

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Remaja merupakan periode kehidupan individu yang tidak tergolong anak-anak, tetapi belum juga dikategorikan sebagai orang dewasa. Pada tahap kehidupan remaja, remaja akan mengalami perubahan pada dirinya, baik secara fisik maupun psikologis. Selain perubahan secara fisik maupun psikologis, perubahan ekspektasi dan cara pandang terhadap keadaan sekitar remaja berubah. Menurut WHO, rentang usia pada remaja adalah 10 – 19 tahun (WHO, 2014). Dalam perkembangan dan pertumbuhan remaja secara fisik ada perubahan yang terjadi, terkadang perubahan fisik yang terjadi tidak sesuai dengan citra tubuh yang ada dimasyarakat. Psikososial remaja akan berfokus pada pertumbuhan fisik yang dipengaruhi oleh kondisi lingkungan disekitarnya (World Health Organization, 2007).

Menurut Pritasari, Damayanti dan Lestari (2017), permasalahan gizi yang biasa didapatkan remaja antara lain Anemia, Kurang Energi Kronis, Obesitas, dan Gangguan makan. Gangguan makan adalah gangguan yang dikarakteristikan sebagai gangguan makan yang berlangsung secara terus menerus, berdampak pada penyerapan dan konsumsi yang diubah oleh penderita secara cepat, selain itu berdampak pada gangguan fisik maupun fungsi psikososial (Ogden, 2010). Terdapat beberapa klasifikasi gangguan makan, salah satunya adalah *Anoreksia nervosa*. *Anoreksia nervosa* adalah salah satu diagnose dari gangguan makan yang mana mempengaruhi asupan gizi masuk dan diserap oleh tubuh, dan berlangsung terus menerus yang secara signifikan mengganggu kesehatan fisik atau fungsi

psikososial (Mustelin *et al.*, 2016). Pada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health* ke 5, *Anoreksia nervosa* diartikan pula sebagai ketakutan yang berkelanjutan terhadap bertambah berat tubuh, meskipun berat badan penderita sudah dikategorikan kurus (APA, 2013). *Anoreksia nervosa* memiliki angka mortalitas lebih tinggi daripada bulimia (Odgen, 2010), karena dampak dari *anoreksia nervosa* tidak hanya berpengaruh pada kondisi fisik, tapi dapat berisiko kepada kematian. Lebih dari 90% penderita *anoreksia nervosa* mengalami amenorrea sekunder disebabkan oleh malnutrisi kronis (Gorwood *et al.*, 2016). Perawatan yang diperlukan untuk mengobati penderita *anoreksia nervosa* adalah 13 – 14 minggu, dengan durasi sakit ≥ 6 tahun (Carter dan Bewell-Weiss, 2011).

Berdasarkan penelitian sebelumnya pasien *Anoreksia nervosa* di Amerika Serikat rata-rata berusia 20 tahun, dengan gejala pertama muncul 15 – 19 tahun (Arcelus *et al.*, 2011). Menurut Jane Odgen dalam buku *The psychological eat eating* kelompok usia yang berisiko terkena *anoreksia nervosa* adalah remaja pertengahan hingga remaja akhir (15 – 18) tahun (Ogden, 2010). Penderita yang didiagnosa *anoreksia nervosa* memiliki Indeks Massa Tubuh $< 17 \text{ kg/m}^2$. Lalu, tingkat keparahan di kelompokan berdasarkan rentang IMT penderita, yaitu ringan/*mild* dengan $\text{IMT} \geq 17 \text{ kg/m}^2$, sedang/*moderate* dengan $\text{IMT} 16 - 16,99 \text{ kg/m}^2$, berat/*severe* dengan $\text{IMT} 15 - 15,99 \text{ kg/m}^2$, dan ekstrim/ *extreme* dengan $\text{IMT} < 15 \text{ kg/m}^2$ (APA, 2013).

Prevalensi orang yang terkena gangguan makan (*anoreksia* dan bulimia *nervosa*) adalah 0,21% atau sebesar 0,1% untuk setiap satu Negara pada tahun 2017, apabila secara global diperkirakan 16 milyar orang terkena *anoreksia* dan

bulimia secara klinis. Menurut Dutta, prevalensi penduduk dengan gangguan makan di Indonesia menempati urutan ke 4 setelah India, USA, dan Cina pada tahun 2014 (Chairani, 2018). Pada penelitian yang dilakukan di Surabaya, terdapat 349 remaja perempuan Surabaya yang memiliki kecenderungan anoreksia nervosa dengan tingkatan berbeda, pertama 9,7% atau 34 remaja putri dengan tingkat kecenderungan anoreksia nervosa tinggi, pada tingkatan sedang berjumlah 84,8% atau 296 remaja putri, dan 5,4% atau 19 remaja putri dikategorikan memiliki kecenderungan *Anoreksia nervosa* rendah (Sari dan Rosyidah, 2020).

1.2 Identifikasi Masalah

Menurut Kementerian Kesehatan RI masalah gizi remaja yang umum terjadi adalah anemia, obesitas, kurang energi kronis, dan gangguan makan (Pritasari, Damayanti and Lestari, 2017). Prevalensi orang yang terkena gangguan makan (anoreksia dan bulimia nervosa) ialah 0,21% atau sebesar 0,1% untuk setiap satu negara, apabila secara global diperkirakan 16 milyar orang terkena anorexia dan bulimia secara klinis. Pada tahun 2019, terdapat deteksi dini pada usia produktif (15 – 59 tahun) yang dilakukan di Surabaya. Adapun deteksi dini mencakup deteksi dini kemungkinan obesitas, deteksi hipertensi, deteksi kemungkinan diabetes mellitus, deteksi gangguan mental emosional dan perilaku, pemeriksaan ketajaman penglihatan, dan pemeriksaan ketajaman pendengaran. Berdasarkan DSM-V, anoreksia nervosa tergolong gangguan mental dan klinis, sehingga deteksi dini usia produktif mencakup permasalahan kesehatan tersebut (Mustelin *et al.*, 2016). Selanjutnya, pada tabel 1.1 merupakan gambaran hasil pelayanan kesehatan usia produktif di Surabaya.

Tabel 1.1 Frekuensi orang berisiko gangguan mental dan emosi menurut jenis kelamin di Surabaya 2019

No.	Puskesmas	Berisiko					
		L		P		L+P	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Tanjungsari	213	3,8	248	2,41	461	2,9
2.	Simomulyo	2.989	32,77	7.496	34,37	10.485	33,9
3.	Manukan Kulon	1.016	5,8	1.155	5,83	2.171	5,82
4.	Balongsari	2.490	30,22	4.858	31,48	7.348	31,04
5.	Asemrowo	158	3,18	595	6,51	753	5,34
6.	Sememi	87	0,76	243	0,77	330	0,77
7.	Benowo	2.063	22,39	5.447	31,65	7.510	28,42
8.	Jeruk	1.507	32,9	2.976	44,92	4.483	40,01
9.	Lidah Kulon	31	0,68	65	0,81	96	0,76
10.	Bangkingan	905	23,88	1.914	34,87	2.819	30,38
11.	Lontar	823	15,95	1.008	15,65	1.8131	15,78
12.	Made	541	16,05	838	12,76	1.379	13,88
Jumlah (Kab/Kota)		88.518	11,54	151.245	12,01	239.763	11,83

Sumber: Profil Kesehatan Kota Surabaya tahun 2019

Berdasarkan hasil cakupan pelayanan usia produktif di wilayah Surabaya Barat, dapat diketahui bahwa terdapat beberapa wilayah kerja puskesmas yang memiliki persentase orang dengan usia produktif yang berisiko gangguan mental dan emosi diatas pesentase orang berisiko se-Surabaya, yaitu diantaranya Puskesmas Simomulyo, puskesmas Benowo, puskesmas Jeruk, puskesmas Balongsari, dan puskesmas Bangkingan. Di wilayah Surabaya Barat terdapat beberapa Sekolah Menengah Atas baik Negeri maupun Swasta, namun sekolah yang memiliki siswa heterogen (berbagai latar belakang sosial-ekonomi) adalah Sekolah Menengah Atas Negeri.

Adapun Anoreksia disebabkan oleh dua faktor, yaitu secara personal, dan lingkungan (Krummel and Kris-Etherton, 1996). Pada faktor personal dirinci kembali menjadi beberapa sub-faktor, yaitu pengetahuan, efikasi diri, regulasi diri,

citra tubuh, riwayat diet dan indeks massa tubuh. Pada sub-faktor tingkat pengetahuan, ditinjau dari literasi kesehatan siswa Surabaya, khususnya dimensi kesehatan mental, dan diketahui bahwa hanya 31,9% yang memiliki pemahaman pada dimensi kesehatan mental. Rendahnya daya paham siswa dapat berpengaruh pada perilaku sehat, khususnya pada kesehatan mental remaja (Aula and Nurhayati, 2020). Sehingga, pengetahuan tentang nilai kesehatan pribadi memiliki pengaruh terhadap terjadinya gangguan makan ((Krummel and Kris-Etherton, 1996) dalam (Laila, 2013)).

Selain itu, efikasi diri seseorang dapat berkontribusi terjadinya penyimpangan citra tubuh dan menjadi salah satu faktor personal dalam individu dengan *Anoreksia nervosa*. Hal ini timbul karena ada adanya penerimaan bentuk tubuh diri yang rendah pada remaja akan menimbulkan kecenderungan anoreksia nervosa (Permatasari, 2012).

Dalam regulasi diri didapati bahwa penderita anoreksia nervosa cenderung mengalami disfungsi regulasi diri khususnya emosi, dimana saat penderita mengalami emosi positif, penderita akan makan lebih banyak daripada porsi biasanya, apabila tengah mengalami emosi yang buruk maka penderita cenderung mengurangi bahkan tidak makan (Meule *et al.*, 2019).

Pada SMK Negeri 2 Kediri Jurusan Administrasi Perkantoran terdapat 95 siswa atau 79,2% memiliki kecenderungan anoreksia nervosa sedang, dan 25 siswa berkecenderungan anoreksia nervosa rendah (Sofiah and Vivi, 2012). Dikarenakan indikasi awal dari anoreksia nervosa adalah niat seseorang yang ditandai dengan adanya perilaku yang menunjukkan ada kelainan emosional seperti

ketakutan akan bertambahnya berat badan, perubahan *body image*, dan pembatasan makan yang dilakukan secara berlebihan agar penurunan berat badan dapat berlangsung cepat. Sehingga, penilaian tubuh yang negatif dapat memicu adanya usaha-usaha subyek untuk melakukan pengendalian bentuk tubuh, bahkan dengan cara yang tidak sehat (Permatasari, 2012).

Diet merupakan salah satu faktor yang paling berisiko. Pola diet yang sangat membatasi diri dalam pengonsumsian makanan, atau individu melakukan jenis diet tertentu yang menghindari makanan dengan tinggi lemak, dan karbohidrat. Penderita *Anoreksia nervosa* akan berusaha untuk mempertahankan bentuk tubuhnya sebagai suatu upaya adaptasi terhadap standar bentuk tubuh ideal (Davidson, Kring and Neale, 2006).

Meskipun di Indonesia belum ada deteksi dini tentang anoreksia nervosa, apabila ditinjau dari indeks massa tubuh, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018 Provinsi Jawa Timur, persentase kelompok usia 13 – 15 tahun yang memiliki proporsi tubuh kurus ($IMT < 18.5$) sebanyak 4,99% remaja perempuan dan pada kelompok usia 16 – 18 tahun sebesar 4,20% (Kemenkes RI, 2018). Lalu di kota Surabaya, persentase remaja dengan $IMT < 18.5$ usia 13 – 15 tahun sebanyak 2.25% remaja perempuan dan pada kelompok usia 16 – 18 tahun sebesar 5,05% (Dinkes Kota Surabaya, 2020). Sehingga perlu perhatian secara fisik, karena tanda penderita anoreksia nervosa adalah $IMT \geq 17 \text{ kg/m}^2$ (APA, 2013).

Selanjutnya, pada faktor lingkungan terdapat beberapa sub-faktor didalamnya, yaitu tekanan dari keluarga, tekanan sosial kultural, tekanan media massa, kekerasan fisik, dan tekanan dari teman sebaya (Krummel and Kris-

Etherton, 1996; Laila, 2012). Keluarga dapat menjadi faktor penyebab, apabila dukungan keluarga rendah dan menjadi pemicu perubahan pola makan. Tekanan pada keluarga akan bentuk tubuh dan berat badan dapat memicu remaja untuk mengurangi asupan makanan secara drastis, sehingga dapat memicu remaja mengalami kelaparan (Eli, 2018).

Tekanan sosio kultural yang hadir ditengah pergaulan remaja dapat berupa berat badan tubuh yang tidak sesuai dengan standar lingkungan sekitar, maka sering mendapatkan kritik untuk menyesuaikan bentuk tubuh dengan standar lingkungan yang ada. Maka, dari perspektif tersebut membuat remaja berupaya untuk mengurangi berat badan dengan berbagai cara, salah satunya dengan melakukan diet yang tidak sehat (Normate, Nur dan Toy, 2017).

Standar kecantikan tidak hadir begitu saja ditengah masyarakat, media massa menjadi alat untuk membawa kesan tentang standar tubuh ideal. tekanan yang dirasakan dapat berupa ketidakpuasan diri terhadap bentuk tubuh, lalu akan mempengaruhi keputusan untuk pemilihan pola diet yang cenderung tidak sehat (Brown and Tiggemann, 2016). Tidak hanya pola diet, tetapi media massa yang terbawa oleh teknologi informasi juga berpengaruh pada aktifitas fisik siswa, khususnya siswa SMAN 12 Surabaya (Yange dan Prihanto, 2018).

Kekerasan fisik dapat menjadi faktor penyebab *Anoreksia nervosa*. Dari hasil wawancara kepada penderita anoreksia nervosa yang mengalami kekerasan fisik di masa kecil membuat remaja menarik diri dari sosial. Pembatasan diri dari lingkungan sosial berupa keputusan untuk mengurangi makanan yang berlebih, sehingga penderita mengalami kelaparan. Apabila perilaku tersebut terjadi

berkepanjangan maka, penderita akan berpotensi mengalami anoreksia nervosa (Eli, 2018).

Pada tahun 2020, terdapat remaja perempuan Surabaya sebanyak 9,7% atau 34 remaja putri dengan kecenderungan Anoreksia Nervosa tinggi, kecenderungan Anoreksia Nervosa sedang berjumlah 84,8% atau 296 remaja putri, dan 5,4% atau 19 remaja putri dikategorikan memiliki kecenderungan *Anoreksia nervosa* rendah. salah satu penyebab kecenderungan tersebut dikarenakan adanya perundungan sebagai bentuk tekanan dari teman sebaya terhadap bentuk tubuh yang dimiliki oleh remaja Apabila semakin tinggi tekanan yang didapatkan maka, semakin tinggi pula terkenan kecenderungan *anoreksia nervosa* (Sari dan Rosyidah, 2020). Selain itu, rendahnya dukungan sosial atau teman sebaya dapat mempengaruhi tingkat kebugaran jasmani siswa, khususnya di SMA “X” Surabaya (Cahyono and Muhammad, 2017).

Ditinjau dari faktor penyebab anoreksia nervosa diketahui bahwa terdapat penggolongan besar, yaitu faktor personal dan faktor lingkungan (Krummel and Kris-Etherton, 1996). Dimana kedua faktor tersebut saling berinteraksi sehingga membentuk sebuah perilaku, khususnya kecenderungan anoreksia nervosa. Terdapat suatu perubahan perilaku teori sosial kognitif dengan konsep *triadic reciprocal determinism*, dimana ketiga elemen faktor perubahan perilaku berinteraksi dan membentuk hubungan timbal balik (Abdullah, 2019). Penderita anoreksia nervosa memiliki tidak hanya memiliki permasalahan kesehatan pada fisik, namun memiliki permasalahan pada sosial, seperti kecenderungan menarik diri dari sosial, dan memiliki efikasi diri yang rendah (Sofiah and Vivi, 2012; Eli,

2018). Hal tersebut menunjukkan adanya interaksi dari ketiga elemen, sehingga teori sosial kognitif menjadi landasan pemilihan kerangka konsep

Berdasarkan studi literature, dan besaran resiko gangguan emosional pada usia produktif di wilayah Surabaya Barat, maka peneliti akan menganalisis keterhubungan faktor personal dan faktor lingkungan terjadinya kecenderungan Anoreksia Nervosa pada remaja Surabaya. Pada faktor personal dirinci dalam beberapa sub-faktor, yaitu tingkat pengetahuan, efikasi diri, regulasi diri, citra tubuh, riwayat diet, dan indeks massa tubuh. Lalu pada faktor lingkungan dibagi menjadi beberapa sub-faktor, yaitu tekanan keluarga, tekanan sosial-kultural, tekanan media massa, kekerasan fisik, dan tekanan teman sebaya. Selain itu, terdapat satu sekolah di wilayah Surabaya Barat yang memiliki beberapa faktor kecenderungan anoreksia nervosa, maka sebagai langkah pencegahan diperlukan analisis lebih lanjut terhadap keterhubungan faktor lain dan terjadinya kecenderungan Anoreksia Nervosa pada remaja di SMA “X” Surabaya dengan pendekatan teori sosial kognitif.

1.3 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah pada penelitian berikut berdasarkan identifikasi masalah adalah bagaimana keterhubungan faktor personal dan faktor lingkungan terhadap terjadinya kecenderungan *Anoreksia nervosa* pada siswa SMA Surabaya.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Penelitian berikut bertujuan untuk menganalisis hubungan faktor personal dan faktor lingkungan penyebab kecenderungan *anoreksia nervosa* pada siswa SMA Surabaya.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi demografi responden (usia, jenis kelamin, tingkatan kelas) pada siswa SMA “X” Surabaya.
2. Menganalisis hubungan antara faktor personal (pengetahuan, *regulasi diri*, *efikasi diri*, citra tubuh, riwayat diet, dan indeks massa tubuh) dan kecenderungan Anoreksia Nervosa pada siswa SMA “X” Surabaya.
3. Menganalisis hubungan antara faktor lingkungan (keluarga, sosio-kultral, media massa, kekerasan fisik, dan teman sebaya) dan kecenderungan anoreksia nervosa pada siswa SMA “X” Surabaya
4. Mengidentifikasi kecenderungan anoreksia nervosa pada siswa SMA “X” Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi peneliti

Hasil penelitian diharapkan akan menambah informasi mengenai faktor resiko kecenderungan Anoreksia nervosa di Siswa SMA Surabaya.

1.5.2 Bagi responden

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan bagi responden dan instansi terkait agar mampu melakukan upaya preventif bagi Siswa SMA Surabaya untuk menghindari kecenderungan anoreksia nervosa

1.5.3 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat sebagai sumber informasi bagi mahasiswa untuk ilmu pengetahuan tentang faktor risiko dan kecenderungan anoreksia nervosa pada siswa SMA Surabaya. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi perhatian bagi fakultas agar mampu berkontribusi dalam upaya promotif dan preventif terhadap kecenderungan anoreksia nervosa pada remaja.