

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak usia sekolah menurut Potter & Perry (2009), adalah anak dengan rentang kehidupan dimulai dari usia 6-12 tahun sedangkan di Indonesia lazimnya anak yang berusia 7-12 tahun. Anak usia sekolah merupakan aset dan generasi penerus bangsa. Sepertiga jumlah penduduk Indonesia diperkirakan anak yang berusia 5 – 19 tahun (Depkes, 2007). Data BKKBN Tahun 2011 menunjukkan anak usia sekolah di Indonesia berjumlah 7.092.049, sedangkan jumlah anak sekolah di Yogyakarta adalah 391.228 jiwa atau 93.59% dibandingkan dengan jumlah anak usia sekolah tetapi tidak sekolah yaitu sebesar 26.801 jiwa atau 6.41%.

Anak sekolah merupakan golongan yang mempunyai karakteristik mulai mencoba mengembangkan kemandirian dan menentukan batasan – batasan norma. Variasi individu mulai lebih mudah dikenali seperti pertumbuhan dan perkembangannya, pola aktivitas, kebutuhan zat gizi, perkembangan kepribadian, serta asupan makanan (Yatim, 2005). Pertumbuhan fisik pada periode anak usia sekolah lebih lambat, dibanding periode bayi, balita dan remaja. Pada periode usia sekolah, perkembangan motorik halus dan kasar dalam proses penyempurnaan, perkembangan mental sangat baik dan kemampuan kognitif menonjol (Edelman & Mandle, 2010). Perkembangan sosial mulai di kembangkan melalui hubungan

dengan teman sebaya, menikmati kegiatan dengan kelompok atau tim yang ada (Maurer & Smith, 2005).

Anak usia sekolah merupakan kelompok usia yang kritis karena pada usia tersebut rentan terkena masalah kesehatan misalnya diare, sakit gigi, penyakit kulit dan sebagainya (Ardhiyarini, 2008). Maurer dan Smith (2005) mengatakan bahwa anak usia sekolah dikatakan kelompok berisiko (*at risk*) ketika anak memiliki kondisi biologis, psikologis atau sanitasi lingkungan yang buruk sehingga anak berisiko untuk mengalami gangguan fisik, kognitif, atau perkembangan psikososial.

Anak usia sekolah yang masih dalam tahap tumbuh kembang berisiko terhadap berbagai masalah kesehatan. Salah satu risiko masalah kesehatan yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah adalah masalah gizi. Allender dan Spradley (2005) menjelaskan bahwa masalah gizi merupakan salah satu masalah kesehatan pada anak usia sekolah. Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor gizi (Edelman dan Mandle, 2010).

Anak usia sekolah yang mengalami masalah gizi rentan terhadap suatu penyakit. Grodner, Long, dan Walkingshaw (2007) menyatakan masalah gizi (*malnutrition*) dikelompokkan menjadi gizi lebih (*overnutrition*) dan gizi kurang (*undernutrition*). Berat badan lebih (*overweight*) dan obesitas merupakan masalah gizi yang utama pada anak – anak dan dewasa di Amerika Serikat (Edelman & Mandle, 2010). Hasil data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, secara nasional prevalensi status gizi pada anak umur 5-12 tahun pada kategori normal 70%.

Prevalensi kurus menurut (IMT/U) pada anak umur 5-12 tahun adalah 11,2%, terdiri dari 4% sangat kurus dan 7,2% kurus. Prevalensi status gizi gemuk pada anak umur 5-12 tahun secara nasional masih tinggi yaitu 18,8% yang terdiri dari gemuk 10,8% dan sangat gemuk (obesitas) 8,8%. Pada wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta, prevalensi anak dengan kategori gemuk sebesar 9,1%, kategori sangat gemuk 6,9%, kategori normal 76,5%, kategori kurus 5,8%, dan kategori sangat kurus 1,7%.

Status gizi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya ekonomi keluarga (pekerjaan dari orang tua, produksi pangan, kondisi perumahan (sanitasi perumahan), pendidikan orang tua, ketersediaan pangan, sumber daya alam, fisik dan manusia (Supariasa *et al*, 2002; Depkes, 2005). Masalah gizi dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan dan konsumsi pangan beragam, faktor sosial-ekonomi, budaya dan politik (Kemenkes, 2011).

Perilaku gizi pada anak usia sekolah dapat di perbaiki atau ditingkatkan dengan promosi kesehatan tentang gizi. Promosi kesehatan diartikan sebagai suatu usaha memperbaiki, memfasilitasi individu atau masyarakat dalam mengubah perilaku sehingga memungkinkan tercapainya tujuan yang di inginkan, serta meningkatkan kesejahteraan dan menurunkan biaya perawatan (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2006; Edelman dan Mandle, 2010).

Promosi kesehatan di sekolah merupakan hal yang tepat karena dua pertiga anak usia sekolah adalah anak sekolah (Depkes, 2007). Program kesehatan sekolah di Amerika berkoordinasi dengan *Center for Disease Control and*

Prevention (CDC) dengan kegiatan meliputi pendidikan kesehatan, pendidikan jasmani, pelayanan kesehatan, pelayanan gizi, konseling, lingkungan sekolah sehat, promosi kesehatan terhadap staf sekolah, dan keterlibatan keluarga atau masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2004).

Bentuk promosi kesehatan di sekolah Indonesia adalah Usaha Kesehatan Sekolah (Notoatmodjo, 2010). Kegiatan UKS meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat. Ruang Lingkup kegiatan UKS dikenal dengan TRIAS UKS. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh dengan mengutamakan kegiatan promotif dan preventif serta didukung kegiatan kuratif dan rehabilitatif. Pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat meliputi meningkatkan faktor pelindung (gedung, halaman, warung sekolah, keteladanan guru, menciptakan suasana dan hubungan yang akrab dan erat antara sesama warga sekolah dan masyarakat) dan memperkecil faktor risiko meliputi pagar pengaman, bangunan sekolah yang aman, kawasan bebas rokok, bebas pornografi, pengadaan kantin sekolah (Depkes, 2007).

Salah satu program UKS adalah pemantauan status gizi siswa. Status gizi seorang anak dapat dilihat dari beberapa segi. Secara antropometri penilaian status gizi anak usia sekolah dapat menggunakan indeks BB dan TB. Alat untuk memantau perkembangan status gizi siswa di sekolah adalah KMS anak sekolah.

Kartu Menuju Sehat (KMS) merupakan suatu kartu atau alat penting yang digunakan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak (Soetjiningsih, 2010). Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah (KMS-AS) adalah kartu yang biasanya digunakan untuk mengukur pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah.

KMS-AS berisi tentang catatan hasil pengukuran, grafik KMS, cara mengisi KMS, catatan perkembangan anak, anjuran hidup sehat, catatan imunisasi DT & TT, serta tanda-tanda anak sehat (Depdiknas, 2006).

Berdasarkan studi pendahuluan di SD Negeri Gedong Tengen diketahui bahwa sekolah ini merupakan sekolah negeri milik pemerintah Kota Yogyakarta. Sekolah ini memiliki 325 total populasi siswa dengan pembagian kelas secara paralel A dan B, setiap kelas terdiri dari 27 sampai 28 jumlah siswa. Peneliti memakai kelas 4 dan 5 sebagai sampel dengan total siswa sebanyak 107 orang. Dari hasil survey oleh peneliti terlihat banyak penjual jajanan di depan sekolah yang tidak diketahui kebersihannya karena sekolah ini berada dipinggir jalan raya, banyak penjaja makanan yang berada di luar pagar sekolah tepatnya dipinggir jalan.

Peneliti tertarik untuk melakukan di SD ini karena dari hasil observasi data pengukuran berat badan dan tinggi badan pada bulan Agustus 2014 di temukan 10 anak memiliki IMT normal, 12 anak kategori kurus, 1 anak kategori sangat gemuk dan 35 anak memiliki IMT dengan kategori sangat kurus. Dari hasil survey lingkungan sekolah para siswa siswi di SD memiliki kebiasaan jajan dipinggir jalan raya tepatnya didepan gerbang sekolah. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan alasan kondisi lingkungan yang strategis dan temuan kasus dilapangan terkait dengan judul penelitian ini.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti “Bagaimana pengaruh promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah terhadap peningkatan status gizi anak usia sekolah?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh promosi kesehatan melalui pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah terhadap peningkatan status gizi anak usia sekolah

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui status gizi anak usia sekolah sebelum dilakukan promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS.
- b. Mengetahui status gizi anak usia sekolah setelah dilakukan promosi kesehatan melalui pemantauan KMS-AS.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Dapat mengembangkan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan pengembangan KMS-AS sebagai alat pemantauan status gizi pada anak usia sekolah.

2. Bagi Dinas Kesehatan

Dapat memberikan informasi untuk perencanaan program penanggulangan gizi kurang dan gizi buruk siswa, pengembangan UKS di sekolah dan masyarakat.

3. Bagi Siswa

Sebagai sarana informasi kepada siswa tentang pentingnya pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah dalam peningkatan status gizi pada anak guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang baik.

4. Bagi Sekolah

Memberikan informasi mengenai peningkatan status gizi dengan pemantauan Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah, sehingga dapat di jadikan gambaran dalam peningkatan kualitas siswa yang cerdas dan berprestasi.

E. Penelitian Terkait

Menurut pengetahuan peneliti, belum di temukan penelitian yang sama tentang peningkatan status gizi melalui pemantau Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah, namun terdapat penelitian terdahulu yang terkait mengenai:

1. A. Saifah (2011) dengan penelitian Hubungan Peran Keluarga, Guru, Teman Sebaya dan Media Massa Dengan Perilaku Gizi Anak Usia Sekolah Dasar di Wilayah Kerja Puskesmas Mabelopura Kota Palu. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian menemukan bahwa terdapat hubungan antara peran keluarga,teman

sebagai dan media massa terkait dengan perilaku gizi anak usia sekolah dasar, dan tidak ada hubungan antara guru dengan perilaku gizi.

2. Arie Purwanto (2009) dengan penelitian Hubungan Antara Pola Makan Pagi dan Status Gizi dengan Prestasi Belajar Siswa Kelas 4 Sekolah Dasar di SD Meijing 2 Patukan Gamping Sleman Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *crosssectional* menekankan pada hubungan antara pola makan pagi dan status gizi dengan prestasi belajar siswa. Hasilnya tidak ada hubungan antara pola makan dengan prestasi belajar siswa. Perbedaan dengan penelitian ini adalah terkait dengan metode pengambilan data yaitu dengan pemantauan KMS-AS, lokasi penelitian, dan variabel penelitian.
3. Nurina Paramitha Simamora (2007) dengan penelitian Pengaruh Status Gizi Terhadap Angka Kesakitan Pada Anak Kelas 4 SDN No.2 Tegal Rejo, Yogyakarta. Penelitian ini terdiri dari 2 variabel yaitu status gizi dan angka kesakitan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui kaitan antara status gizi dengan tinggi rendahnya angka kesakitan. Hasilnya tidak ada keterkaitan antara status gizi dengan tinggi rendahnya angka kesakitan melalui pengumpulan data hasil evaluasi belajar dalam 6 (enam) bulan terakhir. Perbedaan dengan penelitian ini adalah terkait dengan metode pengambilan data.