

## HUBUNGAN PENGELUARAN ROKOK RUMAH TANGGA DENGAN STATUS GIZI BALITA DI INDONESIA (ANALISIS DATA RISKESDAS 2010)

Sudikno<sup>1</sup>; Bona Simanungkalit<sup>2</sup>; Yekti Widodo<sup>1</sup> dan Sandjaja<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat

<sup>2</sup>Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik

### ABSTRAK

Tingkat pendapatan masyarakat diperberat oleh pengeluaran rokok rumah tangga yang secara tidak langsung akan mempengaruhi status gizi balita. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan pengeluaran rokok rumah tangga dengan status gizi balita. Penelitian menggunakan data Riskesdas 2010. Populasi penelitian meliputi semua rumah tangga Riskesdas 2010. Sedangkan sampel adalah semua rumah tangga Riskesdas 2010 yang memiliki balita (0-59 bulan) dengan kriteria inklusi balita (0-59 bulan) termuda di rumah tangga. Variabel penelitian meliputi: status gizi balita, pengeluaran rokok rumah tangga, pendidikan KK, pekerjaan KK, tinggi badan ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, dan status sosial ekonomi. Hasil penelitian menunjukkan rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 4 dan 5 memiliki odds rasio 1,21 kali untuk memiliki balita dengan status gizi (BB/TB) kurus dan sangat kurus dibandingkan rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 1, 2, dan 3 setelah dikontrol oleh variabel pendidikan ibu, pendidikan KK, dan pekerjaan KK.

**Kata kunci:** pengeluaran rokok, rumah tangga, status gizi balita

### ABSTRACT

#### THE RELATIONSHIP BETWEEN CIGARETTE SPENDING AND INFANT NUTRITION STATUS IN INDONESIA (DATA ANALYSIS OF BASIC HEALTH RESEARCH 2010)

Level of community income was burdened by spending on cigarette that indirectly effected infant nutrition status. The objective of this study is to know the relationship of cigarette spending and infant nutrition status. The study used Basic Health Research data 2010. The population were all household in that research and the samples were all households that had infants (0-59 months) with the youngest infants as the inclusion criteria. The variables collected were infant nutrition status, cigarette spending, family head's education, family head's occupation, mother's height, mother's education, and social economic status. The result showed that household with cigarette spending in quintil 4 and 5 had odds ratio 1.21 times higher to have infants with wasted (weight/height) and severe wasted compared to those with cigarette spending in quintil 1, 2, and 3 after controlled by variables namely; mother's education, family head's education, and family head's occupation.

**Keywords:** cigarette spending, house hold, infant nutrition status

### PENDAHULUAN

Salah satu tujuan yang ditargetkan dalam *Millenium Development Goals* (MDGs) adalah menurunkan prevalensi *underweight*. Komponen indikator status gizi (*underweight*) merupakan salah satu penilaian dalam menghitung *Human Development Index* (HDI) dimana Indonesia masih berada pada posisi 112 dari 175 negara dan pada tahun 2005 sedikit berubah pada peringkat 108 dari 177 negara lebih rendah dari Singapura, Malaysia, Brunai, dan Thailand.<sup>1,2</sup> Selain dari

sektor kesehatan tersebut, HDI juga ditentukan dari sektor pendidikan dan ekonomi.<sup>2</sup>

Status gizi anak merupakan indikator yang penting yang dipengaruhi oleh tiga determinan, yaitu: determinan langsung, determinan tidak langsung, dan determinan dasar.<sup>3</sup> Determinan langsung merupakan faktor yang terdapat pada tingkat individu, seperti status kesehatan dan infeksi. Determinan tidak langsung merupakan determinan yang terdapat pada tingkat rumah tangga, misalnya: ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga, perawatan anak, dan pelayanan kesehatan, termasuk kesehatan lingkungan. Lingkungan, baik secara fisik

maupun biologis, sangat berperan dalam proses terjadinya gangguan kesehatan masyarakat, termasuk gangguan kesehatan berupa penyakit pada anak balita. Sedangkan determinan dasar adalah potensi sumber daya yang ada di suatu negara, termasuk kondisi sosial ekonomi dan politik.<sup>4</sup>

Beberapa studi menunjukkan bahwa keadaan sosial ekonomi rumah tangga menentukan status gizi anak balita, di samping faktor lainnya, seperti: jumlah anggota rumah tangga, pelayanan kesehatan, penyakit infeksi, dan kondisi kesehatan lingkungan rumah tangga. Kemiskinan merupakan penyebab kurang gizi yang paling sering dijumpai di berbagai negara. Masyarakat miskin di negara berkembang menggunakan sebagian besar pendapatannya untuk memenuhi kebutuhan pangan. Dengan terbatasnya pendapatan, ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga juga berkurang, baik jumlah maupun mutunya, sehingga konsumsi makanan juga mengalami penurunan dan selanjutnya status gizinya relatif rendah.

Studi Riyadi H., dkk. di daerah Bogor dan Indramayu pada tahun 2005 menunjukkan bahwa masalah gizi pada anak balita prevalensinya lebih besar pada anak balita dari rumah tangga miskin dibandingkan anak balita pada rumah tangga tidak miskin.<sup>5</sup> Kecukupan protein pada keluarga miskin lebih rendah dibandingkan rumah tangga tidak miskin.<sup>6</sup> Selanjutnya data SUSENAS menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan maka semakin tinggi tingkat konsumsi energi dan protein, selain itu mutu makanannya juga semakin baik.<sup>7</sup>

Menurut Moeloek (2010) bahwa rendahnya tingkat pendapatan masyarakat diperberat dengan biaya langsung untuk membeli rokok pada tingkat rumah tangga atau individu (<http://community.um.ac.id>). Selanjutnya Damayanti menambahkan bahwa anggota keluarga yang merokok dapat mempengaruhi status gizi balita yang tinggal serumah, konsumsi energi balita yang rumah tangganya ada yang merokok lebih rendah daripada yang rumah tangganya tidak ada yang merokok.<sup>8</sup>

Dari data Bappenas diketahui bahwa kebiasaan merokok di Indonesia bagi laki-laki sebesar 45,8 persen dan 3 persen pada perempuan, dan menurut kelompok umur sebesar 34,3 persen pada penduduk berusia 25

tahun ke atas dan 29,2 persen pada penduduk di atas 10 tahun.<sup>9</sup> Selanjutnya diketahui pula bahwa pengeluaran untuk tembakau dan sirih menyumbang sebesar 4,97 persen pada tahun 2007 dan 5,08 persen pada tahun 2008 dari total pengeluaran rata-rata per kapita.<sup>10</sup>

Sedangkan data Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari sebesar 24 persen, persentase tertinggi terdapat pada kelompok umur produktif (25-64 tahun) dengan rerata 29 persen sampai dengan 32 persen. Sedangkan menurut jenis kelamin diketahui bahwa hampir separuh (45,8%) penduduk laki-laki merupakan perokok tiap hari. Selanjutnya persentase perokok berdasarkan tingkat sosial ekonomi hampir tidak menunjukkan adanya perbedaan, persentase perokok kelompok sosial ekonomi rendah 35,8 persen sedangkan pada kelompok sosial ekonomi tinggi 31,5 persen. Dilihat dari persentase rumah tangga yang memiliki perokok, yaitu sebesar 69 persen. Hal ini berarti minimal terdapat satu orang anggota rumah tangga yang mengonsumsi rokok.<sup>2</sup>

Menurut kajian Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) (2010) secara nominal pengeluaran rumah tangga untuk membeli rokok meningkat dari Rp. 103.356 pada tahun 2003 menjadi Rp. 117.624 per bulan pada tahun 2006.<sup>11</sup> Studi Kosen, dkk. (2009) menunjukkan bahwa kerugian ekonomi total penduduk Indonesia dalam setahun akibat konsumsi produk tembakau mencapai Rp. 338,75 triliun, atau lebih dari enam kali pendapatan cukai rokok pemerintah Indonesia yang hanya Rp. 53,9 triliun.<sup>12</sup>

Dengan melihat kondisi tersebut di atas, maka akan dilakukan analisis lanjut untuk mengetahui hubungan pengeluaran rokok rumah tangga dengan status gizi balita dengan menggunakan data Riskesdas 2010.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan desain potong lintang (*cross-sectional*). Populasi adalah semua rumah tangga Riskesdas 2010. Sedangkan sampel adalah semua rumah tangga Riskesdas 2010 yang mempunyai balita (0-59 bulan). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah rumah tangga

Risikesdas 2010 dengan balita (0-59 bulan) termuda.

Data yang digunakan untuk penelitian ini adalah Risikesdas 2010 dengan rincian kuesioner RKD10.RT dan RKD10.IND.

#### Instrumen dan cara pengumpulan data

Data pada analisis lanjut ini menggunakan data sekunder Risikesdas 2010. Variabel penelitian meliputi: i) variabel terikat, yaitu: status gizi balita (BB/TB, TB/U, BB/U); ii) variabel bebas utama: pengeluaran rokok rumah tangga; iii) variabel pengganggu, yang terdiri dari: pendidikan kepala keluarga, pekerjaan kepala keluarga, tinggi badan ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status ekonomi. Cara pengumpulan data adalah dengan wawancara dan pengukuran antropometri.

#### Manajemen data

Tahapan dalam manajemen data meliputi: analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat. Analisis univariat untuk melihat

distribusi masing-masing variabel, sedangkan analisis bivariat untuk mengetahui distribusi status gizi balita (BB/TB, TB/U, BB/U) menurut variabel bebas utama (pengeluaran rokok rumah tangga) dan variabel pengganggu (pendidikan KK, pekerjaan KK, TB ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, dan status ekonomi). Analisis regresi logistik digunakan untuk mengetahui hubungan pengeluaran rokok rumah tangga dengan status gizi balita (BB/TB, TB/U, BB/U) dikontrol variabel pengganggu (pendidikan KK, pekerjaan KK, TB ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, dan status ekonomi).

## HASIL

#### Karakteristik Balita

Dari Tabel 1 diketahui bahwa jumlah responden yang dianalisis sebanyak 11 500 balita, yang terdiri dari laki-laki (50,50%) dan perempuan sebesar 49,50 persen.

Tabel 1  
Karakteristik Balita, Risikesdas 2010

Variabel		n=11 500	%
Jenis kelamin	Laki-laki	5687	49,50
	Perempuan	5813	50,50
Kelompok umur	0-11 bulan	1534	13,34
	12-23 bulan	2580	22,43
	24-35 bulan	2578	22,42
	36-47 bulan	2556	22,23
	48-59 bulan	2252	19,58
Status gizi (BB/TB)	Sangat kurus	635	5,52
	Kurus	827	7,19
	Normal	8716	75,79
	Gemuk	1322	11,50
Status gizi (TB/U)	Sangat pendek	2494	21,69
	Pendek	2473	21,50
	Normal	6533	56,81
Status gizi (BB/U)	Buruk	561	4,88
	Kurang	1902	16,54
	Baik	8752	76,10
	Lebih	285	2,48

Menurut kelompok umur balita, jumlah balita pada kelompok umur 0-11 bulan paling sedikit yaitu 13,34 persen dibandingkan dengan kelompok umur lainnya. Dari status gizi balita (BB/TB) diketahui bahwa persentase balita sangat kurus dan balita kurus masing-masing adalah 5,52 persen dan 7,19 persen. Kemudian dari status gizi balita (TB/U) didapatkan balita sangat pendek sebesar 21,69 persen dan balita pendek sebesar 21,50 persen. Selanjutnya dari status gizi balita (BB/U) diketahui bahwa balita dengan gizi buruk sebesar 4,88 persen dan

balita dengan gizi kurang sebesar 16,54 persen, sedangkan balita dengan status gizi lebih sebesar 2,48 persen (Tabel 1).

Menurut karakteristik keluarga diketahui bahwa umur kepala keluarga (KK) maupun ibu balita sebagian besar berada pada kelompok umur 20-40 tahun yaitu masing-masing sebesar 67,65 persen dan 90,86 persen, pendidikan kepala keluarga dan ibu balita sebagian besar adalah SD ke bawah, yaitu masing-masing sebesar 45,55 persen dan 42,78 persen (Tabel 2).

Tabel 2  
Karakteristik Keluarga, Riskesdas 2010

Variabel	n=11500	%	
Umur KK	< 20 tahun	7	0,06
	20-40 tahun	7780	67,65
	> 40 tahun	3713	32,29
Pendidikan KK	<= SD	5238	45,55
	SMP	2207	19,19
	SMA	3132	27,23
	PT	923	8,03
Pekerjaan KK	TNI/PNS/Sekolah	1290	11,22
	Wiraswasta/pedagang	3977	34,58
	Tidak kerja/lainnya	639	5,56
	Petani/nelayan/buruh	5594	48,64
Umur ibu	< 20 tahun	238	2,07
	20-40 tahun	10449	90,86
	> 40 tahun	813	7,07
Tinggi badan ibu	< 150 cm	4521	39,31
	>= 150 cm	6979	60,69
Pendidikan ibu	<= SD	4920	42,78
	SMP	2633	22,90
	SMA	3032	26,36
	PT	915	7,96
Pekerjaan ibu	Tidak bekerja	5989	52,08
	PNS/TNI/Wiraswasta	2137	18,58
	Petani/buruh/nelayan	3374	29,34
Status ekonomi	Kuintil 1	2770	24,08
	Kuintil 2	2656	23,10
	Kuintil 3	2451	21,31
	Kuintil 4	2150	18,70
	Kuintil 5	1473	12,81
Pengeluaran rokok rumah tangga	Kuintil 1	3194	27,77
	Kuintil 2	1406	12,23
	Kuintil 3	2300	20,00
	Kuintil 4	2300	20,00
	Kuintil 5	2300	20,00

Pekerjaan kepala keluarga sebagian besar adalah petani/nelayan/buruh, yaitu 48,64 persen. Sedangkan pekerjaan ibu sebagian besar adalah tidak bekerja (52,08%). Selanjutnya menurut tinggi badan ibu balita diketahui bahwa persentase ibu dengan tinggi badan kurang dari 150 cm sebesar 39,31 persen (Tabel 2).

Dari kelompok status ekonomi diketahui bahwa rumah tangga yang berada pada kuintil 1 dan kuintil 2 masing-masing sebesar 24,08 persen dan 23,10 persen. Sedangkan menurut pengeluaran rokok rumah tangga diketahui

bahwa rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 3 sampai dengan kuintil 5 masing-masing sebesar 20 persen (Tabel 2). Menurut data Riskesdas 2007, sebanyak 69 persen rumah tangga memiliki pengeluaran untuk rokok, dengan kata lain minimal terdapat satu anggota rumah tangga yang merokok.

Rata-rata pengeluaran rokok rumah tangga sebulan, yaitu sebesar Rp.153.179 ± Rp. 200.815,-. Sedangkan persentase rata-rata pengeluaran rokok dibandingkan dengan pengeluaran total rumah tangga sebulan sebesar 7,54%±8,03%.

Tabel 3  
Distribusi Status Gizi (BB/TB) menurut Karakteristik Balita, Riskesdas 2010

Karakteristik Balita	n= 11500	Persen Status Gizi (BB/TB)			
		Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Jenis kelamin					
o Laki-laki	5687	5,90	7,40	76,10	10,60
o Perempuan	5813	5,20	7,00	75,40	12,40
Kelompok umur					
o 0-11 bulan	1534	6,74	8,03	66,72	18,51
o 12-23 bulan	2580	5,92	8,21	74,77	11,10
o 24-35 bulan	2578	6,47	6,73	76,63	10,17
o 36-47 bulan	2556	4,51	6,40	78,69	10,40
o 48-59 bulan	2252	4,50	6,43	78,25	10,82

Dari distribusi status gizi balita (BB/TB) menurut jenis kelamin diketahui bahwa persentase laki-laki dengan status gizi sangat kurus sebesar 5,9 persen sedikit lebih tinggi dibandingkan perempuan (5,2%). Demikian juga dengan persentase status gizi kurus, di mana persentase laki-laki sedikit lebih tinggi dibandingkan perempuan, ada perbedaan sebesar 0,4 persen. Menurut kelompok umur diketahui bahwa persentase status gizi sangat kurus tertinggi terdapat pada kelompok umur 0-11 bulan yaitu sebesar 6,74 persen. Sedangkan persentase status gizi kurus tertinggi terdapat

pada kelompok umur 12-23 bulan (8,21%) (Tabel 3).

Tabel 4 menunjukkan bahwa menurut jenis kelamin persentase status gizi sangat pendek maupun status gizi pendek cenderung lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Sedangkan menurut kelompok umur diketahui bahwa persentase status gizi sangat pendek tertinggi terdapat pada kelompok umur 24-35 bulan (24,95%). Kemudian persentase status gizi pendek tertinggi terdapat pada kelompok umur 48-59 bulan, yaitu 23,92 persen.

Tabel 4  
Distribusi Status Gizi (TB/U) menurut Karakteristik Balita, Riskesdas 2010

Karakteristik Balita	n= 11500	Persen Status Gizi (TB/U)		
		Sangat pendek	Pendek	Normal
Jenis kelamin				
o Laki-laki	5687	22,40	22,00	55,60
o Perempuan	5813	21,00	21,00	58,00
Kelompok umur				
o 0-11 bulan	1534	18,17	13,29	68,54
o 12-23 bulan	2580	23,21	20,89	55,90
o 24-35 bulan	2578	24,95	22,58	52,47
o 36-47 bulan	2556	20,90	23,23	55,87
o 48-59 bulan	2252	19,20	23,92	56,88

Tabel 5 menunjukkan bahwa menurut jenis kelamin persentase status gizi buruk dan status gizi kurang cenderung lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Sedangkan menurut

kelompok umur, persentase status gizi buruk dan status gizi kurang tertinggi terdapat pada kelompok umur 48-59 bulan, yaitu sebesar 5,2 persen dan 19,1 persen.

Tabel 5  
Distribusi Status Gizi (BB/U) menurut Karakteristik Balita, Riskesdas 2010

Karakteristik Balita	n= 11500	Persen Status Gizi (BB/U)			
		Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
Jenis kelamin					
o Laki-laki	5687	5,10	17,60	75,00	2,30
o Perempuan	5813	4,70	15,50	77,20	2,60
Kelompok umur					
o 0-11 bulan	1534	3,81	9,80	83,37	3,02
o 12-23 bulan	2580	4,75	13,44	79,17	2,64
o 24-35 bulan	2578	4,44	18,96	74,46	2,14
o 36-47 bulan	2556	5,19	17,70	74,67	2,44
o 48-59 bulan	2252	5,20	19,10	73,32	2,38

#### Status Gizi Balita (BB/TB) menurut Karakteristik Keluarga

Menurut pendidikan kepala keluarga dan ibu balita memperlihatkan adanya kecenderungan penurunan persentase status gizi sangat kurus dengan semakin meningkatnya tingkat pendidikan kepala keluarga maupun ibu balita. Sedangkan menurut pekerjaan kepala keluarga diketahui bahwa persentase status gizi sangat kurus

tertinggi terdapat pada kepala keluarga yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh, yaitu sebesar 6,05 persen. Demikian juga menurut pekerjaan ibu, persentase status gizi sangat kurus tertinggi terdapat pada ibu yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh (5,98%). Dilihat dari tinggi badan ibu balita, persentase status gizi sangat kurus cenderung lebih tinggi pada ibu dengan tinggi badan kurang dari 150 cm, yaitu sebesar 5,73 persen (Tabel 6).

Tabel 6  
Distribusi Status Gizi Balita (BB/TB) menurut Karakteristik Keluarga, Riskesdas 2010

Karakteristik Keluarga	n= 11500	Persen Status Gizi (BB/TB)			
		Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
<b>Pendidikan KK</b>					
<= SD	5238	6,13	7,63	75,77	10,47
SMP	2207	6,16	6,80	75,31	11,73
SMA	3132	4,54	6,54	76,41	12,51
PT	923	4,38	6,77	73,65	15,20
<b>Pekerjaan KK</b>					
TNI/PNS/Sekolah	1290	3,87	4,47	76,89	14,77
Wiraswasta/pedagang	3977	5,46	6,79	75,02	12,73
Tidak kerja/lainnya	639	5,38	6,16	78,21	10,25
Petani/nelayan/buruh	5594	6,05	8,05	75,60	10,30
<b>Tinggi badan ibu</b>					
< 150 cm	4521	5,73	6,69	77,78	9,80
>= 150 cm	6979	5,44	7,36	74,35	12,85
<b>Pendidikan ibu</b>					
<= SD	4920	6,34	7,90	75,42	10,34
SMP	2633	5,66	6,77	75,30	12,27
SMA	3032	4,93	6,57	76,40	12,10
PT	915	3,19	5,56	75,86	15,39
<b>Pekerjaan ibu</b>					
Tidak bekerja	5989	5,57	7,22	76,47	10,74
PNS/TNI/Wiraswasta	2137	4,85	6,51	74,60	14,04
Petani/buruh/nelayan	3374	5,98	7,27	74,99	11,76
<b>Sosial ekonomi</b>					
Kuintil 1	2770	6,21	8,83	73,87	11,09
Kuintil 2	2656	6,30	7,06	75,76	10,88
Kuintil 3	2451	5,76	6,74	76,24	11,26
Kuintil 4	2150	4,81	6,21	76,89	12,09
Kuintil 5	1473	3,69	5,74	76,36	14,21
<b>Pengeluaran rokok RT</b>					
Kuintil 1	3194	5,15	6,84	75,41	12,60
Kuintil 2	1406	4,42	5,90	78,47	11,21
Kuintil 3	2300	4,60	7,22	76,86	11,32
Kuintil 4	2300	6,28	7,47	74,98	11,27
Kuintil 5	2300	7,09	7,70	73,87	11,34

Selanjutnya menurut status ekonomi rumah tangga menunjukkan adanya kecenderungan penurunan persentase status gizi sangat kurus dengan meningkatnya kuintil. Sebagaimana diketahui persentase status gizi sangat kurus tinggi terdapat pada kuintil 1 dan kuintil 2, dan persentase status gizi sangat kurus terendah terdapat pada kuintil 5 (3,69%).

Kemudian menurut pengeluaran rokok rumah tangga menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan persentase status

gizi sangat kurus dari kuintil 2 sampai dengan kuintil 5. Persentase status gizi sangat kurus terendah terdapat pada kuintil 2 (4,42%) dan persentase status gizi sangat kurus tertinggi terdapat pada kuintil 5 (7,09%).

#### Status Gizi Balita (TB/U) menurut Karakteristik Keluarga

Tabel 7 menunjukkan distribusi status gizi balita (TB/U) menurut karakteristik keluarga.

Menurut pendidikan kepala keluarga dan ibu balita menunjukkan adanya kecenderungan penurunan persentase status gizi sangat pendek dengan semakin meningkatnya tingkat pendidikan kepala keluarga maupun ibu balita. Sedangkan menurut pekerjaan kepala keluarga diketahui bahwa persentase status gizi sangat pendek tertinggi terdapat pada kepala keluarga yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh, yaitu sebesar 24,22 persen.

Demikian juga menurut pekerjaan ibu, persentase status gizi balita sangat pendek tertinggi terdapat pada ibu yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh, yaitu sebesar 25,82 persen. Selanjutnya dilihat dari tinggi badan ibu balita, persentase status gizi balita sangat pendek cenderung lebih tinggi pada ibu dengan tinggi badan kurang dari 150 cm, yaitu sebesar 26,14 persen.

Tabel 7  
Distribusi Status Gizi (TB/U) menurut Karakteristik Keluarga, Riskesdas 2010

Karakteristik Keluarga	n= 11 500	Persen Status Gizi (TB/U)		
		Sangat pendek	Pendek	Normal
<b>Pendidikan KK</b>				
<= SD	5238	24,69	23,20	52,11
SMP	2207	22,03	22,42	55,55
SMA	3132	19,24	19,16	61,60
PT	923	11,66	16,42	71,92
<b>Pekerjaan KK</b>				
TNI/PNS/Sekolah	1290	16,36	18,08	65,56
Wiraswasta/pedagang	3977	19,86	20,34	59,80
Tidak kerja/lainnya	639	21,06	21,21	57,73
Petani/nelayan/buruh	5594	24,22	22,96	52,82
<b>Tinggi badan ibu</b>				
< 150 cm	4521	26,14	24,61	49,25
>= 150 cm	6979	18,73	19,23	62,04
<b>Pendidikan ibu</b>				
<= SD	4920	25,12	23,04	51,84
SMP	2633	21,52	22,56	55,92
SMA	3032	18,31	19,32	62,37
PT	915	14,48	16,19	69,33
<b>Pekerjaan ibu</b>				
Tidak bekerja	5989	20,50	21,74	57,76
PNS/TNI/Wiraswasta	2137	18,21	19,75	62,04
Petani/buruh/nelayan	3374	25,82	21,81	52,37
<b>Sosial ekonomi</b>				
Kuintil 1	2770	27,52	23,27	49,21
Kuintil 2	2656	24,40	22,85	52,75
Kuintil 3	2451	19,20	22,25	58,55
Kuintil 4	2150	17,77	19,64	62,59
Kuintil 5	1473	14,90	16,24	68,86
<b>Pengeluaran rokok RT</b>				
Kuintil 1	3194	21,31	20,17	58,52
Kuintil 2	1406	20,21	20,59	59,20
Kuintil 3	2300	19,24	22,91	57,85
Kuintil 4	2300	22,73	21,32	55,95
Kuintil 5	2300	24,25	22,13	53,62

Selanjutnya menurut status ekonomi rumah tangga menunjukkan adanya kecenderungan penurunan persentase status gizi sangat pendek dengan meningkatnya kuintil. Sebagaimana diketahui persentase status gizi sangat pendek tertinggi terdapat pada kuintil 1 (27,52%), dan persentase status gizi sangat pendek terendah terdapat pada kuintil 5 (14,9%).

Kemudian menurut pengeluaran rokok rumah tangga menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan persentase status

gizi sangat pendek dari kuintil 3 sampai dengan kuintil 5. Persentase status gizi sangat pendek terendah terdapat pada kuintil 3 (19,24%) dan persentase status gizi sangat pendek tertinggi terdapat pada kuintil 5 (24,25%).

#### Status Gizi Balita (BB/U) menurut Karakteristik Keluarga

Distribusi status gizi balita (BB/U) menurut karakteristik keluarga disajikan pada Tabel 8 di bawah ini.

Tabel 8  
Distribusi Status Gizi (BB/U) menurut Karakteristik Keluarga, Riskesdas 2010

Karakteristik Keluarga	n= 11 500	Persen Status Gizi (BB/U)			
		Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih
<b>Pendidikan KK</b>					
<= SD	5238	5,95	18,62	73,47	1,96
SMP	2207	4,21	16,66	76,94	2,19
SMA	3132	3,51	14,40	79,22	2,87
PT	923	3,50	8,51	83,22	4,77
<b>Pekerjaan KK</b>					
TNI/PNS/Sekolah	1290	2,53	11,85	82,75	2,87
Wiraswasta/pedagang	3977	4,02	14,67	78,36	2,95
Tidak kerja/lainnya	639	5,33	14,44	77,03	3,20
Petani/nelayan/buruh	5594	5,73	18,69	73,62	1,96
<b>Tinggi badan ibu</b>					
< 150 cm	4521	6,36	20,27	71,65	1,72
>= 150 cm	6979	3,71	13,70	79,62	2,97
<b>Pendidikan ibu</b>					
<= SD	4920	6,14	18,64	73,45	1,77
SMP	2633	3,79	17,40	76,85	1,96
SMA	3032	4,02	13,68	79,09	3,21
PT	915	2,56	9,02	83,06	5,36
<b>Pekerjaan ibu</b>					
Tidak bekerja	5989	4,59	16,54	76,78	2,09
PNS/TNI/Wiraswasta	2137	3,49	13,39	79,67	3,45
Petani/buruh/nelayan	3374	5,81	17,62	74,01	2,56
<b>Sosial ekonomi</b>					
Kuintil 1	2770	6,96	20,28	70,72	2,04
Kuintil 2	2656	4,83	17,48	75,44	2,25
Kuintil 3	2451	4,03	16,22	77,68	2,07
Kuintil 4	2150	3,85	13,56	80,15	2,44
Kuintil 5	1473	2,83	10,36	82,32	4,49
<b>Pengeluaran rokok RT</b>					
Kuintil 1	3194	4,23	15,09	78,24	2,44
Kuintil 2	1406	4,10	14,44	79,00	2,46
Kuintil 3	2300	4,72	16,66	75,71	2,91
Kuintil 4	2300	4,79	17,35	75,36	2,50
Kuintil 5	2300	5,85	17,57	74,47	2,11

Menurut pendidikan kepala keluarga dan ibu balita menunjukkan adanya kecenderungan penurunan persentase status gizi buruk dengan semakin meningkatnya tingkat pendidikan kepala keluarga maupun ibu balita. Sedangkan menurut pekerjaan kepala keluarga diketahui bahwa persentase status gizi buruk tertinggi terdapat pada kepala keluarga yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh, yaitu sebesar 5,73 persen. Demikian juga menurut pekerjaan ibu, persentase status gizi buruk tertinggi terdapat pada ibu yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh (5,81%). Dilihat dari tinggi badan ibu balita, persentase status gizi buruk cenderung lebih tinggi pada ibu dengan tinggi badan di bawah 150 cm, yaitu sebesar 6,36 persen.

Selanjutnya menurut status ekonomi rumah tangga menunjukkan adanya kecenderungan penurunan persentase status gizi buruk dengan meningkatnya kuintil. Sebagaimana diketahui persentase status gizi buruk tertinggi terdapat pada kuintil 1 (6,96%), dan persentase status

gizi sangat kurus terendah terdapat pada kuintil 5 (2,83%).

Kemudian menurut pengeluaran rokok rumah tangga menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan persentase status gizi buruk dari kuintil 2 sampai dengan kuintil 5. Persentase status gizi buruk terendah terdapat pada kuintil 2 (4,1%) dan persentase status gizi buruk tertinggi terdapat pada kuintil 5 (5,85%).

#### Hubungan Pengeluaran Rokok Rumah tangga dengan Status Gizi Balita

Dari pemodelan hubungan pengeluaran rokok rumah tangga dengan status gizi balita (BB/TB) menunjukkan bahwa rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 4 dan 5 memiliki odds rasio 1,21 kali (CI 95%: 1,08 – 1,36) untuk berisiko mempunyai balita dengan status gizi (BB/TB) kurus dan sangat kurus dibandingkan rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 1, 2, dan 3 setelah dikontrol oleh variabel pendidikan ibu, pendidikan KK, dan pekerjaan KK (Tabel 9).

Tabel 9  
Pemodelan Akhir Hubungan Pengeluaran Rokok Rumah tangga dengan Status Gizi Balita (BB/TB), Riskesdas 2010

Variabel		Odds Rasio	CI 95%	p
Pengeluaran rokok	Kuintil 1-3			
	Kuintil 4-5	1,21	1,08 - 1,36	0,001
Pendidikan ibu	PT			
	SMA	1,37	1,03 - 1,81	0,027
	SMP	1,42	1,05 - 1,93	0,021
	<= SD	1,61	1,19 - 2,17	0,002
Pendidikan KK	PT			
	SMA	0,68	0,52 – 0,89	0,006
	SMP	0,70	0,51 – 0,95	0,024
	<= SD	0,68	0,50 – 0,92	0,014
Pekerjaan KK	TNI/PNS/Sekolah			
	Wiraswasta/pedagang	1,52	1,19 - 1,94	0,001
	Tidak kerja/lainnya	1,43	1,02 - 2,00	0,037
	Petani/nelayan/buruh	1,70	1,31 - 2,21	0,000

Kemudian dari pemodelan hubungan pengeluaran rokok rumah tangga dengan status gizi balita (TB/U) menunjukkan bahwa rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 4 dan 5 memiliki odds rasio 1,04 kali (CI 95%: 0,96 – 1,13) untuk berisiko mempunyai balita

dengan status gizi (TB/U) pendek dan sangat pendek dibandingkan rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 1, 2, dan 3 setelah dikontrol oleh variabel tinggi badan ibu, pendidikan kepala keluarga, pekerjaan ibu, dan status ekonomi (Tabel 10).

Tabel 10  
Pemodelan Akhir Hubungan Pengeluaran Rokok Rumah tangga dengan  
Status Gizi Balita (TB/U), Riskesdas 2010

Variabel		Odds Rasio	CI 95%	p
Pengeluaran rokok	Kuintil 1-3			
	Kuintil 4-5	1,04	0,96 – 1,13	0,247
Tinggi badan ibu	>= 150 cm			
	< 150 cm	1,58	1,46 – 1,71	0,000
Pendidikan KK	PT			
	SMA	1,36	1,14 – 1,61	0,000
	SMP	1,54	1,28 – 1,85	0,000
	<= SD	1,61	1,35 – 1,92	0,000
Pekerjaan ibu	Tidak bekerja			
	PNS/TNI/Wiraswasta	1,00	0,90 – 1,12	0,918
	Petani/buruh/nelayan	1,10	1,02 – 1,22	0,016
Status ekonomi	Kuintil 5			
	Kuintil 4	1,19	1,02 – 1,38	0,020
	Kuintil 3	1,30	1,12 – 1,51	0,000
	Kuintil 2	1,58	1,36 – 1,84	0,000
	Kuintil 1	1,75	1,50 – 2,03	0,000

Selanjutnya dari hasil analisis multivariat hubungan pengeluaran rokok rumah tangga dengan status gizi balita (BB/U) menunjukkan bahwa rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 4 dan 5 memiliki odds rasio 1,08 kali (CI 95%: 0,98 - 1,19) untuk berisiko

mempunyai balita dengan status gizi (BB/U) kurang dan buruk dibandingkan rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 1, 2, dan 3 setelah dikontrol oleh variabel tinggi badan ibu, pendidikan ibu, pendidikan KK, dan status ekonomi (Tabel 11).

Tabel 11  
Pemodelan Akhir Hubungan Pengeluaran Rokok Rumah tangga dengan  
Status Gizi Balita (BB/U), Riskesdas 2010

Variabel		Odds Rasio	CI 95%	p
Pengeluaran rokok	Kuintil 1-3			
	Kuintil 4-5	1,08	0,98 – 1,19	0,103
Tinggi badan ibu	>= 150 cm			
	< 150 cm	1,61	1,47 – 1,77	0,000
Pendidikan ibu	PT			
	SMA	1,30	1,02 – 1,66	0,032
	SMP	1,42	1,09 – 1,84	0,008
	<= SD	1,53	1,18 – 1,99	0,001
Pendidikan KK	PT			
	SMA	1,18	0,93 – 1,51	0,158
	SMP	1,20	0,92 – 1,56	0,175
	<= SD	1,30	1,00 – 1,68	0,044
Status ekonomi	Kuintil 5			
	Kuintil 4	1,22	1,01 – 1,49	0,039
	Kuintil 3	1,34	1,10 – 1,64	0,003
	Kuintil 2	1,45	1,19 – 1,76	0,000
	Kuintil 1	1,81	1,49 – 2,21	0,000

## BAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata pengeluaran rokok rumah tangga sebulan Rp.153.179 ± Rp. 200.815,- sedikit di bawah dari temuan IAKMI (2010), yaitu sebesar Rp.216.000,- per bulan. Sedangkan persen rata-rata pengeluaran rokok dibanding pengeluaran total rumah tangga sebulan sebesar 7,54%±8,03%.<sup>11</sup>

Selanjutnya dari ketiga analisis pemodelan hubungan antara pengeluaran rokok rumah tangga dengan status gizi balita menunjukkan adanya kecenderungan penurunan status gizi balita dengan meningkatnya pengeluaran rokok rumah tangga. Rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 4 dan 5 memiliki odds rasio 1,21 kali (CI 95%: 1,08 – 1,36) untuk berisiko mempunyai balita dengan status gizi (BB/TB) kurus dan sangat kurus dibandingkan rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 1, 2, dan 3 setelah dikontrol oleh variabel pendidikan ibu, pendidikan KK, dan pekerjaan KK.

Sebagaimana diketahui bahwa merokok tidak hanya merusak kesehatan, tetapi juga merusak ekonomi rumah tangga yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi ketersediaan makanan dalam rumah tangga. Pengeluaran rokok oleh individu dalam rumah tangga menyebabkan peluang rumah tangga untuk menanggung biaya akibat penyakit yang ditimbulkan asap rokok meningkat, sekaligus menghilangkan peluang pendapatan rumah tangga.

Akibat penyakit yang ditimbulkan karena merokok maka ada beban biaya untuk pengobatan maupun biaya yang hilang akibat tidak dapat bekerja atau beraktivitas. Penelitian Ross et al. di China tahun 2000 menunjukkan bahwa biaya akibat rokok mencapai 0,06 persen dari Produk Domestik Bruto (PDB), sedangkan studi McGhee (1998) di Hong Kong mendapatkan bahwa biaya yang dikeluarkan akibat perokok aktif tahun 1998 mencapai US\$ 532 juta dan perokok pasif US\$ 156 juta.<sup>13,14</sup> Kemudian studi Yang et al. (2005) di Taiwan mendapatkan bahwa biaya akibat rokok menghabiskan 68 persen total belanja medis penduduk usia 35 tahun ke atas.<sup>15</sup> Selanjutnya hasil kajian IAKMI dengan menggabungkan data Risesdas 2007 dan Susenas 2007 menunjukkan bahwa merokok meningkatkan

risiko terkena penyakit tuberkulosa dan asma, baik pada perokok maupun keluarga perokok, termasuk anak balita yang tinggal di rumah tangga perokok. Anak balita yang terkena TBC ataupun penyakit lain akibat rokok secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap status gizi.<sup>11</sup>

Kerugian ekonomis akibat merokok lainnya adalah berkurangnya pendapatan rumah tangga yang diakibatkan pengeluaran untuk membeli rokok oleh individu dalam rumah tangga. Hasil kajian IAKMI (2010) menunjukkan bahwa pengeluaran rumah tangga miskin untuk rokok menempati urutan kedua setelah padi-padian dan 5 kali lebih banyak daripada pengeluaran untuk susu dan telur. Dengan kata lain perokok miskin lebih mementingkan membeli rokok daripada membeli susu dan telur. Kondisi ini menjadi lebih bermanfaat jika pendapatan rumah tangga digunakan untuk membeli makanan bergizi yang secara tidak langsung akan berkontribusi terhadap perbaikan gizi anggota rumah tangga, termasuk anak balita.<sup>11</sup>

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa merokok menimbulkan beban kesehatan, sosial, ekonomi dan lingkungan. Pengendalian tembakau tidak merugikan perekonomian negara, namun justru memberikan dampak positif (IAKMI, 2010).<sup>11</sup> Perlunya upaya pemerintah pusat maupun pemerintah daerah dalam pelarangan iklan rokok untuk melindungi masyarakat, terutama anak-anak dan remaja dari pencitraan produk tembakau yang menyesatkan. Pelarangan iklan rokok meliputi pelarangan: a) iklan, baik langsung maupun tidak langsung di semua media massa, b) promosi dalam berbagai bentuk, misalnya hadiah, potongan harga, c) *sponsorship* dalam bentuk pemberian beasiswa, pemberian bantuan untuk bidang pendidikan, kebudayaan, dan olahraga, dan lain-lain. Di samping itu perlu digalakkan program berhenti merokok di kantor-kantor, dan sekolah, selain penerapan program kawasan bebas rokok di tempat-tempat umum.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

1. Dari status gizi balita (BB/TB) diketahui bahwa persentase balita sangat kurus dan balita kurus masing-masing adalah 5,52 persen dan 7,19 persen. Kemudian dari status gizi balita (TB/U) didapatkan balita

sangat pendek sebesar 21,69 persen dan balita pendek sebesar 21,50 persen. Selanjutnya dari status gizi balita (BB/U) diketahui bahwa balita dengan gizi buruk sebesar 4,88 persen dan balita dengan gizi kurang sebesar 16,54 persen.

2. Rata-rata pengeluaran rokok rumah tangga sebulan Rp.153.179 ± Rp. 200.815,-. Persen rata-rata pengeluaran rokok dibanding pengeluaran total rumah tangga sebulan sebesar 7,54%±8,03%.
3. Rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 4 dan 5 memiliki odds rasio 1,21 kali (CI 95%: 1,08 – 1,36) untuk berisiko mempunyai balita dengan status gizi (BB/TB) kurus dan sangat kurus dibandingkan rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 1, 2, dan 3 setelah dikontrol oleh variabel pendidikan ibu, pendidikan KK, dan pekerjaan KK.
4. Rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 4 dan 5 memiliki odds rasio 1,04 kali (CI 95%: 0,96 – 1,13) untuk berisiko mempunyai balita dengan status gizi (TB/U) pendek dan sangat pendek dibandingkan rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 1, 2, dan 3 setelah dikontrol oleh variabel tinggi badan ibu, pendidikan kepala keluarga, pekerjaan ibu, dan status ekonomi.
5. Rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 4 dan 5 memiliki odds rasio 1,08 kali (CI 95%: 0,98 - 1,19) untuk berisiko mempunyai balita dengan status gizi (BB/U) kurang dan buruk dibandingkan rumah tangga dengan pengeluaran rokok pada kuintil 1, 2, dan 3 setelah dikontrol oleh variabel tinggi badan ibu, pendidikan ibu, pendidikan KK, dan status ekonomi

#### Saran

1. Bagi pemerintah pusat maupun pemerintah daerah diharapkan adanya upaya penegakan aturan terhadap pelarangan iklan tentang rokok.
2. Bagi pemerintah pusat dan pemerintah daerah perlu digalakkan program berhenti merokok di kantor-kantor, dan sekolah, di samping program kawasan bebas rokok di tempat-tempat umum.
3. Bagi peneliti, perlu adanya penelitian lanjutan terkait pengeluaran rokok rumah

tangga dengan status gizi balita dengan desain penelitian yang berbeda.

#### RUJUKAN

1. World Bank, *Human Development Report*, 2003.
2. Departemen Kesehatan, 2008, *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007*, Jakarta.
3. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. UNICEF Policy Review 1990–1 (E/ICEF/1990/L.6). New York, NY: UNICEF, 1990.
4. Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
5. Riyadi H., dkk., *Studi tentang Status Gizi pada Rumah tangga Miskin dan Tidak Miskin*. Gizi Indonesia. 2006. 29(1):33-46.
6. Sukandar D., dkk. *Studi Ketahanan Pangan pada Rumah tangga Miskin dan Tidak Miskin*. Gizi Indonesia. 2006. 29(1):22-32.
7. Martianto D. dan Ariani M, *Analisis Perubahan Konsumsi dan Pola Konsumsi Pangan Masyarakat dalam Dekade Terakhir*, Prosiding Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VIII, Jakarta, LIPI, 2004.
8. <http://community.um.ac.id>. *Merokok bisa miskin dan kurang gizi*. 27 Januari 2010.
9. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas, *Pengembangan Database Pembangunan Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat*, 2009.
10. BPS, 2008. *Pengeluaran untuk Konsumsi Penduduk Indonesia 2008 Berdasarkan Hasil Susenas Panel Maret 2008*, Buku 1, Jakarta.
11. Tobacco Control Support Center, IAKMI. Dan KPS PDKT, 2010, *Bunga Rampai: Fakta Tembakau, Permasalahannya di Indonesia Tahun 2010*, Jakarta.
12. Kosen, et al. 2009. *Study on Medical Expenditures and Burden of Major Tobacco Attributed Diseases in Indonesia. Final Report*. Submitted to WHO Indonesia. Nationale Institute of Health Research and Development. Center of Health Systems

- and Policy Research and Development. Jakarta.
13. Ross, et al. 2007, *The Cost of Smoking in Vietnam: the Case of Inpatient Care*. Tobacco Control 2007;16;405-409.
  14. McGhee, et al. 2006. *Cost of Tobacco-Related Diseases, Including Passive Smoking in Hong Kong*. Tobacco Control 2006;15;125-130.
  15. Yang, et al. 2005. *Smoking Attributable Medical Expenditures, Years of Potential Life Lost and the Cost of Premature Death in Taiwan*. Tobacco Control 2005;14;62-70.