

SKRIPSI
GAMBARAN STATUS GIZI ANAK JALANAN DI KOTA
MAKASSAR

INDINA DWINOVIZA DELAPUTRI ISBACH

K111 09 381



FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2013

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi

Indina Dwinoviza Delaputri Isbach

“Gambaran Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar”

(x + 76 HALAMAN + 19 TABEL + 3 GAMBAR + 9 LAMPIRAN)

Anak jalanan telah menjadi fenomena di era globalisasi ini. Pada tahun 2011 jumlah anak jalanan di Kota Makassar mengalami peningkatan sebesar 918 anak dan tahun 2012 menjadi 990 anak. Anak jalanan merupakan kelompok berisiko mengalami gangguan gizi. Setengah dari seluruh anak di India menderita malnutrisi, dan proporsinya jauh lebih tinggi pada anak jalanan. Di Kediri sebesar 33% anak jalanan masih kekurangan kebutuhan nutrisi dan 40% anak jalanan memiliki status gizi kurang. Di Semarang, prevalensi gizi kurang anak jalanan cukup tinggi yaitu sebesar 30% anak jalanan mengalami *underweight*.

Jenis Penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan tujuan untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan di Kota Makassar. Penelitian ini dilakukan di sejumlah titik lokasi di Kota Makassar. Sampel penelitian ini adalah anak jalanan yang berusia 10-19 tahun sebesar 277 orang. Metode pengambilan sampel menggunakan teknik *non-random sampling* secara *accidental sampling*.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak jalanan pada kelompok umur 10-13 tahun lebih banyak yang berstatus gizi gemuk yaitu sebesar 100%, menurut jenis kelamin laki-laki lebih banyak yang berstatus gizi sangat kurus yaitu sebesar 94,7%, menurut tempat tinggal yang tinggal bersama orang tua 100% berstatus gizi gemuk. Sebesar 63,2% anak jalanan yang menghabiskan waktunya 4-8 jam per hari di jalan berstatus gizi sangat kurus. Anak jalanan yang tidak memiliki riwayat penyakit lebih banyak yang berstatus gizi sangat gemuk sebesar 80%, menurut aktivitas fisik sedang 100% memiliki status gizi gemuk dan sangat gemuk. Menurut pola konsumsi kurang lebih banyak yang memiliki status gizi gemuk yaitu sebesar 78,6%, yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik lebih banyak yang memiliki status gizi kurus yaitu sebesar 77,8%. Penelitian ini menyarankan Rumah singgah bekerja sama dengan Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan diharapkan dapat memberikan sosialisasi mengenai gizi dan pelayanan kesehatan kepada anak jalanan agar mereka mengerti tentang makanan bergizi, pola makan yang sehat, pelayanan kesehatan dan program-program pemerintah khusus di bidang pelayanan kesehatan.

Jumlah Pustaka : 35 (1997-2012)

Kata Kunci : status gizi, anak jalanan

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanawanataala atas segala karunia-Nya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Adapun penyusunan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan studi jenjang S1 pada jurusan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Skripsi ini khusus penulis persembahkan untuk kedua orang tua tercinta, Didi Rinaldy Isbach, SH dan Nursinah Djalil Sikki, SH. atas segala doa, pengorbanan, dukungan, semangat, dan kasih sayang yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Terima kasih juga penulis haturkan kepada kakak tercinta, Muhammad Raizar Pradikta Isbach dan kedua adik tercinta, Tri Amelia Putri Isbach dan Nadya Caturwulandari Putri Isbach atas segala dukungannya selama ini. Terima kasih pula kepada tante dan om, dr. Reini Meilani Isbach dan Ansar Kalam, S.STP, M.AP yang telah banyak membantu pengerjaan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak terlepas dari adanya bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini, penulis juga ingin menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. H. M. Alimin Maidin, MPH selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Unhas beserta dosen dan seluruh pegawai FKM.

2. dr. Muhammad Rum Rahim, M.Sc selaku penasehat akademik atas segala motivasi dan bimbingannya selama ini sejak mulai menginjakkan kaki di fakultas ini.
3. Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, MscPH selaku pembimbing I dan Jumriani Ansar, SKM, M.Kes selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan, serta petunjuk yang sangat berguna sehingga tersusunlah skripsi ini.
4. Wahiduddin, SKM, M.Kes, Dr. Dra. Nurhaedar Djafar, Apt, M.Kes, Abdul Salam, SKM, M.Kes dan Prof. Dr. Indar, SH, MPH selaku tim penguji yang telah banyak memberikan masukan serta arahan guna penyempurnaan penulisan skripsi ini.
5. Ketua bagian, dosen pengajar serta seluruh staf Bagian Epidemiologi.
6. Teman-teman satu bimbingan, Nurul Azizah, Nurul Ilmi Zulkifli dan Pebrianty yang sudah sangat banyak membantu di dalam proses pengerjaan skripsi. Terima kasih pula kepada Muhammad Asdar yang telah banyak membantu dalam penelitian dan Fiad Achmar yang telah banyak membantu dalam proses pengerjaan skripsi ini.
7. Sahabat-sahabat saya, Sekarwuni Manfaati, Andi Musdalifah, Intan Puspita Sari dan Fiqhiyatul Faidah yang telah sangat banyak membantu dan memotivasi serta menemani dalam segala hal sejak awal masuk di FKM.

8. Sahabat-sahabat saya pula, Ainun Azwariah, Nurul Adilah, Amanda Rasyid, Ayu Rezki Pratiwi, Mira Irawati, Rahmania Jafar, Nurikhsani, Revizah Gebriani, Amanda Priscella, Amaliah Pertiwi dan Pratiwi Leila Safila yang selalu menemani dan memberikan dukungan.
9. Semua teman-teman seperjuangan di jurusan Epidemiologi, Kece dan Galeter 09.
10. Teman-teman posko Bontotangnga KKN PK 41 serta teman-teman posko PBL Kelurahan Lette.

Penulis menyadari bahwa apa yang penulis paparkan dalam skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis hanya bisa berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, Mei 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN Sampul	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
RINGKASAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan	
Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Status Gizi	10
B. Tinjauan Umum Anak Jalanan.....	13
C. Tinjauan Umum Remaja.....	19
D. Tinjauan Umum Riwayat Penyakit.....	20
E. Tinjauan Umum Aktivitas Fisik.....	23
F. Tinjauan Umum Pola Konsumsi.....	25
G. Tinjauan Umum Pelayanan Kesehatan.....	28

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel.....	37
B. Kerangka Konsep	41
C. Definisi Operasional.....	42

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	45
B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	45
C. Populasi Penelitian.....	46
D. Sampel Dan Cara Pemilihan Sampel.....	46
E. Cara Pengumpulan Data.....	47
F. Instrumen Penelitian.....	50
G. Pengolahan Data.....	50
H. Analisis Data.....	51
I. Penyajian Data.....	51

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian.....	52
B. Pembahasan.....	66
C. Keterbatasan penelitian.....	74

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	75
B. Saran.....	76

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Distribusi Karakteristik Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	52
Tabel 2	Distribusi Anak Jalanan Berdasarkan Kecamatan di Kota Makassar Tahun 2013.....	53
Tabel 3	Distribusi Anak Jalanan Berdasarkan Titik Lokasi Penelitian di Kota Makassar Tahun 2013.....	54
Tabel 4	Distribusi Alasan Menjadi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	55
Tabel 5	Distribusi Frekuensi Anak Jalan Berdasarkan Riwayat Penyakit di Kota Makassar Tahun 2013.....	55
Tabel 6	Distribusi Penyakit yang Diderita Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	56
Tabel 7	Distribusi Frekuensi Anak Jalanan Berdasarkan Aktivitas Fisik di Kota Makassar Tahun 2013.....	57
Tabel 8	Distribusi Frekuensi Anak Jalanan Berdasarkan Pola Konsumsi di Kota Makassar Tahun 2013.....	58
Tabel 9	Distribusi Frekuensi Anak Jalanan Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar Tahun 2013.....	58
Tabel 10	Distribusi Frekuensi Anak Jalanan Berdasarkan Status Gizi di Kota Makassar Tahun 2013.....	59
Tabel 11	Distribusi Silang antara Umur dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	60
Tabel 12	Distribusi Silang antara Jenis Kelamin dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	60
Tabel 13	Distribusi Silang antara Tempat Tinggal dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	61
Tabel 14	Distribusi Silang antara Waktu di Jalan dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	62
Tabel 15	Distribusi Silang antara Riwayat Penyakit dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	62
Tabel 16	Distribusi Silang antara Aktivitas Fisik dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	63
Tabel 17	Distribusi Silang antara Pola Konsumsi dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	64
Tabel 18	Distribusi Silang antara Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	64
Tabel 19	Distribusi Silang antara Riwayat Penyakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013.....	65

DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian
2. Master Tabel
3. Hasil Analisis Variabel
4. Data Anak Jalanan Tahun 2012
5. Surat Izin Penelitian dari Fakultas
6. Surat Izin Penelitian dari Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Sulawesi Selatan
7. Surat Izin Penelitian dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Makassar
8. Foto Kegiatan
9. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Anak jalanan telah menjadi fenomena di era globalisasi ini. Akibat dari pembangunan global serta urbanisasi membuat jumlah anak jalanan di kota-kota besar meningkat. Diperkirakan ada sekitar 100 juta anak jalanan dan masih akan terus bertambah menurut *United Nation Children's Fund* (UNICEF) tahun 2005. Di Asia, menurut perkiraan Childhope Asia, sebuah *Non-governmental Organization* (NGO) yang berbasis di Philipina, ada sekitar 25-30 juta anak jalanan.

Jumlah anak jalanan di seluruh Indonesia sendiri masih cukup tinggi, yaitu 104.497. Provinsi dengan jumlah anak jalanan terbanyak berturut-turut adalah Jawa Timur yaitu sebanyak 13.136 anak, Nusa Tenggara Barat 12.307 anak, dan Nusa Tenggara Timur 11.889 anak. Sulawesi Selatan sendiri memiliki angka yang cukup tinggi yaitu sebesar 3.931. Sulawesi Selatan merupakan provinsi dengan jumlah anak jalanan terbanyak di Pulau Sulawesi (Data PMKS 2007, Kementerian Sosial RI).

Kota Makassar merupakan ibu kota provinsi dan merupakan salah satu kota besar di Indonesia. Oleh sebab itu jumlah anak jalanan di kota ini juga terus meningkat. Jumlah anak jalanan di Kota Makassar mencapai 1.407 anak pada tahun 2007, dan menurun hingga 869 anak pada tahun 2008. Namun,

pada tahun 2009 mengalami peningkatan menjadi 870 anak, disusul pada tahun 2010 sebesar 901 anak. Pada tahun 2011 kembali mengalami peningkatan sebesar 918 anak dan tahun 2012 menjadi 990 anak (Dinas Sosial Kota Makassar, 2012).

Anak jalanan merupakan kelompok berisiko dikarenakan kehidupan yang mereka jalani, apalagi pada usia remaja dimana mereka cenderung berperilaku berisiko seperti pola makan yang tidak sehat dan kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pola makan yang tidak sehat dan kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut dipengaruhi oleh kemiskinan.

Kemiskinan membawa mereka kepada situasi yang sulit dimana kurangnya akses untuk mendapatkan makanan yang sehat serta kurangnya asupan zat gizi sehingga mereka menjadi rentan mengalami masalah gizi seperti kekurangan gizi. Belum lagi pekerjaan yang mereka lakukan dan lamanya bekerja di jalan membuat mereka menjadi sangat rentan terpapar penyakit. Dengan kurangnya biaya yang ada, mereka pun menjadi kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Akibatnya mereka kurang mendapatkan informasi mengenai kesehatan dan masalah gizi pun dapat terjadi.

Masih ada jutaan anak hidup miskin, terlantar, tidak berpendidikan, kekurangan gizi, didiskriminasi, diabaikan dan rentan terhadap berbagai masalah termasuk masalah kesehatan (UNICEF 2005). Setengah dari seluruh anak di India menderita malnutrisi, dan proporsinya jauh lebih tinggi pada

anak jalanan. Mereka tidak hanya kekurangan berat badan, namun juga memiliki ukuran lebih pendek dari anak seusia mereka.

Kebanyakan anak jalanan di India belum pernah divaksinasi dan mereka juga tidak berupaya mendapatkan pelayanan kesehatan dan tidak mempercayai para dokter atau obat-obatan (www.i-indiaonline.com). Sementara di Minneapolis, Amerika Serikat, sebagian besar ibu yang gelandangan dan tinggal di jalanan meremehkan masalah tumbuh kembang anak mereka, hampir 20% ibu gagal memprediksikan tinggi dan berat badan anaknya sendiri (Dammann *et.al.* 2011).

Penelitian Pramesti dan Kurniajati tahun 2012 di Kediri menunjukkan hasil yaitu sebesar 33% anak jalanan masih kekurangan kebutuhan nutrisi dan 40% anak jalanan memiliki status gizi kurang. Di Semarang, penelitian yang dilakukan oleh Kultsum dan Katasurya tahun 2010 pada 26 anak jalanan menunjukkan hasil bahwa prevalensi gizi kurang anak jalanan cukup tinggi yaitu sebesar 30% anak jalanan mengalami *underweight*. Berbeda pada penelitian Nur'Aini dan Dewi tahun 2009 yang menunjukkan bahwa hanya 3,9% anak jalanan di Kota Bandung yang mengalami gizi kurang dan 96% anak jalanan justru berstatus gizi normal.

Gejala sisa infeksi dan malnutrisi ketika kanak-kanak akan menjadi beban pada usia remaja. Mereka yang memiliki riwayat penyakit diare maupun ISPA semasa bayi dikarenakan malnutrisi tidak akan mungkin tumbuh menjadi remaja yang normal, akibatnya mereka tidak dapat bekerja

dengan produktif (Arisman, 2010). Di Yayasan Insani Surabaya terdapat 12 anak jalanan yang menderita TB Paru (Andriani dkk. 2006). Sementara di Jogjakarta terdapat 20% anak jalanan menderita anemia (Aini dan Gugun, 2012). Di Bandung, 37,3% anak jalanan menderita ISPA, diare 23,5% dan penyakit kulit 17,6% (Nur'Aini dan Dewi 2009).

Pekerjaan yang dilakukan anak jalanan tentu saja membuat mereka semakin berisiko terpapar penyakit karena lebih banyak beraktivitas di jalan. Beratnya kehidupan yang mereka jalani membuat mereka harus menjalani banyak aktivitas berat dan kurang istirahat. Mereka juga jadi kurang memperhatikan kesehatan dan gizi mereka karena sibuk mencari uang.

Bagi banyak remaja baik itu laki-laki maupun perempuan, kurangnya kualitas dan kuantitas yang memadai pada makanan merupakan penyebab utama dari masalah gizi (Rosen, 2004). Penelitian di Yayasan Insani Surabaya menunjukkan bahwa anak jalanan yang tidak memiliki kebiasaan sarapan pagi 7 kali lebih berisiko terkena penyakit TB Paru (Andriani dkk. 2006). Penelitian Kulstum dan Katasurya di Semarang memperlihatkan bahwa konsumsi pangan sumber protein dari hewani dan vitamin serta mineral seperti sayuran dan buah-buahan masih relatif rendah. Penelitian Nur'Aini dan Mira Dewi di Bandung (2009) menunjukkan bahwa sebagian besar anak jalanan mengkonsumsi beras sementara mereka kurang mengkonsumsi sumber-sumber protein dan frekuensi makan mereka jarang.

H.L Blum dalam teorinya menyatakan bahwa pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan. Dalam bagan status gizi UNICEF juga memperlihatkan bahwa pelayanan kesehatan merupakan penyebab tidak langsung yang mempengaruhi status gizi. Sementara masih banyak anak jalanan dan gelandangan yang masih belum memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik. Pada umumnya jika mereka sakit mereka hanya membeli obat di apotik, hanya sedikit yang pernah ke rumah sakit, klinik maupun puskesmas. Hal ini juga dipengaruhi oleh persepsi mereka tentang sakit (Cahyo dkk. 2006).

Penelitian Withy *et.al* tahun 2008 di O’Ahu, Hawaii, Amerika Serikat menunjukkan bahwa banyak gelandangan yang terkendala masalah financial dalam menerima perawatan kesehatan, meskipun 77% gelandangan memiliki asuransi. Para gelandangan di Sidney, Australia banyak yang memiliki masalah kesehatan pada mulut dikarenakan perilaku berisiko seperti merokok, minum alkohol dan konsumsi obat-obatan, namun mereka kurang mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut (Nguyen, 2011). Penelitian Worthington dan Maclaurin (2009) di Kanada menunjukkan bahwa remaja jalanan yang tinggal di jalan kurang menggunakan jasa dokter selama jam kerja dibandingkan dengan yang tidak tinggal di jalan.

Ada banyak penyebab anak turun ke jalan atau justru tinggal di jalan. Hal paling mendasar adalah tuntutan ekonomi. Orang tua yang seharusnya menjadi sumber penghasilan utama dalam keluarga lalu tidak mampu untuk

bekerja, kemudian hal ini dibebankan pada anak dan akhirnya anak yang harus menanggungnya dan bekerja di jalan.

Banyak anak jalanan yang bukan anak yatim piatu. Banyak yang masih berhubungan dengan keluarga dan bekerja di jalan untuk menambah pendapatan rumah tangga. Namun ada pula yang lari dari rumah karena berbagai masalah seperti masalah psikologis, kekerasan fisik atau seksual dan kebanyakan adalah laki-laki. Hal inilah mungkin yang menjadi salah satu penyebab anak-anak memilih tinggal di jalan dari pada di rumah.

Sudah ada terdapat banyak program pemerintah maupun lembaga terkait mengenai anak jalanan. Di Jakarta pada tahun 2010, lembaga kemanusiaan nasional KPUP yang bermitra dengan Kementerian Sosial mengadakan Program Kesehatan Masyarakat Keliling (Prosmiling). Ada 112 pasien yang telah mendapatkan pengobatan gratis yang terdiri dari anak jalanan, anak terlantar dan orang tua mereka. Di Bandung, Kementerian Sosial bekerja sama dengan pemerintah provinsi mencanangkan Bandung Bebas Anak Jalanan Tahun 2014 melalui Program Kesejahteraan Sosial Anak (PKSA).

Sudah ada pula program-program yang dicanangkan oleh pemerintah Kota Makassar dalam penanganan anak jalanan. Hal ini jelas terlihat dalam Perda Nomor 2 Tahun 2008 tentang Anak Jalanan, dimana terdapat lima bentuk pembinaan yaitu (1) Pembinaan yang terdiri dari tiga langkah pembinaan yaitu, Pembinaan Pencegahan, Pembinaan Lanjutan, dan Usaha

Rehabilitasi Sosial, (2) Eksploitasi, (3) Pemberdayaan, (4) Bimbingan Lanjutan, dan (5) Partisipasi Masyarakat.

Hal yang paling penting dalam penanganan anak jalanan adalah jaminan akan kesejahteraan sosial dan akses mereka dalam memperoleh pendidikan dan kesehatan. Dalam hal ini pemerintah memang sangat perlu bekerja sama dengan lembaga-lembaga swadaya masyarakat.

Salah satu yang berperan paling penting dalam penanganan masalah anak jalanan adalah rumah singgah atau rumah sementara bagi anak jalanan. Bagaimana mereka dapat menyosialisasikan tentang kesehatan terutama keutamaan gizi, pola makan yang sehat dan pentingnya untuk hidup sehat dan mendapatkan pelayanan kesehatan. Lalu bagaimana mereka juga bisa memberi contoh makanan sehat itu seperti apa dan yang mana saja dengan memberikan makanan itu sendiri kepada anak jalanan, sehingga sebisa mungkin anak jalanan dapat berusaha untuk memperoleh makanan yang sehat itu meskipun sedang tidak berada di rumah singgah.

Jenis pekerjaan yang dilakukan oleh anak jalanan yang sebagian besar waktunya dihabiskan di jalan, pola konsumsi yang tidak sehat dan kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan terutama pada saat sakit adalah perilaku berisiko yang sering dilakukan oleh anak jalanan. Oleh karena itu penulis ingin mengetahui gambaran status gizi anak jalanan khususnya di Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian adalah bagaimana gambaran status gizi anak jalanan berdasarkan umur, jenis kelamin, tempat tinggal, waktu di jalan, riwayat penyakit, aktivitas fisik, pola konsumsi dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Kota Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan di Kota Makassar.

2. Tujuan khusus.

- a. Untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan berdasarkan umur.
- b. Untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan berdasarkan jenis kelamin.
- c. Untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan berdasarkan tempat tinggal.
- d. Untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan berdasarkan waktu di jalan.
- e. Untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan berdasarkan riwayat penyakit.

- f. Untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan berdasarkan aktivitas fisik.
- g. Untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan berdasarkan pola konsumsi.
- h. Untuk mengetahui gambaran status gizi anak jalanan berdasarkan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan memperluas wawasan serta pengalaman bagi peneliti mengenai masalah kesehatan anak jalanan khususnya masalah gizi dan pelayanan kesehatan.

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi instansi kesehatan khususnya pemerintah Kota Makassar dan instansi pemerintah khususnya Dinas Sosial Kota Makassar untuk menentukan kebijakan mengenai perencanaan kesehatan anak khususnya anak jalanan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

3. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan menambah khasanah ilmu pengetahuan serta menjadi bahan bacaan maupun pedoman bagi penelitian berikutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan umum status gizi

Kata gizi berasal dari bahasa arab yaitu *ghidza* yang berarti makanan. Zat gizi adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan.

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutritute dalam bentuk variabel tertentu (Supriasa, 2001).

Status gizi didefinisikan sebagai keadaan tubuh seseorang atau sekelompok orang yang diakibatkan oleh konsumsi, penyerapan dan penggunaan zat gizi yang terdapat pada makanan (Rahmiwati, 2007). Status gizi dibedakan atas tiga, yaitu status gizi buruk, kurang, baik dan lebih.

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi baik terjadi apabila tubuh memperoleh zat-zat gizi yang cukup yang digunakan secara efisien sehingga pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum dapat tercapai setinggi mungkin. Sedangkan status gizi kurang terjadi apabila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat gizi yang esensial. Status gizi lebih terjadi apabila tubuh memperoleh zat-zat gizi dalam jumlah yang berlebih, sehingga

menimbulkan efek toksik atau berbahaya. Baik pada status gizi kurang maupun lebih terjadi gangguan gizi.

Ada banyak cara untuk menilai status gizi. Cara-cara ini adalah dengan anamnesis tentang asupan pangan, ingatan pangan 24 jam (*24-hour food recall*), dengan kuesioner frekuensi pangan (*food frequency questionnaire/FFQ*), riwayat pangan (*dietary history*), catatan pangan (*food records*), pengamatan, konsumsi pangan keluarga, pemeriksaan klinis, pemeriksaan antropometri, dan pemeriksaan biokimiawi.

Salah satu cara paling sederhana yang dapat digunakan untuk menentukan status gizi pada remaja adalah dengan mengukur Indeks Massa Tubuh (IMT) atau *Body Mass Index (BMI)*. Caranya adalah dengan mengukur tinggi badan dan berat badan. Tinggi badan diukur menggunakan *microtoise*. Responden diminta berdiri tegak, melepas alas kaki dan *microtoise* yang telah dipasang setinggi 2 meter lalu ditarik turun dan melihat angka yang tertera di *microtoise* dan mencatatnya. Sedangkan berat badan diukur menggunakan timbangan injak digital. Responden diminta naik ke atas timbangan tanpa alas kaki dan melihat angka yang tertera di timbangan tersebut dan mencatatnya.

Setelah didapatkan data tinggi dan berat badan, kemudian data dimasukkan ke dalam rumus perhitungan IMT sebagai berikut.

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}$$

Hasil dari rumus di atas kemudian dicocokkan dengan tabel interpretasi dari WHO (2005) untuk mengetahui termasuk dalam kategori status gizi yang mana.

Kategori status gizi adalah sebagai berikut:

- a. Sangat kurus jika $z < -3 \text{ SD}$
- b. Kurus jika $-3 \text{ SD} \leq z < -2 \text{ SD}$
- c. Normal jika $-2 \text{ SD} \leq z \leq +1 \text{ SD}$
- d. Gemuk jika $+1 \text{ SD} < z \leq +2 \text{ SD}$
- e. Obesitas jika $z > +2 \text{ SD}$

Penelitian Pramesti dan Kurniajati (2012) di Kediri menunjukkan 33% anak jalanan masih kekurangan kebutuhan nutrisi. Dan sebesar 40% anak jalanan memiliki status gizi kurang. Sementara penelitian Dammann *et.al.* (2011) di Minneapolis, Amerika Serikat, menunjukkan sebagian besar ibu yang gelandangan dan tinggal di jalanan meremehkan masalah tumbuh kembang anak mereka, hampir 20% ibu gagal memprediksikan tinggi dan berat badan anaknya sendiri.

Penelitian Nur'Aini dan Mira Dewi tahun 2009 menunjukkan bahwa hanya 3,9% anak jalanan yang mengalami gizi kurang dan sebesar 96% anak jalanan justru berstatus gizi normal.

B. Tinjauan umum anak jalanan

1. Pengertian anak jalanan

UNICEF memberikan batasan tentang anak jalanan, yaitu: *Street child are those who have abandoned their homes, school and immediate communities before they are sixteen years of age, and have drifted into a nomadic street life* (anak jalanan merupakan anak-anak berumur dibawah 16 tahun yang sudah melepaskan diri dari keluarga, sekolah dan lingkungan masyarakat terdekatnya, larut dalam kehidupan yang berpindah-pindah di jalan raya).

Kementerian Sosial RI memberikan pengertian anak jalanan adalah anak yang melewati atau memanfaatkan sebagian besar waktunya untuk melakukan kegiatan hidup sehari-harinya di jalanan.

Menurut PERDA Kota Makassar Nomor 2 tahun 2008, anak jalanan adalah anak yang beraktifitas di jalanan antara 4 – 8 jam perhari. Sedangkan menurut Moeliono (2001) anak jalanan adalah anak yang bekerja lebih dari 4 jam di jalan untuk bekerja maupun melakukan aktivitas lainnya dan berusia 5-18 tahun (Nur'Aini, 2009).

Dapat ditarik kesimpulan bahwa anak jalanan adalah anak berusia 0-18 tahun yang bekerja dan tinggal di jalan. Jalanan menjadi tempat mereka mengadu nasib terutama masalah ekonomi.

Ada tiga kategori dari anak jalanan, yaitu:

- a. *Children on the street*, atau anak-anak yang turun ke jalan, merupakan kategori anak-anak yang bekerja di jalan namun masih berhubungan dengan keluarga. Dalam hal ini mereka masih tinggal bersama orang tua atau keluarga dan selalu pulang ke rumah sehabis bekerja di jalan atau sering pulang ke rumah meskipun tidak setiap hari.
- b. *Children of the street*, atau anak-anak yang menghabiskan seluruh atau sebagian besar waktunya di jalan baik secara social maupun ekonomi. Mereka tidak lagi berhubungan sama sekali dengan orang tua atau pun keluarga. Namun, ada juga beberapa yang masih berhubungan namun sangat jarang dikarenakan mereka menjadi korban kekerasan di rumah, sehingga lari dari rumah.
- c. *Children from families of the street*, atau anak-anak dari keluarga yang ada di jalanan. Anak-anak ini yang termasuk anak-anak yang telah berada di jalanan sejak mereka lahir karena orang tua atau keluarganya tinggal di jalanan.

Diperkirakan ada sekitar 100 juta anak jalanan dan akan terus bertambah seiring pertumbuhan populasi global dan urbanisasi yang terus berlanjut (UNICEF 2005) . Di Asia, menurut perkiraan Childhope Asia, sebuah NGO yang berbasis di Philipina, memperkirakan ada sekitar 25-30 juta anak jalanan. Jumlah anak jalanan di seluruh Indonesia sendiri masih cukup tinggi, yaitu 104.497. Provinsi dengan jumlah anak jalanan terbanyak

berturut-turut adalah Jawa Timur yaitu sebanyak 13.136 anak, Nusa Tenggara Barat 12.307 anak, dan Nusa Tenggara Timur 11.889 anak. Sulawesi Selatan sendiri memiliki angka yang cukup tinggi yaitu sebesar 3.931 (Data PMKS 2007, Kementrian Sosial RI).

Kota Makassar memiliki jumlah anak jalanan mencapai 1.407 anak pada tahun 2007, dan berhasil menurun hingga 869 anak pada tahun 2008. Namun pada tahun 2009 mengalami peningkatan menjadi 870 anak, disusul pada tahun 2010 sebesar 901 anak. Pada tahun 2011 kembali mengalami peningkatan sebesar 918 anak (Dinas Sosial Kota Makassar, 2012). Terjadi peningkatan dalam empat tahun terakhir yang disebabkan karena transmigrasi dari desa ke kota dan pada saat mereka telah sampai di kota, mereka dipengaruhi oleh orang-orang di kota untuk ikut bersama mereka bekerja dan tinggal di jalan.

2. Karakteristik anak jalanan

Anak jalanan memiliki ciri-ciri yang membuat mereka terlihat berbeda dengan anak pada umumnya. Menurut Nusa Putra (1996:112) dalam Sri Wahyu Ananingsih (1997: 2-3), ciri-ciri umum anak jalanan adalah:

- 1) Berada di tempat umum (jalanan, pasar, pertokoan, tempat-tempat hiburan) selama 3-24 jam sehari.
- 2) Berpendidikan rendah (kebanyakan putus sekolah)

- 3) Berasal dari keluarga-keluarga tidak mampu (kebanyakan kaum urban, beberapa diantaranya tidak jelas keluarganya)
- 4) Melakukan aktivitas ekonomi pada sector informal.

Pada semua hasil penelitian (Nur'Aini, 2009) ada indikasi ketidakseimbangan gender yang jelas pada anak jalanan yaitu sebesar 75-90% anak jalanan di Amerika Latin dan Afrika adalah laki-laki. Dalam penelitian Fernanda Torres de Carvalho (2006) tentang perilaku berisiko anak dan remaja jalanan di Brazil menunjukkan bahwa partisipan dalam penelitian ini lebih banyak laki-laki dengan jumlah 128 sementara perempuan hanya 33 orang. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas anak jalanan adalah laki-laki.

Yayasan Setara Semarang (1999) membagi anak jalanan dalam 5 karakteristik, yaitu:

1. Anak yang dipekerjakan orang tua.

Pada karakteristik ini, anak biasanya ditemani atau ditunggu oleh orang tua untuk mengemis atau mengamen. Kecenderungan eksploitasi akan seksual mungkin sedikit, tetapi eksploitasi dalam segi ekonomi jelas terlihat. Mereka pun berisiko terhadap keselamatan mereka. mereka rentan tertabrak kendaraan, maupun kekerasan (*bully*) dari teman sebaya maupun anak yang lebih besar.

2. Anak yang masih sekolah

Pada karakteristik ini, masalah ekonomi bukan merupakan satu-satunya faktor mereka turun ke jalan, namun lebih kepada gaya hidup

karena merasa adanya perlindungan dan kebersamaan dari suatu kelompok. Mereka cenderung berperilaku berisiko seperti mengonsumsi obat-obatan terlarang, psicotropika, dan berperilaku seksual yang salah.

3. Anak yang tinggal di jalan (*homeless*)

Pada karakteristik ini anak sudah tidak lagi berhubungan dengan keluarga. Mereka tentu saja sangat rentan terhadap berbagai macam masalah, terutama eksploitasi seksual dan kekerasan baik dari teman sebaya maupun orang lain.

4. Anak yang tergantung pada pacarnya.

Pada karakteristik ini anak sangat bergantung pada pacarnya. Mereka ikut bekerja dengan pacarnya di jalan misalnya mengamen pada siang hari dan tidur di kos pacarnya pada malam hari. Mereka sangat rentan terhadap penyakit menular seksual.

5. Anak yang melacurkan diri.

Pada karakteristik ini, anak biasanya tidak ingin disebut sebagai penjaja seks, meskipun pada kenyataan mereka berhubungan seksual untuk mendapatkan imbalan berupa makan, uang, perlindungan maupun obat-obatan terlarang.

Jenis pekerjaan anak jalan bervariasi, mulai dari pengamen, pedagang asongan, pengemis, pelacur, menyemir sepatu, loper koran, pemulung. Jenis pekerjaan ini juga bergantung dari apa yang bisa mereka kerjakan, kebutuhan dan latar belakang mereka.

Penelitian di India menemukan bahwa penurunan Indeks Massa Tubuh (IMT) sejalan dengan lamanya anak bekerja dalam tahun (Handy Fransiska dan Soedjatmiko, 2004)

3. Faktor penyebab menjadi anak jalanan

Penyebab anak bekerja atau tinggal di jalan bervariasi, tergantung dari masalah apa yang sedang mereka hadapi. Namun kebanyakan mereka turun ke jalan karena masalah ekonomi. Mereka ingin mendapatkan tambahan uang jajan atau karena mereka memang ingin menghidupi diri dan keluarga dengan uang hasil bekerja di jalan. Dan kebanyakan yang memiliki motif seperti ini adalah laki-laki. Sementara perempuan yang idealnya memiliki sifat penurut dan seharusnya lebih banyak tinggal di rumah memiliki masalah yang jauh lebih serius seperti masalah kekerasan dan pelecehan seksual yang menyebabkan mereka turun ke jalan.

Menurut Dewan Nasional Indonesia (Ellisma Hutagalung, 2009) faktor penyebab anak turun ke jalan adalah :

1. Faktor kemiskinan keluarga/orang tua.
2. Kesibukan orang tua.
3. Faktor penolakan masyarakat, misalnya karena cacat atau anak hasil di luar pernikahan.
4. Faktor rumah tangga yang retak (*broken home*)

5. Faktor yatim piatu, salah satu atau kedua orang tua telah meninggal dunia.

Sudrajat membagi atas tiga tingkatan penyebab munculnya anak jalan, yaitu:

1. Tingkat mikro, yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan situasi anak dan keluarganya.
2. Tingkat meso, yaitu faktor-faktor yang ada masyarakat, tempat anak dan keluarga berada.
3. Tingkat makro, yaitu faktor-faktor yang lebih besar, seperti ekonomi, politik dan kebudayaan.

Anak memilih jalanan sebagai tempat pelarian mereka mungkin dikarenakan hanya tempat itulah yang dapat menerima mereka dengan bebas tanpa perlu adanya aturan yang mengikat. Mereka bebas berekspresi tanpa adanya tuntutan. Namun justru pilihan mereka itu juga memiliki risiko besar, karena mereka rentan terpapar akan segala macam penyakit. Apalagi pada usia remaja dimana mereka jauh lebih berisiko melakukan tindakan-tindakan yang bisa membahayakan diri mereka sendiri.

C. Tinjauan umum remaja

Menurut *World Health Organization* (WHO) remaja adalah masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. WHO membagi remaja ke dalam dua kategori, yaitu *adoscelent* yang usia 10-19 tahun dan *youth* yang berusia 15-24 tahun. Menurut Soetjningsih (2004) masa remaja merupakan

masa peralihan antara masa anak-anak yang dimulai saat terjadinya kematangan seksual yaitu antara usia 11 atau 12 tahun sampai dengan 20 tahun, yaitu masa menjelang dewasa muda.

Pengertian Sarwono (2007) tentang remaja bahwa remaja adalah masa yang paling rawan dimana masa ini adalah masa pencarian identitas dan perubahan sepsifik terjadi pada masa ini. Sarwono juga mengkategorikan remaja dalam empat periode, yaitu:

1. Masa Pra Pubertas (usia 12-13 tahun) dimana masa ini merupakan masa peralihan dari akhir masa kanak-kanan ke masa awal pubertas. Dalam masa ini anak mulai berpikir kritis sehingga tidak ingin dianggap seperti anak kecil lagi.

2. Masa Pubertas (usia 14-16 tahun) dimana masa ini merupakan masa awal ditandai dengan mulai merasakan perubahan fisik dari dirinya dan sikapnya jadi tidak menentu.

3. Masa Akhir Pubertas (usia 17-18 tahun) dimana masa ini merupakan masa peralihan dari masa pubertas ke masa adolensien. Masa inilah merupakan proses pendewasaan seorang anak.

4. Periode Remaja Adolensien (usia 19-20 tahun) dimana masa ini merupakan masa akhir remaja. Dalam periode ini remaja mulai menyadari realitas dan mulai menentukan sikap akan hidup.

D. Tinjauan umum riwayat penyakit

Riwayat alamiah penyakit (*natural history of diseases*) adalah deskripsi tentang perjalanan waktu dan perkembangan penyakit pada individu, dimulai sejak terjadinya paparan dengan agen kausal hingga terjadinya akibat penyakit, seperti kesembuhan atau kematian, tanpa terinterupsi oleh suatu intervensi preventif maupun terapeutik (CDC, 2010).

Riwayat penyakit adalah perkembangan penyakit tanpa campur tangan medis atau bentuk intervensi lainnya sehingga suatu penyakit berlangsung secara natural. Riwayat penyakit merupakan sejarah atau catatan jika seseorang pernah menderita suatu penyakit infeksi.

Infeksi merupakan hasil interaksi antara mikroorganisme dengan inang rentan yang terjadi melalui suatu transmisi baik melalui darah, udara atau kontak langsung. Infeksi adalah kolonisasi yang dilakukan oleh spesies asing terhadap organisme inang, dan bersifat membahayakan inang.

Penyakit yang termasuk golongan dalam kelompok biotis (biologik), maka penyakit yang ditimbulkannya disebut dengan nama penyakit infeksi (*infectious diseases*). Penyebab penyakit yang termasuk golongan biologik dapat berupa jasad renik (mikro organisme) dan atau yang bukan jasad renik baik yang berasal dari hewan (fauna) dan ataupun yang berasal dari tumbuhan (flora). Contohnya adalah metazoa (artropoda dan hekmintes), protozoa, bakteri, riketsia, virus, dan jamur. Penyakit infeksi ini ada yang bersifat

menular (*communicable diseases*) dan ada pula yang tidak menular (*non communicable diseases*).

Contoh-contoh penyakit infeksi :

1. Penyebab penyakit adalah bakteri (jasad renik atau kuman).
 - a. TBC : ditularkan melalui udara
 - b. Tetanus : melalui luka yang kotor
 - c. Mencret : lalat, air dan jari yang kotor
 - d. Pneumonia: lewat batuk (udara)
 - e. Gonorrhoea dan sifilis : hubungan kelamin
 - f. Sakit telinga : dengan selesma (masuk angin dan pilek)

2. Penyebab penyakit adalah virus (kuman yang lebih kecil daripada bakteri).
 - a. Selesma, influenza, campak, gondok : ditularkan melalui udara, batuk, ataupun lalat
 - b. Rabies : melalui gigitan binatang
 - c. Penyakit kulit : melalui sentuhan

3. Penyebab penyakit adalah jamur.

- a. Kurap, kutu air, dan gatal pada lipatan paha: ditularkan melalui sentuhan atau dari pakaian yang dipakai secara bergantian

4. Parasit internal (hewan yang berbahaya yang hidup di dalam tubuh)

- a. Disentri: ditularkan dari kotoran ke mulut
- b. Malaria: melalui gigitan nyamuk

5. Parasit eksternal (hewan yang berbahaya yang hidup pada permukaan tubuh)

- a. Kutu rambut, kutu hewan, kutu busuk berupa kudis: penularannya dari orang-orang yang telah terinfeksi atau melalui pakaian.

Gejala sisa infeksi dan malnutrisi ketika kanak-kanak akan menjadi beban pada usia remaja. Mereka yang memiliki riwayat penyakit diare maupun ISPA semasa bayi dikarenakan malnutrisi tidak akan mungkin tumbuh menjadi remaja yang normal, akibatnya mereka tidak dapat bekerja dengan produktif (Arisman, 2010). Di Yayasan Insani Surabaya terdapat 12 anak jalanan yang menderita TB Paru (Andriani dkk. 2006). Sementara di Jogjakarta terdapat 20% anak jalanan menderita anemia (Aini dan Gugun, 2012). Di Bandung, 37,3% anak jalanan menderita ISPA, diare 23,5% dan penyakit kulit 17,6% (Nur'Aini dan Dewi 2009).

E. Tinjauan umum aktivitas fisik

Aktivitas fisik atau disebut juga aktivitas eksternal adalah kegiatan yang menggunakan tenaga atau energi untuk melakukan berbagai kegiatan fisik seperti berjalan, berlari, berolahraga, dan lain-lain. Aktifitas remaja mengalokasikan waktunya selama 24 jam dalam kehidupan sehari-hari untuk melakukan suatu jenis kegiatan secara rutin dan berulang-ulang (Kartono 1992 dalam Nur'Aini 2009).

Seseorang dikatakan beraktivitas ringan (*sedentary*) bila tidak banyak melakukan kerja fisik, tidak dianjurkan berjalan jauh, umumnya menggunakan alat transportasi, tidak latihan atau berolahraga secara teratur, menghabiskan waktu senggangnya dengan duduk dan berdiri dengan sedikit bergerak.

Kategori sedang adalah orang yang tidak terlalu banyak menggunakan energi, namun lebih banyak mengeluarkan energi daripada yang beraktivitas ringan. Kemungkinan juga adalah orang yang tergolong beraktivitas ringan namun memiliki waktu untuk beraktivitas sedang hingga berat yang teratur seperti *jogging*, berlari, dan aerobic. Kategori berat adalah orang yang tergolong beraktivitas berat bila orang tersebut dalam kesehariannya melakukan aktivitas yang mengeluarkan banyak energi seperti berenang dan menari selama 2 jam, mencangkul, berjalan kaki dengan beban yang berat (FAO/WHO/UNU 2001).

Aktivitas dikatakan ringan apabila 75% waktu digunakan untuk duduk atau berdiri, 25% waktu untuk aktivitas pekerjaan tertentu. Aktivitas dikatakan sedang apabila 40% waktu digunakan untuk duduk atau berdiri, 60% waktu untuk aktivitas pekerjaan tertentu. Sementara aktivitas dikatakan berat apabila 25% waktu digunakan untuk duduk atau berdiri, 75% waktu untuk aktivitas pekerjaan tertentu. Aktivitas yang diukur adalah tidur, mandi, makan, sekolah, bermain ,aktivitas di jalanan, aktivitas di rumah seperti mencuci, menyapu, memasak, membersihkan rumah, dan menonton.

Pengukuran aktivitas fisik dilakukan dengan cara memberikan kuesioner *recall* 1x24 jam dimana responden diminta untuk mengingat kegiatan atau aktivitas yang dilakukan selama satu hari dan berapa menit waktu yang dihabiskan dalam setiap kegiatan. Lalu aktivitas dibagi ke dalam dua kategori yaitu aktivitas duduk dan berdiri dan aktivitas untuk pekerjaan tertentu. Selanjutnya total dari masing-masing waktu yang dihabiskan dalam dua kategori ini akan dibagi dengan total waktu yang dihabiskan dalam satu hari dan dikalikan 100% untuk mendapatkan hasil tingkat aktivitas anak jalanan.

F. Tinjauan umum pola konsumsi

Pola konsumsi adalah susunan makanan yang dikonsumsi setiap orang untuk menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan oleh tubuh dalam susunan makanan. Pola konsumsi di Indonesia sendiri berbeda-beda

tergantung daerah masing-masing. Hal ini dipengaruhi oleh letak geografis, keadaan alam daerah tersebut, budaya, tariff sosial ekonomi, dan subsidi atau bantuan terhadap bahan makanan tertentu.

Data Biro Pusat Statistik (Sri Kardjati,1985 dalam Soegeng Santoso dan Anne Lis Ranti, 2009:90) menunjukkan bahwa beras merupakan bahan makanan utama di Sumatera, Kalimantan, dan Jawa bagian barat. Jagung adalah bahan makanan sampingan. Masakan beras maupun jagung dalam makanan sehari-hari terdapat di Jawa bagian tengah ke timur, Sulawesi, Bali dan Nusa Tenggara.

Sagu merupakan makanan utama penduduk di Indonesia bagian tengah dan barat. Jenis umbi didapatkan di seluruh Indonesia dengan jumlah konsumsi masing-masing yang cukup tinggi. Kacang-kacangan merupakan sumber protein nabati yang banyak digunakan di negara berkembang. Daging, telur dan ikan merupakan sumber protein hewani yang banyak dikonsumsi.

Pada usia remaja, pola konsumsi merupakan salah satu hal yang paling penting dalam masalah kesehatannya. Kebiasaan makan yang diperoleh semasa remaja tentu saja akan berefek pada periode kehidupan selanjutnya. Remaja yang kekurangan kalsium akan lebih cepat mengalami osteoporosis di usia lanjut, dan tidak akan ada gunanya lagi meningkatkan konsumsi kalsium ketika gejala osteoporosis mulai muncul.

Remaja juga membutuhkan lebih banyak besi apalagi untuk remaja perempuan yang telah mengalami menstruasi. Kekurangan besi dapat

menyebabkan anemia dan kelelahan dan hal ini dapat mengakibatkan kurangnya produktivitas kerja.

Hampir 50% remaja (Daniel,1977) terutama remaja yang berusia lebih tua tidak sarapan. Namun, pada penelitian lain membuktikan bahwa masih banyak remaja (89%) yang meyakini kalau sarapan itu penting meskipun yang teratur sarapan hanya 60% (Arisman,2009). Dalam masa pencarian identitas remaja sangat cepat terpengaruh dengan lingkungan. Teman akrab sangat berpengaruh terhadap cara memilih jenis makanan. Contohnya makan makanan *junk food*, makanan olahan, menjadi vegetarian dan minum alkohol atau sejenisnya.

Kecemasan akan penampilan juga dapat menjadi alasan remaja melakukan diet, yang bisa saja justru merupakan diet yang salah. Dan bisa berakibat lebih parah sampai mengalami anoreksia nervosa. Oleh karena itu pengetahuan akan makanan bergizi sangat diperlukan terutama pada kelompok yang rentan seperti anak jalanan.

Pola konsumsi diukur menggunakan *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) dimana dalam FFQ dapat dilihat jenis makanan apa saja yang dimakan dalam sebulan terakhir dan frekuensi konsumsi per orang dalam satu bulan terakhir, apakah orang tersebut sering mengkonsumsi atau jarang mengkonsumsi zat gizi seperti karbohidrat, protein, lemak, serat dan makanan jadi.

Penelitian Oktaviani dkk. tahun 2012 pada siswa SMAN 9 Semarang menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara kebiasaan konsumsi *fast food*, karbohidrat, protein dan lemak dengan Indeks Massa Tubuh (IMT).

Hasil penelitian Andriani dkk. tahun 2006 menunjukkan terdapat 12 anak jalanan di Yayasan Insani Kota Surabaya yang menderita TB Paru dan yang tidak memiliki kebiasaan sarapan pagi 7 kali lebih berisiko terkena penyakit TB Paru meskipun dalam penelitiannya ternyata pola konsumsi tidak berhubungan dengan kejadian TB paru dikarenakan meskipun kandungan tenaganya rendah tetapi masih mencukupi angka kecukupan gizi untuk karbohidrat usia 20-24 tahun, padahal sampel yang diteliti lebih banyak berusia 17 tahun ke bawah.

Penelitian Nur'Aini dan Mira Dewi tahun 2009 menunjukkan anak jalanan di Bandung lebih banyak mengkonsumsi bahan pangan berupa beras. Anak jalanan kurang mengkonsumsi protein sehingga menyebabkan tingkat kecukupan energi defisit berat. Sebanyak 45,1% anak jalanan termasuk dalam kategori tersebut juga dikarenakan frekuensi makan yang jarang. Penelitian Kulstum dan Katasurya di Semarang memperlihatkan bahwa konsumsi pangan sumber protein dari hewani dan vitamin serta mineral seperti sayuran dan buah-buahan masih relatif rendah.

G. Tinjauan umum pemanfaatan pelayanan kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan suatu upaya yang dilaksanakan dan diadakan oleh suatu instansi atau organisasi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Menurut Notoatmojo pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang memiliki tujuan utama yaitu pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Tujuan pelayanan kesehatan ada 4, yaitu:

1. Promotif

Promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan) adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik. Hal ini diperlukan contohnya dalam peningkatan gizi atau perbaikan sanitasi lingkungan.

2. Preventif

Preventif adalah pencegahan terhadap orang yang berisiko terpapar penyakit. Dalam preventif dilakukan pencegahan supaya seseorang atau suatu kelompok masyarakat tidak terkena penyakit.

3. Kuratif

Kuratif adalah pengobatan atau penyembuhan penyakit.

4. Rehabilitatif

Rehabilitatif adalah usaha seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental, cedera atau penyalahgunaan.

Pelayanan kesehatan terbagi atas dua golongan, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan primer (*primary health care*), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan.
2. Pelayanan kesehatan sekunder, Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut (rujukan. Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan rumah sakit kelas A.

Pelayanan kesehatan tidak hanya sekedar untuk pengobatan tetapi juga promotif dan preventif, untuk itu pelayanan kesehatan bukan hanya seputar puskesmas saja, tetapi juga bentuk kegiatan lain. Bentuk-bentuk pelayanan kesehatan tersebut antara lain berupa Posyandu, dana sehat, polindes (poliklinik desa), pos obat desa (POD), pengembangan masyarakat atau

community development, perbaikan sanitasi lingkungan, upaya peningkatan pendapatan (*income generating*) dan sebagainya.

Pelayanan kesehatan terbagi atas dua jenis, yaitu:

1. Pelayanan kedokteran

Ditandai dengan pengorganisasian yang tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, sasarannya adalah perseorangan dan keluarga.

2. Pelayanan kesehatan masyarakat

Tujuan utamanya yaitu memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, sasaran utamanya adalah kelompok masyarakat.

Syarat pokok pelayanan kesehatan :

1. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat serta bersifat berkesinambungan artinya semua pelayanan kesehatan masyarakat tidak sulit ditemukan.

2. Dapat diterima dan wajar

Artinya pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

3. Mudah dicapai

Dipandang dari sudut lokasi untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting.

4. Mudah dijangkau

Dari sudut biaya untuk mewujudkan keadaan yang harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

5. Bermutu

Menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dimana di satu pihak dapat memuaskan para pengguna jasa dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan.

2. **Pemanfaatan pelayanan kesehatan**

Andersen dalam teorinya mengatakan bahwa ada banyak faktor yang mempengaruhi akses atau pemanfaatan seseorang terhadap pelayanan kesehatan. Faktor ini lalu dibagi menjadi tiga bagian, yaitu faktor predisposisi, faktor kemungkinan dan faktor kebutuhan.

Faktor predisposisi terdiri dari dua yaitu faktor demografik dan struktur sosial.

a. Faktor demografik

Andersen mengatakan bahwa ciri-ciri demografik yang berbeda pada tiap individu menyebabkan tipe dan pola penyakit

yang berbeda pula sehingga akan berakibat pula pada pola pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berbeda.

Umur dan jenis kelamin merupakan dua faktor yang paling berpengaruh. Hubungan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan digambarkan dengan kurva U. Semakin muda dan semakin tua umur seseorang semakin banyak mereka memanfaatkan pelayanan kesehatan dikarenakan morbiditas. Sementara pada jenis kelamin, dilihat dari segi biologis maupun gender, dimana perempuan memiliki sistem reproduksi yang lebih kompleks dibandingkn laki-laki sehingga lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan dan dalam pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh banyak hal, apakah itu atas keputusan suami (laki-laki), anggota keluarga ataupun tokoh masyarakat.

b. Struktur sosial

Struktur sosial dalam hal ini adalah pendidikan dan kepercayaan/budaya. Status pendidikan ibu mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dikarenakan kesadaran dan pengetahuan wanita tentang kesehatan.

Kepercayaan/budaya sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sikap kritis masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dikarenakan kepercayaan maupun

budaya menjadi kendala di dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sebagai contoh di sebagian daerah di Indonesia masih percaya bahwa penyakit merupakan kutukan atau ada hubungannya dengan roh atau makhluk gaib.

Faktor pemungkin terdiri dari status ekonomi, sarana pelayanan kesehatan, keterjangkauan pelayanan, petugas kesehatan dan mutu pelayanan. Dan faktor kebutuhan dalam hal ini seseorang akan membutuhkan pelayanan kesehatan bergantung pada status kesehatan seseorang itu sendiri. Orang akan berupaya mencari pelayanan kesehatan jika di dalam dirinya merasa membutuhkan pelayanan kesehatan tersebut.

3. Rumah Sakit

Rumah sakit di Indonesia berdasarkan kepemilikan dibagi atas empat, yaitu :

- a. Rumah sakit pemerintah, yang dibedakan menjadi rumah sakit Departemen Kesehatan dan Rumah sakit Pemerintah Daerah (Pemda), yang dibedakan lagi menjadi rumah sakit Pemda Provinsi dan rumah sakit Pemda Kota/Kabupaten. Jumlah rumah sakit jenis rumah sakit ini sampai dengan Mei 2012 adalah 785 unit.
- b. Rumah sakit Tentara Nasional Indonesia (TNI), yang dibedakan menjadi rumah sakit Angkatan Darat, Angkatan Udara, Angkatan Laut dan Rumah sakit Polri, berjumlah 109 unit untuk TNI dan 34 unit untuk Polri.

- c. Rumah sakit Departemen lain yang biasanya dimiliki Badan Usaha Milik Negara (BUMN) seperti rumah sakit Pertamina, rumah sakit Perkebunan dan sebagainya, berjumlah 77 unit.
- d. Rumah sakit swasta yang dikelola Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau perusahaan LSM penyelenggaraan rumah sakit swasta ini biasanya dibedakan menjadi rumah sakit yang didirikan lembaga keagamaan dan rumah sakit netral. Jumlah rumah sakit swasta non profit 699 unit dan swasta *private* 403 unit.

Penelitian Withy *et.al* (2008) terkait pelayanan kesehatan di O’Ahu, Hawaii, Amerika Serikat menunjukkan bahwa banyak gelandangan yang terkendala masalah finansial dalam menerima perawatan kesehatan, meskipun 77% gelandangan memiliki asuransi. Pada penelitian Nguyen (2011) kepada para remaja jalanan di Sidney, Australia banyak yang memiliki masalah kesehatan pada mulut dikarenakan perilaku berisiko seperti merokok, minum alkohol dan konsumsi obat-obatan, namun mereka kurang mendapatkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut.

Penelitian Cahyo dkk. (2006) menunjukkan bahwa masih banyak anak jalanan dan gelandangan yang belum dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik. Pada umumnya jika mereka sakit mereka hanya membeli obat di apotik, hanya sedikit yang pernah ke rumah sakit, klinik maupun puskesmas. Hal ini juga dipengaruhi oleh persepsi mereka tentang sakit.

Penelitian Worthington dan Maclaurin (2009) di Kanada menunjukkan bahwa remaja jalanan yang tinggal di jalan kurang menggunakan jasa dokter selama jam kerja (OR 0.2) dibandingkan dengan yang tidak tinggal di jalan dan mereka yang tinggal di jalan jauh lebih suka menggunakan klinik keliling (OR 10.1), pelayanan yang memang diperuntukkan untuk orang-orang yang beraktivitas di jalan.