

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA PERILAKU MEROKOK AYAH DENGAN
STATUS GIZI BALITA PADA NELAYAN DI PESISIR KABUPATEN
PANGKEP DAN KOTA MAKASSAR**

AYU AURALIA SAFIRA

K111 15 321



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKATS
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 21 Mei 2019



Dr. Ida Leida Maria, SKM, M.KM, M.ScPH

Indra Dwinata, SKM, MPH

Mengetahui,
Ketua Departemen Epidemiologi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa, 21 Mei 2019.

Ketua : Dr. Ida Leida Maria, SKM, M.KM, M.ScPH (.....)

Sekretaris : Indra Dwinata, SKM, MPH (.....)

Anggota :

1. Jumriani Ansar, SKM, M.Kes (.....)

2. Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc (.....)

3. Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM, M.Kes (.....)



SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ayu Auralia Safira
NIM : K111 15 321
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
No. Hp : 085395503031
Email : ayuarlsfra@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi “**Hubungan Antara Perilaku Merokok Ayah dengan Status Gizi Balita Pada Nelayan Di Pesisir Kabupaten Pangkep Dan Kota Makassar**” benar bebas dari plagiat. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 21 Mei 2019

Yang membuat pernyataan

Ayu Auralia Safira



RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi
Makassar, 6 Mei 2019

Ayu Auralia Safira

"Hubungan Antara Perilaku Merokok Ayah dengan Status gizi balita Pada Nelayan di Pesisir Kabupaten Pangkep dan Kota Makassar" (xiv+85 halaman+19 tabel+9 lampiran)

Menurut UNICEF (1990) status gizi dapat di pengaruh oleh dua faktor yaitu faktor langsung (makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita) dan faktor tidak langsung (ketahanan Pangan keluarga, PHBS, kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan, dll). Perilaku Hidup Bersih dan Sehat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi dimana salah satu indikatornya adalah Perilaku tidak merokok. Perilaku merokok memiliki hubungan tidak langsung dengan status gizi balita. Menurut RISKESDAS (2013), berdasarkan jenis pekerjaan, petani/nelayan/buruh merupakan perokok aktif setiap hari yang mempunyai proporsi terbesar (44,5%) dibandingkan kelompok pekerjaan lainnya. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara perilaku merokok ayah dengan status gizi balita pada nelayan di wilayah pesisir Pangkep dan kota Makassar dengan metode *snowball-sampling*. Analisis yang digunakan adalah uji statistik *chi-square*. Data yang diolah disusun dan disajikan dalam bentuk tabel dilengkapi dengan narasi yang selanjutnya dibahas dalam bab pembahasan.

Hasil penelitian yang berhubungan antara perilaku merokok ayah yang merupakan seorang nelayan dengan status gizi balitanya adalah intensitas merokok ayah yaitu $p\ value = 0,021$ dan biaya pengeluaran rokok ayah yaitu $p\ value = 0,028$. Sedangkan untuk hasil yang tidak berhubungan diantaranya adalah tempat merokok ayah yaitu $p\ value = 1,000$, lama merokok ayah yaitu $p\ value = 1,000$ dan jenis rokok ayah yaitu $p\ value = 0,777$.

Untuk meningkatkan pengetahuan ayah balita dibutuhkan penyuluhan terkait perilaku merokok yang dapat membahayakan dirinya dan juga orang-orang disekitarnya. Selain itu dibutuhkan pula penyuluhan lebih mendalam tentang pentingnya pemenuhan konsumsi pangan dalam rumah tangga sebagai upaya memperbaiki status gizi balita. Serta perlu diberikan sebuah penghargaan kepada nelayan yang mampu mengurangi atau bahkan menghentikan konsumsi



nci : Nelayan, Perilaku Merokok, Status Gizi
ustaka : 48 (1990-2019)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayahNya kepada penulis sehingga penyusunan skripsi dengan judul “Hubungan antara Perilaku Merokok Ayah dengan Status Gizi Balita pada Nelayan di Pesisir Kabupaten Pangkep dan Kota Makassar ” dapat diselesaikan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Penyusunan skripsi ini bukanlah hasil kerja penulis semata. Segala usaha dan potensi telah dilakukan dalam rangka penyempurnaan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak dapat terselesaikan tanpa adanya bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Terkhusus sembah sujud dan hormat penulis hanturkan kepada kedua orang tua saya, Ayahanda **Saharullah Abdul, ST** dan Ibunda **Anna Sari Purna** yang senantiasa selalu memberikan doa yang tulus, kasih sayang, perhatian, mendukung, memberikan semangat, pengorbanan, waktunya yang kunjung tiada henti, serta selalu memberikan motivasi / ajaran yang kuat dengan segala jerih payahnya yang ikhlas sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini. begitu pula kepada semua keluarga yang tidak bisa saya sebutkan satupersatu, dan rekan- rekanku yang telah membantu dan memotivasi saya dalam proses penyelesaian skripsi ini.

Penulis juga menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu **Dr. Ida Leida Maria Thaha, SKM., MKM., MScPH** selaku pembimbing I dan Bapak **Indra Dwinata SKM., MPH** selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dengan penuh ikhlas dan kesabaran, telah meluangkan waktu dan pemikirannya untuk memberikan arahan kepada penulis.

Penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

Bapak Dr. Aminuddin Syam SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed selaku dekan, Bapak
Triadi, SKM., M.Sc.PH., Ph.D selaku wakil dekan I, Bapak Dr. Atjo
Su, SKM.,M.Kes selaku wakil dekan II dan Bapak Sukri Palutturi, SKM,



M.Kes, M.Sc, Ph.D selaku wakil dekan III beserta seluruh tata usaha, kemahasiswaan, akademik, asisten laboratorium FKM Unhas atas bantuannya selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas.

2. Bapak Dr. Ridwan M. Thaha M.Sc, Ibu Jumriani Ansar, SKM., M.Kes, dan Bapak Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM.,M.Kes, selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan masukan, saran, serta arahan guna menyempurnakan penulisan skripsi ini.
3. Ibu Jumriani Ansar, SKM., M.Kes, selaku ketua Departemen Epidemiologi beserta seluruh dosen Departemen Epidemiologi atas bantuannya dalam memberikan arahan, bimbingan, ilmu pengetahuan yang selama penulis mengikuti pendidikan di FKM UNHAS.
4. Bapak Awaluddin, SKM., M.Kes selaku pembimbing akademik atas bantuannya dalam memberikan bimbingan, masukan positif dan arahan ilmu pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM UNHAS.
5. Para dosen pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan ilmu selama menempuh studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
6. Kak Ani dan Kak Werda selaku staf Departemen Epidemiologi yang membantu penulis selama pengurusan administratif tidak lupa juga Kak Selvi, Kak Lola dan Kak Sulfi selaku Staf Jurnal MKMI yang telah banyak memberikan nasihat positif kepada penulis.
7. Seluruh masyarakat kecamatan Ujung Tanah, Kelurahan Cambaya dan seluruh masyarakat Desa Pitue dan Desa Pitusunggu yang telah bersedia menjadi responden dan bekerjasama dalam penelitian.
8. Ibu Sutriany Syam, Tante Rina Tosepu, Om Ilham Syam dan Aci yang telah menemani dan banyak membantu selama proses penelitian di Kecamatan Ujung Tanah dan juga Bapak Abd. Rahman dan Ibu Raodah, Kak Mirnayanti, Kak Zulkifli, serta Kak Suharti dan Kak Mariana Rasyid selaku staf kantor desa Pitue yang telah menemani dan banyak membantu selama proses penelitian di Kabupaten Pangkep.

teman-temanku tercinta Uhibbuka Fillah A. Irmasari Sanih, A. Dinah Adilah, Ahmawati, Nurul Muflisha, dan Andi Trinita Julinar Maulid yang telah



menjadi sahabat, saudara, dan keluarga terbaik yang memberikan banyak bantuan dan dukungan kepada penulis dari awal hingga akhir.

10. Teman-teman PIK HEART Unhas Angkatan IX Muh. Auzan Haq, Karmila Setyawati, Nurul Fathanah, dan lainnya yang telah menemani dalam berjuang, memberikan motivasi, nasihat, pembelajaran dan banyak pengalaman kepada penulis.
11. Keluarga besar HIMAPID yang telah menemani, memberikan motivasi, doa dan dukungan selama penulis menjadi bagian dari Departemen Epidemiologi terkhusus teman-teman seperjuangan sewaktu magang di BTKLPP, Adry Ochtavia Timbayo, Asriani, Nur Azifah, Khaerunnisa, dan Ade Utami yang telah memberi banyak dukungan dan pengalaman kepada penulis.
12. Teman angkatan 2015 Gammara, teman posko PBL Karelayu, teman KKN Tematik Desa Sehat Desa Manjapai yang telah memberikan pengalaman dan pembelajaran kepada penulis.
13. Teman seperjuanganku dalam susah maupun senang selama proses penelitian Khaerunnisa yang telah berjuang bersama dari awal hingga akhir.
14. Kepada semua pihak yang mungkin penulis tidak sebut namanya satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini baik secara moril maupun materil, terima kasih.

Penulis sangat menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, saran dan kritik sangat dibutuhkan demi kesempurnaan penulisan skripsi yang kelak dapat bermanfaat bagi penelitian selanjutnya dan sebagai informasi bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, Mei 2019

Penulis



DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| HALAMAN SAMPUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT | iv |
| RINGKASAN | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiv |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 8 |
| C. Tujuan Penelitian | 9 |
| D. Manfaat Penelitian | 9 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Tinjauan Umum Tentang Rokok | 11 |
| B. Tinjauan Umum Tentang Nelayan | 27 |
| C. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi | 30 |
| D. Kerangka Teori | 38 |



KERANGKA KONSEP

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| A. Kerangka Konsep | 39 |
| B. Definisi Operasional | 40 |
| C. Hipotesis Penelitian | 43 |
| BAB IV METODE PENELITIAN | |
| A. Jenis Penelitian | 44 |
| B. Lokasi dan Waktu Penelitian | 44 |
| C. Pengambilan Sampel | 45 |
| D. Instrumen Penelitian | 46 |
| E. Pengumpulan Data | 47 |
| F. Pengolahan Data | 47 |
| G. Analisis Data | 48 |
| H. Penyajian Data | 49 |
| BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| A. Gambaran Umum Lokasi | 50 |
| B. Hasil Penelitian | 53 |
| C. Pembahasan | 69 |
| BAB VI PENUTUP | |
| A. Kesimpulan | 84 |
| B. Saran | 85 |
| DAFTAR PUSTAKA | 86 |

RAN



DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 1.1 Klasifikasi Rokok Menurut Bahan Pembungkusannya | 12 |
| Tabel 1.2 Klasifikasi Rokok Menurut Proses Pembuatannya | 12 |
| Tabel 1.3 Klasifikasi Rokok Menurut Penggunaan Filter | 12 |
| Tabel 1.4 Klasifikasi Rokok Menurut Bahan Baku dan Isi | 12 |
| Tabel 1.5 Penentuan Status Gizi Anak Umur 0-60 Bulan | 36 |
| Tabel 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Wilayah di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 52 |
| Tabel 3 Distribusi Frekuensi Balita Berdasarkan Wilayah di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 52 |
| Tabel 4 Distribusi Karakteristik Responden Ayah Balita (Nelayan) di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 54 |
| Tabel 5 Distribusi Karakteristik Balita di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 58 |
| Tabel 5 Status Gizi Balita berdasarkan Panjang-Tinggi Badan/Umur di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 60 |
| Tabel 6 Intensitas Merokok pada Ayah Balita (Nelayan) di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 61 |



| | |
|---|----|
| Tabel 7 Lama Merokok pada Ayah Balita (Nelayan) di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 62 |
| Tabel 8 Tempat Merokok pada Ayah Balita (Nelayan) di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 63 |
| Tabel 9 Jenis Rokok pada Ayah Balita (Nelayan) di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 64 |
| Tabel 10 Biaya Pengeluaran Rokok pada Ayah Balita (Nelayan) di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 64 |
| Tabel 11 Hubungan Intensitas Merokok Ayah (Nelayan) dengan Status Gizi Balita di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 65 |
| Tabel 12 Hubungan Tempat Merokok Ayah (Nelayan) dengan Status Gizi Balita di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 66 |
| Tabel 13 Hubungan Lama Merokok Ayah (Nelayan) dengan Status Gizi Balita di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 67 |
| Tabel 14 Hubungan Jenis Rokok Ayah (Nelayan) dengan Status Gizi Balita di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 68 |
| Tabel 15 Hubungan Biaya Rokok Ayah (Nelayan) dengan Status Gizi Balita di Kel. Cambayya Kec. Ujung Tanah Kota Makassar, Desa Pitue dan Pitusunggu Kec. Ma'rang Kab. Pangkep Tahun 2019 | 69 |



DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------------------|----|
| Gambar 1. Kerangka Teori | 38 |
| Gambar 2. Kerangka Konsep | 39 |
| Gambar 3. Bagan Cross Sectional | 43 |



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

Lampiran 2. Standar Berat Badan Balita menurut Umur

Lampiran 3. Hasil Analisis Data

Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari Dekan FKM Unhas

Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Kepala UPT BKPMD Provinsi Sulsel

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian dari Pemerintah Kota Makassar

Lampiran 7. Surat Izin Penelitian dari Pemerintah Bupati Pangkep

Lampiran 8. Dokumentasi Penelitian

Lampiran 9. Daftar Riwayat Hidup



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Supariasa (2002) mengemukakan bahwa status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu. Kejadian balita stunting (pendek) merupakan masalah gizi utama yang dihadapi Indonesia. Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir, pendek memiliki prevalensi tertinggi dibandingkan dengan masalah gizi lainnya seperti gizi kurang, kurus dan gemuk, Menurut data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan World Health Organization (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/South-East Asia Regional (SEAR). Rata-rata Prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4%. (Kemenkes, RI, 2018)

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi status gizi pada balita. Menurut UNICEF (1990) status gizi dapat di pengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor langsung (makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita) dan faktor tidak langsung (ketahanan Pangan keluarga, PHBS, kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan, dll). Perilaku Hidup Bersih dan Sehat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi dimana salah satu indikatornya adalah Perilaku tidak merokok. Perilaku merokok memiliki

gan tidak langsung dengan status gizi balita.



Paparan asap rokok dapat mempengaruhi status gizi anak dan balita bahkan sejak dalam kandungan. Semakin lama ibu hamil bersama perokok aktif di dalam rumah dengan rata-rata ibu terpapar asap rokok >7 jam setiap harinya maka risiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah semakin tinggi. Ibu hamil yang perokok pasif yang terpapar asap rokok 1-10 batang/hari berisiko 2,4 kali lebih sering untuk terjadinya bayi berat lahir rendah (BBLR). (Sutrisno, 2013)

Asap rokok mengandung kurang lebih 4000 elemen-elemen, dan setidaknya 200 diantaranya dinyatakan berbahaya bagi kesehatan, racun utama pada rokok adalah tar, nikotin dan karbonmonoksida. Tar adalah substansi hidrokarbon yang bersifat lengket dan menempel pada paru-paru, Nikotin adalah zat adiktif yang mempengaruhi syaraf dan peredaran darah. Zat ini bersifat karsinogen, dan mampu memicu kanker paru-paru yang mematikan. Karbon monoksida adalah zat yang mengikat hemoglobin dalam darah, membuat darah tidak mampu mengikat oksigen. Efek bahan kimia beracun dan bahan-bahan yang berbahaya dalam rokok tidak hanya mengakibatkan gangguan kesehatan pada orang yang merokok, namun juga kepada orang-orang disekitarnya yang tidak merokok yang sebagian besar adalah bayi, anak-anak dan ibu yang terpaksa menjadi perokok pasif oleh karena anggota keluarga mereka merokok di dalam rumah. Padahal perokok pasif mempunyai risiko lebih tinggi untuk menderita kanker paru-paru dan penyakit jantung.

gkan pada janin bayi dan anak-anak mempunyai risiko yang lebih besar



untuk menderita kejadian berat badan lahir rendah, bronchitis dan pneumonia, infeksi rongga telinga dan asma.(Sugihartono, 2012)

Paparan asap rokok dapat menyebabkan infeksi paru-paru dan infeksi tersebut mengurangi nafsu makan bagi anak-anak, sehingga asupan gizi anak akan terganggu. Rokok mengandung lebih dari empat ribu bahan kimia, termasuk 43 bahan penyebab kanker yang telah diketahui, sehingga lingkungan yang terpapar dengan asap tembakau juga dapat menyebabkan bahaya kesehatan untuk balita yang serius. Akibatnya balita akan mengalami pertumbuhan paru yang lambat dan akan lebih mudah terkena infeksi saluran pernapasan, infeksi telinga dan asma. Gejala malnutrisipun muncul dengan kurangnya nafsu makan pada anak-anak yang terpapas asap rokok langsung sehingga cenderung tumbuh kurus dan pendek. (Kementrian Kesehatan RI, 2009)

Penelitian yang telah dilakukan oleh Ima (2015) menyatakan bahwa terdapat pengaruh antara infeksi penyakit dengan status gizi pada balita. Infeksi penyakit berhubungan dengan gangguan gizi melalui beberapa cara, yaitu mengetahui nafsu makan, menyebabkan kehilangan bahan makanan karena muntah/ diare, atau memengaruhi metabolisme makanan sehingga dapat berpengaruh terhadap status gizi balita tersebut. Gangguan gizi dan penyakit infeksi yang diderita balita memang saling berhubungan. Gangguan gizi dapat menyebabkan kelainan pada saluran napas sehingga mengganggu proses

gisi saluran napas dalam hal proteksi terhadap agen penyakit. Pada saluran napas dalam keadaan normal terdapat proses fisiologis menghalau



agen penyakit, seperti reflek batuk, peningkatan jumlah cairan mukosa ketika terdapat agen yang membahayakan kesehatan saluran napas. Pada anak dengan keadaan gangguan gizi, proses fisiologis ini tidak berjalan dengan baik, sehingga agen penyakit yang seharusnya dikeluarkan oleh tubuh menjadi terakumulasi dalam saluran napas sampai pada paru-paru. (Kahfi, 2017) Itulah mengapa perilaku merokok anggota keluarga dirumah termaksud ayah berpengaruh terhadap status gizi balitanya.

Pada tahun 2016 di seluruh dunia jumlah perokok telah mencapai angka 1,2 milyar orang dan 800 juta orang di antaranya berada di negara berkembang. Pada tahun 2030 diperkirakan angka kematian perokok di dunia akan mencapai 10 juta jiwa dan 70% di antaranya berasal dari negara berkembang, saat ini 50% angka kematian yang diakibatkan oleh rokok berasal dari negara berkembang (Depkes RI, 2016). Sekitar 650 juta orang akan terbunuh oleh rokok yang setengahnya merupakan usia produktif dan akan kehilangan umur hidup (lost life) sebesar 20-25 tahun (BANK, 2016)

Tahun 2016 di seluruh dunia jumlah perokok telah mencapai angka 1,2 milyar orang dan 800 juta orang di antaranya berada di negara berkembang. Berdasarkan data yang didapatkan dari WHO, Indonesia menempati peringkat ketiga dengan jumlah perokok terbesar di dunia setelah negara Cina dan India. Pada tahun 2030 diperkirakan angka kematian perokok di dunia akan mencapai 10 juta jiwa dan 70% di antaranya berasal dari negara berkembang. (Depkes, RI,



Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan Provinsi Sulawesi Selatan menduduki posisi 23 tertinggi dengan prevalensi penduduk yang merokok setiap harinya sebesar 22,8%. Jumlah perokok di Kota Makassar sebesar 22,1% atau kurang lebih 287.300 orang dengan rata-rata konsumsi 14,2 batang/hari. Kota Makassar masuk dalam 18 besar dengan kebiasaan merokok tertinggi di Provinsi Sulawesi Selatan. Sedangkan prevalensi penduduk perokok di Kabupaten Pangkep sebesar 21,5%. Dengan proporsi merokok setiap hari 17,6% dan merokok kadang-kadang adalah 3,9% (Kemenkes, 2013).

Pada tahun 2016, prevalensi merokok secara nasional adalah 28,5%. Prevalensi merokok menurut jenis kelamin prevalensi pada laki-laki 59% dan perempuan 1,6%. Menurut tempat tinggal, prevalensi merokok di pedesaan dan perkotaan tidak terlalu jauh berbeda namun demikian di pedesaan sedikit lebih tinggi (29,1%) dibandingkan dengan perkotaan (27,9%). Menurut kelompok umur, prevalensi tertinggi pada usia 40-49 tahun sebesar 39,5%, sedangkan pada usia muda (<20 tahun) sebesar 11,1%. (SIRKESNAS, 2016) Pada tahun 2018, prevalensi merokok penduduk umur > 10 tahun meningkat mencapai 29,3% dimana prevalensi untuk Sulawesi Selatan cenderung meningkat cukup pesat dari tahun 2016. (RISKESDAS, 2018)

Diperkirakan pada tahun 2025 jumlah perokok di Indonesia akan mencapai 90 juta jiwa penduduk Indonesia (WHO, 2016). Jika konsumsi rokok setiap tahunnya tidak bisa diminimalkan maka angka kematian akibat merokok

Indonesia juga akan terus meningkat.



Berdasarkan data SKRT pada tahun 2013, prevalensi populasi tertinggi yang terkena asap rokok orang lain di dalam rumah adalah anak-anak umur 5-9 tahun (57,4%) dan balita (56,0%). Di Indonesia jumlah balita yang terkena asap rokok orang lain di dalam rumah kurang lebih sebanyak 12 juta balita. (Rampai (STSC-IAKMI), 2014) Penelitian yang dilakukan Nadiyah, dkk pada tahun 2014 menyatakan bahwa terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara kebiasaan bapak merokok dalam rumah dengan kejadian stunting pada anak usia 0—23 bulan di Jawa Barat, Bali, dan NTT. Di Kabupaten Jeneponto, Kecamatan Bontoramba sendiri dari 350 balita ditemukan 130 balita terpapar asap rokok dan mengalami stunting. (Nadiyah dalam Nasrul dkk, 2015)

Risiko kematian populasi balita dari keluarga perokok berkisar antara 14% di perkotaan dan 24% di pedesaan, atau 1 dari 5 kematian balita berhubungan dengan perilaku merokok orang tua (Unicef, 2006). Konsumsi rokok pada keluarga miskin menyumbang 32.400 kematian setiap tahun atau hampir 90 kematian balita per hari. (Richard, 2008 dalam TCSC-IAKMI, 2009).

Perilaku kepala keluarga yang merokok memiliki kaitan yang kuat terhadap gizi buruk balitanya, seperti pengeluaran biaya untuk membeli rokok yang menggeser prioritas kebutuhan keluarga terhadap makanan bergizi yang esensial untuk tumbuh kembang balita (Fact Sheet STSC-IAKMI, 2009). Kebutuhan ayah untuk membeli rokok akan menekan pengeluaran pangan keluarga sehingga asupan gizi keluarga juga akan semakin berkurang.

viasari dan muniroh, 2012).



Anggota rumah tangga dewasa pada rumah tangga sangat memengaruhi konsumsi rokok pada rumah tangga miskin. Setiap ada penambahan satu anggota rumah tangga dewasa maka konsumsi rokok akan naik sebesar Rp 3.057,00. Konsumsi non rokok juga sangat signifikan dalam memengaruhi konsumsi rokok. Hubungan konsumsi rokok dan konsumsi non rokok sangat tinggi, Apabila konsumsi rokok naik sebesar Rp 1000,00 maka konsumsi rokok akan turun sebesar Rp 722,00. Pendapatan rumah tangga miskin juga signifikan dimana setiap jika pendapatan naik sebesar Rp 1000,00 maka konsumsi rokok akan naik sebesar Rp 678,00. (Firdaus dan Suryaningsih, 2010)

Berdasarkan data BPS 2017, rata-rata pengeluaran perkapita perbulan tertinggi adalah pada makanan dan minuman jadi yaitu sebesar 16,65% kemudian disusul oleh rokok yaitu sebesar 6,33% masing di perkotaan sebanyak 5,06% dan di desa sebanyak 8,63%. Sedangkan untuk pengeluaran untuk Daging hanya 2,41%, dan untuk telur dan susu hanya 2,83%. (SUSENAS, 2017)

Hal ini berkaitan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oktaviasari dan Muniroh (2012) menemukan bahwa terdapat hubungan antara besar pengeluaran keluarga untuk rokok dengan tingkat kecukupan energi dan protein balita serta status gizi balita berdasarkan indeks BB/U dan BB/PB atau BB/ TB. Jika para perokok menghentikan kebiasaannya dan uangnya dialokasikan untuk membeli daging serta susu dan telur maka konsumsi

g serta konsumsi susu dan telur di keluarganya akan meningkat 3 kali. Jika hal ini dilakukan, maka kualitas gizi balita akan meningkat.



Menurut RISKESDAS (2013), berdasarkan jenis pekerjaan, petani/nelayan/buruh merupakan perokok aktif setiap hari yang mempunyai proporsi terbesar (44,5%) dibandingkan kelompok pekerjaan lainnya. Seperti kita ketahui bersama bahwa Indonesia merupakan negara kepulauan yang sering pula disebut negara maritim dimana di Wilayah kepulauan tersebut terdapat banyak nelayan yang kehidupannya tergantung langsung pada hasil laut, baik dengan cara melakukan penangkapan ataupun budidaya. Sulawesi Selatan merupakan provinsi yang terkenal memiliki banyak wilayah pesisir. Sulawesi Selatan terdiri dari 24 kota/kabupaten dimana salah satu daerah pesisirnya berada di Kota Makassar khususnya di kecamatan Ujung Tanah dan Kabupaten Pangkajenne dan Kepulauan di Kecamatan ma'rang yang mana sebagian besar masyarakatnya bekerja sebagai nelayan. Menurut data Direktorat Kenelayanan tahun 2018, terdapat 31 nelayan di Kabupaten Pangkep dan 110 nelayan di Kota Makassar yang tercatat memiliki kartu nelayan.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti **Hubungan Antara Perilaku Merokok Ayah dengan Status gizi balita Pada Nelayan di Pesisir Kabupaten Pangkep dan Kota Makassar.**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka penulis merumuskan masalah dalam penelitian ini yaitu apakah ada hubungan antara status gizi balita, Lama merokok, Tempat merokok, Jenis rokok dan Biaya



pengeluaran rokok pada nelayan terhadap status gizi balita di pesisir Pangkep dan Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara perilaku merokok ayah dengan status gizi balita pada nelayan di wilayah pesisir Pangkep dan kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan antara intensitas merokok dengan status gizi balita di Pesisir Kabupaten Pangkep dan Kota Makassar
- b. Mengetahui hubungan antara lama merokok dengan status gizi balita di Pesisir Kabupaten Pangkep dan Kota Makassar
- c. Mengetahui hubungan antara tempat merokok dengan status gizi balita di Pesisir Kabupaten Pangkep dan Kota Makassar
- d. Mengetahui hubungan antara jenis rokok dengan status gizi balita di Pesisir Kabupaten Pangkep dan Kota Makassar
- e. Mengetahui hubungan antara biaya rokok dengan status gizi balita di Pesisir Kabupaten Pangkep dan Kota Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi untuk menambah pengetahuan dan wawasan serta menjadi bahan



kajian ilmiah untuk penelitian berikutnya terkait hubungan status gizi balita terhadap perilaku merokok ayahnya.

2. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menjadi sarana dalam menerapkan dan mengembangkan ilmu yang secara teoritik didapatkan di bangku kuliah serta meningkatkan ilmu kesehatan masyarakat.

3. Manfaat bagi masyarakat dan instansi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi Kota Makassar dan Kabupaten Pangkep sebagai upaya perbaikan status gizi balita di wilayah masing-masing melihat masih ditemukan beberapa balita yang status gizinya berdasarkan panjang-tinggi badan menurut umur terbilang pendek.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A Tinjauan Umum Tentang Rokok

1. Pengertian Rokok

Rokok adalah silinder dari kertas berukuran panjang antara 70 hingga 120 mm (bervariasi tergantung negara) dengan diameter sekitar 10 mm yang berisidaun-dauntembakau yang telahdicacah. Rokok dibakar pada salah satu ujungnya dan dibiarkan membara agar asapnya dapat dihirup lewat mulut pada ujunglainnya (Juliansyah, 2010). Rokok dibedakan menjadi beberapa jenis berdasarkan atas bahan pembungkus rokok, bahan baku atau isi rokok, proses pembuatan rokok, dan penggunaan filter pada rokok.

2. Klasifikasi rokok

Rokok dapat diklasifikasikan menurut bahan pembungkus, proses pembuatan rokok, penggunaan filter pada rokok, serta bahan baku dan isi dari rokok tersebut. Klasifikasi rokok menurut bahan pembungkusnya dapat dilihat pada Tabel 1.1, sedangkan klasifikasi rokok menurut proses pembuatannya dapat dilihat pada Tabel 1.2. Klasifikasi rokok menurut penggunaan filter dapat dilihat pada Tabel 1.3 serta klasifikasi rokok menurut bahan baku dan isi rokok dapat dilihat pada Tabel 1.4.



Tabel 1.1

Klasifikasi rokok menurut bahan pembungkusnya

| Jenis Rokok | Bahan Pembungkus |
|--------------------|-------------------------|
| <i>Klobot</i> | Daun jagung |
| <i>Kawung</i> | Daun aren |
| Sigaret | Kertas |
| Cerutu | Tembakau |

Tabel 1.2

Klasifikasi rokok menurut proses pembuatannya

| Jenis Rokok | Proses Pembungkus |
|-----------------------|--|
| Sigaret kretek tangan | Rokok yang dibuat dengan cara dilinting menggunakan tangan dan alat bantu sederhana. |
| Sigaret kretek mesin | Rokok yang proses pembuatannya menggunakan mesin yang memproses bahan baku rokok menjadi rokok batangan secara otomatis. |

Tabel 1.3

Klasifikasi rokok menurut penggunaan filter

| Jenis Rokok | Proses Pembuatan |
|--------------------|--|
| Rokok Filter | Rokok yang dilengkapi gabus sebagai filter pada bagian pangkal dari rokok. |
| Rokok Non Filter | Rokok yang tidak dilengkapi gabus sebagai filter pada bagian pangkal dari rokok. |

Tabel 1.4

Klasifikasi rokok menurut bahan baku dan isi

| Jenis Rokok | Proses Pembuatan |
|--------------------|--|
| Rokok Putih | Rokok yang bahan baku atau isinya adalah daun tembakau yang diberi saus sebagai perasa dan pemberi aroma rokok. |
| Rokok Kretek | Rokok yang tidak dilengkapi gabus sebagai filter pada bagian pangkal dari rokok. |
| Rokok Kelembak | Rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau, cengkeh, dan kemenyan yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu, populer di lingkungan Jawa. |



Rokok kretek dan rokok putih berbeda dari segi bahan, rasa, maupun dampak terhadap kesehatan. Rokok kretek memiliki zat-zat yang lebih banyak dalam asap fase partikulatnya dibandingkan rokok putih, diantaranya eugenol (minyak cengkeh) yang memiliki efek anti-inflamasi melalui penghambatan jalur sintase prostaglandin, anestesi oral, serta antibakteri. Zat-zat tersebut tidak memiliki efek yang buruk dalam jumlah sedikit, namun jika dikonsumsi dalam jangka waktu panjang dan konsentrasi tinggi akan menimbulkan nekrosis. Selain dampak tersebut, eugenol juga ditemukan dapat meningkatkan adiksi dari merokok.

Rokok kretek memiliki kadar nikotin lima kali lipat lebih banyak, kadar tar tiga kali lipat lebih banyak, serta kadar karbon monoksida 30% lebih banyak dibandingkan rokok putih. (Soetiarto, 1995)

3. Kandungan Rokok

Rokok mengandung kurang lebih 4000 lebih elemen-elemen dan setidaknya 200 di antaranya berbahaya bagi kesehatan. Racun utama pada rokok adalah tar, nikotin, dan karbon monoksida. Selain itu, dalam sebatang rokok juga mengandung bahan-bahan kimia lain yang tak kalah beracunnya. Zat-zat beracun yang terdapat dalam rokok antara lain adalah sebagai berikut:

a. Karbon monoksida (CO).

Gas CO adalah sejenis gas yang tidak memiliki bau. Unsur ini dihasilkan oleh pembakaran yang tidak sempurna dari unsur zat arang atau karbon. Gas CO yang dihasilkan sebatang rokok dapat mencapai



3 – 6%, gas ini dapat dihisap oleh siapa saja. Oleh orang yang merokok atau orang yang terdekat dengan si perokok, atau orang yang berada dalam satu ruangan. Seorang yang merokok hanya akan menghisap 1/3 bagian saja, yaitu arus yang tengah atau mid-stream, sedangkan arus pinggir (side – 11 stream) akan tetap berada diluar. Sesudah itu perokok tidak akan menelan semua asap tetapi ia semburkan lagi keluar.

Gas CO mempunyai kemampuan mengikat hemoglobin (Hb) yang terdapat dalam sel darah merah (eritrosit) lebih kuat dibanding oksigen, sehingga setiap ada asap rokok disamping kadar oksigen udara yang sudah berkurang, ditambah lagi sel darah merah akan semakin kekurangan oksigen, oleh karena yang diangkut adalah CO dan bukan O₂ (oksigen).

Sel tubuh yang menderita kekurangan oksigen akan berusaha meningkatkan yaitu melalui kompensasi pembuluh darah dengan jalan menciut atau spasme. Bila proses spasme berlangsung lama dan terus menerus maka pembuluh darah akan mudah rusak dengan terjadinya proses aterosklerosis (penyempitan). Penyempitan pembuluh darah akan terjadi dimana-mana. Di otak, di jantung, di paru, di ginjal, di kaki, di saluran peranakan, di ari-ari pada wanita hamil.

b. Nikotin

Nikotin yang terkandung di dalam asap rokok antara 0.5 – 3 ng, dan semuanya diserap, sehingga di dalam cairan darah atau plasma antara 40 – 50 ng/ml. Nikotin bukan merupakan komponen karsinogenik.



Hasil pembusukan panas dari nikotin seperti dibensakridin, dibensokarbasol, dan nitrosamin-lah yang bersifat karsinogenik. Pada paru, nikotin dapat menghambat aktivitas silia. Seperti halnya heroin dan kokain, nikotin juga memiliki karakteristik efek adiktif dan psikoaktif. Perokok akan merasakan kenikmatan, kecemasan berkurang, toleransi dan keterikatan fisik. Hal itulah yang menyebabkan mengapa sekali merokok susah untuk berhenti.

Efek nikotin menyebabkan perangsangan terhadap hormon kathekolamin (adrenalin) yang bersifat memacu jantung dan tekanan darah. Jantung tidak diberikan kesempatan istirahat dan tekanan darah akan semakin meninggi, berakibat timbulnya hipertensi. Efek lain merangsang berkelompoknya trombosit (sel pembekuan darah), trombosit akan menggumpal dan akhirnya akan menyumbat pembuluh darah yang sudah sempit akibat asap yang mengandung CO yang berasal dari rokok.

c. Tar

Tar adalah sejenis cairan kental berwarna coklat tua atau hitam yang merupakan substansi hidrokarbon yang bersifat lengket dan menempel pada paru-paru. Kadar tar pada rokok antara 0,5-35 mg per-batang. Tar merupakan suatu zat karsinogen yang dapat menimbulkan kanker pada jalan nafas dan paru-paru.



d. Hidrogen Sianida/HCN

Hidrogen sianida merupakan sejenis gas yang tidak berwarna, tidak berbau dan tidak memiliki rasa. Zat ini merupakan zat yang paling ringan, mudah terbakar dan sangat efisien untuk menghalangi pernapasan dan merusak saluran pernapasan. Sianida adalah salah satu zat yang mengandung racun yang sangat berbahaya. Sedikit saja sianida dimasukkan langsung ke dalam tubuh dapat mengakibatkan kematian.

e. Amoniak

Amoniak merupakan gas yang tidak berwarna yang terdiri dari nitrogen dan hydrogen. Zat ini tajam baunya dan sangat merangsang. Begitu kerasnya racun yang ada pada ammonia sehingga jika masuk sedikit pun ke dalam peredaran darah akan mengakibatkan seseorang pingsan atau koma.

f. Akrolein

Akrolein merupakan zat cair yang tidak berwarna seperti aldehid. Zat ini sedikit banyak mengandung kadar alcohol. Artinya, akrolein ini adalah alcohol yang cairannya telah diambil. Cairan ini sangat mengganggu kesehatan.

g. Nitrous Oxid

Nitrous oxide merupakan sejenis gas yang tidak berwarna, dan bila terhisap dapat menyebabkan hilangnya pertimbangan dan menyebabkan rasa sakit. Nitrous oxide ini adalah sejenis zat yang pada



mulanya dapat digunakan sebagai pembius waktu melakukan operasi oleh dokter.

h. Formaldehid

Formaldehid adalah sejenis gas tidak berwarna dengan bau tajam. Gas ini tergolong sebagai pengawet dan pembasmi hama. Gas ini juga sangat beracun keras terhadap semua organisme hidup.

i. Asam Format

Asam format merupakan sejenis cairan tidak berwarna yang bergerak bebas dan dapat membuat lepuh. Cairan ini sangat tajam dan menusuk baunya. Zat ini dapat menyebabkan seseorang seperti merasa digigit semut.

j. Kadmium

Kadmium adalah zat yang dapat meracuni jaringan tubuh terutama ginjal.

k. Hidrogen sulfida

Hidrogen sulfida adalah sejenis gas yang beracun yang gampang terbakar dengan bau yang keras. Zat ini menghalangi oksidasi enzim (zat besi yang berisi pigmen).

l. Fenol

Fenol adalah campuran dari kristal yang dihasilkan dari distilasi beberapa zat organik seperti kayu dan arang, serta diperoleh dari tar arang. Zat ini beracun dan membahayakan karena fenol ini terikat ke protein dan menghalangi aktivitas enzim.



m. Asetol

Asetol adalah hasil pemanasan aldehid (sejenis zat yang tidak berwarna yang bebas bergerak) dan mudah menguap dengan alcohol.

n. Piridin

Piridin adalah sejenis cairan tidak berwarna dengan bau tajam. Zat ini dapat digunakan mengubah sifat alcohol sebagai pelarut dan pembunuh hama.

o. Metil Klorid

Metil klorida adalah campuran dari zat-zat bervalensi satu antara hydrogen dan karbon merupakan unsurnya yang utama. Zat ini adalah senyawa organik yang beracun.

p. Metanol

Metanol adalah sejenis cairan ringan yang mudah menguap dan mudah terbakar. Meminum atau menghisap methanol mengakibatkan kebutaan dan bahkan kematian.

4. Bahaya Merokok

Ogden (dalam Maya, 2012) mengklasifikasikan dampak perilaku merokok menjadi dua bagian yaitu:

a. Dampak positif

Smet (dalam Maya, 2012) menyebutkan, manfaat rokok bagi perokok adalah mengurangi ketegangan yang individu rasakan, membantu konsentrasi untuk menghasilkan sebuah karya, upaya memperoleh dukungan sosial, dan menjadi relaksasi yang



menyenangkan. Penelitian yang dilakukan oleh Prof. Soesmalijah Soewondo dari Fakultas Psikologi Universitas Indonesia menyebutkan, dapat rokok membuat perokok menjadi lebih dewasa, mudah konsentrasi, dan dapat memunculkan ide-ide atau inspirasi (Cahanar & Suhandi, 2006).

b. Dampak negatif

Meskipun saat ini sudah tersedia rokok yang memiliki kandungan tar dan nikotin yang rendah, tetapi tidak ada rokok yang aman bagi kesehatan. Penyakit yang diakibatkan oleh rokok, seperti: kanker mulut, kanker faring, kanker paru, kanker prostat, gangguan kehamilan dan janin, penyakit jantung koroner, pneumonia, dan lainnya (Sriamin dalam Maya, 2012)

1) Penyakit jantung

Rokok menimbulkan aterosklerosis atau terjadi pengerasan pada pembuluh darah. Kondisi ini merupakan penumpukan zat lemak di arteri, lemak dan plak memblok aliran darah dan membuat penyempitan pembuluh darah. Hal ini menyebabkan penyakit jantung. Jantung harus bekerja lebih keras dan tekanan ekstra dapat menyebabkan angina atau nyeri dada. Jika satu arteri atau lebih menjadi benar-benar terblokir, serangan jantung bisa terjadi semakin banyak rokok yang dihisap dan semakin lama seseorang merokok, semakin besar kesempatannya mengembangkan penyakit jantung atau menderita serangan jantung atau stroke.



2) Kanker paru dan kanker lainnya

Kanker paru-paru sudah lama dikaitkan dengan bahaya rokok, yang juga dapat menyebabkan terhadap kanker lain seperti dari mulut, kotak suara atau laring, tenggorokan dan kerongkongan. Merokok juga dikaitkan dengan kanker ginjal, kandung kemih, perut pankreas, leher rahim dan kanker darah (leukemia).

3) Impotensi Rokok

Merupakan faktor risiko utama untuk penyakit pembuluh darah perifer, yang mempersempit pembuluh darah yang membawa darah ke seluruh bagian tubuh. Pembuluh darah ke penis kemungkinan juga akan terpengaruh karena merupakan pembuluh darah yg kecil & dapat mengakibatkan disfungsi ereksi/impoten.

4) Menimbulkan kebutaan

Seorang yang merokok menimbulkan meningkatnya risiko degenerasi makula yaitu penyebab kebutaan yang dialami orang tua. Dalam setudi yg diterbitkan dalam 'Archives of Ophthalmology' pada tahun 2007 menemukan yaitu orang merokok empat kali lebih mungkin dibanding orang yang bukan perokok untuk mengembangkan degenerasi makula, yg merusak makula, pusat retina, dan menghancurkan penglihatan sentral tajam.

5) Gangguan Janin dan status gizi balita

Rokok mengandung lebih dari empat ribu bahan kimia, termasuk 43 bahan penyebab kanker yang telah diketahui, sehingga



lingkungan yang terpapar dengan asap tembakau juga dapat menyebabkan bahaya kesehatan untuk balita yang serius. Merokok berakibat buruk terhadap kesehatan reproduksi dan janin dalam kandungan dan kehamilan, termasuk infertilitas (kemandulan), keguguran, kematian janin, bayi lahir berberat badan rendah, dan sindrom kematian mendadak bayi. Merokok dapat menyebabkan balita akan mengalami pertumbuhan paru yang lambat dan akan lebih mudah terkena infeksi saluran pernapasan, infeksi telinga dan asma. Gejala malnutrisipun muncul dengan kurangnya nafsu makan pada anak-anak yang terpapas asap rokok langsung sehingga cenderung tumbuh kurus dan pendek.

5. Perilaku merokok

Skinner mendefinisikan perilaku adalah respon seseorang terhadapstimulus (rangsangan dari luar) oleh karena itu perilaku terjadi melaluiproses adanya stimulus terhadap organism dan kemudian organismtersebut merespon (Hall&Lindzey dalam Alawiyah, 2015). Perilaku merokok adalah sesuatu aktivitas yang dilakukan individu berupa membakar dan menghisapnya serta dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang disekitarnya. Ringkasnya merokok adalah gulungan tembakau yang mengandung zat aditif yang dinikmati dengan cara di bakar dan di hisap yang menimbulkan asap.

Kamus Besar Bahasa Indonesia (2003) menyebutkan dua macam rokok yaitu :



- a. Perokok aktif, seseorang yang merokok secara aktif. Perokok aktif menghirup asap tembakau yang disebut juga asap utama (*main stream smoke*).
- b. Perokok pasif, yaitu seseorang yang menerima asap rokok saja, bukan perokoknya sendiri. Perokok pasif mempunyai risiko kesehatan yang lebih berbahaya dari pada risiko yang ditimbulkan perokok aktif. Perokok pasif menghirup asap sampingan (*side stream smoke*).

Tomkins (1991) mengklasifikasikan tipe perilaku merokok menjadi empat tipe (Mu'tadin dalam Maya, 2015), yaitu:

- a. Perilaku merokok yang dipengaruhi oleh perasaan positif. Perokok tipe ini merokok untuk mendapatkan relaksasi dan kesenangan. Hal ini ditunjukkan dengan meningkatnya kenikmatan yang didapat dari merokok; rangsangan untuk meningkatkan kepuasan dari merokok; dan dilatarbelakangi karena kesenangan individu dalam memegang rokok.
- b. Perilaku merokok yang dipengaruhi oleh perasaan negatif. Perokok tipe ini merokok untuk menurunkan perasaan negatif yang perokok alami. Misalkan untuk menurunkan perasaan cemas, marah, atau gelisah. Motivasi individu untuk merokok adalah sebagai upaya untuk menghindarkan diri dari perasaan yang tidak menyenangkan bagi dirinya.
- c. Perilaku merokok karena kecanduan psikologis. Perokok tipe ini sudah mengalami kecanduan psikologis dari rokok. Perokok akan meningkatkan jumlah batang rokok yang dihisap setiap harinya. Hal ini



dilakukan hingga individu mendapatkan efek ketenangan seperti yang diharapkan.

- d. Perilaku merokok karena sudah menjadi kebiasaan. Perokok tipe ini menggunakan rokok sama sekali bukan untuk mengendalikan perasaannya. Kegiatan merokok sudah menjadi kebiasaan atau rutinitas individu. Perilaku merokok sudah menjadi perilaku yang otomatis, tanpa dipikirkan, dan tanpa disadari oleh individu.

6. Intensitas Merokok

Menurut Kamus Bahasa Indonesia (2008), intensitas adalah keadaan, tingkatan dan ukuran intensnya. Sedangkan perilaku merokok menurut uraian sebelumnya adalah suatu aktivitas membakar tembakau dan kemudian menghisapnya dan menghembuskannya keluar dan dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang disekitarnya serta dapat menimbulkan dampak buruk baik bagi si perokok itu sendiri maupun orang-orang disekitarnya.

Jadi pengertian intensitas perilaku merokok adalah keadaan, tingkatan atau banyak sedikitnya aktivitas seseorang dalam membakar tembakau dan menghisapnya serta dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang di sekitarnya. Karena intensitas perilaku merokok disini mempunyai maksud tentang seberapa besar tingkatan, keadaan, atau ukuran intens dalam merokok, maka intensitas perilaku merokok tersebut

elompokkan dalam beberapa macam perokok atau tipe perilaku merokok.



Intensitas adalah banyaknya daya yang dikeluarkan oleh perilaku tersebut. Aspek intensitas digunakan untuk mengukur seberapa dalam dan seberapa banyak seseorang menghisap rokok. Dimensi intensitas merupakan cara yang paling subjektif dalam mengukur perilaku merokok seseorang.

WHO (2013) mengklasifikasikan tipe perokok berdasarkan banyaknya jumlah batang rokok yang dihisap setiap harinya. Tiga tipe perokok tersebut adalah:

- a. perokok ringan menghisap 1-4 batang rokok perhari
- b. perokok sedang menghisap 5-14 batang rokok perhari
- c. perokok berat menghisap lebih dari 15 batang rokok perhari

6. Konsumsi Rokok

Menurut penelitian Firdaus dan Suryaningsih (2011) mengenai konsumsi rokok pada rumah tangga miskin di Pulau Jawa serta Triana (2011) menggunakan model dan variabel sosial demografi yang berbeda. Berdasarkan hasil penelitian Firdaus dan Suryaningsih (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi konsumsi rokok rumah tangga miskin adalah pendapatan rumah tangga sebulan, jumlah anggota rumah tangga yang dewasa (18 tahun ke atas), dan konsumsi non-rokok rumah tangga miskin sebulan. Sementara itu, menurut Triana (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi konsumsi rokok adalah jumlah anggota rumah tangga, tipe wilayah tempat tinggal, dan pendidikan kepala rumah tangga.

Studi mengenai konsumsi rokok juga dilakukan oleh Franks dkk. (2007), memaparkan bahwa konsumsi rokok dipengaruhi oleh harga rokok,



harga barang lain, dan pendapatan per kapita. Konsumsi rokok juga dipengaruhi oleh harga barang lain yaitu alkohol, serta variabel status pekerjaan seperti yang diungkapkan dalam penelitian Hidayat dan Thabrany (2010). Studi lain yang dilakukan Surjono dan Handayani (2013) menemukan bahwa konsumsi rokok pada rumah tangga miskin bersifat inelastis, artinya ketika terjadi kenaikan harga rokok, maka konsumsi rokok pada rumah tangga miskin berkurang. Kenaikan harga rokok telah mengorbankan semua komoditi rumah tangga yang diteliti kecuali biaya kesehatan pada tahun 2008.

Hasil yang sedikit berbeda dikemukakan oleh John dkk. (2010) yang menyatakan bahwa variabel yang mempengaruhi konsumsi rokok adalah jenis kelamin, status perkawinan, usia, etnis, literasi, status kesehatan dan persepsi tentang konsekuensi kesehatan dari penggunaan tembakau. Sementara hasil penelitian Xin dkk. (2009) mengenai dampak merokok pada pola pengeluaran rumah tangga dan biaya perawatan medis di Cina menemukan bahwa pengeluaran rumah tangga untuk konsumsi rokok telah mengurangi pengeluaran rumah tangga dari beberapa komoditas, terutama pendidikan dan perawatan medis.

Rumah tangga didefinisikan sebagai seorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan fisik atau bangunan sensus, dan biasanya tinggal bersama serta makan dari satu dapur. Yang dimaksud makan dari satu dapur adalah jika pengurusan kebutuhan sehari-harinya dikelola bersama-sama menjadi satu. Anggota rumah tangga adalah semua orang yang biasanya bertempat tinggal di suatu rumah tangga, baik yang berada dirumah waktu pencacahan maupun yang sementara tidak ada (BPS,

4).



Dalam setiap hari, anggota rumah tangga pasti melakukan kegiatan ekonomi yaitu kegiatan seseorang untuk memproduksi barang dan jasa maupun mengkonsumsi (menggunakan) barang dan jasa tersebut. Konsumsi baik bahan pangan maupun lainnya serta jasa adalah bertujuan untuk memenuhi kebutuhan. Dengan kata lain konsumsi berbagai jenis barang atau jasa yang dilakukan oleh setiap anggota rumah tangga dilakukan agar tetap dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Hal inilah yang mendorong terciptanya permintaan dan penawaran suatu barang atau jasa sehingga tercipta aktivitas ekonomi.

Besarnya permintaan atau penawaran dibatasi oleh kemampuan untuk membeli atau mengkonsumsi barang/jasa tersebut. Kemampuan tersebut dipengaruhi terutama oleh pendapatan rumah tangga dan harga barang. Apabila pendapatan rumah tangga yang dapat di belanjakan berubah, maka konsumsi suatu barang/jasa juga berubah. Demikian pula ketika ada perubahan harga barang. Faktor-faktor tersebut, yang salah satunya mempengaruhi besarnya kemampuan rumah tangga untuk melakukan konsumsi. Keterbatasan pendapatan antar rumah tangga yang berbeda membentuk pola konsumsi antar rumah tangga yang berbeda pula.

Pada negara berkembang, kebutuhan pangan menjadi prioritas, sehingga tidak heran apabila porsi pengeluaran untuk pangan lebih besar dari pada bukan pangan. Hal ini disebabkan karena tingkat pendapatan yang

rendah, sehingga pangan menjadi prioritas utama. Laporan BPS dalam Pola Pengeluaran dan Konsumsi Penduduk Indonesia Tahun 2013 memaparkan



bahwa makanan dan minuman merupakan komoditas yang paling tinggi persentasenya sepanjang tahun 2011-2013.

B. Tinjauan Umum Tentang Nelayan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 31 tahun 1999 tentang perikanan, nelayan adalah sumberdaya manusia yang memegang peranan yang sangat penting dalam kegiatan operasi penangkapan ikan (Sobari dan Suswanti 2007 *dalam* Yuliriane 2012). Sedangkan menurut Satrawidjaja (2002) *dalam* MJ (2011), nelayan adalah orang yang hidup dari mata pencaharian hasil laut. Di Indonesia para nelayan biasanya bermukim di daerah pinggir pantai atau pesisir laut. Komunitas nelayan adalah kelompok orang yang bermata pencaharian hasil laut dan tinggal didesa-desa atau pesisir.

Menurut MJ (2011), ciri komunitas nelayan dapat dilihat dari berbagai segi, sebagai berikut:

1. Segi mata pencaharian. Nelayan adalah mereka yang segala aktivitasnya berkaitan dengan lingkungan laut dan pesisir. Atau mereka yang menjadikan perikanan sebagai mata pencaharian mereka.
2. Segi cara hidup. Komunitas nelayan adalah komunitas gotong royong. Kebutuhan gotong royong dan tolong menolong terasa sangat penting pada saat untuk mengatasi keadaan yang menuntut pengeluaran biaya besar dan pengerahan tenaga yang banyak, seperti saat berlayar, membangun rumah atau tanggul penahan gelombang di sekitar desa.

gi keterampilan. Meskipun pekerjaan nelayan adalah pekerjaan berat namun pada umumnya mereka hanya memiliki keterampilan sederhana.



Kebanyakan mereka bekerja sebagai nelayan adalah profesi yang diturunkan oleh orang tua, bukan yang dipelajari secara profesional.

Bangunan struktur sosial, komunitas nelayan terdiri atas komunitas yang heterogen dan homogen. Masyarakat yang heterogen adalah mereka yang bermukim di desa-desa yang mudah dijangkau secara transportasi darat. Sedangkan yang homogen terdapat di desa-desa nelayan terpencil biasanya menggunakan alat-alat tangkap ikan yang sederhana, sehingga produktivitas kecil. Sementara itu, kesulitan transportasi angkutan hasil ke pasar juga akan menjadi penyebab rendahnya harga hasil laut di daerah mereka (Sastrawidjaya 2002 *dalam* MJ 2011).

Sedangkan menurut Subri (2005) *dalam* Yuliriane (2012) nelayan dikelompokkan dalam 3 kategori, antara lain:

1. Nelayan Buruh, yaitu nelayan yang bekerja dengan alat tangkap milik orang lain.
2. Nelayan Juragan, yaitu nelayan yang memiliki alat tangkap dan dioperasikan oleh orang lain.
3. Nelayan Perorangan, yaitu nelayan yang memiliki peralatan tangkap sendiri dan dalam pengoperasiannya tidak melibatkan orang lain.

Dilihat dari teknologi peralatan tangkap yang digunakan dapat dibedakan dalam dua kategori, yaitu nelayan modern dan nelayan tradisional.

Nelayan modern menggunakan teknologi penangkapan yang lebih canggih

lingkungan dengan nelayan tradisional. Ukuran modernitas bukan semata-karena penggunaan motor untuk mengerakkan perahu, melainkan juga



besar kecilnya motor yang digunakan serta tingkat eksploitasi dari alat tangkap yang digunakan. Perbedaan modernitas teknologi alat tangkap juga akan berpengaruh pada kemampuan jelajah operasional mereka (Imron 2003 *dalam* MJ 2011).

Menurut MJ (2011) pada umumnya dalam pengusahaan perikanan laut terdapat tiga jenis nelayan, yaitu antara lain:

1. Nelayan pengusaha, yaitu pemilik modal yang memusatkan penanaman modalnya dalam operasi penangkapan ikan.
2. Nelayan campuran, yaitu seseorang nelayan yang juga melakukan pekerjaan yang lain di samping pekerjaan pokoknya sebagai nelayan.
3. Nelayan penuh, ialah golongan nelayan yang hidup sebagai penangkap ikan di laut dengan memakai peralatan lama atau tradisional.

Namun demikian apabila sebagian besar pendapatan seseorang berasal dari perikanan (darat dan laut) ia bisa disebut sebagai nelayan (Mubyarto 2002 *dalam* MJ 2011).

Tingkat pendidikan khususnya bagi nelayan tradisional untuk bekal kerja mencari ikan dilaut bagi seorang nelayan memang tidak penting artinya karena pekerjaan sebagai nelayan merupakan pekerjaan kasar yang lebih banyak mengandalkan otot dan pengalaman, maka setinggi apapun tingkat pendidikan nelayan itu tidaklah memberikan pengaruh terhadap kecakapan mereka dalam melaut. Persoalan dari arti penting tingkat pendidikan ini

ya baru mengedepankan jika seorang nelayan ingin berpindah ke
 aan lain yang lebih menjanjikan. Tingkat pendidikan nelayan yang



rendah akan mempersulit nelayan tradisional memilih atau memperoleh pekerjaan lain selain mejadi nelayan. (Kusnadi 2002 *dalam* MJ 2011).

Menurut Monintja dan Yusfiandayani (2011), berdasarkan waktu yang digunakan untuk melakukan pekerjaan operasi penangkapan, nelayan ikan diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Nelayan Penuh, yaitu nelayan yang seluruh waktu kerjanya digunakan untuk melakukan pekerjaan operasi penangkapan ikan/binatang air/tanaman air lainnya.
2. Nelayan Sambilan Utama, yaitu nelayan yang sebagian besar waktu kerjanya digunakan untuk melakukan pekerjaan operasi penangkapan ikan/binatang air/tanaman air lainnya.
3. Nelayan Sambilan Tambahan, yaitu nelayan yang sebagian kecil waktu kerjanya digunakan untuk melakukan pekerjaan operasi penangkapan ikan/binatang air/tanaman air lainnya

C. Tinjauan Umum Tentang Status gizi balita

Gizi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan manusia. Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal dari organ serta menghasilkan energi (Supariasa, 2002). WHO

artikan ilmu gizi sebagai ilmu yang mempelajari proses yang terjadi pada organisme hidup. Proses tersebut mencakup pengambilan dan pengolahan zat



padat dan cair dari makanan yang diperlukan untuk memelihara kehidupan, pertumbuhan, berfungsinya organ tubuh, dan menghasilkan energi (Yuniastuti, 2008).

Zat gizi atau nutrient merupakan substansi yang diperoleh dari makanan dan digunakan untuk pertumbuhan, pemeliharaan dan perbaikan jaringan tubuh. Berbagai zat gizi yang diperlukan tubuh dapat digolongkan ke dalam enam macam yaitu (1) karbohidrat, (2) protein, (3) lemak, (4) vitamin, (5) mineral dan (6) air. Sementara itu energi dapat diperoleh dari pembakaran karbohidrat, protein dan lemak di dalam tubuh. Adapun fungsi zat gizi bagi tubuh adalah:

1. Energi Zat gizi yang dapat memberikan energi adalah karbohidrat, protein dan lemak. Oksidasi zat-zat gizi ini menghasilkan energi yang diperlukan tubuh untuk melakukan aktivitas. Ketiga zat gizi ini termasuk ikatan organik yang mengandung karbon yang dapat dibakar. Ketiga zat gizi ini terdapat dalam jumlah yang banyak dalam bahan pangan. Dalam fungsi sebagai zat pemberi energi, ketiga zat ini disebut dengan zat pembakar.
2. Pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh Protein, mineral dan air merupakan zat pembangun yang digunakan oleh tubuh untuk membentuk sel-sel baru, dan menggantikan sel-sel yang rusak (Almatsier, 2004).
3. Mengatur proses tubuh Protein, mineral, vitamin dan air diperlukan untuk mengatur proses tubuh. Dalam fungsinya keempat zat gizi ini disebut dengan zat pengatur (Almatiser, 2004). Protein mengatur keseimbangan air

alam sel dan membentuk antibodi. Mineral dan vitamin diperlukan sebagai pengatur proses oksidasi, fungsi normal saraf dan otot. Dan air



diperlukan untuk melarutkan bahan-bahan di dalam tubuh seperti darah, pencernaan, cairan, jaringan dan lain-lain.

Di dalam kehidupan manusia, ada empat manfaat makanan yang dibutuhkan manusia yaitu (1) pemelihara proses tubuh, (2) energi, (3) mengatur metabolisme dan keseimbangan air, mineral dan cairan tubuh lainnya, serta (4) berperan dalam mekanisme pertahanan tubuh terhadap infeksi 13 perkembangan status gizi anak (Depkes RI, 2002).

Status gizi merupakan indikator kesehatan yang penting karena anak usia di bawah lima tahun merupakan kelompok yang rentan terhadap kesehatan dan gizi (Handayani, 2008). Penilaian status gizi adalah interpretasi dari data yang didapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang berisiko atau dengan status gizi buruk. Pada dasarnya penilaian status gizi dapat dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung.

1. Penilaian Status Gizi Secara Langsung

- a. Antropometri, Gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Penggunaan antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

Dalam program gizi masyarakat, pemantauan status anak balita menggunakan metode antropometri. Pengukuran antropometri adalah



yang paling relatif sederhana dan banyak dilakukan. Di Indonesia pun yang paling umum dilakukan adalah dengan pengukuran antropometri karena lebih praktis dan mudah dilakukan (Supariasa, 2002). Beberapa indikator antropometri yang sering digunakan yaitu:

- 1) Indikator Berat Badan Menurut Umur (BB/U) memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik namun sensitif untuk melihat perubahan status gizi dalam jangka waktu pendek, lebih cepat dimengerti oleh masyarakat umum, baik untuk mengatur status gizi akut dan kronis, berat badan dapat berfluktuasi serta dapat mendeteksi kegemukan. Berat badan menggambarkan jumlah dari protein, lemak, air dan mineral pada tulang. Dalam keadaan normal dan keadaan kesehatan baik, keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin maka berat badan berkembang mengikuti bertambahnya umur. Dalam keadaan abnormal ada dua kemungkinan perkembangan berat badan, yaitu berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal.
- 2) Indikator Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) dapat memberikan gambaran riwayat keadaan gizi masa lampau dan dapat dijadikan indikator keadaan social ekonomi penduduk. Indikator TB/U ini tidak dapat menggambarkan keadaan gizi saat ini dan sering mengalami Universitas Sumatera Utara 15 kesulitan dalam



melakukan pengukuran panjang pada kelompok usia balita di negara berkembang (Soekirman, 2000).

- 3) Indikator Berat Badan Menurut Tinggi badan (BB/TB) merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (Supariasa, 2002). Pada tahun 1978, WHO lebih menganjurkan penggunaan BB/TB karena dapat menghilangkan faktor umur yang menurut pengalaman sulit didapatkan secara benar, dan lebih menggambarkan keadaan kurang gizi akut pada waktu sekarang, walaupun tidak dapat menggambarkan keadaan gizi pada waktu lampau.
- b. Klinis, Riwayat medis dan pengujian fisik merupakan metode klinis yang digunakan untuk mendeteksi tanda-tanda (pengamatan yang dibuat oleh dokter) dan gejala-gejala (manifestasi yang dilaporkan oleh pasien) yang berhubungan dengan malnutrisi. tanda-tanda atau gejala-gejala ini sering tidak spesifik dan hanya berkembang selama tahap depleksi (pengosongan cadangan zat gizi dalam tubuh) yang sudah parah. Karena alasan tersebut, diagnose defisiensi zat gizi tidak boleh mengandalkan hanya pada metode klinis. Sebenarnya yang diinginkan adalah upaya untuk mendeteksi defisiensi zat gizi marginal, yaitu sebelum berkembangnya sindrom klinis. Oleh Universitas Sumatera Utara 16 karena itu, metode laboratorium harus digunakan sebagai pelengkap metode klinis.



- c. Biokimia, cara biokimia lazim juga disebut cara laboratorium. Cara ini dapat digunakan untuk mendeteksi keadaan defisiensi subklinis yang semakin penting dalam era pengobatan preventif. Metode ini sangat bersifat objektif, bebas dari factor emosi dan subjektif lain sehingga biasanya digunakan untuk melengkapi cara penilaian status gizi lainnya.
- d. Biofisik Cara biofisik adalah dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur jaringan. Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik, cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

2. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

Penilaian status secara gizi tidak langsung dapat dibedakan menjadi tiga metode yaitu survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi (Supariasa, 2002).

- a. Survei konsumsi makanan Informasi tentang konsumsi makanan dapat dilakukan dengan cara survei dan akan menghasilkan data yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif. Secara kuantitatif akan diketahui jumlah dan jenis pangan yang dikonsumsi, metode pengumpulan data yang dapat dilakukan adalah metode recall 24 jam, food records, dan weighing method. Secara kualitatif akan diketahui frekuensi makan maupun cara memperoleh makanan. Metode yang dapat digunakan adalah food frequency questionnaire dan dietary history.



- b. Statistik vital Penilaian status gizi dengan menggunakan statistik vital adalah dengan menganalisis data statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi. Penggunaannya dipertimbangkan sebagai indikator tidak langsung stat 18 National Centre for Health Statics) digunakan sebagai baku antropometri Indonesia (Depkes RI, 2011). Dimana penilaian status gizi balita dibedakan antara anak lakilaki dan perempuan.

Tabel 1.5 Penentuan Status Gizi Anak Umur 0-60 Bulan

| Indeks | Kategori Status Gizi | Ambang Batas (Z Score) |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Berat Badan Menurut Umur (BB/U) | Gizi Buruk | < -3 SD |
| | Gizi Kurang | -3 sampai -2 SD |
| | Gizi Baik | -2 SD sampai 2 SD |
| | Gizi Lebih | > 2 SD |
| Panjang Badan Menurut Umur (PB/U) Atau | Sangat Pendek | < -3 SD |
| | Pendek | -3 sampai -2 SD |
| Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) | Normal | -2 SD sampai 2 SD |
| | Tinggi | > 2 SD |
| Berat Badan Menurut Panjang Badan (BB/PB) | Sangat Kurus | < -3 SD |
| | Kurus | -3 sampai -2 SD |
| | Normal | -2 SD sampai 2 SD |
| | Gemuk | > 2 SD |

Sumber : Standar Antropometri Dirjen Bina Gizi RI tahun 2011

Beberapa indikator status gizi sebagai hasil kesimpulan dari penilaian status gizi tersebut dikategorikan sebagai berikut:

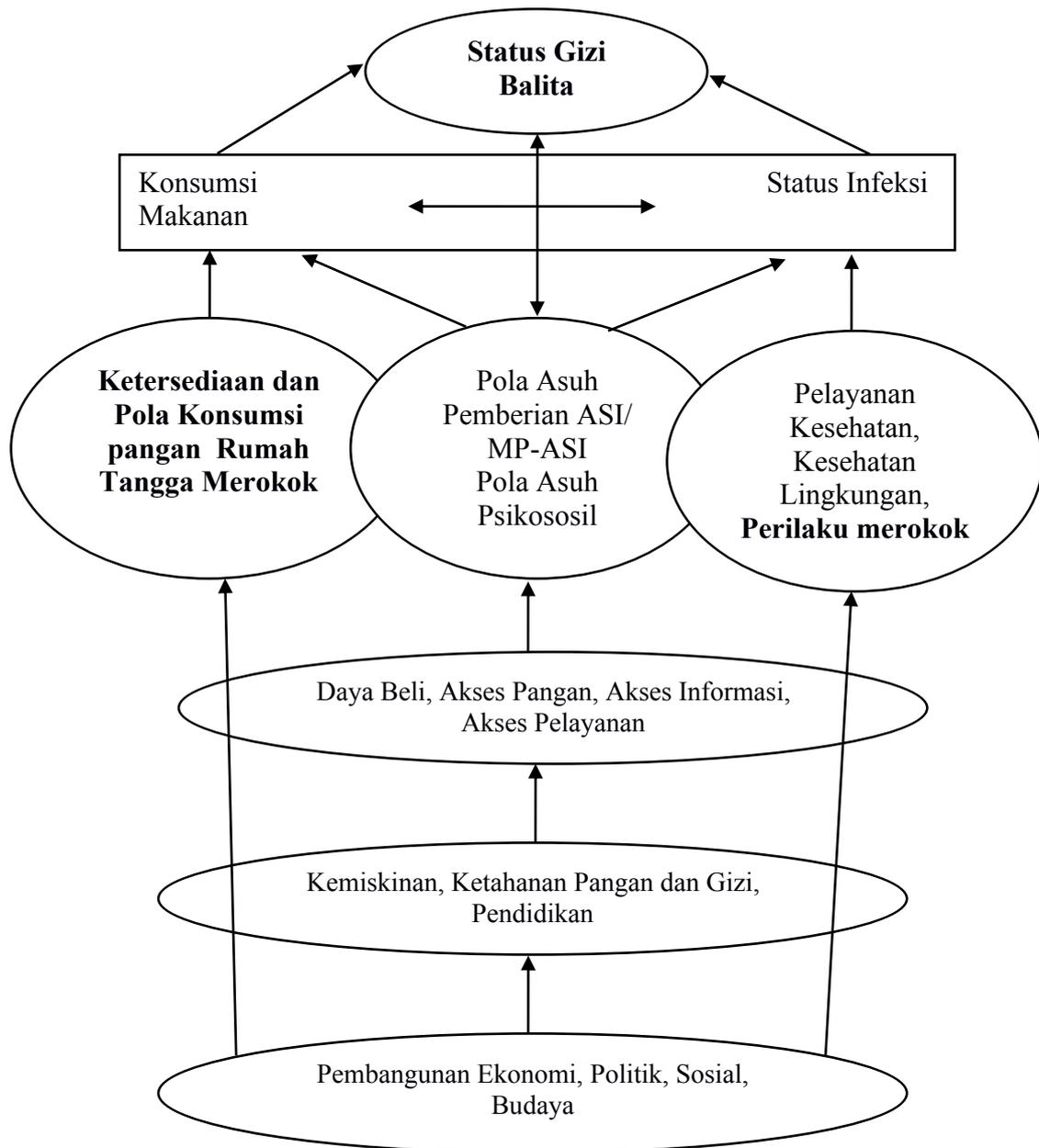
- a. Jika BB/U dan TB/U rendah sedangkan BB/TB normal ; kesimpulannya keadaan gizi anak saat ini baik, tetapi anak tersebut mengalami masalah kronis, karena berat badan anak proporsional dengan tinggi badan.



- b. BB/U normal ; TB/U rendah; BB/TB lebih ; kesimpulannya anak mengalami masalah gizi kronis dan pada saat ini menderita kegemukan (Overweight) karena berat badan lebih dari proporsional terhadap tinggi badan.
- c. BB/U , TB/U dan BB/TB rendah ; anak mengalami kurang gizi berat dan kronis. Artinya pada saat ini keadaan gizi anak tidak baik dan riwayat masa lalunya juga tidak baik.
- d. BB/U, TB/U dan BB/TB normal ; kesimpulannya keadaan gizi anak baik pada saat ini dan masa lalu.
- e. BB/U rendah; TB/U normal; BB/TB rendah ; kesimpulannya anak mengalami kurang gizi yang berat (kurus), keadaan gizi anak secara umum baik tetapi berat badannya kurang proporsional terhadap tinggi badannya karena tubuh anak jangkung.



D. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Unicef (1990)

