

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari upaya membangun manusia seutuhnya antara lain diselenggarakan melalui upaya kesehatan anak yang dilakukan sedini mungkin sejak anak masih didalam kandungan hingga remaja (Depkes RI, 1999).

Masa remaja adalah masa perpindahan dari masa anak menuju dewasa yang dikenal juga dengan masa pubertas. Hal ini ditandai dengan pertumbuhan fisik, emosional, kejiwaan, sosial dan mental yang terjadi dengan cepat dan berbeda pada setiap individunya (Nanik, 2012) dalam Fentiana (2012). Menurut Aritonang (2009) dalam Sari (2012) mengatakan bahwa kelompok usia ini tergolong dalam fase pertumbuhan yang pesat (Growth Spurt) sehingga dibutuhkan zat gizi yang relatif besar jumlahnya.

Usia remaja (10-18 tahun) merupakan periode rentan gizi karena berbagai sebab. Pertama, remaja memerlukan zat gizi yang lebih tinggi karena peningkatan pertumbuhan fisik dan perkembangan yang drastis. Kedua, perubahan gaya hidup dan kebiasaan makan remaja mempengaruhi baik asupan maupun kebutuhan gizinya. Ketiga, aktif dalam olahraga (Almatsier, 2011).

Remaja umumnya dipandang sebagai periode kehidupan dari pubertas sampai dewasa. Tahapan tersebut dalam kehidupan tidak mudah karena merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak hingga dewasa. Masa remaja merupakan masa yang rentan terhadap masalah gizi. Masalah gizi banyak dialami oleh golongan rawan gizi yang memerlukan kecukupan zat gizi untuk pertumbuhan (Nanik, 2012) dalam Fentiana (2012).

Seiring dengan meningkatnya populasi remaja di Indonesia, masalah gizi remaja perlu mendapatkan perhatian khusus karena berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan tubuh serta dampaknya pada masalah gizi dewasa (Pudjiadi, 2005). Remaja memiliki pandangan tersendiri mengenai proporsi tubuhnya (*body image*) yang seringkali salah (Notoatmodjo, 2010). Bagi sebagian besar remaja putri tubuh ideal merupakan impian.

Masalah kesehatan remaja boleh jadi berawal pada usia yang sangat dini. Cukup banyak masalah yang berdampak negatif terhadap kesehatan dan gizi remaja. Dalam beberapa hal masalah gizi remaja serupa, atau merupakan kelanjutan dari masalah gizi pada usia anak, yaitu anemia defisiensi besi, kelebihan dan kekurangan berat badan yang agak (sedikit) berbeda ialah cara menangani masalah itu. Kelebihan berat badan misalnya, penanganan obesitas remaja ditujukan pada pengurangan berat itu sendiri. Kebiasaan makan yang diperoleh semasa remaja akan berdampak pada kesehatan dalam fase kehidupan selanjutnya, setelah dewasa dan berusia lanjut.

Namun ditinjau dari segi sosial dan psikologi, kebanyakan remaja tidak terlalu memperhatikan faktor kesehatan dalam memilih makanan (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Obesitas merupakan suatu kondisi kelebihan lemak tubuh yang mempunyai dampak serius terhadap kesehatan dan kualitas hidup individu (Garrow, 2006). Beberapa penyakit kronis di usia dewasa diketahui merupakan manifestasi kondisi *overweight* dan obesitas saat anak-anak remaja (Williams, 2005).

Anak-anak yang obesitas berpotensi mengalami obesitas ketika dewasa. *The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* mengestimasi 30% penduduk dewasa menderita obesitas yang telah obesitas pada usia remaja yang obesitas akan tetap obesitas ketika dewasa. Sebesar 34% remaja usia 12-19 tahun mengalami obesitas dan lebih dari 32% diantaranya kemudian diketahui tetap obesitas hingga usia dewasa (Steele, Nelson, & Jelalian, 2008).

Beberapa negara di Eropa telah melakukan beberapa penelitian terkait prevalensi gizi lebih pada remaja. Sebuah studi di Inggris menemukan tren peningkatan prevalensi obesitas antara tahun 1995-2007 pada usia 2-18 tahun yaitu dari (3,1%) menjadi (6,9%) pada responden laki-laki dan peningkatan (5,2%) menjadi (7,4%) pada responden perempuan (Stamatakis, 2009). Menurut penelitian Salcedo et al., (2010) di Spanyol pada usia 5-15 tahun didapatkan kejadian *overweight* sebesar (29,6%) pada responden laki-laki dan (20,9%) pada responden perempuan, sedangkan untuk prevalensi obesitas sebesar 6,1% pada responden laki-laki dan perempuan sebesar (3,8%) Hal tersebut menunjukkan

peningkatan sebesar (14,1%) pada laki-laki dan (10,3%) pada perempuan dari tahun 1987 sampai 2007.

Riset kesehatan dasar tahun 2007 melaporkan bahwa prevalensi obesitas remaja (usia ≥ 15 tahun) (10,3%) dan 10 provinsi memiliki prevalensi angka prevalensi Nasional. Prevalensi status gizi pada remaja usia > 15 tahun menurut IMT/U dan Provinsi (Riskesmas 2007) untuk kategori Obesitas di Provinsi Jawa Barat sebesar (12,8%), Jawa Tengah sebesar (9,0%), Yogyakarta (10,2%), dan Jawa Timur (11,3%). Sedangkan prevalensi status gizi (Berat Badan) berlebih menurut IMT/U usia > 15 tahun menurut IMT/U (Badan Litbang Kesehatan 2007) dan di Provinsi Jawa Barat sebesar (9,3%), Jawa Tengah sebesar (8,0%), Yogyakarta (8,5%), dan Jawa Timur (9,1%) (Badan Litbang Kesehatan 2007).

Prevalensi status gizi (normal) menurut IMT/U pada remaja pada remaja usia > 15 tahun di Provinsi Jawa Barat sebesar (63,3%), Jawa Tengah (65,9%), Yogyakarta (63,7%), dan Jawa Timur (64,5%). Prevalensi status gizi (kurus) menurut IMT/U pada remaja pada remaja usia > 15 tahun di Provinsi Jawa Barat sebesar (14,6%), Jawa Tengah sebesar (17,0%), Yogyakarta (17,6%), dan Jawa Timur (15,1%) (Badan Litbang Kesehatan 2007).

Prevalensi obesitas umum pada remaja usia > 15 tahun menurut jenis kelamin, untuk laki-laki di Provinsi Jawa Barat sebesar (14,4%), Jawa Tengah (11,6%), Yogyakarta (14,6%), dan Jawa Timur (15,2%). Sedangkan prevalensi obesitas umum pada remaja usia > 15 tahun

menurut jenis kelamin, untuk perempuan di Provinsi Jawa Barat sebesar (29,2%), Jawa Tengah (22,0%), Yogyakarta (22,5%), dan Jawa Timur (25,1%). Prevalensi obesitas umum pada remaja usia > 15 tahun menurut jenis kelamin, untuk laki-laki dan perempuan di Provinsi Jawa Barat sebesar (22,1%), Jawa Tengah (17,0%), Yogyakarta (18,7%), dan Jawa Timur (20,4%) (Badan Litbang Kesehatan 2007).

Prevalensi obesitas sentral pada remaja usia > 15 tahun menurut provinsi, untuk laki-laki di Provinsi Jawa Barat sebesar (23,1%), Jawa Tengah (18,4%), Yogyakarta (18,4%), dan Jawa Timur (19,0%). Prevalensi konsumsi energi dan protein per kapita per hari pada remaja usia > 15 tahun menurut provinsi, untuk laki-laki di Provinsi Jawa Barat 1636,7 Kkal, Jawa Tengah sebesar 1703,3 Kkal, Yogyakarta 1623,7 Kkal, dan Jawa Timur 2182,4 Kkal (Badan Litbang Kesehatan 2007).

Menurut Riskesdas 2010, ada 15 Provinsi yang memiliki prevalensi kegemukan pada anak usia 13-15 tahun di atas prevalensi nasional, yaitu Provinsi Sumatera Utara, Sumatera Barat, Jambi, Bengkulu, Kepulauan Bangka Belitung, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Banten, Bali, Kalimantan selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara dan Papua. Hanya satu provinsi yang memiliki prevalensi kegemukan di atas (5%) yaitu Papua.

Sedangkan untuk usia 16-18 tahun terdapat 11 provinsi yang memiliki prevalensi di atas prevalensi nasional, yaitu Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, D I Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Utara, Gorontalo, Papua Barat

dan Papua. Namun demikian, prevalensi kegemukan pada remaja 16-18 tahun di semua provinsi masih di bawah (5,0%) (Badan Litbang Kesehatan 2010) merupakan provinsi dengan prevalensi tinggi dari setiap golongan umur remaja terdapat di Pulau Jawa.

Masalah status gizi lebih umumnya disebabkan oleh tingginya asupan makanan namun tidak diimbangi oleh aktivitas fisik yang cukup. Pada remaja, pola makan yang diterapkan sekarang ini adalah makanan tinggi kalori namun sedikit mengandung serat (Gharib dan Rasheed, 2011). Asupan serat yang kurang merupakan salah satu pencetus terjadinya gizi lebih. Hal tersebut, dijelaskan melalui penelitian yang dilakukan Serra-Majem *et al.*, (2006) dalam Liou, Liou dan Chang (2010) yang menyatakan konsumsi sayuran dan buah, yang merupakan sumber serat makanan, yang cukup dapat mencegah terjadinya status gizi lebih. Penelitian Anggraeni (2007) juga menunjukkan bahwa asupan serat berhubungan signifikan dengan terjadinya gizi lebih. Asupan serat terbukti memperpanjang masa transit makanan dalam organ pencernaan sehingga memperlama rasa kenyang (Hardinsyah dan Tambunan, 2004). Serat juga tidak dicerna oleh enzim pencernaan sehingga tidak menghasilkan energi dan hal tersebut yang menjadikan serat pencegah terjadinya gizi lebih (Almatsier, 2003).

Berdasarkan penelitian Susan S Cho *et al* (2010) dalam Sari DN (2012) penelitiannya tentang konsumsi serat sereal, campuran biji-bijian dan dedak, dan biji-bijian mengurangi risiko terjadinya diabetes tipe II, obesitas, dan kardiovaskular tipe I sampai IV. Sebagian besar penelitian

yang menggunakan gandum sebagai bahan campuran dari seluruh biji-bijian dan (25%) menggunakan bahan makanan yang berasal dari katul. Dengan menggunakan studi prospektif secara konsisten menunjukkan bahwa terjadi penurunan risiko terjadinya penyakit degeneratif dengan asupan sereal yang tinggi serat atau campuran biji-bijian dan katul. Sedangkan untuk berat badan, jumlah studi prospektif yang terbatas pada serat sereal dan biji-bijian dapat dikatakan bahwa dengan pengurangan tetapi hasilnya signifikan dalam pada berat badan. Penelitian ini menemukan penurunan risiko dengan asupan tinggi serat sereal atau campuran dari biji-bijian dan katul.

Selain serat, kalsium juga mempunyai peranan penting dalam masa pertumbuhan remaja. Hal ini dikarenakan absorpsi kalsium sangat efisien pada masa remaja dan membantu pencapaian *peak bone mass* (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Pembentukan massa tulang pada remaja berlangsung optimal maka pertumbuhan remaja akan sempurna. Kalsium juga berperan dalam pembentukan struktur tulang sehingga kekurangan kalsium dapat mengakibatkan pertumbuhan remaja menjadi terganggu (Djunaedi, 2000).

Penelitian Chen et al yang berjudul pengaruh asupan susu pada berat badan (2012). Dua puluh sembilan dimasukkan dengan total 2101 sampel. Secara keseluruhan, konsumsi produk susu tidak menimbulkan penurunan yang signifikan dalam berat badan (20,14 kg, 95% CI : 20.66, 0.38 kg; I²=86,3%). Dalam analisis subkelompok, konsumsi produk susu mengurangi berat badan dalam konteks pembatasan energi atau jangka

pendek intervensi (1 tahun) percobaan tetapi memiliki efek sebaliknya dalam iklan libitum intervensi diet atau uji coba jangka panjang (1 tahun). Dua puluh dua sampel didapatkan hasil pada lemak tubuh menunjukkan pengurangan sederhana di kelompok susu (20,45 kg, 95%CI : 20.79, 20.11 kg, I² = 70,9%), dan analisis data menunjukkan bahwa efek yang dihasilkan adalah signifikan pada saat dilakukan intervensi yaitu diberikan susu tinggi lemak pada tubuh dalam energi terbatas atau jangka pendek. Sehingga Meta-analisis ini tidak bisa mendukung keuntungan akibat dari meningkatnya konsumsi susu pada berat badan seseorang dan kehilangan lemak dalam penelitian jangka panjang.

B. IDENTIFIKASI MASALAH

Sejumlah studi melaporkan peningkatan prevalensi kejadian obesitas pada remaja. Prevalensi obesitas remaja negara dengan negara lain atau antara wilayah geografis dalam satu negara (Musaiger, 2004). Peningkatan obesitas remaja juga terjadi di kota-kota metropolitan seperti Tokyo, Caribbean, Maryland, dan Jakarta (Nawata, Ishida, Uenishi & Kudo, 2008; Badan Litbang Kesehatan 2010).

Anak-anak remaja yang obesitas cenderung akan tetap obesitas saat dewasa yang akhirnya berdampak pada kondisi kesehatan (Vivier & Tompkins, 2008). Riskesdas tahun 2007 melaporkan bahwa prevalensi obesitas remaja (usia \geq 15 tahun) (10,3%) dan 10 provinsi memiliki prevalensi angka prevalensi nasional. Pemilihan remaja (usia 13-18 tahun) atas dasar pertimbangan bahwa usia remaja berisiko tinggi mengalami obesitas (Zeller & Modi, 2008) dan kejadian obesitas

di usia remaja (13-18 tahun) adalah prediktor yang baik untuk masalah kesehatan dan peningkatan risiko kematian untuk semua penyebab di usia dewasa. Pemilihan lokasi penelitian 4 Provinsi di Jawa yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Yogyakarta, dan Jawa Timur memiliki angka prevalensi obesitas pada remaja usia (13-15 tahun) tinggi dan (16-18 tahun) mengalami peningkatan. Selain itu mengambil 4 Provinsi di Jawa yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Yogyakarta, dan Jawa Timur dikarenakan penelitian yang berkaitan dengan asupan zat gizi kalsium terhadap status gizi pada remaja usia 13 – 15 tahun di Provinsi Banten dan DKI Jakarta (Analisis Data Sekunder Riskesdas tahun 2010).

Lain hal dengan penelitian Abargouei (2013) yang dilakukan pada 837 remaja Zaboli yang berusia 11-15 tahun menunjukkan bahwa (7,5%) dari populasi yang diteliti ditemukan mengalami obesitas berdasarkan WHO 2007. Sementara itu berdasarkan hasil IOTF ada (2,2%), CDC 2000 ada (3,4%) yang mengalami obesitas. Hal ini dapat terjadi dikarenakan remaja usia 13 – 15 tahun belum sepenuhnya matang baik secara fisik, kognitif dan psikososial sehingga mudah terpengaruh oleh lingkungan. Biasanya remaja memperoleh informasi baru tentang kesehatan dan gizi dari media massa, televisi atau orang – orang di sekitarnya cenderung mempengaruhi perilaku makan seperti remaja yang makan berlebihan dan akhirnya mengalami obesitas. Akan tetapi ada remaja yang membatasi makan karena faktor cemas akan bentuk tubuh sehingga mengakibatkan kekurangan gizi (Badriah, 2011).

Asupan gizi juga merupakan faktor yang berhubungan dengan status gizi lebih. Hasil penelitian di Cina pada anak usia 7-17 tahun menyebutkan bahwa anak dengan gizi lebih mengkonsumsi lebih banyak energi, protein, lemak dibandingkan dengan anak yang mempunyai berat badan normal (Li Y et al., 2007). Penelitian di Indonesia yang dilakukan pada anak SD Vianney Jakarta Barat menunjukkan adanya hubungan konsumsi energi total, protein, lemak, dan karbohidrat dengan gizi lebih (Putri, 2009).

Keadaan gizi lebih juga dipengaruhi oleh aktifitas fisik yang didukung oleh penelitian Pratt et al., (2008) yang menemukan adanya hubungan signifikan antara aktifitas fisik dan risiko obesitas. Kebiasaan jajan yang sering terbukti sebagai salah satu penyebab terjadinya gizi lebih yang dibuktikan oleh Lestari (2008). Selain itu pekerjaan dan pendidikan orang tua mempengaruhi ketersediaan makanan bagi remaja yang berpengaruh terhadap gizi lebih yang dibuktikan melalui penelitian Anggraeni (2007). Menurut Young *et al.*, (2004) pola makan di masa remaja yang merupakan masa transisi antara pengaruh orang tua dan teman sebaya akan menentukan pola makan disaat dewasa nantinya.

Status gizi remaja (variable dependen) dipengaruhi oleh asupan energi dan zat gizi lainnya usia, jenis kelamin, pendidikan, faktor gen, kebiasaan makan, aktifitas fisik, perilaku merokok maka pada penelitian ini sebagaivariabel independen dibatasi asupan zat gizi yang terdiri dari asupan kalsium, serat, karbohidrat, lemak, fosfor. Dengan demikian pemantauan status gizi pada remaja merupakan langkah penting dalam

menjaga kesehatan remaja. Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan asupan kalsium, serat, karbohidrat, lemak, fosfor dan status gizi (obesitas) anak remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis Data Sekunder Riskesdas tahun 2010).

C. PEMBATASAN MASALAH

Status gizi remaja (variabel dependen) dipengaruhi oleh asupan karbohidrat dan lemak serta zat gizi lainnya, umur, jenis kelamin, pendidikan, faktor genetik, kebiasaan makan, aktivitas fisik maka pada penelitian ini sebagai variabel independen dibatasi asupan zat gizi yang terdiri dari asupan kalsium, serat, karbohidrat, lemak, dan fosfor. Data tersebut merupakan data hasil laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 yang telah dikumpulkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada bulan Mei 2010 sampai dengan Agustus 2010. Pada laporan Riskesdas 2010 tersedia data tentang status gizi, usia/umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, asupan kalsium, serat, karbohidrat, lemak, dan fosfor untuk penduduk berusia diatas 10 tahun, sehingga responden pada penelitian ini adalah remaja yang berusia 13 – 18 tahun.

D. PERUMUSAN MASALAH

Berkaitan dengan perihal ini, masalah yang diteliti dapat di rumuskan melalui pertanyaan berikut :

- Bagaimana hubungan asupan kalsium, serat, karbohidrat, lemak, fosfor dan status gizi (obesitas) anak remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis Data Sekunder Riskesdas tahun 2010)?

E. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan asupan kalsium, serat, karbohidrat, lemak, fosfor dan status gizi (obesitas) anak remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis Data Sekunder Riskesdas tahun 2010).

2. Tujuan Khusus

- a) Mengidentifikasi karakteristik remaja usia 13-18 tahun (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan ibu, status gizi) di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).
- b) Mengidentifikasi asupan kalsium, serat, karbohidrat, lemak, fosfor pada remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).

- c) Menganalisis hubungan usia dengan status gizi remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).
- d) Menganalisis hubungan jenis kelamin dengan status gizi remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).
- e) Menganalisis hubungan tingkat pendidikan ibu dengan status gizi remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).
- f) Menganalisis hubungan asupan kalsium dengan status gizi pada remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).
- g) Menganalisis hubungan asupan serat dengan status gizi pada remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).
- h) Menganalisis hubungan asupan karbohidrat dengan status gizi pada remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).

- i) Menganalisis hubungan asupan lemak dengan status gizi pada remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).
- j) Menganalisis hubungan asupan fosfor dengan status gizi pada remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).

F. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Praktisi

Sebagai sumber informasi mengenai hubungan asupan kalsium, serat, karbohidrat, lemak, fosfor dan status gizi (obesitas) anak remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis Data Sekunder Riskesdas tahun 2010).

2. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam pengambilan kebijakan pada penyelenggaraan yang berfokus pada kesehatan dan keadaan gizi remaja.

3. Bagi Pendidikan

Sebagai sumber pengetahuan bagi para praktisi maupun mahasiswa gizi mengenai bagaimana hubungan asupan kalsium, serat, karbohidrat, lemak, fosfor dan status gizi (obesitas) anak remaja usia 13-18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis Data Sekunder Riskesdas Tahun 2010).

4. Bagi Penulis

- a. Dapat digunakan sebagai syarat kelulusan Sarjana Gizi pada Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul.
- b. Dapat digunakan sebagai sarana untuk mendalami masalah mengenai status gizi remaja pada usia 13–18 tahun di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, D I Yogyakarta, dan Jawa Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010).