

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah gizi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang belum pernah tuntas ditanggulangi di dunia. Selagi penanggulangan masalah gizi kurang, belum dapat diatasi, timbul era transisi yang meningkatkan kejadian obesitas dan penyakit kronis sehingga masalah gizi menjadi semakin rumit (Saptawati, 2009).

Fase remaja yang ditandai dengan kematangan fisiologi seperti pembesaran jaringan sampai organ tubuh membuat remaja memerlukan kebutuhan nutrisi yang spesial (Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I, 2010). Menurut WHO, usia remaja berkisar antara 10-18 tahun. (Soetjningsih, 2004). Periode remaja merupakan periode kritis di mana terjadi perubahan fisik, biokimia dan emosional yang cepat. Kelompok remaja merupakan salah satu perhatian utama di bidang kesehatan pada lima tahun terakhir ini. Hal ini disebabkan oleh karena keunikan gaya hidup remaja apabila dibandingkan dengan kelompok usia lain (Sulaiman, 2009).

Jumlah remaja berusia 10-18 tahun di dunia sekitar 18% dari jumlah penduduk atau sekitar 1,2 miliar penduduk (WHO, 2009). Data Badan Pusat Statistik (2010), melaporkan bahwa jumlah remaja usia 10-18 tahun di Indonesia sekitar 41 juta jumlah penduduk. Jumlah remaja di Indonesia pada tahun 2008 mencapai 62 juta jiwa, di Indonesia persentase populasi remaja bahkan lebih tinggi yaitu mencapai 21% dari total populasi penduduk atau sekitar 44 juta jiwa (Dhamayanti, 2009).

Kelompok remaja menunjukkan fase pertumbuhan yang pesat yang disebut *adolescence growth spurt*, sehingga memerlukan zat-zat gizi yang relatif besar jumlahnya (Pudjiadi, 2005). Kelompok umur siswa merupakan masa remaja yang berusia 10 – 18 tahun termasuk golongan rawan gizi. Ada tiga alasan mengapa remaja dikatakan rawan gizi. Pertama, remaja mengalami

percepatan pertumbuhan dan perkembangan sehingga tubuh memerlukan energi dan zat gizi yang lebih banyak. Kedua, adanya perubahan gaya hidup dan kebiasaan pangan sehingga masukan energi dan zat gizi harus disesuaikan. Ketiga, adanya kehamilan, keikutsertaan dalam olah raga, kecanduan alkohol dan obat, meningkatkan kebutuhan energi dan zat gizi (Arisman, 2008).

Provinsi dengan prevalensi kekurusan di atas prevalensi nasional yaitu Provinsi Aceh, Riau, Jawa Tengah, Jawa Timur, Banten, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, dan Maluku. Secara nasional masalah kegemukan pada anak umur 6-12 tahun masih tinggi yaitu 9,2 persen atau masih di atas 5,0 persen. Ada 11 provinsi yang memiliki prevalensi kegemukan di atas prevalensi nasional, yaitu Provinsi Aceh, Sumatera Utara, Riau, Sumatera Selatan, Lampung, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Tenggara dan Papua Barat

Riskesdas (2010), secara nasional prevalensi kekurusan pada remaja umur 16-18 tahun adalah 8,9 persen terdiri dari 1,8 persen sangat kurus dan 7,1 persen kurus. Prevalensi kekurusan paling tinggi di provinsi DI Yogyakarta yaitu 13,8 persen. Provinsi dengan prevalensi kekurusan di atas prevalensi nasional salah satunya adalah DI Yogyakarta. Prevalensi kegemukan pada anak 16-18 tahun secara nasional masih kecil yaitu 1,4 persen dan Provinsi yang memiliki prevalensi kegemukan pada remaja 16-18 tahun di atas prevalensi nasional salah satunya yaitu DI Yogyakarta

Penelitian tentang status gizi berdasarkan indeks massa tubuh (IMT) yang juga dilakukan oleh Fanny (2010) di SMU PGRI Maros menunjukkan bahwa jumlah siswa yang tergolong kurus mencapai 34,5% yang terdiri atas 9,7% berstatus gizi kurus tingkat berat, 24,8% kurus tingkat ringan. Sedangkan yang tergolong obesitas hanya 0,9%.

Remaja putri, terutama didaerah pedesaan juga menderita Kurang Energi Kronik (KEK). Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 1999, menunjukkan bahwa 14,2 persen Wanita Usia Subur (WUS usia 15 – 49 tahun) dan 27,6 persen ibu hamil beresiko menderita KEK(11), dimana ukuran Lingkar Lengan

Kiri Atas (LILA) < 23,5 cm. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa prevalensi KEK ($IMT \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$) pada remaja putri bervariasi antara 31-41,2 persen.

Gangguan gizi selain disebabkan karena kekurangan zat gizi makro (energi dan protein), dapat juga disebabkan kurang zat gizi mikro (kalsium, zinc dan vitamin D) atau kombinasi dari ketiganya. Saat ini status gizi secara antropometri lebih dikaitkan dengan kecukupan zat gizi makro (karbohidrat, kalori, protein, dan lemak). Padahal peranan zat gizi makro tidak akan optimal tanpa kehadiran zat gizi mikro. Kalsium berperan untuk proses pembentukan tulang dan gigi, yaitu berperan dalam proses mineralisasi/pengutan jaringan tulang. Zinc di dalam tubuh berperan dalam metabolisme tulang. Vitamin D memiliki peran untuk membantu penyerapan mineral, seperti kalsium. Sehingga dengan kecukupan kalsium, zinc dan vitamin D yang adekuat dapat membuat proses pertumbuhan tinggi badan menjadi optimal, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi status gizi seseorang (Grober, 2013).

Riskesmas (2010), rata-rata kecukupan konsumsi energi penduduk umur 13-15 tahun (usia pra remaja) sebanyak 54,5 persen mengkonsumsi energi di bawah kebutuhan minimal dan yang mengkonsumsi protein di bawah kebutuhan minimal adalah 38,1 persen. Rata-rata kecukupan konsumsi energi penduduk umur 16-18 tahun (usia remaja) sebanyak 54,5 persen di bawah kebutuhan minimal dan kecukupan konsumsi protein di bawah kebutuhan minimal adalah 35,6 persen (Riskesmas, 2010). Konsumsi gizi makanan pada seseorang dapat menentukan tercapainya tingkat kesehatan, atau sering disebut status gizi. Apabila konsumsi gizi makanan pada seseorang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh maka akan terjadi kesalahan akibat gizi (*malnutrition*). Malnutrition ini mencakup kelebihan nutrisi/gizi disebut gizi lebih dan kekurangan gizi atau gizi kurang (Notoadmodjo, 2007).

Hasil survei NHANES di Amerika Serikat (AS) memperlihatkan bahwa rata-rata kecukupan kalsium remaja usia 12-15 tahun menurun dari 854 mg/hr pada tahun 1976-1980 menjadi 796 mg/hr pada tahun 1988-1991. Data lainnya dari *USDA Nationwide Food Consumption Survey* di 48 negara bagian AS tahun 1977-1978 menunjukkan bahwa rata-rata kecukupan kalsium pada remaja awal (10-15 tahun) berkisar antara 70-79% *recommended dietary*

allowance (RDA) dan kemudian menurun menjadi kurang dari 70% RDA pada usia 15-18 tahun.

Defisiensi zinc juga diketahui terjadi pada anak-anak dan orang dewasa di beberapa negara, dan menjadi masalah kesehatan masyarakat yang penting. Penelitian konservatif menyatakan bahwa 25% dari populasi di dunia berisiko terhadap defisiensi zinc (Brown, 1998)

Di Indonesia, penelitian terhadap murid survei NHANES di Amerika Serikat (AS) menunjukkan bahwa kecukupan kalsium berasal dari susu dan hasil olahannya ditambah suplemen kalsium pada remaja masih kurang dari angka kecukupan gizi yang dianjurkan, yaitu hanya sebesar 526,9 mg/hr atau 52,7% AKG. Data hasil penelitian tentang kecukupan kalsium khususnya pada remaja masih sangat terbatas, padahal usia tersebut merupakan usia yang sangat penting bagi pemenuhan kebutuhan kalsium.

Di Jakarta terdapat prevalensi yang tinggi (75,9%) terhadap insufisiensi vitamin D dan defisiensi (15%) pada anak sehat usia sekolah dasar. Hasil studi menunjukkan sebanyak 91 anak (75,8%) anak mengalami insufisiensi vitamin D, 45% di antaranya adalah anak perempuan. Persentase ini menunjukkan terjadinya insufisiensi vitamin D di Indonesia yang lebih tinggi dibandingkan Malaysia (37,1%) ataupun yang terjadi di Afrika (30%). Namun, defisiensi vitamin D hanya didapatkan pada 18 dari 120 anak yakni sebesar 15%. Angka ini masih lebih rendah dibandingkan Malaysia yang mempunyai persentase 35,3% pada anak yang mengalami defisiensi vitamin D. Anak perempuan juga mendominasi terjadinya defisiensi vitamin D di Indonesia, yakni sebesar 11,7% dari 15% tersebut.

Apabila pertumbuhan remaja berlangsung optimal maka status gizi remaja pun cenderung baik. Oleh karena itu status gizi remaja menjadi hal yang penting untuk diamati (Moehyi, 2003). Berkaitan dengan hal tersebut, penulis tertarik untuk mengkaji lebih lanjut mengenai hubungan kecukupan protein, kalsium, zinc, vitamin D dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa

B. Identifikasi Masalah

Hasil laporan Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa di Indonesia prevalensi kekurusan di atas prevalensi nasional sebanyak 15 provinsi dan tiga diantaranya terdapat di Pulau Jawa yaitu Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Banten. Prevalensi kegemukan diatas prevalensi nasional sebanyak 11 Provinsi dan tiga diantaranya terdapat di Pulau Jawa, yaitu DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur. Pulau Jawa merupakan salah satu pulau dengan jumlah penduduk terbanyak dengan populasi sebesar 154 juta jiwa. Pulau Jawa adalah pulau yang menjadi tempat tinggal lebih dari 60% populasi Indonesia dengan kepadatan 1.220 jiwa/km².

Masa remaja menggambarkan dampak perubahan fisik, dan pengalaman emosi yang mendalam. Masa remaja adalah masa yang penuh gejolak, masa yang penuh dengan berbagai pengenalan dan petualangan akan hal-hal yang baru termasuk pengalaman berinteraksi dengan lawan jenis sebagai bekal manusia untuk mengisi kehidupan mereka kelak (Nugraha dan Windy, 1997). Dari segi umur remaja dapat dibagi menjadi remaja awal/early adolescence (10-13 tahun), remaja menengah/middle adolescence (14-16 tahun) dan remaja akhir/late adolescence (17-20 tahun) (Behrman, Kliegman dan Jenson, 2004).

Secara nasional masalah kegemukan pada remaja umur 6-12 tahun masih tinggi yaitu 9,2 persen atau masih di atas 5,0 persen. Riskesdas (2010), rata-rata kecukupan konsumsi protein penduduk umur 13-15 tahun (usia pra remaja) di bawah kebutuhan minimal sebanyak 38,1 persen. Penelitian konservatif menyatakan bahwa 25% dari populasi di dunia berisiko terhadap defisiensi zinc (Brown, 1998). Di Indonesia, penelitian terhadap murid survei NHANES di Amerika Serikat (AS) menunjukkan bahwa kecukupan kalsium berasal dari susu dan hasil olahannya ditambah suplemen kalsium pada remaja masih kurang dari angka kecukupan gizi yang dianjurkan, yaitu hanya sebesar 526,9 mg/hr atau 52,7% AKG Di Jakarta terdapat prevalensi yang tinggi (75,9%) terhadap insufisiensi vitamin D dan defisiensi (15%) pada anak sehat usia sekolah dasar. Penelitian ini akan mengidentifikasi dan menganalisis tingkat kecukupan protein, kalsium, zinc dan vitamin pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa.

C. Pembatasan Masalah

Penelitian ini, penulis tidak dapat menganalisa semua variabel yang berpengaruh terkait masalah penelitian. Hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu, dana, tenaga dan keterbatasan data. Supaya hasil penelitian ini lebih mendalam, maka penelitian ini menganalisa hubungan tingkat kecukupan protein, kalsium, zinc, vitamin D dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa dengan menggunakan data sekunder data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010.

D. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah tersebut maka dapat dirumuskan permasalahan yaitu :

1. Apakah ada hubungan tingkat kecukupan protein dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa menurut Riskesdas 2010.
2. Apakah ada hubungan tingkat kecukupan kalsium dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa menurut Riskesdas 2010.
3. Apakah ada hubungan tingkat kecukupan zinc dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa menurut Riskesdas 2010.
4. Apakah ada hubungan tingkat kecukupan vitamin D dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa menurut Riskesdas 2010.

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan tingkat kecukupan protein, kalsium, zinc, vitamin D dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa berdasarkan data Riskesdas tahun 2010.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden
- b. Mengidentifikasi tingkat kecukupan protein, kalsium, zinc dan vitamin D pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa
- c. Mengidentifikasi status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa

- d. Menganalisis hubungan tingkat kecukupan protein dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa.
- e. Menganalisis hubungan tingkat kecukupan kalsium dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa.
- f. Menganalisis hubungan tingkat kecukupan zinc dan status gizi pada remaja usia 10-18 tahun di Pulau Jawa.
- g. Menganalisis hubungan tingkat kecukupan vitamin D dan status gizi pada remaja usisa 10-18 tahun di Pulau Jawa.

F. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Institusi

- a. Penelitian ini dapat menambah bahan referensi bagi keputakaan Universitas Esa Unggul, juga berguna bagi para peneliti yang lain yang ingin mengembangkan penelitian status gizi yang lainnya.
- b. Penelitian ini dapat menambah pengetahuan serta sebagai sumber informasi bagi yang membutuhkan.

2. Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat digunakan menambah referensi untuk mengetahui pentingnya zat gizi makro (protein) dan mikro (kalsium, zinc, vitamin D) dan status gizi remaja usia 10-18 tahun.

3. Manfaat Bagi Peneliti

- a. Penelitian ini digunakan sebagai syarat kelulusan Sarjana Gizi pada Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul.
- b. Penelitian ini dapat digunakan sebagai sarana memperdalam mengenai masalah tingkat kecukupan kalsium, protein, zinc, vitamin D dan status gizi remaja.