

## PENDIDIKAN GIZI SEBAGAI SALAH SATU SARANA PERUBAHAN PERILAKU GIZI PADA REMAJA

Esi Emilia<sup>1</sup>

### Abstrak

*Pada masa remaja terjadi pertumbuhan cepat kedua, dimana pertumbuhan cepat pertama terjadi pada masa anak bawah lima tahun (balita). Pertumbuhan cepat (growth spurt) pada remaja merupakan masa pertumbuhan cepat dan unik. Hal ini terjadi karena perbedaan pertumbuhan fisik dan perubahan komposisi tubuh antara remaja laki-laki dan perempuan. Selain pertumbuhan, remaja juga mengalami perkembangan. Cepatnya perkembangan pada masa remaja yang berkaitan dengan kematangan fisik dan seksual memberikan perubahan dalam perkembangan sosial remaja. Dua macam gerak dalam perkembangan sosial remaja, yaitu gerak memisahkan diri dari orang tua dan gerak mendekati teman-teman sebaya. Remaja berusaha diterima oleh teman-teman sebaya (peer group) sehingga perilaku, sikap dan minat teman-teman sebaya terutama terhadap pemilihan makanan memberikan pengaruh yang lebih besar daripada pengaruh keluarga. Pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada remaja menyebabkan mereka memberikan perhatian besar terhadap penampilan dirinya. Keinginan untuk tampil dengan postur tubuh yang menarik menyebabkan remaja membatasi makan. Perubahan kebiasaan makan yang tidak tepat memungkinkan remaja mengalami gangguan makan dan masalah gizi. Pendidikan gizi pada remaja merupakan salah satu upaya untuk mendidik remaja berperilaku sesuai kaidah-kaidah gizi.*

**Kata kunci: Pendidikan Gizi, Perilaku, Remaja**

### A. Pendahuluan

Pada masa remaja, kebutuhan energi dan protein meningkat untuk memenuhi kebutuhan untuk pertumbuhan cepat. Meningkatnya

masa otot dan lemak dimana remaja putri lebih banyak mendapatkan lemak dan remaja putra lebih berotot. Terpenuhiya kebutuhan energi dan protein ditandai dengan berat badan dan tinggi badan yang normal. Oleh karena itu monitoring berat badan dan tinggi badan pada remaja sangat esensial untuk menentukan kecukupan energi setiap individu. Jika asupan energi tidak terpenuhi, protein digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi namun tidak ada persediaan untuk sintesis jaringan baru atau untuk perbaikan jaringan yang rusak. Keadaan ini dapat menyebabkan penurunan tingkat pertumbuhan dan masa otot meskipun konsumsi protein cukup.

Selama puncak pertumbuhan cepat pada remaja menyebabkan peningkatan masa tubuh, volume darah dan jumlah sel darah merah. Dengan demikian kebutuhan zat besi meningkat yang digunakan untuk myoglobin pada otot dan haemoglobin pada darah (Spear 1996). Pada remaja putra, kebutuhan besi selama *growth spurt* kira-kira 10-15 mg/hari (WNPG VIII 2004). Setelah *growth spurt* dan maturasi seksual terjadi penurunan kebutuhan untuk zat besi (Spear 1996). Pada remaja putri, selain zat besi dibutuhkan untuk pertumbuhan cepat, zat besi juga dibutuhkan untuk menggantikan kehilangan zat besi pada saat menstruasi. Rata-rata kebutuhan maksimum zat besi pada remaja putri 26 mg/hari (WNPG VIII 2004)

Kebutuhan kalsium sangat besar pada remaja karena terjadinya peningkatan masa tulang yaitu kurang lebih 37%. Tingginya kehilangan tulang selama *monopouse* dihubungkan dengan rendahnya intake kalsium pada usia dini dan remaja (Delisle 1999). Konsumsi kalsium sangat dibutuhkan selama remaja karena mempengaruhi kesehatan tulang sepanjang hidupnya. Karena perkembangan otot, kerangka dan endokrin yang cepat, kebutuhan kalsium sangat besar selama masa remaja dibanding kelompok usia lain kecuali ibu hamil dan 45% masa tulang bertambah selama remaja. (Spear 1996). Pada akhir masa remaja, 90-95% dari total masa tulang pada tubuh telah terpenuhi. Kandungan mineral dalam tulang harus maksimal selama remaja untuk mencegah osteoporosis. Makanan yang kaya kalsium juga mengandung zat gizi lain seperti pospor, magnesium dan vitamin D yang dibutuhkan untuk kesehatan tulang.

Iodium sangat penting bagi remaja untuk kecepatan pertumbuhan yang tinggi dan meningkatkan kebutuhan iodium selama hamil. Kekurangan iodium pada masa remaja ditandai IQ yang rendah dan tingginya angka absensi sekolah. Beberapa studi

menunjukkan bahwa IQ dapat dipakai dalam penentuan kekurangan iodium. Konsentrasi  $T_3$  yang rendah dalam otak menunjukkan kekurangan iodium, bersama-sama dengan berkurangnya tingkat serum  $T_4$  (Soekirman 2000).

Seng dikenal sebagai zat gizi yang esensial untuk pertumbuhan dan kematangan seksual selama masa puber. Seng berfungsi meningkatkan pembentukan tulang. Konsumsi yang terbatas pada makanan yang mengandung seng mempunyai dampak terhadap pertumbuhan fisik dan perkembangan seksual (Spear 1996).

Kebutuhan vitamin juga meningkat selama remaja. Karena tingginya kebutuhan energi, thiamin, riboflavin dan niacin penting untuk pelepasan energi dari karbohidrat. Meningkatnya pertumbuhan dan kematangan seksual menyebabkan meningkatnya kebutuhan asam folat dan vitamin B 12 (Spear 1996). Asam folat berperan dalam mencegah cacat pada bayi yang nanti akan dilahirkan oleh remaja. Asam folat dapat diperoleh dari makanan yang beranekaragam atau dari suplemen. Vitamin A, C dan E dibutuhkan dalam jumlah yang lebih banyak untuk pembentukan sel yang baru.

## **B. Pembahasan**

### **1. Status Gizi Remaja**

Status gizi merupakan keadaan tubuh seseorang atau sekelompok orang akibat dari konsumsi, penyerapan dan penggunaan zat gizi makanan. Dengan menilai status gizi seseorang atau sekelompok orang, maka dapat diketahui apakah seseorang atau sekelompok orang tersebut status gizinya baik atau tidak baik (Riyadi 2001).

Remaja putri yang telah mengalami haid lebih rentan terhadap anemia dibanding yang belum mendapat haid. Asupan makanan yang tidak cukup pada remaja putri tidak dapat menyediakan cukup zat gizi untuk memenuhi kebutuhan mereka. Kekurangan zat gizi mikro pada remaja dapat berdampak negatif pada proses pertumbuhan dan kematangan organ-organ reproduksi. Kegagalan mencapai status gizi dan kesehatan yang optimal akan berdampak pada status gizi dan kesehatan saat ini dan juga berdampak pada status gizi generasi penerus.

Perubahan fisik karena pertumbuhan yang cepat akan mempengaruhi status gizi dan kesehatan remaja. Remaja yang mengalami gizi kurang, tumbuh lebih lambat dan umur *menarche*

(umur pertama kali haid) juga tertunda (Spear 1996). Massa tubuh yang rendah pada remaja putri berhubungan dengan menurunnya massa tulang pada masa dewasa awal dan dapat menyebabkan risiko osteoporosis yang lebih besar pada pasca menopause (Riyadi 2001)

Keadaan gizi seseorang merupakan gambaran makanan yang dikonsumsi dalam jangka waktu yang cukup lama. Pada masa remaja, kebutuhan zat gizi yang tinggi diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan tubuh yang cepat. Jika kebutuhan zat gizi tersebut tidak terpenuhi maka akan menyebabkan terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan tubuh, bahkan dapat menyebabkan tubuh kekurangan gizi dan mudah terkena penyakit dan sebaliknya (Supriasa *et al.* 2001).

Masalah gizi kurang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari. Terjadinya gizi kurang karena konsumsi energi lebih rendah dibandingkan dengan kebutuhan yang mengakibatkan sebagian cadangan energi tubuh dalam bentuk lemak akan digunakan.

Survei Nasional yang dilakukan di Indonesia pada tahun 1996/1997 di Ibukota seluruh propinsi Indonesia (Depkes 2003a) menunjukkan bahwa 5,9% penduduk laki-laki (umur diatas 18 tahun) mengalami gizi kurang dan pada perempuan 5,7%. Lebih dari 36,1% anak sekolah di Indonesia tergolong pendek ketika memasuki usia sekolah yang merupakan indikator adanya keadaan kurang gizi kronik pada waktu kecilnya (Hadi 2005). Dalam profil Kesehatan Indonesia tahun 2001 dapat dilihat bahwa prevalensi anak yang bertubuh pendek hanya mengalami sedikit perubahan yaitu 39,8% tahun 1994 menjadi 36,1 pada tahun 1999.

Anemia diakui sebagai masalah gizi terbesar selama remaja dan makanan merupakan faktor penyebab utama. Berdasarkan Survey Konsumsi Rumah Tangga 2001, prevalensi anemia gizi besi pada remaja putri 26,5%. Penelitian Saraswati dan Sumarno (1997) pada enam Dati II propinsi Jawa Barat menemukan prevalensi anemia pada anak SMU sebesar 42,6%.

Kelebihan berat badan terjadi apabila makanan yang dikonsumsi mengandung energi melebihi kebutuhan tubuh. Kelebihan energi tersebut akan disimpan sebagai cadangan dalam bentuk lemak sehingga menyebabkan seseorang menjadi lebih gemuk. Obesitas adalah kondisi abnormal atau kelebihan lemak yang serius dalam jaringan adiposa sehingga mengganggu kesehatan (Baranowski *et al.*

2003). Gizi lebih dapat menyebabkan munculnya penyakit-penyakit non infeksi yang sekarang banyak terjadi di negara-negara maju maupun negara sedang berkembang.

Seperti halnya orang dewasa, gizi lebih dan obesitas pada anak-anak dan remaja mengalami peningkatan baik di negara maju maupun negara berkembang. Prevalensi obesitas pada anak-anak dan remaja di Malaysia menurut kelompok umur meningkat dari 6,6% pada umur 7 tahun menjadi 13,8% pada kelompok umur 10 tahun (Ismail *et al.* 1998). Di Cina, 10% anak sekolah mengalami obesitas sedangkan di Jepang prevalensi obesitas pada umur 6-14 tahun berkisar antara 5%-11% (Ito dan Murata, 1999). Hasil studi Wang *et al.* (2002) menemukan prevalensi gizi lebih meningkat di Brazil (dari 4,1% menjadi 13,9%), Cina (dari 6,4% menjadi 7,7%) dan Amerika dari (15,4% menjadi 25,6%).

Survei Nasional yang dilakukan di Indonesia pada tahun 1996/1997 di Ibukota seluruh propinsi Indonesia menunjukkan bahwa 8,1% penduduk laki-laki (umur diatas 18 tahun) mengalami gizi lebih dan 6,8% mengalami obesitas. Pada perempuan 10,5% mengalami gizi lebih dan 13,5% mengalami obesitas (Depkes 2003).

Prevalensi obesitas pada remaja cukup tinggi di Yogyakarta. Survei obesitas pada remaja siswa/siswi SMP di Yogyakarta menunjukkan bahwa 7,8% dari 4.747 remaja di perkotaan dan 2% dari 4.602 remaja perdesaan mengalami obesitas (Hadi 2005). Dari studi ini ditemukan bahwa asupan energi remaja yang obesitas lebih tinggi (607,9 kkal/hari) dibanding remaja yang tidak obesitas. Dilihat dari kebiasaan makannya, ternyata remaja yang obesitas 2-3 kali lebih sering mengkonsumsi makanan *fast food* daripada remaja yang normal. Dalam kesehariannya, remaja yang mengalami obesitas mempunyai waktu untuk nonton televisi lebih lama dibanding remaja yang tidak obesitas ( $3,14 \pm 1,56$  jam perhari dibanding  $2,62 \pm 1,67$  jam perhari).

## 2. Masalah Makan

Masalah makan yang dihadapi remaja dapat diketahui dari masalah atau gangguan yang dihadapi pada waktu makan. Masalah makan merupakan gangguan makan yang berasal dari dalam diri atau diluar diri remaja (Rees 2000). Keinginan untuk tampil cantik, tidak puas dengan bentuk tubuh memicu terjadinya masalah makan.

Gangguan ini dapat berupa hilangnya nafsu makan atau nafsu makan yang tidak terkontrol sehingga makan berlebihan (Wardlaw *et al.* 1992). Pola makan yang tidak normal biasanya terjadi pada remaja dan dewasa muda.

Diet pada remaja dilakukan untuk mendapatkan bentuk tubuh yang ideal atau normal. Namun banyak remaja tidak menyadari dan tidak memahami bentuk tubuh yang ideal. Ketidakpuasan terhadap tubuh menyebabkan remaja melakukan penurunan berat badan. Survei yang dilakukan Johnston dan Haddad (1996) pada remaja putra dan putri ditemukan 45% dari mereka ingin kurus dan 37% telah melakukan penurunan berat badan. Pada remaja putri keinginan untuk kurus telah dimulai sejak kelas 3 SMP (40%) dan 79% pada kelas 3 SMU. Remaja putri yang telah melakukan penurunan berat badan sebesar 28% pada kelas 3 SMP dan 59,9% pada kelas 3 SMU. Hal yang sama terjadi pada remaja putra, keinginan untuk kurus 31-41% dan 31% telah mencoba untuk menurunkan berat badan. Dari survei ini terlihat bahwa semakin bertambah umur remaja, semakin besar keinginan untuk tampil menarik dengan melakukan berbagai cara untuk mengurangi berat badan.

Diet ketat selama remaja biasanya disebabkan perilaku makan yang tidak sehat seperti makan berlebihan, memuntahkan makanan, menggunakan obat pencahar dan sebagainya. Diet ketat yang dilakukan tanpa pengawasan dokter atau pengetahuan yang tidak cukup akan membahayakan kesehatan remaja. Diet dengan intik kalori yang rendah atau puasa menyebabkan penurunan berat badan dengan cepat (Rickert & Jay 1996).

Penurunan berat badan yang cepat pada remaja berdampak pada pertumbuhan, defisiensi zat gizi, menstruasi tidak teratur, letih, lemah, depresi, kekurangan cairan, sembelit, konsentrasi berkurang dan susah tidur (Johnston & Haddad 1996). Sesak nafas, rambut rontok dan kulit kering adalah efek samping dari diet rendah kalori.

Perhatian yang besar terhadap berat badan dan ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh atau penampilan menyebabkan banyak remaja melakukan usaha mengubah penampilan mereka dengan membatasi konsumsi makan. Selain itu tekanan dari budaya dan lingkungan untuk memiliki bentuk tubuh yang ideal atau kurus mendorong remaja membatasi konsumsi atau melakukan diet. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa perilaku diet meningkat pada usia remaja. Diet

yang berlangsung lama merupakan faktor resiko timbulnya masalah makan seperti *anorexia nervosa* dan *Bulimia nervosa*.

### 3. Body Image

*Body image* adalah persepsi terhadap penampilan fisik yang dihubungkan dengan aspek gambaran tubuh (Heinberg & Thompson 1996). *Body image* berhubungan dengan perasaan, gambaran dan perilaku individu yang berhubungan dengan tubuh mereka. *Body image* dapat diidentifikasi melalui persepsi dari ukuran tubuh (ketepatan dari persepsi tentang satu ukuran tubuh misalnya percaya bahwa badan seseorang lebih besar dari ukuran tubuh yang diinginkan), subjektif (kepuasaan, perhatian dan keinginan dengan ukuran tubuh tertentu) dan aspek perilaku (ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh). Dorongan-dorongan ingin memiliki bentuk tubuh yang dianggap ideal menyebabkan seorang remaja berusaha membatasi makan. Secara alami, gangguan *body image* pada remaja berhubungan dengan masalah makan, pola makan yang tidak sehat dan ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh.

Penelitian pada remaja putri di Inggris mengungkapkan bahwa meskipun kurang dari 4% dari sampel gemuk, namun lebih dari 40% menyatakan tubuh mereka tergolong gemuk dan ingin menurunkan berat badannya (Heinberg & Thompson 1996). Pada kelompok remaja putra, persepsi tentang bentuk tubuh berbeda dengan remaja putri. Perhatian terhadap bentuk tubuh lebih mengarah pada bentuk tubuh yang besar, berotot dan berisi. Remaja putri akan mencoba menurunkan berat badan empat kali lebih banyak daripada remaja putra dan sebaliknya, remaja putra mempunyai keinginan tiga kali lebih besar untuk menaikkan berat badan daripada remaja putri.

Heinberg dan Thompson (1996) mengemukakan tiga komponen dasar untuk mencegah timbulnya *body image* terutama pada remaja putri melalui pendidikan tentang dampak membahayakan pengaturan berat badan yang tidak sehat, membantu mengatur penambahan berat badan yang sehat menggunakan prinsip gizi, diet dan aktivitas fisik serta mengembangkan ketrampilan untuk melawan tekanan sosial dan budaya supaya kurus.

Kebiasaan makan seringkali merupakan suatu pola yang berulang atau bagian dari rangkaian panjang kebiasaan hidup secara keseluruhan yang dapat diukur dengan pola konsumsi pangan. Konsumsi pangan adalah jumlah pangan (tunggal atau beragam) yang

dimakan seseorang atau sekelompok orang tertentu dengan tujuan tertentu. Dalam aspek gizi, tujuan mengkonsumsi pangan adalah untuk memperoleh sejumlah zat gizi yang diperlukan oleh tubuh (Hardinsyah & Martianto 1989). Pola konsumsi pangan adalah frekwensi beragam jenis pangan yang biasa dikonsumsi, biasanya berkembang dari pangan setempat atau dari pangan yang telah ditanam ditempat tersebut untuk jangka waktu yang panjang (Suhardjo 1989).

Pengetahuan gizi dan kesehatan yang terbatas pada remaja, menyebabkan mereka melakukan kebiasaan makan yang dapat merugikan kesehatan mereka sendiri. Rickert dan Jay (1996) menyebutkan ada empat kebiasaan makan yang dilakukan remaja yaitu :

(1) Mengurangi frekuensi makan (*skipping meal*)

Mengurangi frekuensi makan seperti tidak makan pagi merupakan salah satu kebiasaan yang dilakukan remaja. Penelitian tentang kebiasaan makan pagi ditemukan 50% remaja putri tidak makan pagi yang dihubungkan dengan tidak ada selera makan dan ketersediaan menu yang kurang memuaskan (Rickert & Jay 1996)

(2) Suka mengkonsumsi makanan ringan (*snacking*)

Makan makanan ringan (cemilan) merupakan perilaku makan yang menyenangkan bagi remaja terutama remaja putri. Hurlock (1997) menyatakan bahwa remaja suka jajan jenis makanan ringan seperti kue-kue, permen dan lain-lain, sedangkan sayur-sayuran dan buah-buahan jarang dikonsumsi sehingga dalam diet mereka rendah serat, zat besi dan vitamin C. Makanan cemilan dapat menurunkan selera makan sehingga remaja yang terlalu banyak mengkonsumsi makanan ringan biasanya akan makan dengan porsi yang lebih sedikit, bahkan sering tidak makan. Beberapa studi mengungkapkan bahwa cemilan yang dikonsumsi remaja pada umumnya rendah serat, kosong kalori, rendah vitamin A, kalsium dan besi (Spear 1996).

Kebiasaan remaja mengkonsumsi makanan ringan diikuti dengan gaya hidup *sedentary* (aktivitas kurang). Mengkonsumsi makanan ringan sambil menonton televisi dapat memicu terjadinya kelebihan berat badan. Penelitian pada remaja Amerika ternyata waktu yang dihabiskan untuk menonton televisi 22 jam perminggu, sedangkan mengerjakan pekerjaan rumah dan



membaca berturut-turut 22 jam perminggu dan 5 jam perminggu (Meredith 1996).

(3) Makanan siap saji (*fast food*)

*Fast food* atau makanan siap saji merupakan salah satu makanan yang sangat disukai remaja. Selain rasanya yang dapat diterima, pelayanan dan sarana yang memuaskan membuat remaja menyukai *fast food*. Namun kandungan gizi *fast food* rendah besi, kalsium, riboflavin dan vitamin A tetap tinggi kalori, lemak jenuh dan garam (Spear 1996). Penelitian Mujiyanto (1994) pada enam kota besar di Indonesia menunjukkan terjadinya peningkatan konsumsi makanan "*fast food*" pada remaja dan anak sekolah. Sebagian besar remaja mengkonsumsi *junk food* satu kali seminggu dengan makanan yang paling sering dikonsumsi *fried chicken*.

(4) Kebiasaan merokok

Perilaku merokok pada remaja merupakan wujud sikap memberontak, keingintahuan, tekanan dalam kelompok (*peer pressure*), dan anggapan merokok sebagai simbol kedewasaan (Bruess, 1989). Dari hasil penelitian kebiasaan merokok pada pelajar SLTA di Bandung menunjukkan 16,2% pelajar merokok sebelum usia 13 tahun. Aditama (1997) menyatakan merokok dapat menurunkan fertilitas atau kesuburan. Diperkirakan kesuburan wanita perokok hanya 72% dari kesuburan wanita yang tidak merokok. Menopause datang 2-3 tahun lebih cepat pada wanita perokok. Gangguan kesehatan lain seperti kanker paru, kanker leher rahim, abortus, menurunkan fertilitas, kelahiran bayi cacat dan BBLR pada ibu hamil merupakan resiko buruk akibat merokok pada wanita.

### C. Penutup

Pendidikan gizi adalah suatu upaya untuk mengadakan perubahan pengetahuan, sikap maupun keterampilan atau praktek dalam hal konsumsi makanan. Pendidikan gizi sangat penting karena meskipun daya beli masyarakat tinggi dan pangan tersedia namun apabila pengetahuan gizi masyarakat kurang baik maka masyarakat tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi (Suhardjo, 1996).

Menurut Johnson dan Johnson (1985) pendidikan gizi mempunyai tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang. Tujuan jangka pendek adalah : 1) Mendapatkan pengetahuan tentang makanan

yang menyediakan zat gizi esensial bagi tubuh dan mengetahui kegunaan zat gizi bagi tubuh, 2) Membangun kerangka konseptual tentang prinsip-prinsip gizi, penjabarannya dan aplikasi dari prinsip tersebut, 3) Membangun sikap positif terhadap kebiasaan mengembangkan motivasi menggunakan pengetahuan gizi untuk promosi kesehatan dan kesejahteraan, merespon makanan bergizi dalam sikap yang baik, 4) Mengkonsumsi makanan bergizi, termasuk menggunakan pengetahuan gizi dalam memilih makanan.

Tujuan jangka panjang pendidikan gizi adalah: 1) Menggunakan kerangka konseptual gizi untuk mengatur perubahan suplai makanan dan dapat membedakan beberapa anjuran diet, 2) Mencari dan mau menerima pengetahuan tentang gizi, 3) Seleksi dengan baik dan mengkonsumsi makanan yang bergizi dari hari ke hari sepanjang hidup untuk memelihara kesehatan, kesejahteraan dan produktivitas.

Dengan timbulnya sikap positif, seseorang segera mengkonsumsi berdasarkan pengetahuan dan kerangka konseptual yang dibangun. Namun kadang muncul konflik bathin atau pertentangan antara pengetahuan yang baru diperoleh dengan kebiasaan yang selama ini dilakukan. Biasanya seseorang akan segera berusaha mencari informasi yang benar kemudian mengkonsumsi selamanya.

Komposisi zat gizi setiap makanan memiliki kelebihan dan kekurangan. Beberapa makanan mengandung karbohidrat tinggi tetapi kurang vitamin dan mineral. Sedangkan makanan lain kaya vitamin C tetapi kurang vitamin A dan sebagainya. Agar mendapatkan makanan dengan zat gizi yang lebih lengkap, maka sebaiknya kita mengkonsumsi makanan sehari-hari yang beranekaragam. Dengan mengkonsumsi makanan yang beranekaragam, kekurangan zat gizi pada jenis makanan yang satu akan dilengkapi oleh keunggulan susunan zat gizi jenis makanan yang lain sehingga diperoleh masukan zat gizi yang seimbang.

Pada tahun 1995, Direktorat Bina Gizi Departemen Kesehatan menerbitkan buku panduan “13 Pesan Dasar Gizi Seimbang” untuk dewasa dan remaja. Pedoman Umum Gizi Seimbang untuk remaja adalah suatu panduan bagi remaja yang berisi informasi tentang “13 Pesan Dasar Gizi Seimbang” khusus untuk remaja. Buku panduan tersebut merupakan pegangan bagi petugas kesehatan dalam melaksanakan kegiatan penyuluhan kepada remaja (Depkes 1997). Ke 13 pesan Pedoman Umum Gizi Seimbang tersebut adalah: 1)

Makanlah Aneka Ragam Makanan, 2) Makanlah Makanan untuk Memenuhi Kecukupan Energi, 3) Makanlah Makanan Sumber Karbohidrat, setengah dari Kebutuhan Energi, 4) Batasi Konsumsi Lemak dan Minyak sampai Seperempat dari Kecukupan, 5) Gunakan Garam Beryodium, 6) Makanlah Makanan Sumber Zat Besi, 7) Berikan ASI Saja Kepada Bayi sampai Berumur 6 Bulan, 8) Biasakan Makan Pagi, 9) Minumlah Air Bersih, Aman dan Cukup Jumlahnya, 10) Lakukan Kegiatan Fisik dan Olahraga Secara Teratur, 11) Hindari Minum Minuman Beralkohol, 12) Makanlah Makanan yang Aman bagi Kesehatan, dan 13) Bacalah Label pada Makanan yang Dikemas

### DAFTAR PUSTAKA

- Aditama TY. 1997. *Rokok dan Kesehatan*. Edisi ke-3. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Anwar F. 2002. Model Pengasuhan Anak Bawah Dua Tahun dalam Meningkatkan Status Gizi dan Perkembangan Psikososial [disertasi]. Bogor: Program Pascasarjana, Institut Pertanian Bogor; 2003.
- Baranowski T, Cullen KW, Nicklas T, Thompson D, Baranowski J. 2003. Are Current Health Behavioral Change Models Helpful in Guiding Prevention of Weight Gain Effort? *Obesity Research* 11:23S-43S.
- Delisle H. 1999. *Nutrition in Developing Countries? To Address Which Problems, and How?* WHO: Geneva.
- [Depkes] Departemen Kesehatan. 1997. *Pedoman Gizi Seimbang untuk Remaja*. Jakarta: Depkes RI.
- [Depkes] Departemen Kesehatan. 2003a. *Gizi Dalam Angka Sampai Dengan Tahun 2002*. Jakarta: Depkes RI.
- Haddad EH. 1996. Vegetarian and Other Dientary Parctices. Di dalam : Rickert VI, editor. *Adolescent Nutrition Assessment and*

*Management*. Ed ke-2. New York: Chapman & Hall. hlm 125-129.

Hadi H. 2005. *Beban Ganda Masalah Gizi dan Implikasinya terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional*. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar pada Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.

Hardinsyah, Martianto D. 1989. *Menaksir Angka Kecukupan Gizi dan Protein serta Penilaian Gizi Konsumsi Pangan*. Jakarta: Wirasari.

Heinberg LJ, Thompson JK. 1996. Body Image. Di dalam: Rickert VI, editor. *Adolescent Nutrition Assessment and Management*. Ed ke-2. New York: Chapman & Hall. Hlm 136-158.

Herman S. 1990. Penggunaan Leaflet dalam Pendidikan Gizi dan Pengaruhnya terhadap Tingkat Pengetahuan Ibu. *Penelitian Gizi dan Makanan, Puslitbang Gizi Bogor*.

Hurlock EB. 1997. *Perkembangan Anak*. Jakarta: Erlangga.

Johnston PK, Haddad EH. 1996. Vegetarian and Other Dietary Practices. Di dalam: Rickert VI, editor. *Adolescent Nutrition Assessment and Management*. Ed ke-2. New York: Chapman & Hall. Hlm 57-88.

Johnson DW, Johnson RT. 1985. Nutrition Education: A Model for Effectiveness, A Synthesis of Research. *Journal Nutrition Education* 27:235-246

Kanashiro HMC *et al.* 2003. Formative Research to Develop a Nutrition Education Intervensi to Improve Dietary Iron Intake among Women and Adolescent Girls

Madanijah S. 2003. Model Pendidikan "GI-PSI-SEHAT" bagi Ibu serta Dampaknya terhadap Perilaku Ibu, Lingkungan Pembelajaran, Konsumsi Pangan dan Status Gizi Anak Usia Dini [disertasi]. Bogor: Program Pascasarjana, Institut Pertanian Bogor; 2004.

- Meredith CN. 1996. Exercise and Fitness. Di dalam : Rickert VI, editor. *Adolescent Nutrition Assessment and Management*. Ed ke-2. New York: Chapman & Hall. hlm 122-135
- Rees JM. 2000. *Eating Disorder during Adolescence: Nutritional Problem and Intervensi*. Washington: Elsevier Science Inc.
- Rickert VI, Jay MS. 1996. Behavior Change and Compliance: The Dietitian as Counselor. Di dalam : Rickert VI, editor. *Adolescent Nutrition Assessment and Management*. Ed ke-2. New York: Chapman & Hall. hlm 123-135.
- Riyadi H. 2001. *Buku Ajar Metode Penilaian Status Gizi Secara Antropometri*. Bogor: Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Institut Pertanian Bogor.
- Saraswati E, Sumarno. 1997. Perbedaan Tingkat Pengetahuan Anemia Remaja Putri SMU Anemia dan Non Anemia di Enam Dati II Propinsi Jawa Barat. <http://w.w.w.p3gizi.litbang.depkes.go.id/> 19 Januari 2006.
- Soehardjo. 1989. *Sosio Budaya Gizi*. Bogor: Pusat Antar Universitas, Institut Pertanian Bogor.
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan Nasional.
- Spear B. 1996. Adolescent Growth and Development. Di dalam : Rickert VI, editor. *Adolescent Nutrition Assessment and Management*. Ed ke-2. New York: Chapman & Hall. hlm 1-24.
- Supariasa IDN, Bakri B, Fajar I. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sztainer *et al.* 2003. Family Meal Pattern: Associations with Sociodemographic Characteristics and Improved Dietary Intake among Adolescents. *Journal American Diet Association* 103;317-322.

Wang Y, Monteiro, Popkin BM. 2002. Trend of Obesity and Underweight in Older Children Young Adolescent in United States, Brazil, China and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition* 75:971-977.

Wardlaw G, Insel PM, Seyler MF. 1992. *Contemporary Nutrition, Issues and Insights*. St. Louis: Mosby - Year Book.

[WNPG] Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII. 2004. *Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi*. Jakarta: LIPI.

---

<sup>y</sup> Dr. Esi Emilia, M.Si adalah dosen Program Studi Tata Boga FT Unimed.