Pada keluarga yang memiliki keberadaan SPAL yang tidak baik, ternyata memiliki balita dengan status gizi kurus dan sangat kurus yang lebih tinggi atau kondisi kesehatan balita yang rendah.

Tabel 3. Variabel pendukung dalam hubungan status gizi anak balita dengan kedua ortu bekerja, Riskesdas 2013

| Kategori | Jenis Kategori | Status Gizi BB/U | | | | | | | | P | |
|--------------------------|----------------|------------------|-----|--------|----|---------------|----|--------|----|------|------|
| | | Baik | | Kurang | | Buruk | | Lebih | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Umur balita | 0-6 bln | 47 | 87 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 6 | 0,01 | |
| | 7-12 bln | 41 | 95 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | | |
| | 13-24 bln | 69 | 79 | 4 | 5 | 7 | 8 | 7 | 8 | | |
| | 25-36 bln | 65 | 79 | 12 | 15 | 3 | 4 | 2 | 2 | | |
| | 37-48 bln | 70 | 84 | 11 | 13 | 0 | 0 | 2 | 2 | | |
| | 49-59 bln | 74 | 77 | 15 | 15 | 2 | 2 | 5 | 5 | | |
| Status ekonomi | | | | | | | | | | | |
| Status ekonomi | baik (4-5) | 239 | 87 | 22 | 8 | 5 | 2 | 10 | 4 | 0,02 | |
| | kurang (1-3) | 127 | 75 | 22 | 13 | 9 | 5 | 11 | 7 | | |
| Status Gizi TB/U | | | | | | | | | | | |
| Umur balita | | Normal | | Pendek | | Sangat Pendek | | Tinggi | | 0,01 | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| | | 0-6 bln | 27 | 50 | 11 | 20 | 10 | 19 | 6 | | 11 |
| | | 7-12 bln | 26 | 60 | 4 | 9 | 2 | 5 | 11 | | 26 |
| | | 13-24 bln | 45 | 52 | 12 | 14 | 18 | 21 | 12 | | 14 |
| | | 25-36 bln | 48 | 59 | 15 | 18 | 14 | 17 | 5 | | 6 |
| | | 37-48 bln | 58 | 70 | 11 | 13 | 8 | 10 | 6 | | 7 |
| 49-59 bln | 67 | 70 | 11 | 11 | 13 | 14 | 5 | 5 | | | |
| Imunisasi (KMS/KIA) | Ya | 75 | 63 | 13 | 11 | 13 | 11 | 19 | 16 | 0,04 | |
| | Tidak | 196 | 60 | 51 | 16 | 52 | 16 | 26 | 8 | | |
| Perilaku ibu cuci tangan | Benar | 12 | 38 | 6 | 19 | 7 | 22 | 7 | 22 | 0,02 | |
| | Salah | 259 | 63 | 58 | 14 | 58 | 14 | 38 | 9 | | |
| Status Gizi BB/TB | | | | | | | | | | | |
| Umur ibu | | Normal | | Kurus | | Sangat Kurus | | Gemuk | | 0,02 | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| | | 17-25 tahun | 58 | 65.2 | 10 | 11.2 | 14 | 15.7 | 7 | | 7.9 |
| | | 26-35 tahun | 175 | 71.1 | 8 | 3.3 | 24 | 9.8 | 39 | | 15.9 |
| | | 36-45 tahun | 73 | 74.5 | 3 | 3.1 | 5 | 5.1 | 17 | | 17.3 |
| | | 46-ke atas | 4 | 100.0 | 0 | .0 | 0 | .0 | 0 | | .0 |
| Missing | 8 | 100.0 | 0 | .0 | 0 | .0 | 0 | .0 | | | |

Secara umum terdapat perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$) pada status gizi balita menurut indikator (BB/U), balita umur 13 hingga 59 bulan lebih banyak mengalami status gizi kurang. Peran dan perhatian *care giver* sangat berpengaruh terhadap kondisi gizi anak balita.

Demikian pula halnya dengan status ekonomi memiliki hubungan bermakna ($p < 0,05$) menurut indikator status gizi (BB/U), balita yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi menengah ke bawah (kuartil 1-3) berisiko lebih tinggi untuk mengalami masalah gizi kurang dan buruk.

Umur balita memiliki hubungan yang bermakna dengan *stunting* ($p < 0,05$) pada status gizi balita menurut indikator (TB/U), pada kelompok umur 13–24 bulan dijumpai persentase balita sangat pendek lebih tinggi. Demikian pula dengan status imunisasi memiliki hubungan bermakna ($p < 0,05$) dengan status gizi (TB/U), pada balita yang tidak diimunisasi memiliki persentase *stunting* yang lebih tinggi dibanding balita yang memperoleh imunisasi.

Kondisi perilaku hidup bersih dalam hal ini kebiasaan ibu mencuci tangan memiliki hubungan bermakna ($p < 0,05$) dengan status gizi menurut indikator (TB/U). Ibu dengan perilaku cuci tangan yang salah dijumpai lebih banyak anak yang *stunting*.

Umur ibu sebagai *caregiver* memiliki hubungan bermakna ($p < 0,05$) dengan status gizi balita menurut indikator (BB/TB). Semakin muda kelompok usia ibu sebagai *caregiver* (17–25 tahun) terlihat semakin banyak memiliki balita yang kurus dan sangat kurus.

Orang tua yang mempunyai anak balita akan menitipkan anaknya kepada orang lain bilamana mereka harus bekerja. Anak yang tidak langsung dipelihara oleh ibu bapaknya karena ditinggal bekerja, dalam arti di bawah pengawasan saudara atau dititip ke orang lain, belum tentu status gizinya kurang/buruk, ada juga yang ternyata lebih baik karena si ibu terus memantau dari waktu ke waktu. Menurut penjelasan dari informan anggota DPRD:

“..... walaupun kondisi masyarakat di Kota Tangerang heterogen, sebagian besar orang tua yang bekerja di perusahaan mempunyai latar belakang pendidikan yang maju, biasanya mereka menitipkan anaknya di Tempat Penitipan Anak (TPA) sekitar pabrik sehingga tidak ada persoalan status gizi bagi anak-anak yang orang tuanya bekerja [S, anggota Dewan]”.

Disamping tempat penitipan anak (TPA), ada kegiatan lain yang berkaitan dengan anak balita yaitu posyandu, di dalam posyandu ada program pemberian makanan tambahan (PMT) yang dikelola oleh kader. Selain program PMT, ada program pemberian imunisasi anak yang semuanya difasilitasi pemerintah termasuk insentif kader. Menurut penjelasan informan sebagai berikut:

“..... memang kader posyandu itu yang mengurus balita, lansia, termasuk ibu hamil, dan pasangan usia subur, mereka diberikan insentif oleh pemerintah, semenjak APBD kita sudah membaik para kader itu dikasih insentif 200 ribu per kader yang cairnya setiap 3 bulan, untuk menjadi kader pun sekarang juga berebut,...karna ada SKnya juga sekarang.... [R, anggota Dewan]”

Di Kabupaten Lebak problem status gizi anak balita bagi orang tua yang bekerja, seperti misalnya pada ibu bekerja dengan anak yang menyusui otomatis sang ibu tidak bisa memberikan ASI secara sempurna walaupun di Kabupaten Lebak dicanangkan program ASI eksklusif. Ketika sang ibu bekerja berarti ASI tidak diberikan secara eksklusif lagi, makanya akan terjadi pengaruh yang besar untuk status gizi anak balita. Konsekwensinya bagi orang tua yang bekerja seperti pegawai negeri atau pekerja di perusahaan adalah mengatur pola pengasuhan yaitu dengan menitipkan sang anak kepada nenek atau pengasuhnya, sedangkan kalau bukan pekerja formal, anak akan diasuh sendiri. Secara umum Kabupaten Lebak bukan daerah industri, seperti di daerah Badui sering orang tua membawa anaknya ke tempat bekerja di “Uma” atau sawah. Menurut penjelasan informan:

“.... secara umum kalau kita lihat, misalnya dia sebagai seorang pegawai negeri itu jarang ditemukan anak balitanya gizi buruk karena secara ekonomi mencukupi, memang terdapat korelasi yang sangat erat terhadap kejadian gizi buruk dengan keadaan ekonomi dan tingkat pendidikan orangtua. Faktor budaya seperti ada sedikit seperti di Badui itu ada kebiasaan ibu yang habis melahirkan dilarang untuk makan buah dulu.... [T, Sie Gizi Dinkes]”

PEMBAHASAN

Kegiatan yang dipraktikkan *caregivers* (biasanya oleh perempuan), menurut Engle (1997) dikelompokkan

ke dalam 6 kegiatan yaitu: (1) perawatan untuk wanita, seperti memberikan waktu istirahat yang tepat atau meningkatkan asupan makanan selama kehamilan; (2) menyusui dan memberi makan anak-anak; (3) stimulasi psikososial anak-anak dan dukungan bagi perkembangan mereka; (4) persiapan dan penyimpanan makanan; (5) praktek kebersihan; dan (6) merawat anak-anak selama sakit dan adopsi mencari pelayanan kesehatan.

Dilihat dari usia pola pengasuhan, hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan pada kelompok usia tua (≥ 46 tahun) antara 2007 dan 2013 yaitu Ayah 20,4% (2007) dan 9,4% (2013); Ibu 13,2% (2007) dan 0,9% (2013). Demikian juga dari segi pekerjaan ayah dan ibu balita, terdapat perbedaan pada ayah yang mengasuh anaknya dengan status kerja tetap/bekerja dengan perlu waktu banyak. Perbedaan tersebut adalah Ayah 18,0% (2007) dan 36,0% (2013); Ibu 3,4% (2007) dan 10,1% (2013). Hal ini dimungkinkan karena ayah sudah semakin memahami peran dan tanggung-jawabnya yang penting dalam kesehatan keluarga. Demikian juga terjadi pada para ibu yang bekerja, namun bagi ibu tidak mengurangi perannya sebagai pemberi asuhan yang utama. Sebagian besar dari orang tua balita yang bekerja hanya salah satu saja (bapak atau ibu) adalah 79,3% (2007) dan 77,5% (2013). Hal ini sebagai bagian dari rasa tanggungjawab orang tua balita terhadap anaknya. Rasa tanggungjawab ini dilaksanakan daripada pengasuhan anak diberikan kepada orang lain. Bila dilihat dari segi pendidikan orang tua, hasil penelitian menunjukkan bahwa ayah dengan pendidikan tinggi yang berperan sebagai pengasuh pada tahun 2013 meningkat dua kali lipat daripada tahun 2007 yaitu 23,8% (2007) dan 45,4% (2013). Demikian juga dengan ibu terdapat peningkatan serupa yaitu 16,3% (2007) dan 41,3% (2013). Hal ini membuktikan bahwa semakin tinggi pemahaman orang tua akan pentingnya peran sebagai pengasuh (caregiver).

Sebagian informan yang memberikan keterangan mengenai kondisi status gizi anak balita dengan kedua orang tua bekerja yang dapat disimpulkan bahwa kondisi status gizi anak yang karena ditinggal kedua orang tuanya bekerja belum tentu lebih jelek, kenyataannya malah sebaliknya lebih bagus karena si ibu terus memantau. Kedua orang tua yang bekerja di perusahaan dan mempunyai latar belakang pendidikan maju biasanya mereka menitipkan anaknya di Tempat Penitipan Anak (TPA) di sekitar pabrik. Selain TPA,

ada kegiatan lain yang berhubungan dengan anak yaitu posyandu dan bina keluarga balita (BKB).

Penelitian Sumarni dkk. (2013) menunjukkan bahwa pada ibu yang bekerja, status gizi anak balitanya sebagian besar gizi kurang (45,6%), pada ibu yang tidak bekerja status gizi anaknya menunjukkan dominan gizi baik sebesar 65,0%. Penelitian ini tidak mendapatkan gambaran yang serupa di mana tidak menunjukkan hubungan yang bermakna ($p = 0,77$) antara status gizi anak balita dengan status kerja kedua orang tua.

Status gizi memiliki hubungan yang erat dengan kemajuan ekonomi, perbaikan pertumbuhan ekonomi akan berdampak terhadap menurunnya kejadian kurang gizi dalam suatu negara. Menurut Haddad (2003) bahwa setiap peningkatan pendapatan (*income*) sebesar 10%, akan menurunkan kejadian kurang gizi sebanyak 5%. Kekurangan gizi dan kelaparan akan membuat energi untuk bekerja berkurang, tidak dapat pergi ke sekolah, dan tidak mampu berkonsentrasi dalam mengikuti pelajaran di sekolah, sehingga berakibat kepada menurunnya produktivitas. Hasil analisis Riskesdas 2013 terhadap balita dengan indikator BB/U di Kabupaten Lebak terdapat hubungan yang bermakna ($P=0,02$) antara status ekonomi dengan status gizi yaitu balita yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi menengah ke bawah (kuintil 1-3) berisiko lebih tinggi untuk berstatus gizi kurang dan gizi buruk (Kemenkes, 2014). Hubungan sosial ekonomi dengan proses tumbuh kembang anak menunjukkan bahwa keluarga dengan kondisi sosial ekonomi yang memadai akan lebih mampu memenuhi kebutuhan gizi anaknya, lebih sadar tentang kebersihan lingkungan dan memahami apa yang baik untuk anaknya, sementara kemiskinan sebuah keluarga menjadikan pilihan gizi bagi anaknya lebih terbatas, kesehatan lingkungan pun biasanya terabaikan, dan anak lebih sering diserang penyakit yang akan menghambat tumbuh kembangnya (Eveline & Nanang D, 2010, p.22).

Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan terbaik untuk bayi. ASI dapat memberikan perlindungan secara signifikan kepada bayi dari diare, pneumonia, dan mencegah penyebaran mikroba patogen atau toksisnya ke dalam darah atau jaringan bayi baru lahir hingga berumur empat minggu (Anderson JW, Johnstone BM, and Remley DT, 1999). ASI memiliki keseimbangan zat gizi yang tepat, tersedia dalam bentuk yang mudah dicerna. Dibandingkan dengan

semua susu formula bayi, ASI lebih unggul dan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi manusia.

WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 450/Menkes/SK/IV/2014 tentang pemberian ASI secara eksklusif pada bayi di Indonesia menetapkan agar bayi disusui secara eksklusif sejak lahir hingga umur 6 bulan. Persentase bayi di Indonesia yang mendapatkan ASI eksklusif masih rendah. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, angka pemberian ASI eksklusif pada bayi berumur 6 bulan hanya mencapai angka 30,2%. Angka ini jelas berada di bawah target WHO yang mewajibkan cakupan ASI hingga 50 persen (Pedoman Pekan ASI sedunia 2012). Rendahnya pemberian ASI eksklusif dikarenakan kurangnya pengetahuan ibu tentang manfaat menyusui; ibu bekerja; pemasaran agresif oleh perusahaan susu formula bayi (The American Dietetic Association, 2005).

Stunting dan Kesehatan Lingkungan

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting* terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun. Kekurangan gizi pada usia dini meningkatkan angka kematian bayi dan anak, menyebabkan penderitanya mudah sakit dan memiliki postur tubuh tak maksimal saat dewasa. Kemampuan kognitif para penderita juga berkurang, sehingga mengakibatkan kerugian ekonomi jangka panjang bagi Indonesia. Indonesia menduduki peringkat ke lima dunia untuk jumlah anak dengan kondisi *stunting*. Lebih dari sepertiga anak berusia di bawah lima tahun di Indonesia tingginya berada di bawah rata-rata. (MCAI, 2015).

Sanitasi dan Kebersihan untuk Pertumbuhan Anak yang Sempurna

Intervensi gizi saja belum cukup untuk mengatasi masalah *stunting*. Faktor sanitasi dan kebersihan lingkungan berpengaruh pula untuk kesehatan ibu hamil dan tumbuh kembang anak, karena anak usia di bawah dua tahun rentan terhadap berbagai infeksi dan penyakit.

Paparan terus menerus terhadap kotoran manusia dan binatang dapat menyebabkan infeksi bakteri kronis. Infeksi tersebut, disebabkan oleh praktik sanitasi dan kebersihan yang kurang baik, membuat gizi sulit diserap oleh tubuh.

Rendahnya sanitasi dan kebersihan lingkungan pun memicu gangguan saluran pencernaan, yang membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh menghadapi infeksi. (Schmidt, Charles W., 2014). Sebuah riset lain menemukan bahwa semakin sering seorang anak menderita diare, maka semakin besar pula ancaman *stunting* untuknya (Cairncross, Sandy, 2013).

Selain itu, saat anak sakit, lazimnya selera makan mereka pun berkurang, sehingga asupan gizi makin rendah. Maka, pertumbuhan sel otak yang seharusnya sangat pesat dalam dua tahun pertama seorang anak menjadi terhambat. Dampaknya, anak tersebut terancam menderita *stunting*, yang mengakibatkan pertumbuhan mental dan fisiknya terganggu, sehingga potensinya tak dapat berkembang dengan maksimal

Penelitian lain menunjukkan potensi *stunting* berkurang jika ada intervensi yang terfokus pada perubahan perilaku dalam sanitasi dan kebersihan. Intervensi sanitasi dan kebersihan dengan jangkauan 99% dilaporkan berdampak pada berkurangnya diare sebesar 30%, yang kemudian menurunkan prevalensi *stunting* sebesar 2,4%. Untuk memotong rantai buruknya sanitasi dan kebersihan serta kaitannya dengan *stunting*, ibu hamil dan anak perlu hidup dalam lingkungan yang bersih. Dua cara utama adalah dengan tidak buang air besar sembarangan, serta mencuci tangan dengan sabun (MCAI, 2015). Kebijakan berkaitan dengan kesehatan reproduksi bagi perempuan, secara alami perempuan itu mempunyai alat reproduksi yang beda dengan laki-laki. Sehubungan dengan hal tersebut di Kota Tangerang melalui Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga Berencana (BPMKB) secara konsisten peduli memberikan sosialisasi kepada perusahaan-perusahaan berkaitan dengan Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, utamanya mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi. Sarana kesehatan apa yang disediakan oleh perusahaan kepada para tenaga kerja perempuan, apakah ada

hak-hak mereka yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi misal ketika hamil, melahirkan, menyusui, dan hak-hak yang harus dipenuhi oleh perusahaan misal hak cuti, apakah perusahaan sudah memberikan cuti yang sesuai kepada yang sedang hamil, apakah ada perlakuan khusus dan identitas khusus bagi yang sedang hamil; kalau sudah tiba saatnya melahirkan, di mana harus melahirkan, apakah ada *home visit*; bagi ibu yang menyusui apakah ada pojok air susu ibu (ASI), pojok laktasi dan lain sebagainya. Tinuk Istiarti (2012) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa hambatan dalam penerapan hak cuti melahirkan bagi karyawan perusahaan adalah: a) Pengusaha belum semuanya memahami tentang hak cuti melahirkan, b) Kurangnya Disnaker dalam pengawasan/pembinaan terhadap pengusaha, c) Lemahnya penegakan hukum dan sanksi bagi pengusaha pelanggar ketentuan, d) Peran SPSI yang belum optimal mendukung kepentingan tenaga kerja perempuan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna ($p < 0,05$) antara status pekerjaan orang tua dengan status gizi menurut indikator berat badan per umur (BB/U), tinggi badan per umur (TB/U), dan berat badan per tinggi badan (BB/TB). Hal ini didukung dengan pendapat sebagian informan bahwa anak yang di bawah pengawasan saudara atau dititip ke orang lain, belum tentu status gizi/kesehatannya lebih jelek dibandingkan dengan ibu yang bekerja, karena ibu bekerja selalu melakukan pemantauan terhadap pengasuhan anaknya.

Variabel-variabel yang menunjukkan hubungan yang bermakna ($p < 0,05$) dari hasil analisis Riskesdas 2007 yaitu antara umur balita dengan indikator status gizi BB/U (gizi kurang), umur balita dengan indikator status gizi TB/U (stunting), kualitas fisik air dengan indikator status gizi TB/U (stunting), kualitas fisik air dengan indikator status gizi BB/TB (wasting), dan sarana pembuangan air limbah (SPAL) dengan indikator status gizi BB/TB (wasting).

Variabel-variabel yang menunjukkan hubungan yang bermakna ($p < 0,05$) dari hasil analisis Riskesdas 2013 yaitu antara umur balita dengan indikator status gizi BB/U (gizi kurang), status ekonomi (kuintil) dengan indikator status gizi BB/U (gizi kurang); umur balita dengan indikator status gizi TB/U (stunting), imunisasi

menurut catatan KMS/KIA dengan indikator status gizi TB/U (stunting), perilaku ibu cuci tangan dengan indikator status gizi TB/U (stunting); umur ibu dengan indikator status gizi BB/TB (*wasting*).

Saran

Kondisi status gizi anak balita dengan orang tua bekerja adalah sangat riskan walaupun melalui *caregivers* status gizi anak balita tidak selalu berdampak gizi kurang/buruk, namunantisipasi kemungkinan terjelek yang terjadi perlu dilakukan melalui peran lintas sektor terkait.

Perusahaan yang mempekerjakan tenaga kerja perempuan diharuskan lebih konsisten dalam melaksanakan kewajiban memberikan hak cuti yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Dinas tenaga kerja perlu lebih meningkatkan pengawasan dan memberikan teguran/tindakan tegas kepada perusahaan yang tidak memenuhi ketentuan dalam menerapkan hak cuti.

Perusahaan harus bekerjasama dengan Dinas Tenaga Kerja dan Dinas Kesehatan setempat dalam mengatur jam kerja terutama bagi pekerja perempuan yang hamil dan mempunyai anak balita.

Di perusahaan-perusahaan terutama yang banyak mempekerjakan perempuan, perlu disediakan ruang Pojok ASI bagi ibu yang sedang menyusui, dan penitipan anak bayi dan balita dengan diawasi pengasuh yang profesional.

Perwujudan Kota Layak Anak adalah sangat perlu dan mendesak dengan didukung Perda untuk memberikan dasar hukum yang kuat dalam melindungi hak-hak anak.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis tujukan kepada Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Badan Litbang Kesehatan yang telah memberi kepercayaan untuk melakukan penelitian; kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang Provinsi Banten yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan pengumpulan data dengan cara wawancara mendalam ke beberapa informan. Demikian juga kepada responden Riskesdas 2007 dan 2013 yang telah memberikan informasi berkaitan dengan data dan permasalahan yang dibutuhkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, Iwan. 2006. Indeks Sosio Ekonomi Menggunakan Principal Analysis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 1 (2), hal. 83-7.
- Anderson JW, Johnstone BM, and Remley DT. 1999. Breast-feeding and Cognitive Development: A Meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, pp. 525-35.
- Bellamy C. *The State of the World's Shildren* 1998. 1999. New York: Oxford University Press.
- Cairncross, Sandy. 2013. Linking Toilets to Stunting. UNICEF ROSA 'Stop Stunting' Conference, New Delhi.
- Engle, P.L., Menon, P. and Haddad, L. 1997. *Care and Nutrition; Concept and Measurement*. Washington DC: International Food Policy Research Institute.
- Eveline dan Nanang D. 2010. *Panduan Pintar Merawat Bayi dan Balita*. Jakarta: Wahyu Media.
- Gemari. 2010. *Kesejahteraan dan |Kesehatan Keluarga: Permasalahan Anak Masih Tinggi*. Jakarta: Cahaya Priangan Utama.
- Haddad L, Alderman H, Appleton S, Song L, Yohannes Y. 2003. Reducing Child Malnutrition: How Far Does Income Growth Take Us? *World Bank Econ Rev.*, 17, pp.107–31.
- IFPRI. *Global Nutrition Report (GNR)*. 2014. *Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition*. Washington DC: International Food Policy Research Institute.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2010. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2011. *Peraturan Presiden Nomor 32 tahun 2011 tentang Master Plan Percepatan Pembangunan Ekonomi Indonesia 2011-2025*. Jakarta: Sekretariat Kabinet RI. Tersedia pada: <http://kontras.org/data/Perpres%20NO%2032%202011.pdf> [Diakses 17 Mei 2015].
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2012. *Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2012 Tentang Protokol Opsional Konvensi Hak-Hak Anak Mengenai Penjualan Anak, Prostitusi Anak, dan Pornografi Anak*. Tersedia pada: <http://www.kpai.go.id/hukum/undang-undang-uu-ri-no-10-tahun-2012-tentang-konvensi-hak-anak/> [diakses 1 Agustus 2015].
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Riskesdas Indonesia – Tahun 2013*. Jakarta.
- Manuaba. 2001. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk pendidikan bidan*. Jakarta: EGC.
- Millenium Challenge Account-Indonesia, *Stunting dan Masa Depan Indonesia*. 2015. Tersedia pada: www.mca-indonesia.go.id. [Diakses pada 18 Oktober 2015].
- Pujiastuti. 2014. Hubungan Antara Pola Pengasuhan, Tingkat Pendidikan Orang Tua Dengan Status Gizi Anak Balita. *Jurnal Efektor*, 25 (01), hal. 50.
- Reisdian R., M. Saleh Soeaidy, Sukanto. 2015. Implementasi Kebijakan Pengarusutamaan Hak Anak Dalam Rangka Mewujudkan Kabupaten Layak Anak. *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, 1 (6), hal.1247-56. Tersedia pada: <http://administrasipublik.studentjournal.ub.ac.id/index.php/jap/article/view/190/170>. [diakses pada tanggal 22 Mei 2015];
- Sumarni, Warni Fridayanti, Tri Wahyuni. 2013. The Differences in Nutritional Status of Children of Working Mothers with aren't Working in the Kejobong District Purbalingga Regency. *Jurnal Kebidanan*, 5 (01), hal. 36-42.
- Tinuk Istiarti, VG. 2012. Penerapan Hak Cuti Melahirkan Bagi Pekerja Perempuan di Sektor Formal. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*. Oktober 2012, 11 (2), hal. 103-108.
- The American Dietetic Association (ADA). 2005. Position of the American Dietetic Association: promoting and supporting breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, pp. 810-8.