

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima serta cerdas. Bukti empiris menunjukkan bahwa hal ini sangat ditentukan oleh status gizi yang baik dan status gizi yang baik ditentukan oleh jumlah asupan pangan yang dikonsumsi.

Remaja adalah mereka yang berusia antara 10 sampai 19 tahun yang mana merupakan masa transisi antara kanak-kanak dan masa dewasa yang ditandai dengan percepatan pertumbuhan serta masa ini adalah periode kesempatan kedua untuk memperbaiki pertumbuhan bagi anak-anak yang mengalami defisit status gizi pada awal kehidupan mereka (Ghalib.J et.al, 2009). Gizi seimbang pada masa ini akan sangat menentukan kematangan mereka di masa depan. Pada masa remaja, ada kesempatan kedua untuk tumbuh cepat meskipun waktunya terbatas. Pacu tumbuh yang terjadi pada masa remaja dengan gizi kurang sebagai akibat dari gizi pada masa anak-anak, tidak dapat optimal. Demikian juga efek dari kurang gizi dini dalam perkembangan kognitif dan perilaku tidak dapat pulih sempurna.

Seorang remaja perempuan yang pendek (stunting) pada umumnya akan bertumbuh menjadi dewasa yang pendek pula. Terpisah dari

akibatnya terhadap kesehatan dan produktivitasnya, seseorang perempuan dewasa yang pendek meningkatkan peluang untuk melahirkan bayi berat lahir rendah. Dengan demikian, siklus daur kehidupan gizi kurang akan mulai lagi.

Masa remaja merupakan periode dari pertumbuhan dan proses kematangan manusia, pada masa ini terjadi perubahan yang sangat unik dan berkelanjutan. Menurut ciri perkembangannya, masa remaja dibagi menjadi tiga tahap, yaitu : (1). Masa remaja awal (10-12 tahun); (2). Masa remaja tengah (13-15 tahun); (3). Masa remaja akhir (16-19 tahun). Ciri khas tahap remaja awal antara lain: lebih dekat dengan teman sebaya, ingin bebas, lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berpikir abstrak. Ciri khas tahap remaja akhir antara lain: pengungkapan kebebasan diri, lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra jasmani dirinya, dapat mewujudkan rasa cinta, maupun berpikir abstrak (Depkes RI,2001).

Pada penelitian Wang et.al, (2002) berdasarkan data nasional yang representatif dari Brasil (1975 dan 1997), Rusia (1992 dan 1998), dan Amerika Serikat (1971-1974 dan 1988-1994) dan data survei nasional dari Cina (1991 dan 1997) menunjukkan bahwa prevalensi kelebihan berat badan pada anak dan remaja meningkat selama penelitian di Brasil (4,1% - 13,9%), Cina (6,4% - 7,7%) dan Amerika Serikat (15,4% - 25,6%). Sedangkan di Rusia, kelebihan berat badan menurun dari 15,6% sampai 9,0% dan kekurangan berat badan meningkat dari 6,9% sampai 8,1%. Hal ini berarti peningkatan prevalensi kelebihan berat

badan setiap tahunnya adalah 0,5% di Brasil, 0,2 di Cina, -1,1% di Rusia dan 0,6% di Amerika Serikat.

Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa secara nasional prevalensi kecurusan pada anak usia 10-12 tahun menurut IMT/U pada tahun 2010 adalah 12,2 persen terdiri dari 4,6 persen sangat kurus dan 7,6 persen kurus dan prevalensi kegemukan sebesar 9,2%. Prevalensi kecurusan berhubungan terbalik dengan pendidikan kepala rumah tangga yaitu semakin tinggi pendidikan kepala rumahtangga semakin rendah prevalensi kecurusan. Prevalensi kecurusan terlihat paling rendah pada rumah tangga yang kepala rumah tangganya yang berpendidikan tamat D1 ke atas yaitu 8,9 persen. Prevalensi sangat kurus pada usia 6-12 tahun di NTB adalah 5,3% dan di NTT 6%. Menurut prevalensi kecurusan pada anak umur 13-15 tahun adalah 10,1 persen terdiri dari 2,7 persen sangat kurus dan 7,4 persen kurus dan prevalensi kegemukan 2,5 persen. Prevalensi sangat kurus pada usia 13-15 tahun di NTB adalah 6,5% dan di NTT 5,5%. Sedangkan prevalensi kecurusan pada remaja umur 16-18 tahun adalah 8,9 persen terdiri dari 1,8 persen sangat kurus dan 7,1 persen kurus dan prevalensi kegemukan 1,4 persen. Prevalensi sangat kurus pada usia 16-18 tahun di NTB adalah 3,3% dan di NTT 2,4%.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2008 di provinsi NTB prevalensi kegemukan untuk laki-laki usia 15 tahun ke atas termasuk rendah sebesar 8,9% (dibawah 10%) dengan prevalensi tertinggi di Kota Mataram dan terendah di Kabupaten Bima, sedangkan pada perempuan

prevalensi kegemukan termasuk tinggi (18%). Prevalensi tertinggi ada di Kota Mataram dan terendah di Kabupaten Sumbawa. (Riskesdas, 2008). Aktivitas fisik untuk usia 10 tahun ke atas di provinsi NTB hampir setengah dari penduduk (48.4%) kurang aktivitas fisik sementara data nasional 48.2%. Kurang aktivitas fisik paling tinggi di Kota Mataram dan Kabupaten Dompu. (Riskesdas, 2008)

Berdasarkan hasil Riskesdas 2007, status gizi anak usia 6-14 di provinsi NTT dengan prevalensi kurus di lima kabupaten tertinggi pada anak laki-laki adalah Sikka (29.8%), TTS (29.2%), Manggarai (28.1%), TTU (26.6%) dan Rote Ndao (24.7%). Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di TTU (25.3%), TTS dan Sikka masing-masing (23.0%), Manggarai (22.9%), Belu (21.7%) dan Rote Ndao (21.1%).

Masalah gizi mempunyai dimensi yang luas, tidak hanya berkaitan dengan masalah pangan, kesehatan dan pengasuhan tetapi juga berkaitan dengan masalah sosial ekonomi, budaya, pendidikan dan lingkungan. Budaya masyarakat perkotaan dan pedesaan sangatlah berbeda dalam masalah kebutuhan pangan dan status sosial yang mereka miliki. Pengaruh budaya antara masyarakat perkotaan dan pedesaan dapat dibandingkan. Membedakan tingkat pengetahuan masalah tentang gizi dan pola hidup yang mereka jalani, masyarakat perkotaan lebih cenderung terhadap kemajuan ekonomi, pengetahuan tentang gizi, menu seimbang, dan kesehatan. Sedangkan masyarakat pedesaan pada umumnya disebabkan kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan (sanitasi) dan kurangnya

pengetahuan masyarakat tentang gizi. Hal ini merupakan tanggungjawab untuk mengurangi angka kekurangan gizi dan pengaruh status gizi pada masyarakat.

Menurut Suhardjo (2003) terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi status gizi diantaranya adalah faktor langsung: konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Serta faktor tidak langsung antara lain tingkat pendapatan, pengetahuan tentang gizi dan pendidikan. Sejalan dengan Suhardjo, Almatsier (2002) menyatakan bahwa berbagai faktor sosial ekonomi akan mempengaruhi pertumbuhan anak. Faktor sosial ekonomi tersebut antara lain: pendapatan keluarga, pekerjaan, pendidikan dan pemilikan kekayaan atau fasilitas.

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat dari pemakaian, penyerapan dan penggunaan makanan. Makanan yang memenuhi gizi tubuh, umumnya membawa ke status gizi memuaskan. Sebaliknya jika kekurangan gizi atau kelebihan zat gizi esensial dalam makanan untuk jangka waktu yang lama disebut gizi salah (Suhardjo, 1989). Status gizi berpengaruh terhadap pertumbuhan, perkembangan fisik, mental remaja usia 10-15 tahun. Gambaran status gizi remaja dapat dilihat melalui data antropometri yaitu pengukuran BB/U, TB/U BB/TB serta berdasarkan pengukuran indeks massa tubuh (IMT/U).

Defisiensi seng (*Zinc*) merupakan masalah gizi mikro yang belum sepenuhnya teratasi, hal ini ditunjukkan dengan angka kejadian defisiensi seng yang tinggi di Indonesia. Sebesar 17,3 % penduduk di dunia mengalami defisiensi seng pada tahun 2005, sementara itu 32 %

balita Indonesia mengalami defisiensi seng pada tahun 2006. Seng adalah mineral esensial yang berperan dalam sintesis, sekresi, dan kontrol hormon pertumbuhan (*Growth Hormon*). Rendahnya sintesis hormon pertumbuhan dapat menghambat pertumbuhan linier dan diduga menyebabkan kondisi *stunting* pada masa balita.

*Zinc* berperan dalam sintesis protein dan merupakan komponen enzim tertentu sehingga defisiensi *zinc* menyebabkan kekerdilan (*stunted*) dan mempengaruhi perkembangan seksual. Anak balita yang mengalami penurunan asupan makan akan berdampak pada defisiensi zat gizi khususnya mineral seperti kalsium dan *zinc* (Stang & Story, 2005). Menurut Salguerio et al (2002) memberitahukan beberapa laporan dari negara maju dan berkembang yang menunjukkan keterkaitan antara kekurangan *zinc* pada anak dengan pertumbuhan yang buruk. Kekurangan *zinc* menimbulkan berbagai masalah kesehatan yang kronis pada anak – anak seperti penurunan berat badan, pertumbuhan terhambat, lemah dalam melawan penyakit infeksi dan awal dari kematian. Penyebab utama kekurangan *zinc* adalah diet yang rendah. *Zinc* juga meningkatkan efek vitamin D pada metabolisme tulang melalui stimulasi sintesis DNA dalam sel tulang.

Tulang tidak dapat tumbuh secara sempurna tanpa suplai kalsium yang cukup, fosfor, dan komponen anorganik lain seperti magnesium dan mangan. Sekitar 99% dari total kalsium tubuh terdapat dalam tulang dan gigi. Pembentukan tulang diawali dalam embrio dan

berlangsung selama hidup. Kalsium berperan dalam mineralisasi tulang, pengenalan sel dan kontraksi otot (Atikah, 2009).

Penelitian tentang asupan kalsium pada remaja di Negara maju mengindikasikan bahwa remaja putri mempunyai risiko yang paling besar terhadap asupan kalsium yang tidak adekuat, dan asupan tersebut semakin menurun pada usia 10-17 tahun. Asupan kalsium yang kurang pada remaja putri merupakan masalah yang potensial karena akan menyebabkan berkurangnya cadangan kalsium dalam tulang. Studi yang dilakukan pada 649 remaja putri usia 12-14 tahun di Cina menunjukkan bahwa asupan kalsium rata-rata hanya sebesar 356 mg/hari dan hanya 21 persen yang didapat dari susu dan produknya (Du, Greenfield, dkk, 2000).

Kalsium adalah mineral yang amat penting bagi manusia, antara lain bagi metabolisme tubuh, penghubung antar syaraf, kerja jantung, dan pergerakan otot. Sedangkan menurut Mahan Kathleen (2000) kalsium adalah mineral yang sangat penting dalam tubuh, terbentuk dari 1,5 sampai 2 % dari berat badan dan 39 % dari total mineral tubuh. Diperkirakan 99 % dari kalsium terdapat pada tulang dan gigi. Kalsium tulang berada dalam keadaan seimbang dengan kalsium plasma pada konsentrasi kurang lebih 2,25 – 2,60 mmol/l (9-10,4 mg/dl). Densitas tulang berbeda menurut umur, meningkat pada bagian pertama kehidupan dan menurun secara berangsur setelah dewasa. Selebihnya kalsium tersebar luas didalam tubuh. Didalam cairan ekstra seluler dan intraseluler kalsium memegang peranan penting dalam mengatur fungsi

sel, seperti untuk transmisi saraf, kontraksi otot, penggumpalan darah, dan menjaga permeabilitas membran sel. Kalsium mengatur kerja hormon-hormon dan faktor pertumbuhan.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan status gizi terhadap tingkat pendidikan, asupan *zinc* dan kalsium pada remaja di NTB dan NTT berdasarkan analisis data sekunder Riskesdas 2010.”

## **B. IDENTIFIKASI MASALAH**

Masalah gizi remaja perlu mendapat perhatian khusus karena pengaruhnya yang besar terhadap pertumbuhan dan perkembangan tubuh serta dampaknya pada masalah gizi saat dewasa. WHO (2003) menyebutkan bahwa masalah gizi pada remaja masih terabaikan karena masih banyaknya faktor yang belum diketahui.

Status gizi berpengaruh terhadap pertumbuhan, perkembangan fisik, mental remaja usia 10-15 tahun. Gambaran status gizi remaja dapat dilihat melalui data antropometri yaitu pengukuran BB/U, TB/U BB/TB serta berdasarkan pengukuran indeks massa tubuh (IMT/U). konsumsi pangan yang mencakup zat makanan beranekaragam serta mencakup zat gizi makro dan zat gizi mikro serta vitamin dan mineral pada remaja di setiap provinsi berbeda-beda dan sangat dipengaruhi terhadap faktor-faktor sosial ekonomi, budaya, pendidikan dan lingkungan.

Pada penelitian ini, penulis ingin mempelajari dan menganalisis hubungan status gizi terhadap tingkat pendidikan, asupan *zinc* dan kalsium pada remaja di NTB dan NTT berdasarkan analisis data sekunder Riskesdas 2010.

### **C. PEMBATASAN MASALAH**

Karena adanya keterbatasan waktu, dana dan tenaga, maka penelitian ini hanya untuk menganalisis status gizi (IMT/U) pada remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT berdasarkan tingkat pendidikan, asupan *zinc* dan kalsium dengan menggunakan data Riskesdas 2010.

### **D. PERUMUSAN MASALAH**

Apakah ada hubungan tingkat pendidikan, tingkat asupan *zinc*, kalsium dan status gizi (IMT/U) pada remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT?

### **E. TUJUAN PENELITIAN**

#### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan status gizi (IMT/U) dengan tingkat pendidikan, tingkat asupan *zinc* dan kalsium pada remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik responden (berat badan, tinggi badan, umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan) remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.
- b. Mengidentifikasi asupan *zinc* dan kalsium remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.
- c. Menganalisis hubungan status gizi berdasarkan usia remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.
- d. Menganalisis perbedaan status gizi berdasarkan jenis kelamin remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.
- e. Menganalisis hubungan status gizi berdasarkan tingkat pendidikan remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.
- f. Menganalisis hubungan status gizi berdasarkan asupan *zinc* remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.
- g. Menganalisis hubungan status gizi berdasarkan asupan kalsium remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.
- h. Menganalisis perbedaan asupan kalsium berdasarkan jenis kelamin remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.
- i. Menganalisis perbedaan asupan *zinc* berdasarkan jenis kelamin remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT.

## F. MANFAAT PENELITIAN

### 1. Bagi Praktisi

Sebagai sumber informasi mengenai hubungan tingkat pendidikan, tingkat asupan *zinc*, kalsium dan status gizi remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT. (Analisis Data Sekunder Riskesdas tahun 2010).

### 2. Bagi Institusi

Hasil penelitian 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 hubungan tingkat pendidikan, tingkat asupan *zinc*, kalsium dan status gizi remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT. (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 pada remaja usia 10-15 tahun di NTB dan NTT. (Analisis Data Sekunder Riskesdas tahun 2010).