

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Remaja adalah anak yang berusia 10-19 tahun. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan remaja sebagai suatu masa dimana individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya (pubertas) sampai saat ia mencapai kematangan seksual (Depkes RI, 2010). Pada masa ini individu mengalami perkembangan psikologi dan pola identifikasi dari anak-anak menjadi dewasa. Selain itu, terjadi peralihan dari ketergantungan sosial dan ekonomi yang penuh kepada orang tua menuju keadaan yang relatif lebih mandiri

Perubahan fisik ditandai dengan pertumbuhan badan yang pesat (*growth spurt*) dan matangnya organ reproduksi (Rolfes, 2008). Laju pertumbuhan badan berbeda antara wanita dan pria. Wanita mengalami percepatan lebih dulu dibandingkan pria. Karena tubuh wanita dipersiapkan untuk reproduksi. Sementara pria baru dapat menyusul dua tahun kemudian. Pertumbuhan cepat ini juga ditandai dengan penambahan pesat berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Pada masa tersebut penambahan BB wanita 16 gram dan pria 19 gram setiap harinya. Sedangkan penambahan TB wanita dan pria masing-masing dapat mencapai 15 cm per tahun. Puncak penambahan pesat TB terjadi di usia 11 tahun pada wanita dan usia 14 tahun pada pria (Arisman, 2007).

Empat masalah gizi utama remaja di Indonesia yaitu Kekurangan Energi Protein (KEP), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kekurangan Vitamin A (KVA), dan Anemia Gizi Besi (AGB). Di Indonesia banyak terjadi kasus KEK (Kekurangan Energi Kronis) terutama yang kemungkinan disebabkan karena adanya ketidakseimbangan asupan gizi (energi dan protein), sehingga zat gizi yang dibutuhkan tubuh tidak tercukupi. Hal tersebut mengakibatkan pertumbuhan tubuh baik fisik ataupun mental tidak sempurna seperti yang seharusnya.

Remaja memiliki berbagai masalah gizi. Masalah tersebut terkait dengan perubahan fisik dan psikis yang dialami oleh remaja. Faktor keluarga dan lingkungan sangat mempengaruhi kebiasaan makan pada remaja. Beberapa masalah yang dialami oleh remaja seperti obesitas, anemia dan KEK dapat diatasi dengan membentuk kebiasaan makan yang sehat sejak dini.

Pada remaja badan kurus atau disebut Kurang Energi Kronis (KEK) pada umumnya disebabkan karena makan terlalu sedikit. Penurunan berat badan secara drastis pada remaja perempuan memiliki hubungan erat dengan faktor emosional seperti takut gemuk seperti ibunya atau dipandang kurang seksi oleh lawan jenis (Arisman, 2007). Makan makanan yang bervariasi dan cukup mengandung kalori dan protein termasuk makanan pokok seperti nasi, ubi dan kentang setiap hari dan makanan yang mengandung protein seperti daging, ikan, telur, kacang-kacangan atau susu perlu dikonsumsi oleh para remaja tersebut sekurang-kurangnya sehari sekali.

Berdasarkan RISKESDAS nasional rata-rata kecukupan konsumsi energi penduduk usia 16-18 tahun berkisar antara 69,5% - 84,3%, dan sebanyak 54,5 % remaja mengonsumsi energi dibawah kebutuhan minimal. Sedangkan rata-rata kecukupan konsumsi protein remaja berkisar antara 88,3% - 129,6%, dan remaja yang mengonsumsi dibawah kebutuhan minimal sebanyak 35,6% (RISKESDAS, 2010).

Terdapat beberapa negara-negara berkembang seperti Bangladesh, India, Indonesia, Myanmar, Nepal Srilangka dan Thailand prevalensi yang mengalami KEK adalah 15-47% yaitu dengan BMI < 18,5. Adapun negara yang memiliki prevalensi tertinggi adalah Bangladesh yaitu 47% sedangkan Indonesia menjadi urutan ke empat terbesar setelah India dengan prevalensi 35,5% dan yang paling rendah adalah Thailand dengan prevalensi 15-25%. Hal ini terjadi karena sebagian besar yang mengalami kekurangan energi disebabkan asupan makanan yang dikonsumsi tidak sesuai dengan kebutuhan mereka (Mulyaningrum, 2009).

Indonesia memiliki angka kejadian KEK pada tahun 2007 menunjukan 5 daerah dengan prevalensi terbesar yaitu terjadi di Provinsi Nusa Tenggara Timur: 24,6%, Papua 23,1% , Yogyakarta 20,2% , Papua Barat 19,6% dan Jawa Tengah 17,2% (Depkes, 2013). Prevalensi Kurang Energi Kronis (KEK) di DIY pada tahun 2011 adalah sebesar 14,86% meningkat dibanding tahun 2010 sebesar 14,41%, tertinggi di Kota Yogyakarta (22,69%) dan paling rendah di Kabupaten Sleman (11,72%). Sedangkan di Kabupaten Bantul adalah sebanyak 12,62% pada tahun 2011 (Dinkes DIY, 2012).

Energi merupakan salah satu hasil metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Energi berfungsi sebagai zat tenaga untuk metabolisme,

pertumbuhan, pengaturan suhu dan kegiatan fisik. Kelebihan energi disimpan dalam bentuk glikogen sebagai cadangan energi jangka pendek dan dalam bentuk lemak sebagai cadangan jangka panjang (IOM, 2005).

Pangan sumber energi adalah pangan sumber lemak, karbohidrat dan protein. Pangan sumber energi yang kaya lemak antara lain lemak/gajih dan minyak, buah berlemak (alpokat), biji berminyak (biji wijen, bunga matahari dan kemiri), santan, coklat, kacang-kacangan dengan kadar air rendah (kacang tanah dan kacang kedele), dan aneka pangan produk turunannya. Pangan sumber energi yang kaya karbohidrat antara lain beras, jagung, oat, sereal lainya, umbi-umbian, tepung, gula, madu, buah dengan kadar air rendah (pisang, kurma dan lain lain) dan aneka produk turunannya. Pangan sumber energi yang kaya protein antara lain daging, ikan, telur, susu dan aneka produk turunannya.

Kondisi kesehatan remaja dapat diinterpretasikan melalui hasil pengukuran antropometri terutama indeks massa tubuh, tebal lipatan kulit, dan lingkar pinggang. Dengan mengetahui kaitan antara asupan energi dan komposisi makronutrien dengan pengukuran antropometri tersebut, diharapkan status gizi remaja dapat ditingkatkan dengan membuat strategi intervensi pada asupan makanan. Sayangnya, pada berbagai penelitian, hubungan tersebut masih belum konsisten, ada yang menunjukkan terdapat hubungan antara keduanya tetapi ada yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan (Arisman, 2007)

Makronutrien, adalah zat gizi yang diperlukan dalam jumlah besar dalam tubuh yang menghasilkan energi / KHPL. Merupakan komponen terbesar dari susunan diet, berfungsi untuk menyuplai energi dan zat-zat esensial (pertumbuhan sel/ jaringan), pemeliharaan aktivitas tubuh. Yang termasuk zat makronutrien adalah Karbohidrat (hidrat arang), lemak, protein (BKKBN, 2012).

Hasil penelitian Hidayati, dkk (2007), di Sekolah Dasar di wilayah Kartasura Kabupaten Sukoharjo menunjukkan bahwa tingkat konsumsi baik makronutrient pada remaja dasar masih rendah (<90% AKG yang dianjurkan).

Banyak faktor yang menyebabkan KEK, salah satunya adalah energi dan makronutrien. Kesukaan yang berlebihan terhadap makanan yang tertentu saja menyebabkan kebutuhan makronutrient tidak terpenuhi keadaan ini berkaitan dengan “*mode*” yang tengah marak di kalangan remaja seperti kebiasaan makan *fast food* dan makanan siap saji. Usia remaja merupakan usia yang sangat mudah terpengaruh oleh siapa saja teman pergaulan dan media masa terutama iklan yang menarik perhatian remaja tentang makanan yang baru dan harga yang terjangkau (Elnovriza, 2008).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di SMA N 1 Sedayu diketahui bahwa terdapat beberapa siswa yang mengalami KEK dan memiliki pola makan yang tidak teratur. Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan asupan energi dan makronutrien dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada remaja putri di SMA N 1 Sedayu.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara asupan energi dan makronutrien dengan kekurangan energi kronik (KEK) pada remaja putri di SMA 1 Sedayu.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara asupan energi dan makronutrien dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada remaja putri di SMA N 1 Sedayu

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran asupan energi pada remaja putri di SMA N 1 Sedayu
- b. Untuk mengetahui gambaran asupan makronutrien pada remaja putri di SMA N 1 Sedayu
- c. Untuk mengetahui gambaran KEK pada remaja putri di SMA N 1 Sedayu
- d. Untuk mengetahui hubungan antara asupan energi dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada remaja putri di SMA N 1 Sedayu
- e. Untuk mengetahui hubungan antara makronutrien dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada remaja putri di SMA N 1 Sedayu

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi STIKES Alma Ata

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan referensi materi bagi perpustakaan di STIKES Alma Ata mengenai energi dan makronutrien dengan kejadian KEK pada remaja.

b. Bagi SMA N 1 Sedayu

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada sekolah terkait untuk dijadikan sebagai pelajaran bagi siswa sehingga siswa dapat lebih memperhatikan makanan yang dikonsumsi dan dapat mencegah kekurangan energi kronik sejak dini.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Siswa

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi siswa mengenai kejadian energi kronik (KEK) dan apa saja faktor yang mempengaruhinya.

b. Bagi Tenaga Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan guna lebih aktif melakukan konseling ke sekolah-sekolah mengenai kejadian KEK dan dampak KEK.

c. Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan menghubungkan pada variabel lain yang lebih luas misalnya dihubungkan dengan variabel aktivitas fisik.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang dilakukan oleh Shadiq (2012) dengan judul Kekurangan energi kronik pada remaja putri. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan hasil penelitian yang menyatakan masih banyak remaja yang mengalami kekurangan energi kronik. Persamaan penelitian ini adalah sama-sama membahas mengenai KEK dan Perbedaannya terletak pada jumlah populasi dan sampel serta tempat penelitian serta metode penelitian yang digunakan.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Nur Agustian (2010) dengan judul hubungan asupan protein dengan kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil di Kecamatan Berebes Surakarta. Penelitian ini menggunakan metode Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah ibu hamil di 4 puskesmas di wilayah Kecamatan Jebres, Surakarta. Pengambilan sampel dilakukan dengan *Cluster Sampling* sejumlah 48 sampel. Penilaian kejadian KEK dilakukan dengan pengukuran Lingkar lengan atas (LILA) dan pengukuran asupan protein menggunakan *food frequency* dengan menggunakan pedoman konversi *food model*. Persamaan penelitian ini terletak pada variabel asupan protein dan Kekurangan Energi Kronik (KEK), rancangan penelitian menggunakan *cross sectional*. Perbedaan penelitian terletak pada sampel yang

diambil yaitu ibu hamil, variabel yang tidak membahas mengenai makronutrien, metode penelitian menggunakan observasi

3. Penelitian yang dilakukan oleh Susanti (2012) dengan judul perbedaan asupan energi protein dan status gizi pada remaja panti asuhan dan pondok pesantren. Metode penelitian ini adalah penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Subjek dalam penelitian ini berjumlah 46 remaja, dengan 23 remaja tinggal di Panti asuhan Darul Khadlonah dan 23 remaja lainnya tinggal di Pondok pesantren Baitul Muqodas. Analisis data menggunakan uji *independen T – Test* dan *Mann Whitney U*. Persamaan penelitian ini terletak pada variabel energi protein pada remaja dan reancangan penelitian *crosssectional*. Perbedaan penelitian ini terletak pada status gizi dan metode penelitian yang menggunakan observasi.