

## BAB I PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Remaja yang sehat menjadi aset bangsa yang sangat berharga bagi kelangsungan pembangunan dimasa mendatang. Status kesehatan remaja merupakan hal yang perlu dipelihara dan ditingkatkan agar dapat menghasilkan generasi penerus bangsa yang sehat, tangguh dan produktif serta mampu bersaing (Depkes RI, 2009).

Berdasarkan hasil Sensus Penduduk Indonesia tahun 2000, jumlah remaja usia 10-24 tahun mencapai sekitar 60.901.709 atau 30% dari jumlah penduduk Indonesia. Berdasarkan Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2010 jumlah remaja Indonesia usia 10 – 19 tahun berjumlah 43.551.815 dari 237.641.326 penduduk Indonesia. Berarti sekitar 18,3 % dari jumlah penduduk Indonesia adalah remaja.

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) (Depkes, 2009) remaja mencakup individu dengan usia 10 – 19 tahun, sedangkan berdasarkan Departemen Kesehatan (Depkes) 2001, ciri perkembangan remaja dibagi menjadi tiga tahap yaitu masa remaja awal (10 – 12 tahun), masa remaja tengah (13 – 15 tahun) dan masa remaja akhir (16 – 19 tahun).

Status Gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi dibedakan antara status gizi buruk, kurang, baik dan lebih. Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang (Almatsier, 2004).

Menurut Irianto *et al* (2004) dalam Imania (2012) menyatakan masalah gizi merupakan beban berat bagi bangsa hakekatnya berpangkal dari keadaan ekonomi dan pengetahuan masyarakat, sehingga berpengaruh pada daya beli dan perilaku masyarakat menyebabkan terjadinya penurunan status gizi. Hal ini dibenarkan oleh Anderson (1992) bahwa ekstrimnya kelebihan gizi dan kekurangan gizi merupakan masalah pada populasi remaja. Masalah gizi pada remaja merupakan masalah utama di negara – negara yang berpenghasilan rendah dan menengah. Dapat dilihat dari kekurangan gizi dan keterkaitannya sering kali berasal dari masa lalu, kekurangan zat gizi dan zat gizi mikro lainnya, obesitas dan penyakit lainnya, diet yang tidak sesuai dengan gaya hidup sehat.

Menurut Hurlock (1992) dalam Haryanto (2010), menyatakan bahwa remaja berasal dari kata latin *adolensence* yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Istilah *adolensence* mempunyai arti yang lebih luas lagi yang mencakup kematangan mental, emosional sosial dan fisik.

Anak remaja merupakan salah satu kelompok rawan gizi, pertumbuhan yang berlangsung membutuhkan zat-zat gizi yang adekuat. Apabila zat-zat gizi tersebut tidak terpenuhi, maka akan terjadi hambatan pertumbuhan dengan manifestasi kurus (*wasted*) maupun pendek (*stunted*). Status gizi yang kurang ini akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia sebagai generasi penerus bangsa (Imania, 2012).

Berbagai bentuk gangguan gizi pada usia remaja diantaranya kekurangan energi dan protein, anemia gizi dan defisiensi berbagai vitamin juga sering terjadi. Masalah gizi berlebih *overnutrition* yang ditandai oleh tingginya angka obesitas

pada remaja terutama di kota-kota besar. Kandungan gizi yang tidak seimbang ini bila sudah terlanjur menjadi pola makan, maka akan berdampak negatif pada status gizi remaja (Imania, 2012).

Kebutuhan gizi terus berubah didasarkan pada umur dan *gender*, sesuai dengan proses tumbuh kembang tubuh. Sejak lahir hingga usia 10-12 tahun, terjadi peningkatan kebutuhan energi dan zat-zat gizi dengan kemungkinan perbedaan kebutuhan perorangan pada golongan umur yang sesuai dengan pola pertumbuhan perorangan (Almatsier, 2011).

Menurut hasil laporan Bappenas 2002 mengenai program bagi anak Indonesia kelompok kesehatan menyatakan berdasarkan data SKRT 1995 sekitar 51.7% remaja perempuan menderita anemia. Di DKI Jakarta sekitar 17.9% siswa SLTA menderita anemia. Di DKI Jakarta sekitar 17.9% siswa SLTA menderita anemia (Budiarsono, Lubis dan Kristanti, 1999) dan 42.1% memiliki Indeks Massa Tubuh (IMT) di bawah normal menurut standard Thomas. Data lain menunjukkan bahwa pada remaja umur 13-19 tahun di Jawa Barat terdapat prevalensi KEP 16.8% dan prevalensi anemia 42,4% sedangkan di Bali prevalensi KEP 30.2% dan prevalensi anemia 44.5%.

Kebutuhan energi dan protein remaja berkorelasi lebih dekat dengan pola pertumbuhan dibandingkan dengan usia kronologis. Apabila asupan energi kurang maka asupan protein akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi. Metabolisme protein sangat sensitif terhadap pembatasan energi khususnya pada remaja yang masih tumbuh cepat (Soetardjo, 2011).

Remaja yang berada dalam masa puncak pertumbuhan membutuhkan zat gizi dalam jumlah besar. Pada tahun – tahun masa pertumbuhan cepat, remaja membutuhkan mineral kalsium, besi, seng, magnesium dan nitrogen dua kali lebih besar dibandingkan tahun yang lain. Selain meningkatnya kebutuhan akan zat gizi tersebut, peningkatan kebutuhan vitamin D terjadi untuk pertumbuhan cepat kerangka tubuh selama masa remaja (Soetardjo, 2011).

Survei terhadap mahasiswa di Prancis membuktikan bahwa 16% mahasiswi kehabisan cadangan besi sedangkan 75 % menderita kekurangan. Pada Negara yang sedang berkembang sekitar 27% remaja laki–laki dan 26% wanita menderita anemia, sementara di Negara maju angka tersebut hanya berbeda pada bilangan 5% dan 7%. Secara garis besar sebanyak 44% wanita di negara berkembang mengalami anemia kekurangan besi (Arisman, 2004).

Hasil survei makanan oleh *Institute of Health* (Worthington dan Williams, 2000) menunjukkan bahwa remaja perempuan mempunyai resiko terbesar kekurangan asupan kalsium yang cenderung menurun pada usia 10–17 tahun (Alamatsier et al, 2011).

Menurut Sediaoetama, 2000 dalam (Lasini, 2012) menyatakan kesalahan dalam memilih makanan dan kurang cukupnya pengetahuan tentang gizi akan mengakibatkan timbulnya masalah gizi yang akhirnya mempengaruhi status gizi. Status gizi yang baik hanya dapat tercapai dengan pola makan yang baik, yaitu pola makan yang didasarkan atas prinsip menu seimbang, alami dan sehat.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) 2010 menunjukan 40.7% penduduk mengonsumsi makanan dibawah kebutuhan minimal (kurang dari 70% dari Angka

Kecukupan Gizi/AKG) yang dianjurkan tahun 2004. Berdasarkan kelompok umur sebagian besar atau sebanyak 54.5% adalah kelompok remaja. Sedangkan presentasi penduduk yang mengkonsumsi energi dan protein dibawah kebutuhan minimal berdasarkan jenis kelamin lebih tinggi laki-laki dari pada perempuan. Berdasarkan tipe daerah penduduk yang mengonsumsi energi dibawah kebutuhan minimal (<70% AKG) lebih tinggi penduduk perdesaan yang mengkonsumsi kebutuhan energi dan protein dibawah kebutuhan sebesar 41.3% dan pada daerah perkotaan sebesar 39.9%.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 terdapat 10 provinsi dengan prevalensi kependekan remaja di bawah prevalensi nasional, diantara 10 provinsi tersebut 6 provinsi terdapat di pulau jawa yaitu provinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa barat, Jawa tengah, DI Yogyakarta dan Jawa Timur. Menurut jenis kelamin prevalensi kependekan pada remaja laki – laki lebih tinggi dari pada remaja perempuan, sedangkan menurut tempat tinggal prevalensi kependekan di perkotaan lebih rendah dari pada dipedesaan.

Berdasarkan Badan Pusat Statistik (BPS) 2012 luas wilayah pulau jawa sekitar 129.438,28 m<sup>2</sup> dengan pembagian 6 provinsi meliputi DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten, Jawa tengah, DI Yogyakarta, dan Jawa timur. Pulau jawa memiliki 34 kota, 2137 kecamatan, 25.239 desa/kelurahan. Pada tahun 2010 penduduk pulau jawa berjumlah 136.610.590 dengan jumlah remaja usia 10 – 19 tahun berjumlah 24.043.122 dengan jenis kelamin laki – laki dan perempuan.

## B. IDENTIFIKASI MASALAH

Masalah yang sering terjadi pada remaja adalah kurangnya asupan gizi yang mengakibatkan menderita kurang gizi yaitu terlalu kurus, anemia karena kekurangan zat besi. Disamping itu masalah yang sering muncul adalah kelebihan asupan gizi yang menyebabkan obesitas.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 menunjukkan 40.7% penduduk mengonsumsi makanan dibawah kebutuhan minimal (kurang dari 70% dari Angka Kecukupan Gizi/AKG) yang dianjurkan tahun 2004. Berdasarkan kelompok umur sebagian besar atau sebanyak 54.5% adalah kelompok remaja. Sedangkan presentasi penduduk yang mengonsumsi energi dan protein dibawah kebutuhan minimal berdasarkan jenis kelamin lebih tinggi laki-laki dari pada perempuan. Berdasarkan tipe daerah penduduk yang mengonsumsi energi dibawah kebutuhan minimal (<70% AKG) lebih tinggi penduduk perdesaan yang mengonsumsi kebutuhan energi dan protein dibawah kebutuhan sebesar 41.3% dan pada daerah perkotaan sebesar 39.9%.

Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010) menunjukkan masalah kekurangan konsumsi energi dan protein terjadi pada semua kelompok umur, terutama pada anak usia sekolah (6–12 tahun), usia pra remaja (13–15 tahun), usia remaja (16–18 tahun). Sedangkan berdasarkan propinsi terdapat 10 provinsi dengan prevalensi kependekan remaja di bawah prevalensi nasional, diantara 10 provinsi tersebut 6 provinsi terdapat di pulau jawa yaitu provinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa barat, Jawa tengah, DI Yogyakarta dan Jawa Timur. Menurut

jenis kelamin prevalensi kependekan pada remaja laki – laki lebih tinggi dari pada remaja perempuan. Sedangkan menurut tempat tinggal prevalensi kependekan di perkotaan lebih rendah dari pada dipedesaan.

Berdasarkan data diatas maka penelitian ingin mengetahui mengenai “Perbedaan Asupan zat gizi makro (energi, protein) dan zat gizi mikro (kalsium, besi, vitamin D) dengan status gizi remaja usia 10 – 19 tahun di daerah perkotaan dan pedesaan di Pulau Jawa (Analisis Data Riskesdas 2010)”.

### C. PEMBATASAN MASALAH

Karena banyak hal – hal yang mempengaruhi status gizi remaja di Indonesia penulis hanya membahas bagaimana pengaruh asupan energi, protein, kalsium, besi dan vitamin D terhadap status gizi remaja usia 10 – 19 tahun berdasarkan jenis kelamin dan tipe daerah.

### D. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas dirumuskan suatu masalah Apakah ada perbedaaan asupan zat gizi makro (energi, protein) dan zat gizi mikro ( kalsium, besi, vitamin D) terhadap status gizi remaja usia 10 – 19 tahun di Pulau Jawa .

### E. TUJUAN PENELITIAN

#### 1. Umum

Untuk mengetahui perbedaaan antara asupan zat gizi makro (energi, protein) dan zat gizi mikro (kalsium, besi, vitamin D) terhadap status gizi remaja usia 10-19 tahun di Pulau Jawa

2. Khusus
  - a. Mengidentifikasi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, tipe daerah, status gizi) remaja usia 10 – 19 tahun di Pulau Jawa
  - b. Mengidentifikasi asupan energi, protein, kalsium, besi, vitamin D pada remaja usia 10 – 19 tahun di Pulau Jawa
  - c. Menganalisis perbedaan status gizi berdasarkan jenis kelamin remaja usia 10 – 19 tahun di Pulau Jawa
  - d. Menganalisis perbedaan status gizi remaja berdasarkan tipe daerah remaja usia 10 – 19 tahun di Pulau Jawa
  - e. Menganalisis perbedaan asupan zat gizi makro dan mikro berdasarkan jenis kelamin remaja usia 10 – 19 tahun di Pulau Jawa
  - f. Menganalisis perbedaan asupan zat gizi makro dan mikro berdasarkan tipe daerah remaja usia 10 – 19 tahun di Pulau Jawa
  - g. Menganalisis hubungan umur dengan status gizi remaja di Pulau Jawa
  - h. Menganalisis hubungan asupan zat gizi makro (energi, protein) dan zat gizi mikro (kalsium, besi, vitamin D) dengan status gizi remaja usia 10 – 19 tahun di Pulau Jawa.



## F. MANFAAT PENELITIAN

### 1. Bagi Praktisi

Sebagai sumber informasi mengenai perbedaan tingkat asupan zat gizi makro (energi, protein) dan zat gizi mikro (kalsium, besi, vitamin D) dengan status gizi remaja usia 10 – 19 tahun di Pulau Jawa tahun 2010 (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2010)

### 2. Bagi institusi

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam pengambilan kebijakan pada penyelenggaraan yang berfokus pada kesehatan dan keadaan gizi remaja

### 3. Bagi penulis

Dapat digunakan sebagai syarat kelulusan Sarjana Gizi pada Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu – Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul dan dapat digunakan sebagai sarana untuk mendalami masalah gizi remaja di Pulau Jawa (Analisis data Riskesdas 2010).