

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Remaja merupakan kelompok manusia yang berada diantara usia kanak-kanak dan dewasa (Jones, 1997). Permulaan masa remaja dimulai saat anak secara seksual menjadi matang dan berakhir pada saat mencapai usia matang dan secara hukum diakui hak-haknya sebagai warga Negara. Remaja sering kali disebut *adolesene* (dalam bahasa latin *adolecere*) yang secara luas berarti masa tumbuh dan masa berkembang untuk mencapai kematangan mental, emosional, sosial dan fisik (Hurlock, 1995). Masa remaja menurut WHO adalah antara 10-24 tahun, sedangkan menurut Monks (1992) masa remaja berlangsung pada umur 12 sampai 21 tahun dengan pembagian masa remaja awal (12-15 tahun), masa remaja pertengahan (15-18 tahun) dan masa remaja akhir ( 18-21 tahun).

Hasil sensus penduduk Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia tahun 2005 mencatat bahwa jumlah remaja di Indonesia adalah 41 juta jiwa atau sekitar 18,73% dari seluruh penduduk Indonesia. Menurut Depkes RI tahun 2006 jumlah remaja meningkat yaitu mencapai angka 43 juta jiwa, selain itu menurut IDAI tahun 2008 jumlah remaja diperkirakan sudah mencapai 63 juta jiwa . Hal ini menunjukkan bahwa setiap tahunnya jumlah remaja terus meningkat.

Remaja membentuk sekitar 20% dari total penduduk di dunia. Di negara berkembang remaja memiliki bobot demografis yang lebih tinggi. Data menunjukkan bahwa ada sekitar 26% remaja yang tumbuh dan hidup di Salvador, dan data lain juga menunjukkan bahwa di negara berkembang lainnya yaitu Amerika Serikat ada sekitar 14% populasi remaja yang ada di negara tersebut (Burt, 1996). Selain itu, menurut data PBB tahun 1997 pada tahun 1995 ada 914.000.000 remaja di Negara berkembang, dan jumlah remaja diperkirakan akan mencapai 1,13 miliar pada tahun 2025.

Peningkatan jumlah remaja dari tahun ke tahun mengindikasikan pembangunan dalam bidang kesehatan terutama disebabkan meningkatnya angka pertumbuhan yang berarti akan meningkatkan jumlah penduduk remaja (*Profil penduduk, 2010*). Di sisi lain peningkatan jumlah penduduk remaja ini akan memberikan banyak konsekuensi bagi kehidupannya. Konsekuensi tersebut dapat menyangkut masalah status gizi, perilaku, serta gaya hidup yang akan berdampak terhadap masa pertumbuhan remaja tersebut (Darmojo, 2009).

Seiring terus berjalannya fase penting pada remaja yaitu proses pertumbuhan dan perkembangan, terdapat kondisi-kondisi yang menyertainya seperti kesehatan dan status gizi sehingga akan berpengaruh pada kondisi seseorang pada masa dewasa. Oleh karena itu status gizi dan kesehatan merupakan faktor penentu kualitas remaja. Dengan status gizi dan kesehatan yang optimal, pertumbuhan dan perkembangan remaja bisa lebih sempurna. Masalah gizi pada remaja muncul dikarenakan perilaku gizi yang salah, yaitu ketidakseimbangan antara konsumsi gizi dengan

kecukupan gizi yang dianjurkan. Ketidakseimbangan antara makanan yang dikonsumsi dengan kebutuhan pada remaja akan menimbulkan masalah gizi kurang atau masalah gizi lebih (Darmojo,2009).

Masalah gizi masih merupakan beban berat bagi bangsa, hakekatnya berpangkal dari keadaan ekonomi dan pengetahuan masyarakat, sehingga berpengaruh pada daya beli perilaku masyarakat yang menyebabkan terjadinya penurunan status gizi (Irianto *et al*, 2004). Hal ini diakui oleh Anderson (1991) bahwa ekstremnya kelebihan gizi dan kekurangan gizi merupakan masalah pada populasi remaja. Berdasarkan penelitian tersebut serta adanya data pendukung yang berhubungan dengan gizi pada masa remaja (Gillespie 1997, Chungong 1998, Treffers 1998). Sebagai masalah utama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah dapat dilihat dari kekurangan gizi dan keterkaitannya, seringkali berasal dari semasa hidupnya dulu, kekurangan zat besi dan zat gizi mikro lainnya, obesitas dan penyakit lainnya, diet yang tidak memadai gaya hidup yang tidak sehat.

Profil status Gizi Remaja di Indonesia (Dwi Susilowati, 2010) jumlah remaja yang diukur sebanyak 22.805 remaja laki-laki dan 21.799 remaja putri, berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) dijumpai 3,1% remaja laki-laki dan 1,7% remaja putri sangat kurus ; 7,9% remaja laki-laki dan 5,0% remaja putri yang kurus; 9,3% remaja laki-laki dan 9,7% remaja putri dengan gizi lebih dan 4,2% remaja laki-laki dan 2,7% remaja putri yang kegemukan. Selain itu menurut data RISKESDAS

tahun 2010 menunjukkan bahwa 20,1% atau sekitar 8,24 juta remaja di NTT mengalami kekurangan gizi.

Kekurangan gizi pada remaja menurut Soekirman (2002) akan mengakibatkan penurunan daya tahan tubuh terhadap penyakit, meningkatkan angka penyakit (morbiditas), mengalami pertumbuhan tidak normal (pendek), tingkat kecerdasan rendah produktifitas rendah dan terhambatnya organ reproduksi. Gizi kurang pada remaja terjadi karena pola makan tidak menentu, perubahan faktor psikososial yang dicirikan oleh perubahan transisi masa anak-anak ke masa dewasa dan kebutuhan gizi yang tinggi untuk pertumbuhan cepat. Gizi lebih pada remaja menurut Hadi (2005) berhubungan dengan penyakit degeneratif pada umur yang lebih muda dan kecenderungan remaja obesitas untuk tetap obesitas pada masa dewasa.

Perilaku gizi pada remaja, merupakan respon yang didasari oleh seberapa jauh pengetahuan tentang gizi, bagaimana perasaan dan penerimaannya berupa sikap terhadap gizi dan seberapa besar keterampilan dalam melaksanakan atau melakukan praktek gizi. Perilaku gizi yang kurang tepat dapat diubah melalui pendidikan gizi. Salah satu penyebab timbulnya masalah gizi dan perubahan kebiasaan makan pada remaja adalah pengetahuan gizi yang rendah dan terlihat pada kebiasaan makan yang salah (Emilia, 2008). Pengetahuan dan praktek gizi remaja yang rendah tercermin dari perilaku menyimpang dalam kebiasaan memilih makanan, sedangkan remaja yang memiliki pengetahuan yang baik akan mampu memilih makanan sesuai dengan kebutuhan (Permaesih,

2003; Wong, 1991). Selain faktor di atas, masih banyak faktor lain yang mempengaruhi status gizi remaja. Beberapa faktor yang mempengaruhi status gizi yaitu pola konsumsi dan asupan makan, status kesehatan, pengetahuan, status ekonomi, pemeliharaan kesehatan, lingkungan dan budaya. Dari penelitian – penelitian tersebut diketahui bahwa prevalensi gizi kurang di Indonesia masih tinggi. Untuk itu peneliti ingin mengetahui asupan energi, protein dan status gizi remaja usia 13-15 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

## **B. Identifikasi Masalah**

Banyak faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi remaja. Pengetahuan dan praktek gizi remaja yang rendah tercermin dari perilaku menyimpang dalam kebiasaan memilih makanan, sedangkan remaja yang memiliki pengetahuan yang baik akan mampu memilih makanan sesuai dengan kebutuhan (Permaesih, 2003; Wong, 1991). Selain faktor di atas, masih banyak faktor lain yang mempengaruhi status gizi remaja. Beberapa faktor yang mempengaruhi status gizi yaitu pola konsumsi dan asupan makan, status kesehatan, pengetahuan, status ekonomi, pemeliharaan kesehatan, lingkungan dan budaya.

Dalam penelitian ini variabel dependen adalah status gizi remaja usia 13-15 tahun, sedangkan variabel independennya adalah asupan energi, protein, jenis kelamin, tipe wilayah dan pengeluaran perkapita.

### **C. Pembatasan Masalah**

Karena banyak aspek permasalahan gizi yang terjadi pada remaja dan penelitian mengenai remaja masih terbatas, maka peneliti tertarik untuk mengolah data mengenai permasalahan tersebut, dan agar penelitian ini lebih terarah dan tidak menyimpang dari tujuannya, maka ruang lingkup permasalahan ini dibatasi adalah sebagai berikut :

1. Topik penelitian ini adalah analisis asupan energi, protein dan status gizi pada remaja usia 13-15 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur.
2. Data yang digunakan adalah data sekunder riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2010 yang telah dikumpulkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan RI.

### **D. Perumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang, identifikasi masalah, dan pembatasan masalah maka rumusan masalah yang dapat di ambil dalam penelitian ini adalah apakah ada perbedaan asupan energi, protein dan status gizi pada remaja usia 13-15 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur?

### **E. Tujuan Penelitian**

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

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis perbedaan asupan energi, protein dan status gizi pada remaja usia 13-15 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur berdasarkan data Riskesdas 2010.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik responden berupa jenis kelamin, tipe wilayah, pengeluaran per kapita di provinsi Nusa Tenggara Timur.
- b. Mengidentifikasi rata-rata asupan energi dan protein pada remaja usia 13-15 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur.
- c. Menganalisis perbedaan status gizi berdasarkan jenis kelamin.
- d. Menganalisis perbedaan status gizi berdasarkan tipe wilayah.
- e. Menganalisis perbedaan status gizi berdasarkan pengeluaran per kapita.
- f. Menganalisis perbedaan asupan energi dan protein remaja usia 13-15 tahun yang memiliki status gizi kurang dan status gizi normal di provinsi Nusa Tenggara Timur.

## **F. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Masyarakat**

Penelitian ini bermanfaat sebagai tambahan pengetahuan agar masyarakat dapat mengetahui pengaruh asupan energi dan asupan protein terhadap status gizi serta fungsi makanan bagi tubuh.

### **2. Bagi Institusi**

Bagi Fakultas Kesehatan Ilmu-ilmu Kesehatan UEU, Dinas Kesehatan dan institusi terkait, penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan tentang hubungan antara asupan energi, protein dan status gizi pada remaja usia 13-15 tahun serta bermanfaat sebagai bahan informasi untuk merencanakan,

melaksanakan dan mengevaluasi program gizi penanganan masalah gizi, terutama masalah status gizi pada remaja.

### **3. Bagi Peneliti**

Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan memperoleh gelar sarjana (S1) Gizi di Universitas Esa Unggul Jakarta serta menambah pengetahuan peneliti tentang masalah status gizi serta faktor terkait yang mempengaruhinya dan sebagai media untuk menerapkan ilmu pengetahuan yang diperoleh di bangku kuliah.