

**HUBUNGAN ASUPAN ENERGI DAN ASUPAN ZAT GIZI  
MAKRO DENGAN STATUS GIZI REMAJA PUTRI DI  
PESANTREN DARUL AMAN GOMBARA MAKASSAR**

**DINA FEBRIANI  
K21116501**



**PROGRAM STUDI ILMU GIZI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2020**



# SKRIPSI

## HUBUNGAN ASUPAN ENERGI DAN ASUPAN ZAT GIZI MAKRO DENGAN STATUS GIZI REMAJA PUTRI DI PESANTREN DARUL AMAN GOMBARA MAKASSAR

DINA FEBRIANI  
K21116501



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Gizi*

PROGRAM STUDI ILMU GIZI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR

2020



## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Gizi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, Agustus 2020

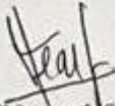


Tim Pembimbing

Pembimbing I

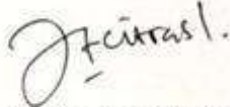
Pembimbing II

  
Rahayu Indriasari, SKM, MPH, Ph.D  
NIP. 19761123 200501 2 002

  
Dr. Healthy Hidayanti, SKM, M.Kes  
NIP. 198110407 100801 2 013

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Gizi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK  
NIP. 19630318 199202 2 001



## PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin, 4 Agustus 2020.

Ketua : Rahayu Indriasari, SKM, MPH, CN., Ph.D (.....)

Sekretaris : Dr. Healthy Hidayanti, SKM, M.Kes (.....)

Anggota : Sabaria Manti Battung, SKM, M.Kes., M.Sc (.....)

Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D (.....)



## PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

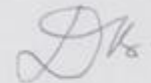
Nama : Dina Febriani  
NIM : K21116501  
Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Illmu Gizi  
HP : 08990558054  
E-mail : dinafebriany@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul "Hubungan Asupan Energi dan Asupan zat gizi makro dengan status gizi Remaja Putri di Pondok Pesantren Darul Aman Gombara Makassar" benar adalah asli karya penulis dan bukan merupakan plagiarisme dan atau hasil pencurian hasil karya milik orang lain, kecuali bagian-bagian yang merupakan acuan dan telah disebutkan sumbernya pada daftar pustaka. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 20 Juli 2020

Yang Membuat Pernyataan



Dina Febriani



## RINGKASAN

Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Ilmu Gizi

**Dina Febriani R Parewasi**

**“Hubungan Asupan Energi dan Asupan Zat Gizi Makro dengan Status Gizi Remaja Putri di Pondok Pesantren Darul Aman Gombara Makassar Tahun 2020”**

**(xiv + 85 halaman + 12 tabel + 10 lampiran)**

Masalah gizi menjadi salah satu masalah utama di Indonesia. Gizi kurang ataupun gizi lebih merupakan masalah kesehatan yang sering dijumpai di usia remaja. Perubahan massa otot, jaringan lemak dan perubahan hormon merupakan masa peralihan remaja yang mempengaruhi kebutuhan gizi remaja. Di pondok pesantren sebagian besar berusia remaja, banyak nya santri menyebabkan konsumsi santri kurang diperhatikan.

Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara asupan energi dan asupan zat gizi makro dengan status gizi remaja di Pondok Pesantren Darul Aman Gombara Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Sampel penelitian ini sebanyak 96 orang dengan menggunakan tehnik *total sampling*. Pengambilan data asupan makanan menggunakan metode *recall 24 jam* yang tidak berurutan mewaliki 2 hari sekolah dan 1 hari libur. Penentuan status gizi diperoleh dari parameter IMT/U. Data dianalisis menggunakan Uji *chi-squared* dan uji *Fisher* di SPSS dan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

Hasil dari data Recall 3 hari menunjukkan untuk asupan energi 72,9% kurang. Asupan zat gizi makro, untuk karbohidrat 85,4% kurang, protein 62,5% kurang, lemak 46,9% kurang. Hubungan asupan energi dengan status gizi tidak ada hubungan ( $P=0,545$ ), asupan karbohidrat dengan status gizi tidak ada hubungan ( $P=0,698$ ), asupan protein dengan status gizi tidak ada hubungan ( $P=0,369$ ) dan asupan lemak dengan status gizi tidak ada hubungan ( $P=0,583$ ). Untuk status gizi responden tergolong gizi kurang 4,2%, gizi baik 83,3%, gizi lebih 9,4% dan obesitas 3,1%.

Asupan energi dan asupan zat gizi makro responden masih kurang dari kebutuhan AKG yang telah dianjurkan. Tidak adanya hubungan signifikan antara status gizi dengan asupan energi dan asupan zat gizi makro. Adapun saran bagi pihak pesantren yakni lebih memperhatikan asupan santri, untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengkaji variabel lain yang dimungkinkan berpengaruh pada status gizi remaja putri yang ada di pesantren misalnya, aktivitas fisik, sitra tubuh, dan tingkat kepuasan santri.

**Bibliografi : 87 (1979-2020)**

**Topik : Remaja, Asupan Energi, Zat Gizi Makro dan Pondok Pesantren**



## KATA PENGANTAR

*Bismillahirrohmanirohim*

*Assalamualaikum Warohmatullahi Wabarokatuh*

Alhamdulillahirobbilalamin puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala Nikmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat serta salam tak lupa senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, keluarga, sahabat dan pengikutnya yang telah membawa kita dari alam yang gelap menuju alam yang terang benderang.

Penulisan skripsi ini dengan judul “Hubungan Asupan Energi dan Zat Gizi Makro dengan Status Gizi Remaja Putri di Pondok Pesantren Darul Aman Gombara Makassar” merupakan salah persyaratan untuk menyelesaikan studi di Program Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Keberhasilan penulisan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat penulis menyampaikan ucapan terimm kasih kepada:

1. Kedua orang tua, Ayahanda Romul Parewasi dan Ibunda A. Masnur MTRachmat yang senantiasa memberikan yang terbaik dalam menunjang kehidupan saya.
2. Saudara saya, Dhani Aristyawan S.KG dan Dian Yustikarini S.Ked yang selalu saya repotkan dalam segala hal. Dan juga sepupu saya Kartika Tri yang selalu

repotkan.

yu Indriasari, SKM,MPHCN.,Ph.D selaku pembimbing I dan dr. Dr.

hy Hidayanty, S.KM., M.Kes selaku pembimbing II yang selalu sabar dan



senantiasa memberikan masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi.

4. Sabaria Manti Battung, SKM, M.Kes, M.Sc selaku penguji I dan Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D selaku penguji II, yang telah memberikan masukan saran dan kritik yang membangun demi menyempurnakan skripsi ini.
5. Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, M.Sc selaku dosen penasehat akademik yang telah memberikan motivasi selama menempuh pendidikan.
6. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat dan para Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat dan seluruh staff Fakultas Kesehatan Masyarakat.
7. Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes.,Sp.GK selaku Ketua Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
8. Seluruh dosen dan para staf Program Studi Ilmu Gizi FKM Unhas yang telah memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan dan bantuan kepada penulis selama menjalani perkuliahan.
9. Ustadz Munawir, Ustadzah Nikma, Ustadzah Ika dan seluruh pihak Pondok Pesantren Darul Aman Gombara yang telah membantu dan mengarahkan selama penelitian.
10. Aii, Aay dan Gita teman segrup penelitian yang selalu membantu.
11. Sahabat seperjuangan selama kuliah “18++” (Andi Aisyah Ainun, Aulia Safirah, Dewi Yustika Arsyad, Eszha Widnatusifah, Gita Pratiwi Basar, Ghea Aulia Sambe, Hardianti, Nabilah Mustafaina Kamil, Nur Annisa Hamid, Nur Hafidha Febrianti, Safirah Mujahidah Syamsari, dan Syarifah Nurhalimah)





12. Yang selalu menyempatkan waktu menemani saat menulis skripsi ini, Andi Muh Cipta Prawira Putra.
13. Sobat “Japota” yang memberikan saya cerita yang tak terlupakan selama KKN.
14. Keluarga besar F16THER dan GOBLIN 2016 yang selama ini bersama dan saling membantu, memberikan masukan maupun saran.
15. FORMAZI, ILMAGI dan BEM FKM UNHAS yang memberikan saya banyak pengalaman dalam berbagai hal.
16. Mita, Nopi, Ning yang selalu menyempatkan waktu untuk sekedar melepaskan penat.
17. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas segala dukungan dan bantuan selama ini.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulis hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini, karena sesungguhnya kesempurnaan hanya milik Allah semata. Oleh karena itu, penulis sangat menghargai bila ada kritik dan saran demi penyempurnaan skripsi ini.

Makassar, Maret 2020

Dina Febriani



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI</b> .....	iii
<b>PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT</b> .....	iv
<b>RINGKASAN</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xi
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang. ....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian. ....	9
D. Manfaat Penelitian. ....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum tentang Status Gizi Remaja.....	11
B. Tinjauan Umum tentang Asupan Gizi.....	30
C. Kerangka Teori.....	38
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b>	
A. Kerangka Konsep.....	39
B. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	40
C. Hipotesis Penelitian.....	43
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis Penelitian.....	44
B. Waktu dan Lokasi Penelitian. ....	44
C. Populasi dan Sampel. ....	45
D. Instrumen Penelitian .....	46
E. Pengumpulan Data .....	46
F. Metode Pengolahan dan Penyajian Data.....	47



G. Analisis Data.....	50
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil.....	51
B. Pembahasan.....	63
C. Keterbatasan Penelitian.....	84
<b>BAB VI PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	83
B. Saran.....	84
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

		<b>Halaman</b>
Tabel 2.1	Kategori IMT/U.....	16
Tabel 2.2	Angka Kecukupan Gizi (AKG).....	33
Tabel 2.3	Angka Kecukupan Protein Remaja Usia 12-15 tahun....	38
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Santri di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar Tahun 2020 .....	55
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Orang Tua Santri di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar Tahun 2020.....	57
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Asupan zat gizi Santri di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar Tahun 2020.....	59
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Rata-rata Asupan zat gizi Santri di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar Tahun 2020....	60
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Status gizi Santri di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar Tahun 2020.....	61
Tabel 5.6	Hubungan asupan Energi dengan Status gizi Santri di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar Tahun 2020....	62
	Hubungan asupan Karbohidrat dengan Status gizi Santri	63



di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar Tahun  
2020.....

Tabel 5.8 Hubungan asupan Protein dengan Status gizi Santri di 64  
Pondok Pesantren Darul Aman Makassar Tahun 2020....

Tabel 5.9 Hubungan asupan Lemak dengan Status gizi Santri di 65  
Pondok Pesantren Darul Aman Makassar Tahun 2020....



## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	38
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	39



## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Lampiran</b>
Persetujuan menjadi Responden ( <i>Informed Consent</i> ).....	1
Kuesioner Identitas Responden Penelitian.....	2
Formulir Recall 3 hari.....	3
Foto Buku Makanan.....	4
Master tabel.....	5
Output hasil data SPSS.....	6
Surat Izin Penelitian dari Fakultas.....	7
Surat Izin Penelitian dari Dinas Penanaman Modal.....	8
Surat Izin Penelitian dari Pondok Pesantren.....	9
Dokumentasi Penelitian.....	10



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Di Indonesia masalah Gizi menjadi salah satu masalah utama. Masalah Gizi kurang maupun Gizi lebih merupakan masalah kesehatan yang sering dijumpai pada usia remaja. *Sustainable Development Goals* (SDGs) atau yang merupakan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan diusung langsung oleh PBB sebagai suatu rencana aksi global yang disepakati oleh para pemimpin dunia termasuk Indonesia, untuk mengakhiri kemiskinan mengurangi kesenjangan dan melindungi lingkungan. SDGs memiliki 17 tujuan dengan 169 target salah satunya adalah tentang masalah nutrisi remaja putri yang terdapat pada tujuan di nomor 2 “Mengakhiri Kelaparan” target ke-2.

Hasil data statistik dari *United Nation Children’s Fund* (UNICEF) 2019 jumlah remaja di dunia saat ini berjumlah 1,2 miliar, yang merupakan 16 persen dari populasi di dunia. Menurut Waryana, (2010) populasi remaja di Indonesia cukup mendominasi, untuk Usia 10-19 tahun sebesar 22,2% dari total penduduk Indonesia. Untuk saat ini masalah kependudukan tidak lagi terpusat pada jumlah penduduk, melainkan pada kualitas penduduknya. Remaja merupakan aset bangsa, agar terciptanya generasi yang berkualitas maka Status Gizi berperan dalam hal tersebut, melalui Asupan Energi yang baik dan benar. Masa Remaja





(*adolescence*) merupakan masa terjadinya perubahan yang berlangsung cepat dalam hal pertumbuhan fisik, kognitif dan psikososial. Menurut Hurlock (1973) masa remaja diberi batasan berdasarkan usia kronologis yaitu 13-18 tahun dan terbagi menjadi dua fase masa remaja, masa remaja awal 13-17 tahun dan masa remaja akhir 17-18 tahun.

Masa peralihan Remaja ditandai dengan banyak perubahan diantaranya perubahan massa otot, jaringan Lemak, dan perubahan hormon. Perubahan tersebut mempengaruhi kebutuhan Gizi pada remaja. Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) (2019), remaja putri usia 13-15 tahun membutuhkan Energi sebesar 2025 kkal, Protein 65 g, Lemak 70 g, dan Karbohidrat 300 g. sementara itu, remaja putri dengan usia 16-18 tahun membutuhkan Energi sebesar 2100 kkal, Protein 65 g, Lemak 70 g, dan Karbohidrat 300 g. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sofiatun 2017 di Pulau Barrang Lompo Makassar, terdapat Remaja dengan Asupan Energi kurang sebanyak 80 orang (97,6%), Protein yang kurang sebanyak 72 orang (87,8%), Asupan Lemak kategori kurang sebanyak 48 orang (58,5%), Asupan Karbohidrat kurang sebanyak 81 orang (98,8%).

Semua Zat Gizi sangat diperlukan oleh tubuh agar dapat tumbuh dengan baik. Remaja membutuhkan Asupan makanan yang adekuat dari segi kualitas

dan kuantitas, Hal itu menyebabkan remaja harus mengonsumsi makanan bervariasi atau beraneka ragam agar tercukupi zat Gizi yang akan



berdampak pada Status Gizi dan Status kesehatannya. (Azrimaidaliza dan Purnakarya, 2011).

Status Gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat Gizi. Status Gizi dibedakan antara Status Gizi buruk, Gizi kurang dan Gizi lebih. Konsumsi makanan berpengaruh terhadap Status Gizi seseorang (Almatsier, 2009). Status Gizi seseorang dapat ditentukan oleh faktor Gizi internal dan eksternal (Supriasa, 2002). Faktor eksternal yang dimaksud adalah umur, jenis kelamin, dan aktivitas fisik. Sedangkan faktor internal yaitu konsumsi makanan.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 diketahui bahwa prevalensi kurus pada remaja usia 16-18 tahun di Indonesia adalah 8,1% (1,4% sangat kurus dan 6,7% kurus), prevalensi Status Gizi normal sebesar 78,3, sedangkan masalah Gizi seperti kegemukan sebesar 13,5% (9,5% gemuk dan 4,0% obesitas. Selain itu, prevalensi kurus pada anak remaja usia 16-18 tahun di Sulawesi Selatan sebesar 10,4% (2,4% sangat kurus dan 8,0% kurus), prevalensi Status Gizi normal sebesar 79,1, sedangkan masalah Gizi seperti kegemukan sebanyak 10,5% (7,8% gemuk dan 2,7% obesitas). Sementara Status Gizi remaja usia 16-18 tahun berdasarkan jenis kelamin, dengan jenis kelamin laki-laki dengan prevalensi sangat kurus sebanyak 2,3%, kurus 9,5%, normal 77%, kurus, 7,7%, dan obesitas 3,6%. Sedangkan untuk remaja perempuan menunjukkan prevalensi sangat kurus sebanyak 0,5%, kurus 3,8%, normal 77,7%, gemuk 11,4%, dan obesitas 4,6%.



Penelitian yang dilakukan oleh Susilowati (2010) dalam Pujiati,. Dkk. (2015) yang meneliti 100 Gizi remaja puteri di Jakarta menunjukkan 1,7% remaja puteri yang sangat kurus, 5,0% remaja puteri yang kurus, 9,7% remaja puteri yang Gizi lebih dan 2,7% yang kegemukan. Hasil Penelitian dari Aini (2012) , ada 25% remaja dengan jenjang pendidikan SMA, memiliki Status Gizi di bawah normal. Pada penelitian yang sama juga didapatkan data bahwa sebesar 48,9% remaja putri memiliki pengetahuan Gizi yang kurang. Sebaliknya pada tahun 2011 berdasarkan hasil penjarangan peserta didik TA 2011/2012 pada remaja usia 16 tahun dari 16.579 anak, sebesar 3,71% berStatus Gizi lebih. Akibat yang berlanjut ke depannya, Status Gizi lebih akan menjadi obesitas. Penelitian lain yang juga dilakukan Matin (2013) pada remaja di salah satu Universitas swasta di Jawa Tengah menunjukkan bahwa 41 % remaja bersatus gizi tidak normal.

Hasil penelitian Rachmayani, dkk (2018) terdapat hubungan yang signifikan antara Asupan Energi dan zat Gizi Makro (Karbohidrat, Protein dan Lemak) dengan Status Gizi. Untuk mencapai Status Gizi yang optimal remaja harus memenuhi kebutuhan Asupan Energi dan zat Gizi Makro, terutama Protein yang sangat dibutuhkan pada masa pertumbuhan.

Asupan makan yang tidak baik pada remaja menimbulkan dampak buruk

ama pada anak sekolah. Asupan makan yang buruk dapat mempengaruhi perkembangan kognitif anak, menyebabkan penurunan kemampuan belajar,



konsentrasi yang rendah, dan prestasi sekolah yang kurang baik ( Department of Public Health, 2012).

Penelitian yang dilakukan Medawati (2005) pada remaja SLTP obesitas di bantul dan yogyakarta mengatakan bahwa semakin tinggi Asupan Lemak semakin tinggi kemungkinan terjadi obesitas pada remaja. Pada penelitian yang dilakukan Vertikal (2012) pada siswa SD pondok cina terdapat hubungan bermakna antara Asupan Energi berlebih, Asupan Lemak dan Gizi Lebih, namun tidak ada hubungan yang bermakna antara Asupan Karbohidrat dan Protein dengan Gizi lebih. Penelitian yang sama yang dilakukan Restiani (2012) pada siswa Remaja SMP Muhammadiyah 31 Jakarta, terdapat hubungan yang bermakna antara Asupan Energi, Asupan Lemak, Karbohidrat dan Asupan Protein dengan Status Gizi.

Pola makan yang seimbang dapat dilihat dari keteraturan jadwal makan seorang dan dari kualitas makanan yang dikonsumsi, pola konsumsi tersebut berpengaruh terhadap Status Gizi seseorang. Status Gizi yang baik akan berkontribusi terhadap kesehatan, sedangkan masalah Gizi dapat menimbulkan dampak negatif. Status Gizi lebih akan menimbulkan gangguan psikososial dan gangguan pertumbuhan fisik, gangguan pernafasan, gangguan endokrin, obesitas dan penyakit degenerative seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, diabetes

dan sebagainya. (Sediaoetama, 2008)

Pondok pesantren adalah lembaga pendidikan keagamaan Islam yang basis masyarakat baik sebagai satuan pendidikan dan/atau sebagai wadah



penyelenggara pendidikan (Kemenkes, 2013). Pondok pesantren merupakan salah satu tempat untuk mendidik agar santri- santri menjadi orang berakhlak mulia dan memiliki kecerdasan yang tinggi. Santri- santri yang berada di pondok pesantren merupakan anak didik yang pada dasarnya sama saja dengan anak didik di sekolah-sekolah umum yang harus berkembang dan merupakan sumber daya yang menjadi generasi penerus pembangunan yang perlu mendapat perhatian khusus terutama kesehatan dan pertumbuhannya. Salah satu aspek yang mendukung hal tersebut adalah pemenuhan kebutuhan Gizi bagi para santri. Salah satu faktor yang dapat membantu proses pencapaian pertumbuhan dan perkembangan yang optimal pada anak-anak asuh tersebut diantaranya adalah kecukupan konsumsi zat Gizi yang seimbang harus dikonsumsi setiap hari. Selain itu, santri usia remaja di pondok pesantren merupakan sasaran strategis dalam upaya perbaikan Gizi masyarakat (Taqhi, 2014).

Pondok pesantren yang ada di Indonesia berjumlah 27.218 lembaga, terdiri dari 13.446 (49,4 %) pondok pesantren salafi/salafiah (tradisional), 3.064 (11,3 %) pondok pesantren khalafi/khalafiah (modern), dan pondok pesantren terpadu/kombinasi sebanyak 10.708 (39,3 %), dengan jumlah santri sebanyak 3.642.738 orang. Dari jumlah santri tersebut, laki-laki terdiri 1.895.580 (52,0 %) dan perempuan 1.747.158 (48,0%). Data pondok pesantren di Kota Makassar

jumlah 23 pesantren dengan jumlah santri 7.600 yang terdiri dari 4.006 santri perempuan dan 3594 santri laki-laki. (Education Management Information System/EMIS, Kemenag, 2010/2011 dalam Kemenkes, 2013)



Menurut Khusniyati dkk (2015) santri Pondok Pesantren, sebagian besar merupakan usia remaja. Banyaknya jumlah santri menyebabkan pengawasan mengenai konsumsi santri kurang diperhatikan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Arifiyanti 2016 di Pesantren Tamirul Islam Surakarta, masih terdapat 17% remaja putri yang overweight dan 3% obesitas. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Khusniyati, dkk (2015) terdapat korelasi antara Asupan Energi 18 santri (52%) dalam kategori kurang dari ketetapan kebutuhan Energi, dengan jumlah dari santri kategori kurus yaitu 18 santri (52,9%)

Berdasarkan penelitian Arifiyanti (2016) remaja putri di Pondok Pesantren Ta'mirul islam surakarta memiliki Asupan Energi yang kurang sebesar 38,9% dan 18,5% memiliki Asupan Energi yang baik. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Amelia dkk. (2013) di Pondok Pesantren Hidayatullah Makassar bahwa Asupan Energi 87% kurang. Untuk Asupan zat Gizi makro seperti Protein 34% kurang, Lemak 10% kurang, dan Karbohidrat 99% kurang. Dan penelitian yang sama dilakukan oleh Kaenong dkk. (2014) bahwa Santriwati di Pondok Pesantren Ummul Mukminin mendapatkan Asupan zat Gizi makro yang tidak seimbang, tetapi Status Gizi santri tergolong normal.

Penilaian Status Gizi yang dilakukan oleh Intiful et al (2013) membandingkan Status Gizi anak yang tinggal di asrama dan tidak tinggal di

na menunjukkan bahwa tidak terjadi perbedaan yang signifikan antara s Gizi anak yang asrama dan tidak asrama. Asupan Energi Inadekuat. un terdapat anak yang Stunting (0,8%), Underweight (0,8%), Overweight



(12%) Dan Obesitas (11,3%). Penelitian yang sama yang dilakukan Prisasti (2015) menunjukkan sebagian besar responden yang tinggal di asrama dan tidak tinggal di asrama memiliki Status Gizi normal, akan tetapi terdapat perbedaan yang signifikan pada pola makannya. Hasil penelitian yang dilakukan Widayati (2006) pada siswa asrama dan non-asrama Status Gizi responden masih tergolong normal, namun tingkat kecukupan Energi dan Protein tergolong kurang,

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Kaenong, dkk. (2014) peneliti menggambarkan Asupan Gizi makro di Pondok Pesantren Ummul Mukminin yang ada di makassar tidak adekuat, namun pada hasil Status Gizi tergolong normal. Penelitian lain yang dilakukan di Pesantren yang berbeda Terdapat hubungan antara Asupan Energi, Protein dan zink dengan Status Gizi santri, sedangkan untuk Lemak, Karbohidrat, vitamin C, natrium, kalsium, magnesium, dan zat besi tidak terdapat hubungan dengan Status Gizi (Amelia, dkk. 2013). Oleh karena itu peneliti bermaksud untuk kembali membuktikan apakah Asupan Energi dan zat Gizi makro di Pondok Pesantren lain yang berlokasi dijalan Jl. KH. Abd. Jabbar Ashiry No.1, Pai, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Sulawesi Selatan yaitu Pondok Pesantren Darul Aman berpengaruh pada Status Gizi santri.



## B. Rumusan Masalah

Masalah Gizi yang terjadi pada remaja umumnya disebabkan oleh satu faktor yaitu pola makan yang kurang tepat yang berkaitan dengan Asupan Energi dan Zat Gizi Makro yang berdampak pada keadaan Status Gizi. Masalah Gizi dapat terjadi pada setiap remaja, tidak terkecuali pada remaja yang menuntut ilmu di Pondok Pesantren. Amelia dkk. (2013) menunjukkan bahwa di Pondok Pesantren Hidayatullah Makassar bahwa Asupan Energi 87% kurang. Untuk Asupan zat Gizi makro seperti Protein 34% kurang, Lemak 10% kurang, dan Karbohidrat 99% kurang. Konsumsi Makanan berpengaruh terhadap Status Gizi. Berbagai penelitian yang telah dilakukan mengenai Gizi remaja, menyatakan bahwa banyak remaja yang tinggal di Pondok Pesantren mengalami masalah dengan asupan makanannya. Dengan demikian masalah yang diangkat pada penelitian ini adalah mencari hubungan Asupan Energi dan Zat Gizi Makro dengan Status Gizi remaja di Pondok pesantren.

## C. Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Hubungan Asupan Energi dan Asupan Zat Gizi Makro dengan Status Gizi pada Remaja Putri Di Pondok Pesantren Darul Aman

Makassar





## 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui Status Gizi pada Remaja Putri Di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar.
- b. Untuk mengetahui Asupan Energi pada Remaja Putri Di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar.
- c. Untuk mengetahui Asupan Gizi Makro (Karbohidrat, Protein, Lemak) pada Remaja Putri Di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar.
- d. Untuk mengetahui Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi pada Remaja Putri Di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar.
- e. Untuk mengetahui Hubungan Asupan Zat Gizi Makro (Karbohidrat, Protein, Lemak) dengan Status Gizi pada Remaja Putri Di Pondok Pesantren Darul Aman Makassar.

## D. Manfaat

### 1. Manfaat Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan serta merupakan salah satu bentuk pengaplikasian ilmu yang telah diperoleh selama berada dalam ruangan kelas. Serta dapat lebih memahami lebih mendalam tentang Asupan Energi dan Asupan zat Gizi makro terhadap Status Gizi.

### 2. Manfaat Bagi Institusi Pondok Pesantren



Sebagai masukan pada Institusi pengelola makanan dalam memberikan makanan yang mencukupi Asupan Energi dan zat Gizi makro untuk mencegah kekurangan atau kelebihan zat Gizi.

### 3. Manfaat Bagi Pemerintah

Sebagai acuan untuk memberi Intervensi dalam menanggulangi remaja yang terindikasi Gizi kurang ataupun Gizi lebih di Pondok Pesantren.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum tentang Status Gizi Remaja

##### 1. Remaja

###### a. Pengertian Remaja

Remaja didefinisikan sebagai masa peralihan dari masa kanak-kanak ke dewasa. Batasan usia remaja menurut *World Health Organization* (WHO) adalah 10-19 tahun. Istilah *adolescence* atau remaja berasal dari bahasa latin *adilscere* (kata bendanya, *adolecentia* yang berarti remaja) yang berarti menjadi tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Sedangkan dalam bahasa inggris *adolescence* mengandung makna berangsur-angsur yang dapat diartikan sebagai berangsur-angsur menuju kematangan fisik, akal kejiwaan dan social serta emosional. Menurut Undang-Undang No. 4 1979 mengenai kesejahteraan anak, Remaja merupakan individu yang belum mencapai 21 tahun dan belum menikah.

Masa remaja juga disebut masa penghubung atau peralihan antara masa anak-anak dengan masa dewasa dimana terjadi perubahan bentuk, ukuran tubuh, fungsi tubuh, psikologi dan aspek fungsional. Remaja merupakan periode yang sangat berisiko terhadap kesehatan (Rice and Dolgin,2002).



Beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa remaja merupakan masa perlihan dari kanak-kanak menjadi dewasa, dimana terjadi perubahan fisik yang sangat signifikan disertai dengan mulai berfungsi nya organ reproduksi dan perubahan pada psikososialnya.

#### **b. Tahap Perkembangan Remaja**

Menurut Sarwono (2006), terdapat 3 tahap perkembangan remaja, yaitu:

##### 1) Remaja awal (*early adolescence*)

Remaja ini berada pada rentang usia 10– 12 tahun. Remaja awal ini masih heran akan perubahan yang terjadi pada dirinya dan dorongan-dorongan yang menyertai perubahan itu. Pada periode ini mereka mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik dengan lawan jenis, dan mudah terangsang secara erotis, memiliki kepekaan yang berlebihan dan berkurangnya kendali terhadap ego. Hal ini menyebabkan para remaja awal sulit dimengerti orang dewasa, dalam hal cara pandang dan berfikir, keinginan mereka untuk mencoba sesuatu hal.

##### 2) Remaja madya (*middle adolescence*)

Remaja madya berada dalam rentang usia 13-15 tahun. Remaja pada tahap ini membutuhkan banyak teman. Terdapat kecendrungan mencintai diri sendiri, dengan menyukai teman-teman yang mempunyai sifat yang sama dengan dirinya. Selain itu, ia berada dalam kondisi kebingungan karena tidak tahu harus memilih yang



mana; peka atau tidak peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimis dan sebagainya.

### 3) Remaja akhir (*late adolescence*)

Remaja akhir berada dalam rentang usia 16 – 19 tahun . Tahap ini merupakan masa konsolidasi menuju periode dewasa yaitu ditandai dengan pencapaian 5 hal, yaitu:

- a) Minat yang makin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek
- b) Egonya untuk mencari kesempatan bersatu dengan orang lain dalam pengalaman-pengalam baru.
- c) Terbentuknya identitas seksual yang tidak akan berubah lagi.
- d) *Egosentrisme* (memusatkan perhatian pada diri sendiri)
- e) Tumbuhnya dinding pemisah diri pribadinya dan masyarakat umum.

## 2. Status Gizi

### a. Definisi Status Gizi

Status Gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat Gizi. Status Gizi dibedakan antara Status Gizi buruk, Gizi kurang dan Gizi lebih. Konsumsi makanan berpengaruh terhadap Status Gizi seseorang (Almatsier,2009). Status Gizi juga merupakan keadaan yang diakibatkan oleh Status keseimbangan antara jumlah Asupan (*intake*) zat Gizi dan jumlah yang dibutuhkan (*requirement*) oleh tubuh untuk berbagai fungsi



biologis (pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, pemeliharaan kesehatan, dan lainnya (Suyanto,2009). Status Gizi juga merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara makanan yang dimasukkan ke dalam tubuh (*nutrien input*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrien output*) akan zat Gizi tersebut (Supariasa, dkk., 2001).

Status Gizi siswa digolongkan menjadi obese dan normal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 20 (30,3%) siswa Status Gizi obese dan 46 (69,7%) siswa Status Gizi normal. (Qamariyah & Nindya. 2018)

Pada penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2011) dalam Khusniyati (2015) di Pondok Pesantren Al-Islam Sukomoro Nganjuk, diperoleh data bahwa Status Gizi santri 88,1% baik, 10,4% kurang, dan 1,5% lainnya memiliki Status Gizi lebih.

Berdasarkan penelitian Musyayyib 2017 diketahui bahwa Status Gizi di Pondok Pesantren Nahdltaul Ulum Soreang Maros yang normal sebanyak 127 subjek (94,8%). Terdapat hubungan pola makan dan Status Gizi di Pondok Pesantren Nahdlatul Ulum Soreang Maros.

Hasil Penelitian yang dilakukan Kaenong (2014) di pondok pesantren Ummul Mukminin, terdapat santi 9 yang tergolong kurus, 4 santri *overweight* dan 2 orang yang obesitas.



## b. Indikator dalam Status Gizi

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang standar Antropometri Penilaian Status Gizi Remaja, diketahui bahwa penilaian Status Gizi remaja didasarkan pada Indeks IMT/U (Kemenkes, 2017). IMT (Indeks Massa Tubuh) merupakan hasil dari pembagian antara berat badan dengan tinggi badan yang di kuadratkan seperti pada rumus:

$$IMT = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{tinggi badan (cm)} \times \text{tinggi badan (cm)}}$$

Indeks IMT/U di atas, dikategorikan menjadi 5 kategori, yaitu (Kemenkes, 2011):

**Tabel 2.1**  
**Kategori Indeks Massa Tubuh (IMT) menurut umur (IMT/U)**

Ambang Batas (Z score)	Kategori Status Gizi
< -3 SD	Gizi buruk
-3 SD sampai dengan < -2 SD	Gizi kurang
< -2 SD sampai dengan 1 SD	Gizi baik
>1SD sampai dengan 2 SD	Gizi lebih
>2 SD	Obesitas

*Sumber : Kemenkes, 2020*

Indeks yang dipakai yaitu:

### 1) Indeks Massa Tubuh Menurut Umur

IMT/U adalah indikator yang terutama bermanfaat untuk penapisan kelebihan berat badan dan kegemukan. Biasanya IMT



tidak meningkat dengan bertambahnya umur seperti yang terjadi pada berat badan dan tinggi badan, tetapi pada bayi peningkatan IMT naik secara tajam karena terjadi peningkatan berat badan secara cepat relative terhadap panjang badan pada 6 bulan pertama kehidupan. IMT menurun pada bayi setelah 6 bulan dan tetap stabil pada umur 2–5 tahun.

Sifat-sifat indikator Status Gizi (Kemenkes RI, 2013):

- a) Indikator BB/TB dan IMT/U dapat digunakan untuk identifikasi kurus dan gemuk. Masalah kurus dan gemuk pada umur dini dapat berakibat pada resiko berbagai penyakit degeneratif pada saat dewasa

### c. Masalah Gizi

Menurut WHO (*World Health Organisation*) Malnutrisi Mengacu pada Defisiensi, kelebihan atau ketidakseimbangan dalam asupan Nutrisi. Gizi Buruk terbagi atas 3 kelompok besar yaitu: Kurang Gizi, yang meliputi *Wasting*, *Stunting*, *Underweight*. Lalu Malnutrisi terkait Mikronutrien, yang meliputi defisiensi Mikronutrien (kekurangan vitamin dan mineral penting) dan kelebihan mikronutrien. Kemudian Kelebihan berat badan, Obesitas dan penyakit yang tidak menular (penyakit jantung, stroke, diabetes dan kanker). Menurut Sedioetama (2008) masalah gizi terbagi atas 4





yaitu; gizi lebih, gizi kurang, penyakit metabolisme bawaan (Inborn Errors of Metabolism) dan keracunan makanan.

**d. Faktor-faktor yang mempengaruhi Status Gizi**

Ketidakstabilan ekonomi, politik dan sosial dapat berakibat pada rendahnya tingkat kesejahteraan rakyat yang antara lain tercermin pada banyaknya masalah gizi di kalangan masyarakat. Upaya dalam menyelesaikan masalah ini bertumpu pada pembangunan ekonomi, politik dan sosial yang harus dapat menurunkan tingkat kemiskinan dan mewujudkan ketahanan pangan dan gizi serta memberikan akses kepada pendidikan dan pelayanan kesehatan.

Faktor-faktor yang berkaitan dengan Status Gizi dapat dikategorikan menjadi dua yakni faktor yang secara langsung mempengaruhi Status Gizi dan faktor yang tidak secara langsung mempengaruhi Status Gizi. Faktor langsung yang mempengaruhi Status Gizi antara lain Asupan makanan dan penyakit infeksi. Sedangkan faktor tidak langsung yang mempengaruhi Status Gizi adalah ketersediaan pangan, pola asuh, fasilitas pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan (UNICEF, 1998).

Faktor yang mempengaruhi Status Gizi adalah faktor langsung seperti Asupan makan dan penyakit infeksi. Latar belakang terjadinya faktor tersebut adalah ekonomi keluarga, produksi pangan, kondisi perumahan, ketidaktahuan dan pelayanan kesehatan yang kurang baik.



Ada beberapa jenis parameter yang dilakukan yaitu: umur, berat badan, panjang badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal Lemak bawah kulit (Supariasa,dkk,2001) .

1) Faktor Penyebab langsung

a) Asupan zat Gizi

Status gizi dipengaruhi asupan gizi makronutrien dan mikronutrien yang seimbang. Angka Kecukupan Gizi merupakan banyaknya zat gizi minimal yang dibutuhkan seseorang untuk mempertahankan status gizi adekuat (Almatsier,2009)

Asupan zat gizi berasal dari makanan yang merupakan banyaknya atau jumlah pangan secara tunggal maupun beragam jenis, yang dikonsumsi seseorang atau sekelompok orang untuk memenuhi kebutuhan fisiologis, psikologis dan sosiologis. Tujuan fisiologis adalah upaya untuk memenuhi keinginan makan (rasa lapar) atau untuk memenuhi kepuasan emosional atau selera, sedangkan tujuan sosiologis adalah untuk memelihara hubungan manusia dalam keluarga dan masyarakat. (Sediaoetama, 2008).

Asupan makanan merupakan faktor utama untuk memenuhi kebutuhan gizi sebagai sumber tenaga,



mempertahankan ketahanan tubuh dalam menghadapi serangan penyakit dan untuk pertumbuhan (Harper, dkk. 1985). Pada masa remaja kebutuhan Gizi perlu mendapatkan perhatian khusus. Hal ini dikarenakan percepatan pertumbuhan dan perkembangan tubuh memerlukan Energi dan zat Gizi yang lebih baik dan lebih banyak, perubahan gaya hidup dan kebiasaan pangan menurut penyesuaian masukan Energi dan zat Gizi, kebutuhan khusus nutrien perlu diperhatikan pada kelompok remaja yang mempunyai aktifitas olahraga, mengalami kehamilan, gangguan perilaku makan, restriksi Asupan makan; konsumsi alkohol, obat-obatan. Golongan umur inipun sangat disibukkan dengan berbagai kegiatan fisik. Atas dasar berbagai faktor tersebut, kebutuhan zat Gizi perlu diutamakan. (Arisman, 2004)

Bagi remaja makanan merupakan suatu kebutuhan pokok untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuhnya. Kekurangan konsumsi makanan, baik secara kuantitatif maupun kualitatif akan menyebabkan terjadinya gangguan proses metabolisme tubuh, yang tentunya mengarah pada timbulnya suatu penyakit. Jadi dalam hal mengonsumsi makanan, yang perlu diperhatikan adalah kecukupan agar didapatkan suatu fungsi tubuh yang optimal (Almatsier, 2009).



b) Penyakit infeksi

Status Gizi kurang berhubungan erat dengan adanya penyakit infeksi dan Asupan yang tidak adekuat (UNICEF,1998) berdasarkan penelitian yang dilakukan Isnaini, dkk. (2015) terdapat hubungan antara penyakit infeksi dengan kejadian Gizi buruk. Penyakit infeksi dapat bertindak sebagai pemula terjadinya kurang Gizi sebagai akibat menurunnya nafsu makan, adanya gangguan penyerapan dalam saluran pencernaan atau peningkatan kebutuhan zat Gizi oleh adanya penyakit. Kaitan penyakit infeksi dengan keadaan Gizi kurang merupakan hubungan timbal balik, yaitu hubungan sebab akibat. Penyakit infeksi dapat memperburuk Status Gizi dan mempermudah infeksi. Adanya hubungan yang sangat erat antara infeksi (bakteri, virus dan parasit) dengan malnutrisi. Mereka menekankan interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi dan juga infeksi akan mempengaruhi Status Gizi (Supriasi, dkk 2002)

Pada penyakit infeksi umumnya terjadi peningkatan metabolisme tubuh dan pemecahan jaringan yang memerlukan Energi ekstra, selain itu orang yang kurus ada kemungkinan karena konstitusi atau pembawaannya. (Almatsier,2009)



## 2) Faktor Penyebab Tidak Langsung

### a) Umur

Faktor umur sangat penting dalam penentuan Status Gizi. Kesalahan yang terjadi karena kesalahan ini akan menyebabkan interpretasi Status Gizi salah. Hasil pengukuran berat badan dan panjang tidak akan berarti kalau penentuan umur yang salah. (Supriasa, dkk.,2001).

Umur mempunyai peran penting dalam menentukan pemilihan makanan. Pada masa bayi, seseorang tidak mempunyai pilihan terhadap makanan apa yang ingin dikonsumsi. Proses tersebut sudah dimulai ketika masa kanak-kanak, masa ini mulai memiliki kesukaan terhadap makanan tertentu. Kemudian saat seseorang tumbuh menjadi remaja dan dewasa, pengaruh terhadap kebiasaan makanan sangat kompleks (Huda 2010).

### b) Jenis kelamin

Kebutuhan zat Gizi sangat berhubungan dengan besarnya tubuh sehingga kebutuhan yang sangat tinggi terdapat pada periode pertumbuhan yang cepat. Growth spurt pada anak perempuan sudah dimulai pada umur antara 10-12 tahun sedangkan pada laki-laki pada umur 12-14 tahun (Ambarwati, 2012).



Pada masa remaja, selain terjadi pertumbuhan terjadi juga penambahan berat badan. Pertambahan berat badan ini sekitar 13kg untuk anak laki-laki dan 10 kg bagi anak perempuan. Meskipun berat badan bertambah seiring proses pertumbuhan namun ia dapat lebih mudah dipengaruhi oleh beberapa faktor, misalnya pola hidup, Asupan nutrisi, diet dan latihan. Obesitas lebih umum dijumpai pada wanita terutama pada remaja, hal ini disebabkan faktor endokrin dan perubahan hormonal. (Arisman, 2010).

Menurut Farida (2010), jenis kelamin menentukan besar kecilkan kebutuhan Gizi bagi seseorang karena pertumbuhan dan perkembangan individu sangat berbeda antara laki-laki dan perempuan. Dalam keluarga biasanya anak laki-laki mendapat prioritas yang lebih tinggi dalam distribusi makanan daripada anak perempuan.

c) Tingkat ekonomi

Jumlah dan kualitas makanan keluarga ditentukan oleh tingkat pendapatan keluarga. Pada umumnya kemiskinan menduduki posisi pertama penyebab Gizi kurang, sehingga perlu mendapat perhatian yang serius karena kemiskinan



berpengaruh besar terhadap konsumsi makanan ( Suhardjo, 2005)

Peningkatan pendapatan juga dapat mempengaruhi pemilihan jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi (Virgianto dan Purwaningsih, 2006) berdasarkan penelitian yang dilakukan Sebataraja (2014) didapatkan hubungan yang nyata ekonomi dan Status Gizi pada keluarga.

d) Faktor lingkungan

Remaja belum sepenuhnya matang dan cepat sekali terpengaruh oleh lingkungan. Kesibukan menyebabkan mereka memilih makan diluar, atau menyantap kudapan (jajanan). Lebih jauh lagi kebiasaan ini dipengaruhi oleh keluarga, teman dan terutama iklan di tv. Teman sebaya berpengaruh besar pada remaja dalam hal memilih jenis makanan. Ketidapatuhan terhadap teman dikhawatirkan dapat menyebabkan dirinya terkucil dan akan merusak kepercayaan dirinya (Arisman,2010).

e) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik merupakan gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya,selama aktivitas fisik, otot



membutuhkan banyak Energi. ( Almatsier, 2009 ) Dalam prinsip Gizi seimbang, aktifitas fisik diperlukan remaja untuk menjaga berat badan ideal dan kebugaran tubuh. Remaja disarankan melakukan aktivitas fisik yang bermanfaat dan menyehatkan seperti membersihkan kamar tidurnya, berkebun, berjalan agak jauh, menyapu atau mengepel yang bisa membuat mereka berkeringan meski tidak sedang berolahraga. ( Danone, 2010) .

#### e. Penilaian Status Gizi

Penilaian Status Gizi terdiri dari penilaian secara langsung dan penilaian secara tidak langsung. Penilaian Status Gizi secara langsung terbagi menjadi empat penilaian yaitu antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Sedangkan penilaian Status Gizi secara tidak langsung terbagi menjadi tiga yaitu survei konsumsi makanan, statistik, vital dan faktor ekologi. (Supariasa.2002)

##### 1) Penilaian langsung

##### a) Pengukuran Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang Gizi, maka antropometri Gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat Gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk





melihat ketidakseimbang Asupan Protein dan Energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti Lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, 2001). Metode antropometri sangat berguna untuk melihat ketidakseimbangan Energi dan Protein. Akan tetapi, antropometri tidak dapat digunakan untuk mengidentifikasi zat-zat spesifik (Gibson, 2005).

## 2) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai Status Gizi. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi terkait ketidakcukupan zat Gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit mata rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid (Supariasa, 2002)

## 3) Biokimia

Penilaian Status Gizi metode biokimia ialah pemeriksaan spesimen seperti darah, urine, rambut dan lain-lain yang diuji menggunakan alat khusus yang umumnya dilakukan di laboratorium. Metode ini biasanya digunakan sebagai peringatan dini terhadap kemungkinan munculnya keadaan kekurangan



atau kelebihan Gizi yang lebih parah. (Hardinsyah dan Supariasa. 2016)

Penentuan Status Gizi dengan metode laboratorium adalah salah satu metode yang dilakukan secara langsung pada tubuh atau bagian tubuh. Tujuan penilaian Status Gizi ini adalah untuk mengetahui tingkat ketersediaan zat Gizi dalam tubuh sebagai akibat dari Asupan Gizi dari makanan.(Kemenkes,2017)

#### 4) Biofisik

Penentuan Status Gizi secara biofisik adalah metode penentuan Status Gizi dengan melihat kemampuan fungsi khususnya jaringan, dan melihat perubahan struktur jaringan (Supariasa,2002).

### 2) Penilaian Tidak Langsung

#### a) Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan Status Gizi secara tidak langsung melihat jumlah dan jenis zat Gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat Gizi pada masyarakat, keluarga dan individu (Supariasa, 2002). Data yang didapat dapat berupa data kuantitatif maupun kualitatif. Data kuantitatif dapat mengetahui jumlah dan jenis pangan yang



dikonsumsi, sedangkan data kualitatif dapat diketahui frekuensi makan dan cara seseorang maupun keluarga dalam memperoleh pangan sesuai dengan kebutuhan Gizi (Baliwati, 2004).

b) Statistik Vital

Pengukuran Status Gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan Gizi. Penggunaannya dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator tidak langsung pengukuran Status Gizi masyarakat (Supariasa,2002)

c) Faktor Ekologi

Penilaian Status Gizi dengan menggunakan faktor ekologi karena masalah Gizi dapat terjadi karena interaksi beberapa faktor ekologi, seperti faktor biologis, faktor fisik, dan lingkungan budaya. Penilaian berdasarkan faktor ekologi digunakan untuk mengetahui penyebab kejadian Gizi salah (*malnutrition*) di suatu masyarakat yang nantinya akan sangat berguna untuk melakukan intervensi Gizi (Supariasa, 2002).

Penggunaan antropometri untuk menilai Status Gizi merupakan pengukuran yang paling sering dipakai. Antropometri dilakukan dengan mengukur beberapa parameter sebagai salah



satu indikator Status Gizi diantaranya umur, tinggi badan, berat badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggul, dan tebal Lemak di bawah kulit. Pada penelitian ini menggunakan pengukuran dengan antropometri untuk menghitung Status Gizi (Supariasa, 2014). Namun hanya ada empat parameter dalam pembahasan ini, yaitu:

(1) Berat Badan

Antropometri paling sering digunakan adalah berat badan. Berat badan menggambarkan jumlah dari Protein, Lemak, air dan mineral pada tulang. Berat badan dijadikan pilihan utama karena berbagai pertimbangan, antara lain: pengukuran atau standar yang paling baik, kemudahan dalam melihat perubahan dan dalam waktu yang relatif singkat yang disebabkan perubahan kesehatan dan pola konsumsi; dapat mengecek Status Gizi saat ini dan bila dilakukan secara berkala dapat memberikan gambaran pertumbuhan; berat badan juga merupakan ukuran antropometri yang sudah digunakan secara luas dan umum di Indonesia; keterampilan pengukur tidak banyak mempengaruhi ketelitian pengukuran. Faktor penting lainnya untuk penilaian Status Gizi adalah umur, maka perhitungan berat badan terhadap tinggi badan merupakan



parameter yang tidak tergantung pada umur. Pengukuran berat badan dilakukan dengan menimbang. Alat yang digunakan sebaiknya memenuhi beberapa persyaratan yaitu: mudah dibawa dari satu tempat ke tempat yang lain dan mudah digunakan; harganya relatif murah dan mudah diperoleh; skalanya mudah dibaca dan ketelitian penimbangan maksimum 0,1 kg (Supariasa, 2014).

(2) Tinggi Badan

Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang. Selain itu, faktor umur dapat dikesampingkan dengan menghubungkan berat badan terhadap tinggi badan (*Quac stick*). Pengukuran tinggi badan dapat dilakukan dengan menggunakan alat pengukur tinggi *mikrotoa (microtoise)* dengan ketelitian 0,1 cm (Supariasa, 2014).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA merupakan suatu cara untuk mengetahui resiko Kekurangan Energi Protein (KEP) pada wanita usia subur (WUS). Pemantauan LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan Status Gizi dalam jangka pendek. Menurut Depkes RI (1994) pengukuran LILA pada kelompok WUS adalah salah satu cara deteksi



dini yang mudah untuk mengetahui resiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) (Supariasa, 2014).

(4) Lingkar Perut (LP)

LP lebih banyak digunakan secara klinis untuk menilai obesitas abdominal, dengan mengukur Lemak yang terpusat di perut. Beberapa hasil penelitian menunjukkan, LP merupakan prediktor terbaik untuk risiko penyakit degeneratif (Supariasa, 2014).

## B. Tinjauan Umum Tentang Asupan Gizi

Timbulnya masalah Gizi remaja pada dasarnya dikarenakan perilaku nutrisi yang salah, yaitu ketidakseimbangan konsumsi dan kebutuhan nutrisi. Selain itu, pola aktivitas fisik yang tidak seimbang dengan Asupan makanan menyebabkan ketidakseimbangan antara penggunaan dan masuknya Energi dari makanan. Kondisi tersebut dapat menyebabkan terjadinya penumpukan atau kekurangan kalori. Remaja perkotaan dinegara maju cenderung mengkonsumsi makanan cepat saji dan kurang aktivitas (*sedentary*) yang memicu obesitas. Sementara itu, praktik pengontrolan berat badan yang tidak sehat juga berkembang di kalangan remaja perkotaan utamanya pada remaja putri (Brown, 2013).

Kecukupan Gizi yang dianjurkan adalah banyaknya masing-masing zat gizi yang harus terpenuhi dari makanan. Kecukupan Gizi dipengaruhi oleh



umur, jenis kelamin, aktivitas fisik, berat dan tinggi badan, serta genetik. Kecukupan Gizi yang dianjurkan berbeda sesuai dengan kebutuhan Gizi (Arisman, 2010).

Menurut WNPG (2004) dalam Loliana 2012 persen kecukupan menurut AKG yaitu lebih >110% AKG, Baik 80-110% AKG dan Kurang <80% AKG. Namun di klasifikasikan kembali menjadi kurang <80% AKG dan cukup >80% AKG (Anggraini, 2015) Berdasarkan Kemenkes (2019) berikut merupakan Angka Kecukupan Gizi (AKG) khususnya remaja;

**Tabel 2.2**  
**Angka Kecukupan Gizi (AKG)**

<b>Umur</b>	<b>Energi (kkal)</b>	<b>Protein (gr)</b>	<b>Lemak (gr)</b>	<b>Karbohidrat (gr)</b>
12-15 tahun	2025	65	70	300
16-18 tahun	2100	65	70	300

*Sumber : Kemenkes, 2019*

### 1. Energi

Asupan zat Gizi Protein, Karbohidrat dan Lemak dalam tubuh akan menghasilkan Energi yang diperlukan oleh tubuh. Energi dibutuhkan individu untuk memenuhi kebutuhan Energi basal, menunjang proses pertumbuhan dan untuk aktifitas sehari-hari. Energi dapat diperoleh dari Protein, Lemak dan Karbohidrat yang ada di dalam bahan makanan (Soediatama, 2010). Status Gizi adalah hasil akhir dari keseimbangan antara makanan yang dikonsumsi ke dalam tubuh (nutrien input), dengan



yang dibutuhkan oleh tubuh (nutrien output) akan zat Gizi tersebut (Supriasa, 2014).

Kebutuhan Energi untuk setiap orang berbeda-beda. Energi yang masuk melalui makanan harus seimbang dengan kebutuhan Energi seseorang. Bila hal tersebut tidak terapai akan terjadi pergeseran keseimbangan kearah negatif atau positif. Keadaan berat badan seseorang dapat digunakan sebagai salah satu petunjuk apakah seseorang dalam keadaan seimbang, kelebihan atau kekurangan Energi. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003).

Konsumsi Energi yang melebihi kecukupan akan disimpan sebagai cadangan di dalam tubuh berbentuk Lemak atau jaringan lain. Apabila keadaan tersebut berlanjut akan menyebabkan kegemukan disertai berbagai gangguan kesehatan. Antara lain tekanan darah tinggi, penyakit jantung, penyakit diabetes melitus. Begitu pun dengan kekurangan Energi yang berlangsung lama akan menyebabkan penurunan berat badan dan kekurangan zat Gizi. Penurunan berat badan yang berlanjut akan menyebabkan keadaan Gizi kurang. Keadaan Gizi kurang akan membawa akibat terhambatnya proses tumbuh kembang anak. Dampaknya pada saat mencapai usia dewasa, tinggi badannya tidak mencapai ukuran normal dan kurang tangguh. Selain itu, mudah terkena penyakit infeksi. (Depkes RI, 2003 dalam Sari 2012).





Usia reproduksi, tingkat aktivitas, dan Status nutrisi mempengaruhi kebutuhan Energi dan nutrisi pada remaja, sehingga dibutuhkan nutrisi yang sedikit lebih tinggi untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhannya tersebut. Remaja rentan mengalami defisiensi zat besi, karena kebutuhan remaja yang meningkat seiring pertumbuhannya, namun seorang remaja sering terlalu memperhatikan berat badannya. Remaja dengan berat badan kurang dan anemia beresiko melahirkan bayi BBLR jika dibandingkan dengan wanita usia reproduksi yang aman untuk hamil (Ambarwati,2012)

## 2. Karbohidrat

Karbohidrat memegang peranan penting dalam alam karena merupakan sumber Energi utama bagi manusia dan hewan yang harganya relatif murah (Almatsier, 2009). Karbohidrat adalah salah satu zat Gizi penting yang memberikan Energi cukup besar bagi tubuh untuk bekerja dan berfungsi dengan baik. Konsumsi Karbohidrat harus seimbang antara pemasukan dan pengeluaran Energinya, bila pemasukan lebih banyak dari pengeluaran maka Energi yang tidak digunakan akan disimpan didalam tubuh dalam bentuk Lemak, akibatnya banyak orang yang tubuhnya menjadi obesitas karena kelebihan Energi dan akan berlanjut dengan timbulnya masalah kesehatan (Graha,2010).

Karbohidrat dikenal sebagai zat Gizi makro sumber bahan bakar (Energi) utama bagi tubuh. Sumber Karbohidrat utama dalam pola makanan indonesia adalah beras. Di beberapa daerah, selain beras



digunakan juga jagung, ubi, sagu, sukun dan lain-lain. Sebagian masyarakat terkhusus di daerah perkotaan, juga menggunakan mie dan roti sebagai Karbohidrat, karena sebagian besar Energi berasal dari Karbohidrat. Kebutuhan Karbohidrat sebagai sumber Energi utama pada umur dewasa kurang lebih 46% dari total Energi. Gula dan makanan manis yang mengandung Karbohidrat dan tinggi Energi sebaiknya digantikan dengan makanan seperti kentang, buah-buahan dan sayuran. Jenis makanan seperti ini mengandung banyak nutrisi. (Hidayat, 2008).

### 3. Lemak

Lemak dan minyak merupakan sumber Energi paling padat, yang menghasilkan 9 kilokalori untuk setiap gram yaitu 2,5 kali besar Energi yang dihasilkan oleh Karbohidrat dan Protein dalam jumlah yang sama. Sumber utama Lemak adalah minyak tumbuh-tumbuhan, mentega, margarin dan Lemak hewan (Lemak daging dan ayam). Sumber Lemak lain adalah kacang-kacangan, krim, susu, keju dan lain-lain serta makanan yang dimasak dengan minyak (Almatsier, 2009). Lemak berguna sebagai cadangan Energi, pelarut vitamin A,D,E,dan K, pelumas persendian, pertumbuhan dan pencegahan peradangan kulit dan pemberi cita rasa pada makanan (Husaini,2006).

Kebutuhan Lemak tidak dinyatakan secara mutlak. WHO (1990) dalam Diana (2012) menganjurkan konsumsi Lemak yang dianggap baik untuk kesehatan sebanyak 20-30% kebutuhan Energi total. Jumlah



tersebut memenuhi kebutuhan akan asam Lemak esensial dan untuk membantu penyerapan vitamin larut Lemak. Diantara Lemak yang dikonsumsi sehari dianjurkan paling banyak 8% dari kebutuhan Energi total berasal dari Lemak jenuh, dan 3-7% dari Lemak jenuh ganda. Konsumsi kolesterol yang dianjurkan adalah  $\leq 300$  mg sehari (Almatsier, 2009).

Asupan Lemak yang kurang akan mengakibatkan defisiensi asam Lemak esensial dan nutria yang larut dalam Lemak, serta pertumbuhan yang buruk. Sebaliknya kelebihan Asupan Lemak beresiko kelebihan berat badan, obesitas, meningkatnya resiko penyakit kardiovaskular dikemudian hari.(Husaini, 2006).

#### 4. Protein

Menurut data *Dietary Guidelines for America* Asupan Protein pada perempuan di range umur 14-18 tahun sangat rendah dibandingkan dengan rentang Asupan yang direkomendasikan. Selain sebagai sumber Energi Protein juga berfungsi untuk membentuk jaringan baru dalam masa pertumbuhan dan perkembangan tubuh, memelihara, memperbaiki, mengganti jaringan yang rusak, dan sebagai cadangan Energi apabila tubuh kekurangan zat Gizi makro lainnya. (Hardinsyah dan Supariasa, 2016).

Kebutuhan Protein yang dianggap baik untuk kesehatan adalah sebanyak 10-20% kebutuhan Energi total (Almatsier, 2009). Sedangkan



menurut Hidayat (2008) kebutuhan Protein sehari adalah 50-60 gram perhari atau berkisar 11% dari Energi total. Kebutuhan Protein remaja dipengaruhi dengan jumlah Protein yang diperlukan untuk memelihara jaringan tubuh yang ada, juga untuk tambahan *lean body mass* selama mengalami *growth spurt*. Kebutuhan Protein berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan remaja. Puncak terjadinya kebutuhan Protein terjadi pada saat puncak percepatan tinggi badan (*peak high velocity*). (Sari, 2012). *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi* (Jalal & Atmojo, 2004) menetapkan Angka Kecukupan Protein (AKP) untuk penduduk Indonesia khususnya remaja adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.4**  
**Angka Kecukupan Protein pada remaja usia 12-15 tahun**

<b>Golongan umur</b>	<b>Berat badan (kg)</b>	<b>Tinggi badan (cm)</b>	<b>AKP (gr)</b>
<b>Pria</b>			
10-12 tahun	35	138	50
13-15 tahun	48	155	60
<b>Wanita</b>			
10-12 tahun	38	145	50
13-15 tahun	49	152	57

Sumber : WNPG 2004

Penelitian yang dilakukan oleh Bolajoko et al (2014) bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara Asupan Energi Protein Karbohidrat dan Lemak pada siswa asrama dan non asrama. Hasil penelitian Fissilmi (2018) pada mahasiswi Pesma KH Mas Mansyur berdasarkan Asupan Energi 82% responden memiliki Asupan yg baik dan 18% responden

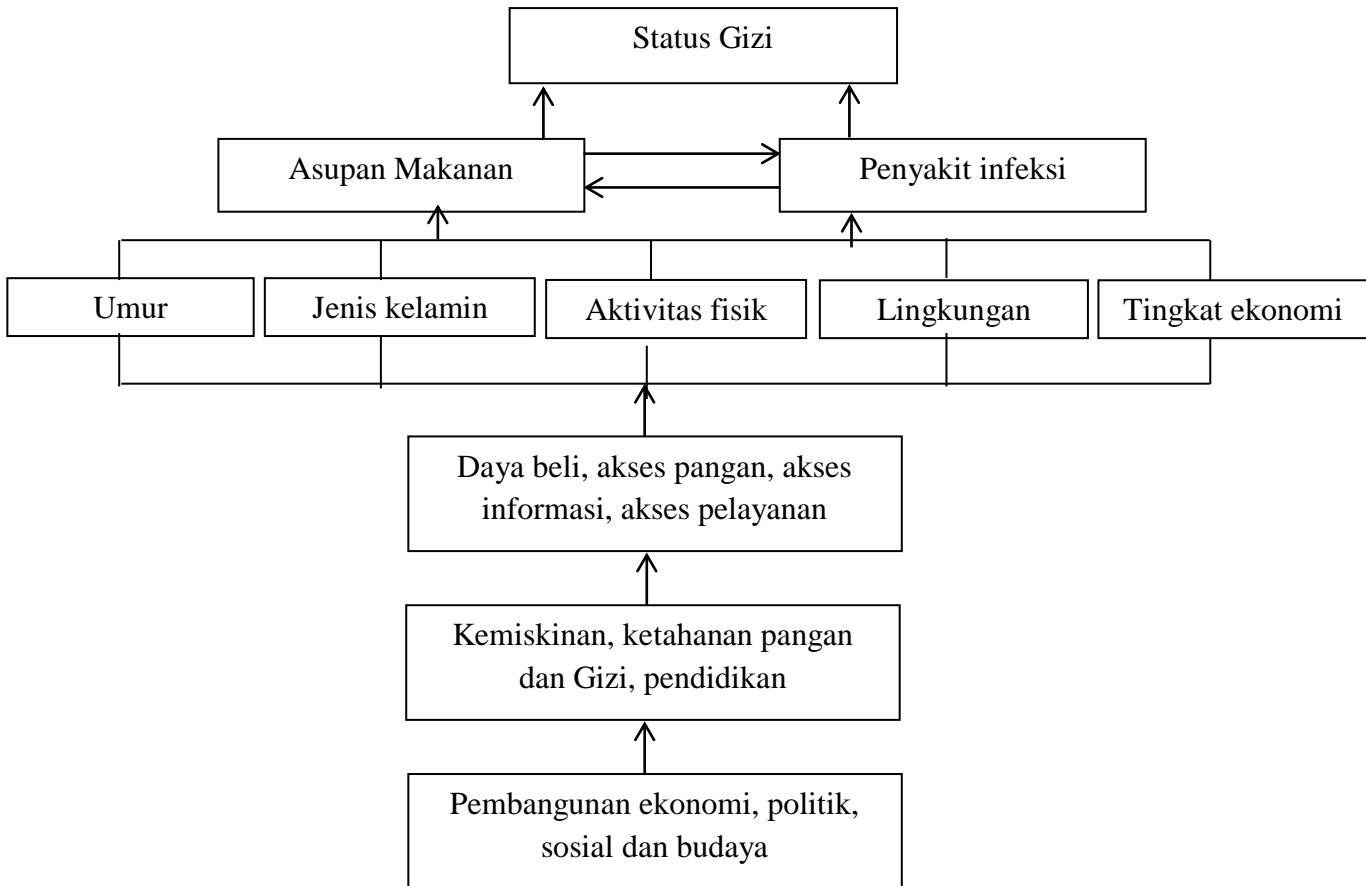


memiliki Asupan yang kurang. Berdasarkan Asupan Protein 52% responden memiliki Asupan yang baik, 3% responden memiliki Asupan yang kurang, dan 45% memiliki Asupan yang lebih. Berdasarkan Asupan Lemak 70% responden memiliki Asupan yang baik dan 30% responden memiliki Asupan yang kurang. Berdasarkan Asupan Karbohidrat 67% responden memiliki Asupan yang baik, 27% responden memiliki Asupan yang kurang, dan 6% memiliki Asupan yang lebih. Ada hubungan antara Asupan zat Gizi dengan Status Gizi pada mahasiswi Pesma KH Mas Mansyur.

Hasil penelitian Kadir (2019) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara Asupan zat Gizi makro sarapan dengan Status Gizi siswa di MTs Negeri 1 Kota Gorontalo. Penelitian yang sama dilakukan Qamariyah& Nindya (2018) bahwa terdapat hubungan signifikan antara Asupan Gizi Makro dengan Status Gizi siswa. Terdapat hubungan yang signifikan antara Asupan Energi, Protein, dan Karbohidrat dengan Status Gizi. Untuk mencapai Status Gizi optimal, remaja harus memenuhi kebutuhan Asupan Energi dan zat Gizi makro, terutama Asupan Protein yang sangat dibutuhkan dalam masa pertumbuhan (Rachmayani dkk 2018).



### C. Kerangka Teori



Gambar 2.1

Sumber : Modifikasi UNICEF (1990) dalam Bappenas (2007), Supariasa (2001), Ambarwati (2012), Suhardjo (2005), Arisman (2010), Almatsier (2009).

