

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, Kementerian 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, psikotropika, 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. Gonorrhea 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.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

Anak jalanan merupakan kelompok yang sangat rentan terkena berbagai macam penyakit. Apalagi di usia remaja dimana mereka cenderung berperilaku berisiko sehingga dapat menyebabkan berbagai macam masalah termasuk status gizi kurang.

Ada banyak hal yang dapat mempengaruhi status gizi, diantaranya adalah riwayat penyakit yang pernah diderita anak itu sendiri, aktivitas fisik, pola konsumsi dan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, untuk mengetahui dasar pemikiran pada penelitian ini maka akan diuraikan variabel yang diteliti sebagai berikut:

1. Status gizi

Status gizi (IMT) merupakan salah satu indikator di dalam menentukan status kesehatan khususnya pada anak yang bekerja (Handy dan Soedjatmiko, 2004). Masih banyak masalah gizi yang dialami oleh anak jalanan terutama gizi kurang. Di Kediri masih ada 40% anak jalanan yang mengalami gizi kurang (Pramesti dan Kurniajati, 2012).

2. Karakteristik orang

a. Umur

Umur merupakan variabel yang cukup penting karena status gizi juga bergantung pada umur. Status gizi seseorang juga diukur dari umur. Status gizi pada remaja berbeda-beda untuk setiap tingkatan umur. Oleh karena itu, umur menjadi salah satu variabel yang penting di dalam menentukan status gizi khususnya pada remaja.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin berkaitan erat dengan kebiasaan hidup seseorang. Laki-laki cenderung berperilaku bebas dan lebih banyak beraktivitas sehingga dapat berpengaruh terhadap status gizi.

3. Karakteristik Tempat

Tempat tinggal merupakan salah satu faktor penting di dalam tumbuh kembang seorang anak. Anak yang tinggal dengan orang tua dapat selalu diawasi dan dikontrol daripada anak yang tidak tinggal bersama orang tua. Anak yang tidak tinggal dengan orang tua cenderung lebih bebas sehingga kadang kurang memperhatikan kesehatan dan makanan yang dimakan.

4. Karakteristik waktu

Waktu yang dihabiskan di jalan untuk beraktivitas dapat berpengaruh terhadap status gizi seseorang dikarenakan aktivitas yang mereka jalani. Semakin lama anak tinggal di jalan semakin rentan mereka terkena berbagai macam penyakit termasuk masalah gizi.

5. Riwayat penyakit

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).

6. Aktivitas fisik

Anak jalanan beraktivitas lebih banyak di jalan. Hal ini tentu saja akan berpengaruh terhadap status gizi karena menghabiskan waktu lebih banyak di jalan membuat mereka menjadi rentan terkena berbagai macam jenis penyakit, terutama penyakit infeksi. Penyakit infeksi dapat menyebabkan kekurangan gizi.

7. Pola konsumsi

Pola konsumsi merupakan salah satu hal paling penting di dalam masalah kesehatan, terutama pada usia remaja. Makanan yang masuk ke dalam tubuh dapat berpengaruh terhadap seluruh kegiatan karena makanan merupakan sumber energi. Oleh karena itu pola konsumsi yang sehat sangat penting terutama bagi anak yang menghabiskan sebagian besar waktunya di jalan.

Pola konsumsi yang tidak sehat dan frekuensi konsumsi makanan yang bisa saja kurang dari yang seharusnya membuat produktivitas mereka berkurang. Pola konsumsi yang tidak sehat juga dapat membuat mereka

rentan terhadap penyakit dan status gizi kurang. Kebiasaan makan sewaktu remaja juga tentu saja berefek untuk kehidupan di usia selanjutnya (Arisman, 2009).

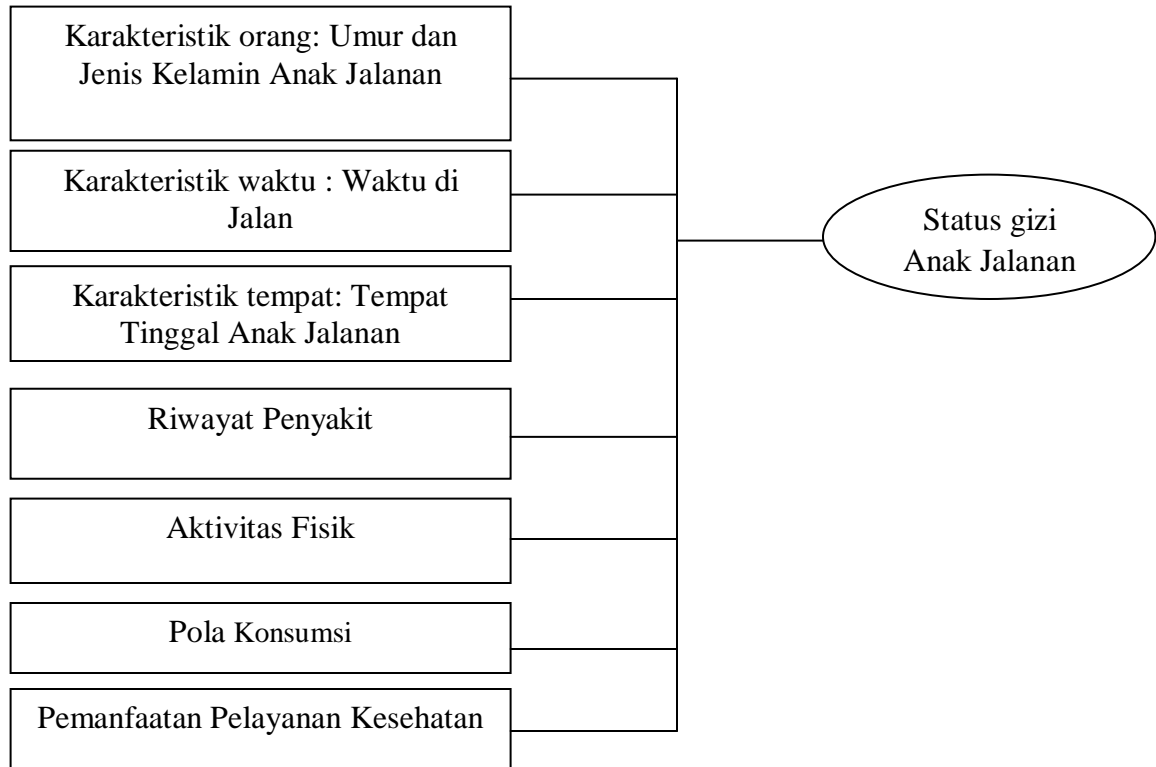
8. Pemanfaatan pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan suatu upaya yang dilaksanakan dan diadakan oleh suatu instansi atau organisasi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Andersen dalam teorinya menjelaskan bahwa ada banyak hal yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan diantaranya umur, jenis kelamin, ekonomi dan struktur sosial.

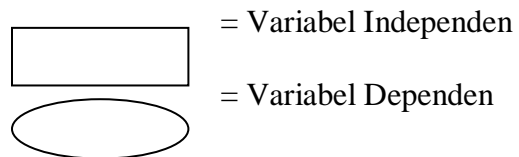
Pemanfaatan pelayanan kesehatan juga berpengaruh terhadap status gizi. Jika pelayanan kesehatan dapat dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya maka status gizi pun baik, begitu pun sebaliknya. Pelayanan kesehatan merupakan penyebab tidak langsung pada kejadian malnutrisi menurut UNICEF.

B. Kerangka konsep



Gambar 3.2 Kerangka konsep penelitian

Keterangan:



C. Definisi operasional

1. **Anak jalanan** adalah anak yang berusia 10-19 tahun dan menghabiskan sebagian besar waktunya di jalanan.
2. **Status gizi** adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi oleh anak jalanan.

Kriteria objektif :

- 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 $z > +2 \text{ SD}$
3. **Umur** adalah lama waktu hidup anak jalanan sejak dilahirkan yang diukur dengan tahun.
 4. **Jenis kelamin** adalah identitas anak jalanan untuk membedakan antara laki-laki atau perempuan.
 5. **Tempat tinggal** adalah status tempat anak jalanan tinggal.
 6. **Waktu di jalan** adalah lama anak jalanan menghabiskan waktu di jalan.
 7. **Riwayat penyakit** adalah penyakit infeksi yang pernah diderita oleh anak jalanan selama 2 bulan terakhir.

Kriteria objektif :

- a. Ada jika pernah menderita penyakit infeksi selama 2 bulan terakhir.
 - b. Tidak ada jika tidak pernah menderita penyakit infeksi selama 2 bulan terakhir.
8. **Aktivitas fisik** adalah tingkat aktivitas yang dilakukan oleh anak jalanan selama satu hari.

Kriteria objektif :

- a. Ringan : Jika 75% waktu digunakan untuk duduk atau berdiri, 25% waktu untuk aktivitas pekerjaan tertentu.
 - b. Sedang : Jika 40% waktu digunakan untuk duduk atau berdiri, 60% waktu untuk aktivitas pekerjaan tertentu.
 - c. Berat : Jika 25% waktu digunakan untuk duduk atau berdiri, 75% waktu untuk aktivitas pekerjaan tertentu.
9. **Pola konsumsi** adalah informasi tentang jenis bahan makanan yang dimakan dan frekuensi makan setiap hari oleh satu orang.

Kriteria objektif:

- a. Cukup : jika mempunyai total skor dari frekuensi konsumsi semua jenis bahan makanan yang biasa dikonsumsi oleh responden di atas rata-rata skor frekuensi konsumsi semua responden.

- b. Kurang : jika mempunyai total skor dari frekuensi konsumsi semua jenis bahan makanan yang biasa dikonsumsi oleh responden di atas rata-rata skor frekuensi konsumsi semua responden.

10. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah bentuk penggunaan pelayanan kesehatan oleh anak jalanan seperti pemeriksaan kesehatan selama 2 bulan terakhir.

Kriteria objektif:

- a. Baik, jika anak jalanan pernah memanfaatkan fasilitas kesehatan selama 2 bulan terakhir.
- b. Tidak baik, jika anak jalanan tidak pernah memanfaatkan fasilitas kesehatan selama 2 bulan terakhir.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif untuk menggambarkan 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.

B. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian berlangsung selama 1 bulan yaitu dimulai bulan Desember 2012 dan berakhir pada bulan Januari 2013. Lokasi penelitian dilakukan di beberapa titik lokasi tempat beroperasi anak jalanan di Kota Makassar yaitu :

1. Sekitar Pantai Losari
2. Sekitar jalan Perintis Kemerdekaan
3. Sekitar *Fly Over*
4. Sepanjang jalan Veteran
5. Ujung jalan Pettarani
6. Sekitar Mall Panakukkang
7. Lampu merah Tallasalapang
8. Sekitar Pasar Sentral
9. Sekitar kampus Unhas
10. Sekitar Pasar Senggol
11. Sekitar lampu merah Sudiang

12. Sekitar Mall Makassar Town Square (M-Tos)
13. Sekitar Pasar Terong, Antang, Pelabuhan, Terminal Malengkeri
14. Sepanjang jalan Abdullah Daeng Sirua, Terminal Daya, Pelabuhan dan lampu merah jalan Gunung Bawakaraeng
15. Rumah singgah Yayasan Bina Anak Mandiri (YABAMI).
16. Komunitas Istana Anak Ceria UNM Parangtambung.

C. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak jalanan di Kota Makassar tahun 2012 sebesar 990 orang.

D. Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi anak jalanan. Penarikan sampel ditentukan menggunakan rumus sampel Lemeshow (1997) :

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

Dimana :

n = Jumlah sampel keseluruhan

N = Besar populasi (990)

p = Perkiraan proporsi kejadian variabel yang diteliti (0,5)

q = 1- p = 1- 0,5 = 0,5

Z = Derajat kepercayaan (1,96)

d = Tingkat ketelitian yang diinginkan (0,05)

Berdasarkan rumus tersebut maka penentuan sampel penelitian dihitung sebagai berikut:

$$\begin{aligned}n &= \frac{990 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 (990 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \\n &= \frac{990 \cdot 3,8416 \cdot 0,25}{2,4725 + 0,9604} \\n &= \frac{950,796}{3,4329} \\n &= 276,96 \approx 277\end{aligned}$$

Jadi, besar sampel yang didapatkan berdasarkan rumus penarikan sampel yaitu sebesar 277 anak jalanan. Pengambilan sampel digunakan teknik *non-random sampling* secara *accidental sampling* yaitu teknik penentuan sampel yang kebetulan bertemu dengan peneliti. Teknik ini digunakan karena mengingat mobilitas anak jalanan yang cukup tinggi sehingga tidak menetap di satu tempat. Sampel yang dipilih memiliki kriteria yaitu anak jalanan berusia 10 – 19 tahun dan bersedia berpartisipasi di dalam penelitian.

E. Cara Pengumpulan Data

1. Data primer

Data diperoleh secara langsung dengan menggunakan kuesioner sebagai pedoman wawancara yang telah disusun berdasarkan tujuan penelitian. Responden yang terpilih sebagai sampel diminta kesediaannya

untuk menjawab pertanyaan dari kuesioner. Berikut prosedur pengumpulan data:

1. Mendatangi lokasi penelitian
2. Melapor pada aparat setempat dan menunjukkan surat izin penelitian
3. Menentukan responden yang akan diwawancarai
4. Menanyakan kesediaan responden untuk wawancara dan meyakinkan bahwa peneliti tidak akan mempublikasikan identitas responden
5. Apabila responden bersedia, maka dilakukan wawancara yang merujuk pada kuesioner penelitian dengan bahasa yang sederhana. Namun jika tidak bersedia, maka peneliti mencari responden dengan kriteria yang telah ditentukan
6. Setelah proses wawancara selesai, peneliti mencari responden selanjutnya kemudian berpindah ke lokasi penelitian berikutnya.

Adapun data yang akan dikumpulkan adalah sebagai berikut:

- a. Data status gizi dilakukan pengukuran antropometri yaitu pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan menggunakan timbangan digital dan *microtoise*.

Prosedur pengukuran:

Berat badan

1. Subjek menggunakan pakaian biasa, isi kantong yang berat dikeluarkan. Subjek tidak menggunakan sepatu dan kaos kaki.
2. Subjek berdiri di atas timbangan dengan beratnya tersebar merata pada kedua kaki, posisi kepala tegak, garis pandangan horizontal.
3. Kedua lengan tergantung bebas di samping badan dan telapak tangan menghadap ke arah paha.
4. Pengukur berdiri di belakang subjek dan mencatat hasil timbangan.

Tinggi badan

1. Subjek dengan pakaian biasa tanpa sepatu dan kaos kaki.
2. Subjek berdiri pada tempat yang rata dan tepat di bawah *microtoise*.
3. Berat badan terdistribusi pada kaki dan posisi kepala tegak.
4. Tangan menggantung bebas pada kedua sisi badan dengan arah telapak tangan menghadap paha.
5. Kedua tumit subjek berdekatan dan menyentuh dinding.
6. Skapula dan bagian belakang (pantat) subjek menyentuh dinding.

7. Bagian *microtoise* yang dapat digerakkan ditarik turun ke bawah sampai menekan rambut subjek.

b. Data riwayat penyakit, aktivitas fisik dan pelayanan kesehatan diperoleh dari wawancara dengan kuesioner sebagai pedoman.

c. Data pola konsumsi diperoleh dari kuesioner *food frequency* modifikasi.

2. Data sekunder

Melihat data jumlah dan karakteristik anak jalanan di Dinas Sosial Kota Makassar.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian dalam penelitian ini menggunakan kuesioner, timbangan digital, dan *microtoise*.

G. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan secara komputerisasi yaitu menggunakan program Epidata, SPSS dan WHO Anthro Plus. Tahapan pengolahan data adalah sebagai berikut:

1. *Editing*, yaitu tahap pemeriksaan hasil pengumpulan data yang bertujuan untuk mengetahui kelengkapan, kejelasan makna jawaban, konsistensi maupun kesalahan antar jawaban pada kuesioner.

2. *Coding*, yaitu tahap pemberian kode agar memudahkan proses pengolahan dan analisis data.

3. *Entry data*, yaitu tahap memasukkan data yang telah dikumpulkan untuk diolah pada komputer dengan program SPSS.
4. *Cleaning data*, yaitu tahap membersihkan kesalahan yang mungkin terjadi selama proses input data. Cleaning data dilakukan dengan cara analisis frekuensi pada semua variabel. Data *missing* dibersihkan dengan menginput kembali data yang benar.

H. Analisis Data

Data yang telah diolah dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi kemudian akan diolah secara deskriptif untuk menggambarkan status gizi anak jalanan berdasarkan umur, jenis kelamin, tempat tinggal, waktu di jalan, riwayat penyakit, aktivitas fisik, pola konsumsi dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

I. Penyajian Data

Data yang telah dianalisis kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi untuk diinterpretasikan.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 27 Januari – 27 Februari 2013 di seluruh kecamatan dan rumah singgah Yayasan Bina Anak Mandiri (YABAMI) di Kota Makassar. Sampel penelitian ini adalah anak jalanan sebesar 277 orang. Hasil penelitian ini kemudian diolah dan disajikan dalam bentuk tabel dan deskripsinya adalah sebagai berikut:

1. Distribusi Karakteristik Umum Anak Jalanan

a. Karakteristik Anak Jalanan

Tabel 1 menunjukkan bahwa anak jalanan di Kota Makassar sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 80,9% dan sebesar 19,1% berjenis kelamin perempuan. Umur anak jalanan dibagi ke dalam dua kelompok umur yaitu 10-13 tahun dan 14-19 tahun. Sebagian besar anak jalanan berada pada kelompok umur 10-13 tahun dengan persentase sebesar 70%.

Pekerjaan yang paling banyak dikerjakan anak jalanan adalah mengamen (44,8%) dan usaha jasa sebesar (25,3%). Sebagian besar anak jalanan berasal dari Kota Makassar (82,7%). Hampir seluruh anak jalanan masih tinggal bersama orang tua sebesar 96,8%.

Tabel 1
Distribusi Karakteristik Anak Jalanan di Kota Makassar
Tahun 2013

Karakteristik	Jumlah	
	n	%
Jenis Kelamin:		
1. Laki-laki	224	80,9
2. Perempuan	53	19,1
Umur:		
1. 10-13	194	70,0
2. 14-19	83	30,0
Jenis Pekerjaan:		
1. Tidak bekerja	9	3,3
2. Pengamen	124	44,8
3. Usaha dagang	61	22,0
4. Usaha jasa	70	25,3
5. Kerja serabutan	13	4,7
Asal Daerah:		
1. Makassar	229	82,7
2. Luar Makassar	48	17,3
Tempat Tinggal:		
1. Dengan orang tua/keluarga	268	96,8
2. Tidak dengan Orang Tua	9	3,2
Lama Anak di Jalan:		
1. > 4 jam	79	28,5
2. 4-8 jam	125	45,1
3. < 8 jam	73	26,4
Status Pendidikan:		
A. Tidak Sekolah	15	5,4
B. Tidak Tamat/Belum Tamat SD	163	58,8
C. Tamat SD	81	29,2
D. Tamat SMP	15	5,4
E. Tamat SMA	3	1,1
Terdaftar di LSM/Organisasi Lain:		
1. IAC	14	5,1
2. KP	8	2,9
3. KPJ	4	1,4
4. YABAMI	22	7,9
5. Tidak terdaftar	229	82,7
Total	277	100

Sumber: Data Primer

Rata-rata anak jalanan menghabiskan waktu di jalan 4-8 jam per hari (45,1%). Lebih dari setengah anak jalanan memiliki status pendidikan tidak/belum tamat SD (58,8%) dan hanya 1,1% yang memiliki pendidikan sampai pada tamat SMA. Sebagian besar anak jalanan tidak terdaftar di LSM ataupun organisasi lainnya (82,7%) dan hanya 7,9% anak jalanan yang terdaftar di Yayasan Bina Anak Mandiri (YABAMI).

Tabel 2
Distribusi Anak Jalanan Berdasarkan Kecamatan
di Kota Makassar Tahun 2013

Kecamatan	Jumlah	
	n	%
Mariso	5	1.8
Mamajang	13	4.7
Tamalate	35	12.6
Rappocini	4	1.4
Ujung Pandang	56	20.2
Wajo	12	4.3
Bontoala	17	6.1
Tallo	10	3.6
Panakkukang	44	15.9
Manggala	11	4.0
Biringkanaya	53	19.1
Tamalanrea	17	6.1
Total	277	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa anak jalanan paling banyak berada di Kecamatan Ujung Pandang (20,2%) dan paling sedikit berada di Kecamatan Rappocini (1,4%)

Tabel 3
Distribusi Anak Jalanan Berdasarkan Titik Lokasi Penelitian
di Kota Makassar Tahun 2013

Titik Lokasi Penelitian	Jumlah	
	n	%
Ratulangi	5	1.8
Veteran Selatan	13	4.7
Malengkeri	28	10.1
Pettarani Ramayana	8	2.9
Sultan Alauddin	4	1.4
Pantai Losari	56	20.2
Pelabuhan Soekarno Hatta	9	3.2
Pasar Sentral	3	1.1
Flyover	9	3.2
MP	23	8.3
Abdesir	7	2.5
Antang	8	2.9
Pasar Daya	18	6.5
Perintis Kemerdekaan KM 19	6	2.2
Mtos	10	3.6
Perintis Kemerdekaan KM 10	7	2.5
Masjid Raya	17	6.1
BTP	10	3.6
Bandara Soekarno Hatta	12	4.3
Terminal Daya	17	6.1
Andi Tonro	7	2.5
Total	277	100

Sumber : Data Primer

Tabel 3 menunjukkan bahwa anak jalanan paling banyak berada pada titik Pantai Losari (20,2%) sedangkan titik lokasi paling sedikit anak jalanan adalah Pasar Sentral (1,1%).

b. Latar Belakang Menjadi Anak Jalanan

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa sebagian besar anak beraktivitas di jalan karena alasan mencari uang (71,1%). Sementara ada yang berasal mereka beraktivitas di jalan untuk membantu tante dan hanya bermain (0,4%).

Tabel 4
Distribusi Alasan Menjadi Anak Jalanan
di Kota Makassar Tahun 2013

Alasan Menjadi Anak Jalanan	Jumlah	
	n	%
Mencari uang	197	71,1
Perintah orang tua	44	15,9
Kerja dengan teman	19	6,9
Membantu orang tua	2	0,7
Membantu tante	1	0,4
Hanya bermain	1	0,4
Hobi	2	0,7
Kumpul dengan teman	11	4,0
Total	277	100

Sumber: Data Primer

c. Distribusi Riwayat Penyakit Anak Jalanan

Anak jalanan menghabiskan sebagian besar waktunya di jalan sehingga rentan terhadap berbagai macam penyakit, termasuk penyakit infeksi. Berikut adalah data distribusi frekuensi riwayat penyakit anak jalanan selama dua bulan terakhir.

Tabel 5
Distribusi Frekuensi Anak Jalan Berdasarkan
Riwayat Penyakit di Kota Makassar Tahun 2013

Riwayat Penyakit	Jumlah	
	n	%
Ada	118	42,6
Tidak Ada	159	57,4
Total	277	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa sebesar 57,4% anak jalanan tidak memiliki riwayat penyakit infeksi selama 2 bulan terakhir. Sebesar 42,6% anak jalanan memiliki riwayat penyakit infeksi selama dua bulan terakhir.

Tabel 6
Distribusi Penyakit yang Diderita Anak Jalanan
di Kota Makassar Tahun 2013

Jenis Penyakit	Jumlah	
	n	%
Batuk	17	14,4
Cacar	1	0,8
Campak	3	2,5
DBD	1	0,8
Demam	78	66,1
Diare	1	0,8
Flu	6	5,0
Muntaber	1	0,8
Paru-paru basah	1	0,8
Sakit gigi	2	1,6
Sakit telinga	1	0,8
Typhoid	6	5,0
Total	118	100%

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel 6 diketahui bahwa penyakit yang paling banyak diderita anak jalanan adalah demam (66,1%), kemudian batuk (14,4%) dan penyakit yang paling sedikit diderita adalah cacar (0,8%), Demam Berdarah Dengue (0,8%), diare (0,8%), muntaber (0,8%), paru-paru basah (0,8%) dan sakit telinga (0,8%).

d. Distribusi Aktivitas Fisik Anak Jalanan

Anak jalanan umumnya beraktivitas di jalan selama 4-8 jam per hari (Nur'Aini, 2009). Kebanyakan aktivitas yang mereka kerjakan adalah bekerja. Selebihnya aktivitas yang paling sering mereka kerjakan adalah tidur, menonton, mandi, makan dan bermain. Beberapa juga melakukan aktivitas di rumah seperti membantu membersihkan rumah, mencuci piring dan memasak.

Tabel 7
Distribusi Frekuensi Anak Jalanan Berdasarkan
Aktivitas Fisik di Kota Makassar Tahun 2013

Aktivitas Fisik	Jumlah	
	n	%
Sedang	266	96,0
Berat	11	4,0
Total	277	100

Sumber: Data primer

Berdasarkan Tabel 7 diketahui bahwa sebesar 96% anak jalanan beraktivitas sedang, sedangkan 4% anak jalanan beraktivitas berat. Tidak ada satu pun anak yang beraktivitas ringan. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar anak jalanan beraktivitas tidak terlalu ringan maupun berat.

e. Distribusi Pola Konsumsi Anak Jalanan

Pekerjaan yang dilakukan anak di jalan dan faktor ekonomi yang rendah menyebabkan kurangnya akses memperoleh makanan yang cukup. Berdasarkan Tabel 8 menunjukkan bahwa pola konsumsi anak jalanan dengan kategori cukup sebesar 39,7% dan kurang sebesar 60,3%.

Tabel 8
Distribusi Frekuensi Anak Jalanan Berdasarkan
Pola Konsumsi di Kota Makassar Tahun 2013

Pola konsumsi	Jumlah	
	n	%
Cukup	110	39,7
Kurang	167	60,3
Total	277	100

Sumber: Data Primer

Tabel 8 menunjukkan bahwa masih banyak anak jalanan yang kurang mengkonsumsi makanan sumber zat gizi. Rata-rata anak jalanan memakan makanan yang kurang bervariasi dalam satu hari, sehingga lebih banyak yang kurang mengkonsumsi makanan-makanan yang disebutkan dalam kuesioner.

f. Distribusi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Anak Jalanan

Tabel 9 menunjukkan hanya 27,8% anak jalanan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan selama dua bulan terakhir. Sementara 72,2% anak jalanan tidak pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan selama dua bulan terakhir.

Tabel 9
Distribusi Frekuensi Anak Jalanan Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar Tahun 2013

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Jumlah	
	n	%
Baik	77	27,8
Tidak Baik	200	72,2
Total	277	100

Sumber: Data Primer

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar anak jalanan tidak pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan selama 2 bulan terakhir. Namun, lebih banyak anak jalanan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih dari dua bulan.

g. Distribusi Status Gizi Anak Jalanan

Tabel 10 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil perhitungan IMT menurut umur dan jenis kelamin didapatkan lebih dari setengah anak jalanan berstatus gizi normal (63,2%) dan 1,8% berstatus sangat gemuk.

Tabel 10
Distribusi Frekuensi Anak Jalanan Berdasarkan Status Gizi di Kota Makassar Tahun 2013

Status Gizi	Jumlah	
	n	%
Sangat kurus	38	13.7
Kurus	45	16.2
Normal	175	63.2
Gemuk	14	5.1
Sangat gemuk	5	1.8
Total	277	100

Sumber: Data Primer

Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata anak jalanan berstatus gizi normal. Meskipun ternyata ada beberapa anak jalanan yang justru berstatus gemuk. Hal ini mungkin disebabkan karena anak jalanan sudah gemuk sejak lahir atau karena faktor lain.

2. Distribusi Silang Variabel yang Diteliti

a. Distribusi Silang Karakteristik Orang dengan Status Gizi Anak Jalanan

Tabel 11
Distribusi Silang antara Umur dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013

Umur	Status Gizi										Total	
	Sangat kurus		Kurus		Normal		Gemuk		Sangat gemuk		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
10-13	18	47,4	34	75,6	124	70,9	14	100	4	80,0	194	70,0
14-19	20	52,6	11	24,4	51	29,1	0	0	1	20,0	83	30,0
Total	38	100	45	100	175	100	14	100	5	100	277	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel 11 diketahui bahwa pada kategori umur 10-13 tahun, sebesar 100% anak jalanan berstatus gizi gemuk dan 80% berstatus gizi sangat gemuk. Sedangkan pada kategori umur 14-19 tahun, sebesar 52,6% anak jalanan berstatus gizi sangat kurus dan 29,1% berstatus gizi normal.

Tabel 12
Distribusi Silang antara Jenis Kelamin dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013

Jenis Kelamin	Status Gizi										Total	
	Sangat kurus		Kurus		Normal		Gemuk		Sangat gemuk		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Laki-Laki	36	94,7	42	93,3	132	75,4	11	78,6	3	60,0	224	80,9
Perempuan	2	5,3	3	6,7	43	24,6	3	21,4	2	40,0	53	19,1
Total	38	100	45	100	175	100	14	100	5	100	277	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel 12 diketahui bahwa pada jenis kelamin laki-laki sebesar 94,7% anak jalanan berstatus gizi sangat kurus dan 93,3% berstatus gizi kurus. Sementara pada perempuan, sebesar 40% berstatus gizi sangat gemuk dan hanya 24,6% yang berstatus gizi normal.

b. Distribusi Silang Karakteristik Tempat dengan Status Gizi Anak Jalanan

Tabel 13
Distribusi Silang antara Tempat Tinggal dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013

Tempat Tinggal	Status Gizi										Total	
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		Gemuk		Sangat gemuk		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dengan Orang Tua	37	97,4	43	95,6	170	97,1	14	100	4	80,0	268	96,8
Tidak dengan Orang Tua	1	2,6	2	4,4	5	2,9	0	0	1	20,0	9	3,2
Total	38	100	45	100	175	100	14	100	5	100	277	100

Sumber: Data Primer

Tabel 13 menunjukkan bahwa anak jalanan yang tinggal bersama orang tua 100% berstatus gizi gemuk dan 97,4% berstatus gizi sangat kurus.

Sementara sebesar 20% anak jalanan yang tidak tinggal bersama orang tua berstatus gizi sangat gemuk dan hanya 4,4% yang berstatus gizi kurus.

c. Distribusi Silang Karakteristik Waktu dengan Status Gizi Anak Jalanan

Tabel 14
Distribusi Silang antara Waktu di Jalan dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013

Waktu di Jalan	Status Gizi										Total	
	Sangat kurus		Kurus		Normal		Gemuk		Sangat gemuk		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
> 4	7	18,4	8	17,8	57	32,6	5	35,7	2	60,0	79	28,5
4-8	24	63,2	26	57,8	65	37,1	7	50,0	3	40,0	125	45,1
< 8	7	18,4	11	24,4	53	30,3	2	14,3	0	0	73	26,4
Total	38	100	45	100	175	100	14	100	5	100	277	100

Sumber: Data Primer

Tabel 14 menunjukkan bahwa sebesar 60% anak jalanan yang menghabiskan waktunya kurang dari 4 jam per hari di jalan berstatus gizi sangat gemuk dan 35,7% berstatus gizi gemuk. Sebesar 63,2% anak jalanan yang menghabiskan waktunya 4-8 jam per hari di jalan berstatus gizi sangat kurus dan 57,8% berstatus gizi kurus. Sedangkan 30,3% anak jalanan yang menghabiskan waktunya 8 jam per hari di jalan berstatus gizi normal dan 24,4% berstatus gizi kurus.

d. Distribusi Silang Riwayat Penyakit dengan Status Gizi Anak Jalanan

Tabel 15
Distribusi Silang antara Riwayat Penyakit dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013

Riwayat Penyakit	Status Gizi										Total	
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		Gemuk		Sangat gemuk		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ada	13	34,2	20	44,4	76	43,4	8	57,1	1	20,0	118	42,6
Tidak Ada	25	65,8	25	55,6	99	56,6	6	42,9	4	80,0	159	57,4
Total	38	100	45	100	175	100	14	100	5	100	277	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel 15 diketahui bahwa anak jalanan yang memiliki riwayat penyakit sebesar 57,1% berstatus gizi gemuk dan 44,4% berstatus gizi kurus. Sedangkan anak jalanan yang tidak memiliki riwayat penyakit sebesar 80% berstatus gizi sangat gemuk dan 65,8% berstatus gizi sangat kurus.

e. Distribusi Silang Aktivitas Fisik dengan Status Gizi Anak Jalanan

Tabel 16
Distribusi Silang antara Aktivitas Fisik dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013

Aktivitas Fisik	Status Gizi										Total	
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		Gemuk		Sangat gemuk		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sedang	37	97,4	41	91,1	169	96,6	14	100	5	100	266	96,0
Berat	1	2,6	4	8,9	6	3,4	0	0	0	0	11	4,0
Total	38	100	45	100	175	100	14	100	5	100	277	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel 16 diketahui bahwa pada kategori aktivitas fisik sedang, sebesar 100% anak jalanan memiliki status gizi gemuk dan 100% anak jalanan berstatus gizi sangat gemuk. Sedangkan pada kategori aktivitas

fisik berat, sebesar 8,9% anak jalanan berstatus gizi kurus dan hanya 3,4% anak jalanan yang memiliki status gizi normal.

f. Distribusi Silang Pola Konsumsi dengan Status Gizi Anak Jalanan

Tabel 17
Distribusi Silang antara Pola Konsumsi dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013

Pola Konsumsi	Status Gizi										Total	
	Sangat kurus		Kurus		Normal		Gemuk		Sangat gemuk		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cukup	16	42,1	17	37,8	72	41,1	3	21,4	2	40,0	110	39,7
Kurang	22	57,9	28	62,2	103	58,9	11	78,6	3	60,0	167	60,3
Total	38	100	45	100	175	100	14	100	5	100	277	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel 17 diketahui bahwa pada kategori pola konsumsi cukup sebesar 42,1% anak jalanan memiliki status gizi sangat kurus dan 41,1% memiliki status gizi normal. Sedangkan pada kategori pola konsumsi kurang, sebesar 78,6% anak jalanan memiliki status gizi gemuk dan 62,2% anak jalanan memiliki status gizi kurus.

g. Distribusi Silang Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi Anak Jalanan

Tabel 18
Distribusi Silang antara Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Status Gizi										Total	
	Sangat kurus		Kurus		Normal		Gemuk		Sangat gemuk		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baik	9	23,7	10	22,2	50	28,6	6	42,9	2	40,0	77	27,8
Tidak Baik	29	76,3	35	77,8	125	71,4	8	57,1	3	60,0	200	72,2
Total	38	100	45	100	175	100	14	100	5	100	277	100

Sumber: Data Primer

Berdasarkan Tabel 18 diketahui bahwa sebesar 42,9% anak jalanan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik memiliki status gizi gemuk dan 40% memiliki status gizi sangat gemuk. Sedangkan 77,8% anak jalanan yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik memiliki status gizi kurus dan 76,3% memiliki status gizi sangat kurus.

h. Distribusi Silang Riwayat Penyakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Tabel 19
Distribusi Silang antara Riwayat Penyakit dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2013

Riwayat Penyakit	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan				Total	%
	Baik		Tidak Baik			
	n	%	n	%		
Ada	45	38,1	73	61,9	118	42,6
Tidak Ada	32	20,1	127	79,9	159	57,4
Total	77	27,8	200	72,2	277	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan Tabel 19 diketahui bahwa 61,9% anak jalanan yang memiliki riwayat penyakit selama dua bulan terakhir tidak pergi memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan. Namun lebih banyak lagi anak jalanan yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (79,9%) dikarenakan mereka memang tidak sakit selama dua bulan terakhir itu.

B. Pembahasan

1. Distribusi Silang antara Karakteristik Orang dengan Status Gizi Anak Jalanan

Lebih dari setengah anak jalanan yang berstatus gizi sangat kurus adalah anak jalanan yang berumur 14-19 tahun. Hal ini disebabkan karena kelompok umur tersebut merupakan kelompok umur dimana remaja sedang dalam masa pubertas yang membuat sikap mereka kadang tidak menentu. Hal ini juga dapat berakibat mereka jadi lebih suka memilih-milih makanan atau makan tidak teratur. Sedangkan pada kelompok umur 10-13 tahun anak jalanan lebih banyak yang berstatus gizi gemuk dan sangat gemuk mungkin disebabkan pada kelompok umur tersebut makan mereka masih teratur dan diawasi orang tua, selain itu selama bekerja mereka lebih sering jajan dan ngemil.

Laki-laki lebih banyak yang berstatus gizi sangat kurus dan kurus sedangkan perempuan lebih banyak yang berstatus gizi sangat gemuk. Hal ini disebabkan karena remaja laki-laki membutuhkan lebih banyak energi

dibandingkan remaja perempuan sehingga ketika mereka beraktivitas lebih banyak energi yang dikeluarkan. Pada usia 16 tahun, remaja laki-laki membutuhkan sekitar 3.470 kkal per hari dan menurun menjadi 2.900 kkal pada usia 16-19 tahun sedangkan kebutuhan energi remaja putri memuncak pada usia 12 tahun yaitu sebesar 2.550 kkal dan menurun menjadi 2.200 kkal pada usia 18 tahun (Arisman, 2010).

Hal ini tidak terlalu berbeda dengan penelitian Mardayanti (2008) bahwa laki-laki lebih banyak yang mengalami gizi buruk daripada perempuan karena pada usia remaja perempuan lebih banyak menyimpan lemak dalam tubuhnya. Pada masa pubertas perempuan menyimpan lemak sebesar 14% dan bertambah menjadi 27% pada saat dewasa. Berbeda dengan laki-laki yang pada masa remaja justru hanya menyimpan lemak sebesar 11% saja dan akan terus seperti itu hingga dewasa (Mardayani, 2010).

2. Distribusi Silang antara Karakteristik Tempat dengan Status Gizi Anak Jalanan

Lebih banyak anak jalanan yang masih tinggal dengan orang tua dan memiliki status gizi gemuk. Ini dikarenakan lebih banyak anak jalanan yang masih berumur sangat muda sehingga masih bergantung dengan orang tua mereka. Dalam penelitian Hartati tahun 2008 menunjukkan bahwa mahasiswa yang tinggal dengan orang tua lebih banyak yang terpenuhi perilaku pemenuhan gizinya dibandingkan yang tinggal di kos. Hal ini disebabkan karena orang tua mampu menjadi kontrol bagi pemenuhan gizinya. Remaja

yang tinggal bersama orang tua pemenuhan gizinya karena kebutuhan makanannya sudah disediakan oleh keluarga.

Ada satu anak jalanan yang berstatus gizi sangat gemuk tidak tinggal bersama orang tua. Hal ini mungkin disebabkan karena sejak kecil anak tersebut memang sudah gemuk. Sementara ada satu anak jalanan yang berstatus kurus juga tidak tinggal bersama orang tua. Hal ini mungkin disebabkan karena anak tersebut hidup sendiri dan hanya bergantung dari uang hasil bekerjanya sehingga tidak terlalu mementingkan zat gizi yang terkandung di dalam makanan dan lebih mementingkan harga ketika membeli makanan. Mereka diluar kontrol orang tua sehingga jika ingin makan harus membelinya dulu dan segalanya harus dipersiapkan sendiri (Hartati, 2008).

3. Distribusi Silang antara Karakteristik Waktu dengan Status Gizi Anak Jalanan

Anak jalanan yang menghabiskan waktunya kurang dari 4 jam per hari di jalan lebih banyak yang berstatus gizi gemuk dan sangat gemuk. Hal ini sejalan dengan penelitian Setiyorini (2004) di Semarang yang menunjukkan bahwa lebih dari separuh anak yang obesitas memiliki aktivitas fisik yang kurang. Penelitian Sudikno dkk. (2010) menunjukkan bahwa orang dengan aktivitas fisik kurang memiliki risiko kejadian obesitas sebesar 1,232 kali dibandingkan responden dengan aktivitas fisik cukup.

Anak jalanan yang beraktivitas 4-8 jam per hari lebih banyak yang memiliki status gizi sangat kurus dan kurus. Hal ini disebabkan aktivitas yang mereka kerjakan di jalan membuat pola makan mereka menjadi tidak teratur dan banyaknya energi yang dikeluarkan daripada energi yang seharusnya masuk ke dalam tubuh. Sementara anak jalanan yang memiliki aktivitas lebih dari 8 jam per hari di jalan lebih banyak yang berstatus gizi normal. Anak jalanan pada kategori ini menghabiskan waktunya di jalan tidak hanya untuk bekerja, namun juga ada yang menghabiskan waktunya untuk hal lain karena tidak ingin pulang ke rumah cepat-cepat. Anak jalanan yang berstatus gizi normal disebabkan meskipun mereka menghabiskan waktunya lebih banyak di jalan tetapi mereka masih dapat membagi waktunya untuk makan dan beristirahat (Nur'Aini dan Dewi, 2009).

4. Distribusi Silang antara Riwayat Penyakit dengan Status Gizi Anak Jalanan

Anak jalanan yang memiliki riwayat penyakit lebih banyak yang berstatus gizi gemuk dan yang tidak memiliki riwayat penyakit lebih banyak yang memiliki status gizi sangat gemuk. Hal ini diasumsikan karena riwayat penyakit yang diteliti dalam penelitian ini hanyalah riwayat penyakit selama dua bulan terakhir, sehingga tidak terlalu mempengaruhi status gizi.

Sementara yang mempengaruhi perkembangan remaja adalah gejala sisa infeksi dan malnutrisi pada masa kanak-kanak (Arisman, 2010).

Penyakit yang diderita paling banyak adalah demam (66,1%), bukan penyakit infeksi akut sehingga tidak terlalu mempengaruhi status gizi. Berdasarkan hasil distribusi silang antara riwayat penyakit dan pemanfaatan pelayanan kesehatan diketahui bahwa anak jalanan yang memiliki riwayat penyakit lebih banyak yang tidak pergi memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun mereka sakit dan tidak pergi memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan namun penyakit tersebut tidak mempengaruhi status gizi mereka. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Nur'Aini dan Dewi (2009) yang menunjukkan bahwa sebagian besar anak jalanan berstatus gizi dan kesehatan yang normal.

5. Distribusi Silang antara Aktivitas Fisik dengan Status Gizi Anak Jalanan

Semua kategori status gizi pada anak jalanan masing-masing memiliki presentase yang lebih besar pada aktivitas yang tidak terlalu berat maupun ringan. Hal ini diduga karena meskipun mereka bekerja di jalan namun mereka juga masih bisa beristirahat, makan, dan pulang ke rumah karena semua anak jalanan merupakan *children on the street*, sehingga meskipun aktivitas anak jalanan sedang maupun berat hal tersebut tidak mempengaruhi status gizi.

Hasil penelitian Oktaviani, dkk. (2012) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara aktivitas fisik seperti lama tidur dan bermain games/computer dengan status gizi. Hal ini diduga karena lama tidur anak jalanan rata-rata 7-8 jam per hari dan bermain kurang atau sama dengan dua jam per hari. Menurut penelitian Taheri *et.al* tahun 2004, lama waktu tidur kurang dari 7,7 jam berhubungan dengan peningkatan Indeks Massa Tubuh (IMT) pada remaja. Lama waktu tidur yang pendek berhubungan dengan penurunan hormon leptin dan peningkatan hormon ghrelin. Kedua hormon ini berfungsi dalam pengaturan nafsu makan.

Penelitian Sawello dan Malonda (2012) di Manado menunjukkan bahwa lebih banyak murid SMPN 1 Manado yang memiliki aktivitas ringan dan obesitas sedangkan lebih banyak murid yang memiliki aktivitas sedang dan tidak obesitas. Hasil penelitian tersebut tidak sejalan dengan hasil penelitian ini dikarenakan pada penelitian ini tidak ada satu pun anak jalanan yang memiliki aktivitas ringan, meskipun yang beraktivitas sedang lebih banyak yang memiliki status gizi gemuk dan sangat gemuk. Menurut WHO (2003), aktivitas fisik sebagai penyebab obesitas merupakan faktor yang dapat diubah (*modifiable factor*). Diet tinggi lemak dan tinggi kalori dan pola hidup kurang gerak (*sedentary lifestyle*) adalah karakteristik yang sangat berkaitan dengan peningkatan prevalensi obesitas seluruh dunia.

Aktivitas fisik memberikan keuntungan untuk kesehatan anak dan remaja. Aktivitas fisik yang baik memberikan kontribusi bagi perkembangan

kesehatan jaringan musculoskeletal termasuk tulang, otot, dan sendi, perkembangan kesehatan sistem kardiovaskular, dan juga membantu memelihara berat tubuh yang ideal. WHO merekomendasikan aktivitas fisik untuk kelompok usia 5-17 tahun, meliputi: 60 menit akumulasi aktivitas fisik sedang dan berat setiap hari, Sebaiknya aktivitas yang membutuhkan pergerakan tulang dan otot 43 dilakukan paling kurang tiga kali seminggu (WHO, 2011).

6. Distribusi Silang antara Pola Konsumsi dengan Status Gizi Anak Jalanan

Anak jalanan yang memiliki pola konsumsi cukup memiliki status gizi sangat kurus sedangkan anak jalanan yang memiliki pola konsumsi kurang justru berstatus gizi gemuk. Hal ini diduga karena ada makanan yang mungkin paling sering dikonsumsi oleh anak jalanan namun tidak masuk dalam FFQ, sehingga tidak dapat melacak secara keseluruhan makanan apa saja yang dikonsumsi paling sering. Penggunaan FFQ dalam menentukan cukup atau tidaknya konsumsi pangan seseorang, cukup atau tidaknya konsumsi makanan adalah dengan menganalisis kandungan zat gizinya kemudian dibandingkan dengan standar yang dianjurkan untuk mencapai suatu tingkat gizi dan kesehatan yang normal (Rahmiawati, 2007) sementara frekuensi pangan tidak dapat menggambarkan kuantitas pangan, hanya untuk menggambarkan pola konsumsi saja (Gibson, 2005).

Pola konsumsi anak jalanan dengan kategori cukup sebesar 39,7% dan kurang sebesar 60,3%. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak anak jalanan yang kurang mengonsumsi makanan sumber zat gizi. Sumber karbohidrat yang paling banyak dikonsumsi setiap hari adalah nasi (79,4%). Selain itu berdasarkan hasil wawancara kuesioner yang dilakukan terdapat juga anak jalanan yang hanya mengonsumsi roti dan mie sebagai sumber karbohidrat. Sumber protein yang paling banyak dikonsumsi setiap hari oleh anak jalanan adalah ikan (52,3%) dan tempe/tahu (41,5%).

Sumber lemak yang paling banyak dikonsumsi setiap hari adalah susu kental manis (22%), meskipun dari hasil penelitian didapatkan bahwa anak jalanan jarang mengonsumsi sumber lemak seperti susu kental manis, keju, mentega dan santan. Jajanan yang setiap hari dikonsumsi oleh sebagian besar anak jalanan adalah minuman ringan (48,7%). Minuman ringan yang paling banyak dikonsumsi adalah Teh Gelas dan *Big Cola*. Lebih dari setengah anak jalanan mengonsumsi sayur setiap hari (55,6%) namun sebesar 36,1% anak jalanan jarang mengonsumsi buah-buahan.

7. Distribusi Silang antara Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi Anak Jalanan

Anak jalanan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik lebih banyak yang memiliki status gizi gemuk sedangkan yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik lebih banyak memiliki status

gizi kurus. Hal ini sejalan dengan teori UNICEF yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan merupakan penyebab tidak langsung status gizi.

Adapun anak jalanan yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik namun memiliki status gizi sangat gemuk. Hal ini disebabkan karena anak jalanan yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan memang tidak memiliki riwayat penyakit selama dua bulan terakhir. Anak jalanan yang memiliki riwayat penyakit juga lebih banyak yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Andersen dalam teorinya mengatakan bahwa orang akan memanfaatkan pelayanan kesehatan jika merasa dirinya membutuhkan pelayanan kesehatan.

Banyak anak jalanan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih dari setahun yang lalu (48,4%). Anak jalanan paling banyak menjawab istirahat hal yang paling pertama dilakukan ketika sakit (45,8%). Sebesar 32,1% anak jalanan minum obat saat sakit, 9% pergi ke puskesmas/rumah sakit, 6,5% tidak melakukan apa-apa, 4,7% pergi ke dukun, dan 1,8% melakukan hal lain seperti minum air yang banyak, nonton dan tetap bekerja. Ketika sakit masih berlanjut, 42,2% pergi ke puskesmas/rumah sakit untuk memeriksakan diri, 25,3% minum obat, 17,3% istirahat, 10,6% tidak melakukan apa-apa, 2,5% pergi ke dukun atau pengobatan alternatif, dan 1,8% melakukan hal lain seperti bermain, olahraga dan membantu orang tua membersihkan. Jika dilihat dari hasil presentase ketika sakit berlanjut anak jalanan memilih pergi memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan, namun

pada hasil presentase pemanfaatan pelayanan kesehatan justru lebih banyak yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan karena lebih banyak anak jalanan yang pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih dari setahun lalu.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Keterbatasan dalam mewawancarai responden. Pada saat mewawancarai, banyak anak jalanan yang tidak fokus dan melakukan aktivitas lain seperti mengisap lem, lari, bermain atau bertengkar dengan teman sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk mewawancarainya.
2. Keterbatasan dalam memperoleh dan menggali informasi yang lebih mendalam dikarenakan jumlah pertanyaan kuesioner yang banyak sehingga membuat responden merasa jenuh dan hanya menjawab seadanya.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Anak jalanan pada kelompok umur 10-13 tahun lebih banyak yang berstatus gizi gemuk yaitu sebesar 100% sedangkan pada kelompok umur 14-19 tahun lebih banyak yang berstatus gizi sangat kurus yaitu sebesar 52,6% .
2. Anak jalanan yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak yang berstatus gizi sangat kurus yaitu sebesar 94,7% sedangkan perempuan lebih banyak yang berstatus gizi sangat gemuk yaitu sebesar 40%.
3. Anak jalanan yang tinggal bersama orang tua 100% berstatus gizi gemuk sedangkan anak jalanan yang tidak tinggal bersama orang tua berstatus gizi sangat gemuk yaitu sebesar 20%.
4. Anak jalanan yang menghabiskan waktunya kurang dari 4 jam per hari di jalan lebih banyak yang berstatus gizi sangat gemuk yaitu sebesar 60%, sebesar 63,2% anak jalanan yang menghabiskan waktunya 4-8 jam per hari di jalan berstatus gizi sangat kurus sedangkan 30,3% anak jalanan yang menghabiskan waktunya 8 jam per hari di jalan berstatus gizi normal.
5. Anak jalanan yang memiliki riwayat penyakit lebih banyak berstatus gizi gemuk yaitu sebesar 57,1% sedangkan anak jalanan yang tidak memiliki

riwayat penyakit lebih banyak yang berstatus gizi sangat gemuk sebesar 80%.

6. Anak jalanan pada kategori aktivitas fisik sedang 100% memiliki status gizi gemuk dan sangat gemuk sedangkan pada kategori aktivitas fisik berat lebih banyak anak jalanan berstatus gizi kurus yaitu sebesar 8,9%.
7. Anak jalanan pada kategori pola konsumsi cukup lebih banyak yang memiliki status gizi sangat kurus yaitu sebesar 42,1% sedangkan pada kategori pola konsumsi kurang lebih banyak yang memiliki status gizi gemuk yaitu sebesar 78,6%.
8. Anak jalanan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik lebih banyak yang memiliki status gizi gemuk yaitu sebesar 42,9% sedangkan anak jalanan yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik lebih banyak yang memiliki status gizi kurus yaitu sebesar 77,8%.

B. Saran

1. Rumah singgah bekerja sama dengan Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan diharapkan dapat memberikan sosialisasi mengenai gizi kepada anak jalanan agar mereka mengerti tentang makanan bergizi, pola makan yang sehat.
2. Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan diharapkan dapat bekerja sama memberikan sosialisasi mengenai pelayanan kesehatan kepada anak jalanan agar mereka tahu dan mengerti tentang pelayanan kesehatan dan program-program pemerintah khusus di bidang pelayanan kesehatan.

LAMPPIRAN

KUESIONER PENELITIAN
FAKTOR YANG BERHUBUNGAN STATUS GIZI ANAK JALANAN
DI KOTA MAKASSAR TAHUN 2013

KETERANGAN PENCACAHAN		
1	Tanggal Wawancara	
2	Pewawancara	
3	Tanggal editorial	
4	Editor	
A. IDENTITAS LOKASI		
1	Kecamatan	
2	Titik/Lokasi	
B. IDENTITAS RESPONDEN		
1	No. Responden	
2	UmurTahun
3	Jenis Kelamin	1. Laki – laki 2. Perempuan
4	Asal Daerah	1. Makassar 2. Pendatang. (Sebutkan) _____
5	Alamat di Makassar	
6	Tempat tinggal	1. Tinggal di jalan 2. Tinggal bersama orangtua/ keluarga lainnya 3. Tinggal bersama rekan 4. Lainnya. Sebutkan _____
7	Lama menjadi anak jalanan tahun/ bulan (?)
8	Alasan menjadi anak jalanan	Alasan menjadi anak jalanan 1. Mendapat uang 2. Perintah orangtua/ keluarga lainnya 3. Kerja dgn teman2 4. Penganiayaan orangtua 5. Melarikan diri 6. Orangtua bercerai 7. Orangtua meninggal 8. Penganiayaan orang lain 9. Mencari kerabat 10. Lainnya _____
9	Rata – rata waktu yang dihabiskan di jalanan dalam sehari Jam
10	Hal yang dilakukan di jalanan	1. Tidak Bekerja 2. Pengamen 3. Usaha dagang (menjual makanan/minuman, koran, mainan, dan lain – lain) 4. Usaha jasa (ojek payung, semir sepatu, kuli angkut barang, tukang parkir, lap mobil, pemulung, dan lain – lain) 5. Kerja tidak tetap/serabutan

11	Pendapatan per hari (Jika bekerja)	Rp.....per hari
12	Terdaftar di LSM/Rumah Singgah	1. Ya, Sebutkan _____ 0. Tidak
13	Tingkat Pendidikan	1. Tidak Sekolah 2. Tidak /Belum Tamat SD 3. Tamat SD 4. Tamat SMP 5. Tamat SMA
C. DATA ANTROPOMETRI		
1	Tinggi Badan	... cm
2	Berat Badan	... kg
D. RIWAYAT PENYAKIT		
1.	Apakah kamu pernah menderita suatu penyakit INFEKSI selama 2 bulan terakhir?	6. Ya (Jika Ya, sebutkan _____) 0. Tidak
2.	Apakah anda pergi berobat/memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan saat itu	1.Ya 0.Tidak
I. PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN		
1	Biasanya apa saja yang dilakukan <i>pertama kali</i> ketika anda sakit?	7. Istirahat saja 8. Minum obat tradisional/Jamu 9. Dukun / Pengobatan Alternatif 10. Pergi ke Petugas Kesehatan milik pemerintah (Puskesmas, Pustu, RS) 11. Pergi ke Petugas Kesehatan swasta (Klinik, RS) 12. Tidak melakukan apa2 13. Lainnya, sebutkan _____
2	Bila sakit berlanjut / tidak sembuh, kemana Anda kemudian mencari pengobatan ?	2. Istirahat saja 3. Dukun / Pengobatan Alternatif 4. Minum obat tradisional/Jamu 5. Pergi ke Petugas Kesehatan milik pemerintah (Puskesmas, Pustu, RS) 6. Pergi ke Petugas Kesehatan swasta (Klinik, RS) 7. Tidak melakukan apa2 8. Lainnya, sebutkan _____

3	Kapan terakhir kali Anda ke petugas atau fasilitas kesehatan?	9. < 6 bulan yang lalu 10. 6 – 12 bulan yang lalu 11. > 1 tahun yang lalu	
4	Sebutkan Fasilitas Kesehatan yang Anda kunjungi terakhir kali?	12. Puskesmas / Pustu 13. Rumah Sakit Pemerintah 14. Rumah Sakit Swasta 15. Dokter Praktek 16. Klinik Swasta 17. Lainnya, Sebutkan _____	
5	Untuk alasan apa Anda ke Fasilitas / petugas kesehatan tersebut ?	18. Rawat Jalan (Responden / ART Lain) 19. Rawat Inap (Responden / ART Lain) 20. Pemeriksaan Kesehatan (responden / Art Lain) 21. Lainnya, Sebutkan _____	

KUESIONER FREKUENSI PANGAN

Petunjuk: kebiasaan makan sebulan lalu, berilah tanda (X) pada poin yang telah tersedia!

Nama Bahan Makanan	Frekuensi			
	Sering		Jarang/Tidak pernah	
	≤ 1 kali/ hari	4-6 kali/ minggu	< 1-3 kali/minggu	Tidak pernah
Sumber Karbohidrat				
Nasi				
Singkong				
Ubi Jalar				
Roti				
Mie				
Sirop/ minuman manis				
Sumber Protein				
Daging sapi				
Daging ayam				
Daging kambing				
Telur ayam				
Ikan				
Tempe/tahu				
Sumber Lemak				
Susu kental manis				
Keju				
Mentega				
Santan				
Makanan Jadi/ jajanan				
Burger				
Minuman serbuk				
Minuman ringan				
Gorengan				
Sumber Serat				
Sayur				
Buah-buahan				

FORMULIR AKTIVITAS FISIK SELAMA 24 JAM

Nomor Responden :

Nama Responden :

No	Jenis Kegiatan	Alokasi Waktu (menit)
1.	Tidur	
2.	Mandi	
3.	Makan	
4.	Sekolah	
5.	Bermain	
6.	Aktivitas di jalanan	
7.	Aktivitas di rumah	
8.	Nonton	
	Jumlah	