

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.1 Latar Belakang

Masalah gizi di Indonesia masih terus berkembang saat ini dan menjadi semakin kompleks, selain merupakan masalah kesehatan yang perlu diperhatikan, masalah gizi juga perlu ditangani secara serius. Masalah gizi di Indonesia yang belum dapat teratasi secara tuntas salah satunya adalah masalah Kurang energi kronik (KEK) (Kemenkes, 2015). Kurang energi kronik (KEK) adalah masalah gizi kurang yang timbul akibat kurangnya asupan energi dan protein pada wanita usia subur (WUS) yang berlangsung secara terus menerus dalam waktu yang lama dan menyebabkan gangguan kesehatan (Depkes, 2006).

Masalah KEK akan menimbulkan dampak diantaranya adalah risiko berat bayi lahir rendah (BBLR), pre eklampsia, prematur dan kematian bayi. KEK berisiko melahirkan bayi dengan berat lahir yang rendah atau BBLR. Anak yang dilahirkan dari seorang ibu yang menderita KEK akan tumbuh menjadi anak yang kurang gizi. Bagi anak perempuan, pertumbuhannya dapat terhambat, menjadi *stunting*, memiliki produktivitas dan performa reproduksi yang rendah dan tumbuh menjadi wanita dewasa yang kekurangan gizi pula (Ningrum, 2011). Menurut Syarifuddin (2011) ibu hamil dengan KEK memiliki peluang 4 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak KEK.

Masalah KEK telah dialami oleh hampir semua negara, khususnya di negara yang masih berstatus *developing country* seperti Bangladesh, Etiopia, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Srilanka dan Thailand. Prevalensi wanita usia subur yang mengalami KEK adalah 15 – 47% (WHO, 1997 dalam Petrika, 2015). Di Etiopia, satu dari empat WUS mengalami KEK (Bitew dan Telake, 2010). Berdasarkan laporan dari *Ethiopian Demographic and Health Survey (EDHS)*, sebanyak 27% WUS di Etiopia mengalami KEK (Abraham, 2015). Sementara di India, hasil penelitian Devgun dkk. (2014) menunjukkan bahwa prevalensi WUS di India yang mengalami KEK sebesar 21,3%.

Jumlah WUS (15-49 tahun) di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 68,1 juta diperkirakan akan meningkat menjadi 71,2 juta pada tahun 2019 (Kemenkes, 2015). Gambaran masalah KEK di Indonesia dinyatakan dalam prevalensi risiko KEK pada wanita usia subur (WUS) yang dilihat berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi WUS yang berisiko KEK sebesar 24,2%, angka prevalensi ini naik dari Riskesdas tahun 2007 yaitu 13,6%. Secara keseluruhan, prevalensi risiko KEK naik pada semua kelompok umur dan kondisi wanita (hamil dan tidak hamil) dari tahun 2007 hingga tahun 2013. Namun, kenaikan prevalensi paling banyak terdapat pada kelompok umur 15-19 tahun dan 20-24 tahun dengan kondisi wanita tidak hamil, dimana pada kelompok umur 15-19 tahun prevalensinya naik dari 30,9% menjadi 46,6% dan pada kelompok umur 20-24 tahun prevalensinya naik dari 18,6% menjadi 30,6% (Riskesdas, 2013). Di DKI Jakarta, prevalensi risiko KEK pada kelompok wanita usia subur tidak hamil adalah sebesar 14,8%. Jika dilihat proporsi WUS tidak hamil yang berisiko KEK berdasarkan kabupaten/kota, wilayah Jakarta Selatan memiliki prevalensi tertinggi (18,4%) dibandingkan dengan lima wilayah lainnya yaitu Jakarta Barat (12,2%), Jakarta Pusat (13,9%), Jakarta Timur (13,1%), Jakarta Utara (17,6%) dan Kepulauan Seribu (7,7%) (Riskesdas, 2013).

Kurang energi kronik (KEK) disebabkan oleh berbagai macam faktor, salah satunya adalah faktor langsung penyebab KEK berupa asupan makanan yang mengandung energi dan protein yang kurang (Soekirman, 2000 *dalam* Petrika, 2015). Di Indonesia, rata-rata konsumsi energi per kapita per hari adalah 1735,5 kkal dan rata-rata konsumsi protein adalah 55,5 gram per hari. Di DKI Jakarta, persentase rumah tangga dengan konsumsi energi di bawah rerata nasional adalah sebesar 63,9% dan rumah tangga dengan konsumsi protein di bawah rerata nasional adalah sebesar 50,3% (Riskesdas, 2007). Menurut Kemenkes (2015), sekitar separuh remaja Indonesia mengalami defisit energi dan sepertiga remaja Indonesia mengalami defisit protein. Rata-rata konsumsi protein dari pangan hewani pada remaja perempuan lebih sedikit dibandingkan dengan konsumsi protein dari pangan hewani pada remaja laki-laki (Adesanjaya dan Hardinsyah, 2013).

Asupan energi memiliki pengaruh langsung terhadap risiko dan kejadian KEK. Penelitian Pujiatun (2014) pada siswi SMA menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat konsumsi energi dengan kejadian KEK ( $p < 0,05$ ). Irawan (2009) dalam penelitiannya menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status IMT dan LILA pada wanita pra konsepsi di Makassar. Selain itu penelitian Marlenywati (2010) mengenai risiko kurang energi kronik pada ibu hamil remaja juga menunjukkan bahwa asupan energi berhubungan signifikan dengan risiko KEK. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Petrika (2015) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara asupan energi dengan risiko KEK.

Selain asupan energi, asupan protein juga berkaitan dengan kurang energi kronik (KEK). Pujiatun (2014) menyatakan dalam penelitiannya bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat konsumsi protein dengan kejadian KEK pada siswi SMA ( $p < 0,05$ ). Penelitian Irawan (2013) mengenai hubungan antara asupan energi dan protein dengan status IMT dan LILA pada wanita pra konsepsi juga menyatakan bahwa asupan protein berhubungan signifikan dengan status gizi berdasarkan IMT dan LILA. Sirajuddin dan Gani (2010), dalam penelitiannya juga menyatakan bahwa asupan protein berhubungan dengan KEK. Marlenywati (2010) menyatakan dalam penelitiannya bahwa asupan protein merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan risiko KEK.

Faktor lain disamping penyebab langsung seperti asupan energi dan protein, KEK juga disebabkan oleh faktor-faktor seperti status sosial ekonomi, pengetahuan gizi, dan penyakit infeksi. Dalam penelitian Devgun dkk. (2014) status sosial ekonomi merupakan hal yang mempengaruhi kejadian KEK pada wanita usia subur di India. Status tinggal dan pendapatan dalam bentuk uang saku merupakan bagian dari status sosial ekonomi. Saat ini, belum ditemukan penelitian yang menunjukkan bahwa status tinggal dan besar uang saku berhubungan langsung dengan risiko KEK. Namun beberapa penelitian menunjukkan bahwa status tinggal dan uang saku berhubungan dengan status gizi dan perilaku makan seseorang yang dapat memungkinkan berhubungan dengan risiko KEK.

Yuanita (2010) menunjukkan bahwa ada perbedaan tingkat konsumsi makanan mahasiswa berdasarkan status tinggal yaitu antara mahasiswa kos dan tidak kos, tingkat konsumsi makanan mahasiswa tidak kos lebih baik dibandingkan dengan mahasiswa kos. Perkasa (2012) juga menyatakan bahwa tempat tinggal berhubungan positif signifikan dengan konsumsi makanan. Penelitian yang dilakukan oleh Kim dkk. (2015) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kebiasaan makan antara mahasiswa yang tinggal di rumah kos atau rumah kontrakan dengan mahasiswa yang tinggal bersama orang tua.

Hubungan besar uang saku dengan pola konsumsi ditunjukkan oleh penelitian Adrian dkk (2012) bahwa terdapat hubungan antara besar uang saku dengan makanan yang dikonsumsi oleh mahasiswa, ketika uang saku mahasiswa tinggi maka menu makanan yang dipilih mahasiswa tersebut mempunyai nilai gizi yang lebih tinggi. Besar uang saku merupakan salah satu indikator keadaan sosial ekonomi seseorang (Munawwarah, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Devgun (2014) mengenai keterkaitan antara sosiodemografi dengan KEK di India menyatakan bahwa keadaan sosial ekonomi seseorang berhubungan signifikan dengan kejadian KEK di India.

Berdasarkan studi awal yang dilakukan pada 22 Mahasiswi Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan (FIKES) Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta (UPN "Veteran" Jakarta), didapatkan data bahwa sebanyak 22,7% mahasiswi berisiko KEK berdasarkan pengukuran LILA, dan berdasarkan *recall* diketahui bahwa seluruh (100%) mahasiswi memiliki asupan energi dibawah 80% AKG dan sebanyak 50% mahasiswi memiliki asupan protein dibawah 80% AKG. Dari uraian diatas, peneliti merasa tertarik dan bermaksud melakukan sebuah penelitian untuk melihat hubungan asupan energi dan protein dengan risiko kurang energi kronik pada Mahasiswi FIKES UPN "Veteran" Jakarta.

## **I.2 Rumusan Masalah**

Mahasiswa termasuk dalam kelompok usia yang tergolong remaja akhir dan dewasa awal. Pada masa ini terjadi perubahan dari segi fisik, kecerdasan, mental maupun peran sosial. Secara fisik, seseorang dalam masa ini memiliki kematangan dalam pertumbuhan dan perkembangan, serta daya tahan, status gizi

dan taraf kesehatan yang prima. Bagi mahasiswi, masa ini termasuk dalam usia subur dimana organ reproduksi berfungsi dengan baik.

Status gizi WUS sebelum hamil perlu diketahui dan dipersiapkan untuk memasuki masa kehamilan, hal ini penting karena perbaikan gizi dapat dilakukan dengan baik pada WUS yang belum hamil agar dapat memotong siklus masalah kurang gizi. Namun, beberapa penelitian dan riset kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi masalah gizi khususnya kurang energi kronik pada kelompok wanita usia subur ini cukup besar. Menurut Riskesdas (2013), Prevalensi KEK pada WUS tidak hamil di Indonesia adalah sebesar 20,8%. Di DKI Jakarta, prevalensi risiko KEK pada kelompok wanita usia subur tidak hamil adalah sebesar 14,8%. Wilayah bagian DKI Jakarta yang memiliki prevalensi tertinggi adalah Jakarta Selatan dengan angka (18,4%) dibandingkan dengan lima wilayah bagian lainnya yaitu Jakarta Barat (12,2%), Jakarta Pusat (13,9%), Jakarta Timur (13,1%), Jakarta Utara (17,6%) dan Kepulauan Seribu (7,7%) (Riskesdas, 2013).

Penelitian ini akan menganalisis bagaimana hubungan antara asupan energi dan protein (sebagai variabel independen) serta karakteristik responden yaitu status tinggal dan besar uang saku dengan risiko kurang energi kronik (sebagai variabel dependen) pada subjek penelitian yaitu Mahasiswi FIKES UPNVJ.

### **I.3 Tujuan**

#### **I.3.1 Tujuan Umum**

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk menganalisa faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan risiko kurang energi kronik pada Mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta Tahun 2016.

#### **I.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui gambaran asupan energi mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta.
- b. Mengetahui gambaran asupan protein mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta.
- c. Mengetahui gambaran status tinggal mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta.

- d. Mengetahui gambaran besar uang saku mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta.
- e. Menganalisa hubungan antara asupan energi dengan risiko kurang energi kronik pada mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta.
- f. Menganalisa hubungan antara asupan protein dengan risiko kurang energi kronik pada mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta.
- g. Menganalisa hubungan antara status tinggal dengan risiko kurang energi kronik pada mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta.
- h. Menganalisa hubungan antara besar uang saku dengan risiko kurang energi kronik pada mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta.
- i. Menganalisa variabel independen mana yang paling dominan terhadap risiko kurang energi kronik pada mahasiswi FIKES UPN “Veteran” Jakarta.

#### **I.4 Manfaat Penelitian**

##### **I.4.1 Bagi Peneliti**

Sebagai sarana untuk pengembangan ilmu pengetahuan terkait dengan masalah yang diteliti yaitu asupan energi dan protein dan hubungannya dengan risiko kurang energi kronik.

##### **I.4.2 Bagi Mahasiswa FIKES UPN “Veteran” Jakarta**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pengetahuan dan informasi mengenai peran asupan energi dan protein terhadap risiko kurang energi kronik, sehingga diharapkan mahasiswa dapat menerapkan kebiasaan makan yang seimbang untuk mencapai status gizi yang ideal.

##### **I.4.3 Bagi Progam Studi dan FIKES UPN “Veteran” Jakarta**

Sebagai pengetahuan dan informasi yang dapat digunakan untuk menambah karya tulis dan penelitian bagi program studi S1 Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta sehingga dapat turut memberikan referensi dan sumbangan ilmu kepada generasi selanjutnya.