

SKRIPSI

**PENGARUH EDUKASI GIZI TERHADAP PERUBAHAN
PENGETAHUAN DAN GAYA HIDUP *SEDENTARY* PADA
ANAK GIZI LEBIH DI SDN SUDIRMAN I MAKASSAR
TAHUN 2013**

**MARISA ROSTANIA
K21109281**



**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

RINGKASAN

**Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Ilmu Gizi
Skripsi, Mei 2013**

Marisarostania

**“Pengaruh Edukasi Gizi Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Gaya Hidup *Sedentary* Pada Anak Gizi Lebih di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013”
(xii + 75 Halaman + 14 Tabel + 3 Gambar + 9 Lampiran)**

Obesitas mulai menjadi masalah kesehatan diseluruh dunia. Bahkan WHO sebagai organisasi kesehatan dunia telah menyatakan bahwa obesitas merupakan masalah epidemi global. Di Indonesia, terutama di kota-kota besar, dengan adanya perubahan gaya hidup yang menjurus ke westernisasi dan *sedentary* berakibat pada perubahan pola makan atau konsumsi masyarakat yang berdampak meningkatkan risiko obesitas (WHO, 2000). Melihat tingginya prevalensi obesitas dan dampak buruk dari obesitas itu sendiri, maka perlu dilakukan pencegahan sejak dini untuk mengurangi tingkat prevalensi dan dalam rangka menciptakan sumber daya manusia yang lebih baik.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi terhadap pengetahuan dan gaya hidup *sedentary* pada anak gizi lebih . Jenis penelitian yang digunakan adalah *pra eksperimental*. Jumlah sampel yaitu 55 responden. Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis Univariat dan Bivariat.

Hasil penelitian ini menunjukkan, ada pengaruh signifikan antara edukasi gizi dengan perubahan pengetahuan anak gizi lebih di Sekolah Dasar Sudirman I Makassar Tahun 2013 dengan nilai $p < 0,000$ ($p < 0,05$). Dan Tidak ada hubungan yang bermakna antara edukasi yang diberikan dengan perubahan gaya hidup *sedentary* pada anak gizi lebih di Sekolah Dasar Sudirman I Makassar Tahun 2013 dengan nilai $p > 0,108$ ($p > 0,05$).

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh edukasi terhadap pengetahuan dan edukasi tidak berpengaruh terhadap gaya hidup *sedentary*. Disarankan kepada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian yang lebih spesifik mengenai gaya hidup *sedentary*.

Daftar Pustaka : 62 (1991-2012)

Kata Kunci : Edukasi, Pengetahuan, Gaya Hidup *Sedentary*, Gizi Lebih.

KATA PENGANTAR



Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta ilmu pengetahuan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Sebuah kesyukuran yang besar atas segala kenikmatan dan kemudahan yang Allah berikan kepada penulis sehingga skripsi ini bisa diselesaikan dengan baik meskipun begitu banyak tantangan. Namun penulis yakin bahwa tantangan tersebut akan menjadi cerita tersendiri yang mengiringi perjuangan tutup strata ini.

Berhasilnya penyusunan skripsi ini menandai berakhirnya suatu dimensi perjuangan yang penuh dengan makna dan kenangan dalam menimba ilmu di Jurusan Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan selanjutnya akan menjadi titik awal bagi penulis untuk dapat berbuat yang terbaik bagi masyarakat, bangsa dan agama.

Penulis mempersembahkan skripsi ini kepada kedua orang tua penulis bapak **H. Tani Abdul Azis** dan **Ibu Hj. Ipati** . yang senantiasa mengalirkan doa dan kasih sayang dalam setiap doanya. Terima kasih atas segala dukungan, pengertian, motivasi, semangat serta pengorbanan yang telah kalian berikan, semoga segala kebaikan senantiasa tercurah kepada kalian. Mudah-mudahan saya dapat membuat kalian bangga, Amin.

Demikian pula ucapan terima kasih yang tulus, rasa hormat dan penghargaan yang tak terhingga, kepada:

1. Bapak **Aminuddin Syam, SKM, M.Kes** selaku pembimbing I yang dengan penuh kesabaran telah mengarahkan penulis dari awal perkuliahan dan dari awal penulisan hingga terselesaikannya skripsi ini, dan Ibu **Ulfah Najamuddin, S.Si, M.Kes** selaku pembimbing II penulis yang selalu memberikan motivasi dan dengan penuh kesabaran membimbing penulis .
2. Bapak **M. Arsyad Rahman. SKM M.Kes**, Ibu **Dr. Dra. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes** dan ibu **dr. Devintha Virani, S.ked** sebagai penguji yang telah memberikan saran dan kritik demi perbaikan skripsi ini.
3. Ibu **Dr. Nurhaedar Jafar Apt., M.Kes** selaku ketua Program Studi Ilmu Gizi dan dosen pengajar mata kuliah yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat selama penulis menempuh bangku kuliah di Prodi Ilmu Gizi FKM Unhas serta seluruh staf Prodi Gizi yang telah banyak membantu dalam proses administrasi dalam rangka penyusunan skripsi ini.
4. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Wakil Dekan, seluruh staf termasuk staf akademik yang mengatur pengurusan surat dan pengumpulan berkas serta memberikan bantuan yang berarti kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Untuk keluarga tersayang Fatria Rostania, M Yusuf Sulaiman, Nayla Syifa Azzahra, Razqa. Terima kasih semangat dan doanya semoga bisa menjadi kebanggaan.
6. Untuk kk tersabar saya Elys Dariatmo Herik, S.Ked , terima kasih atas bantuannya selama ini, dan untuk motivasinya.

7. Rekan tim penulis Sukhmawati Thasim dan ka Barre Allo yang selalu senantiasa berjuang bersama-sama dan sabar menghadapi saya.
8. Teman - teman angkatanku tercinta Galeter 2009, Ilmu Gizi 2009, AGOGO kalian adalah teman terbaik yang pernah saya kenal.
9. Kepala sekolah beserta staf, guru, siswa siswi, dan orangtua siswa SDN 1 Sudirman Makassar yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Manusia tak pernah luput dari kekhilafan, karena itu penulis sangat menghargai bila ada kritik dan saran demi penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bernilai ibadah di sisi Allah SWT dan dapat memberikan manfaat kepada kita semua. Amin

Makassar, Mei 2013

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
RINGKASAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Obesitas Anak.....	9
B. Tinjauan Tentang Pengetahuan.....	23
C. Tinjauan Tentang Gaya Hidup <i>Sedentary</i>	27
D. Tinjauan Tentang Anak Usia Sekolah	35
E. Tinjauan Tentang Gizi Seimbang	36
F. Kerangka Teori	37
G. Kerangka Konsep	39

H. Alur Penelitian.....	40
I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	41

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	43
B. Lokasi Penelitian.....	44
C. Populasi dan Sampel	44
D. Pengumpulan Data	45
E. Pengolahan dan Penyajian Data	47
F. Analisa Data	47
G. Instrumen Penelitian	48

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	49
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	49
2. Analisa Univariat	52
3. Analisis Bivariat	55
B. Pembahasan	60
1. Karakteristik Umum Responden	60
2. Karakteristik Orangtua	63
3. Perubahan Berat Badan Responden	65
4. Pengetahuan Responden.....	65
5. Gaya Hidup Responden.....	66
C. Keterbatasan Penelitian	69

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	70
B. Saran	70

DAFTAR PUSTAKA	71
-----------------------------	----

LAMPIRAN LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Judul	Halaman
2.1	Klasifikasi Indeks Massa Tubuh Dewasa	20
2.2	Kategori Status Gizi IMT/U Anak Umur 5-8 tahun	21
4.1	Distribusi Jumlah Siswa SD Negeri Sudirman I Makassar TA 2012/201 Berdasarkan Kelas (Rombel)	50
4.2	Distribusi Jumlah Personil SD Negeri Sudirman I Makassar TA. 2012/2013	51
4.3	Distribusi Status Gizi Siswa Kelas 4, 5 dan 6 di SDB Sudirman I Makassar Thun 2013	52
4.4	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013	53
4.5	Distribusi Responden berdasarkan Orang Tua di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013	54
4.6	Distribusi Status Gizi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013	55
4.7	Perbedaan Rata Rata Berat Badan Sebelum dan Sesudah Edukasi Gizi di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013	56
4.8	Distribusi Kriteria Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Edukasi Gizi di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013	56
4.9	Perbedaan Rata Rata Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Edukasi di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013	57
4.10	Distribusi Gaya Hidup Responden Sebelum dan Sesudah Edukasi Gizi di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013	58
4.11	Perbedaan Rata Rata Gaya Hidup Responden Sebelum dan Sesudah Edukasi di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013	58
4.12	Distribusi Rata Rata perkegiatan <i>Sedentary</i> (jam/hari) Responden Sebelum dan Sesudah Edukasi Gizi di SDN Sudirman I Makassar Tahun 2013	59

DAFTAR GAMBAR

Tabel	Judul	Halaman
2.1	Kerangka Teori	38
2.2	Kerangka Konsep	39
2.3	Alur Penelitian	40

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Tabel Sintesa Penelitian Terkait
- Lampiran 2 Kuesioner Pengetahuan
- Lampiran 3 Kuesioner Gaya Hidup Sedentary
- Lampiran 4 Materi Edukasi
- Lampiran 5 Master Tabel Penelitian
- Lampiran 6 Hasil Analisis Penelitian
- Lampiran 7 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Obesitas mulai menjadi masalah kesehatan diseluruh dunia. Bahkan WHO sebagai organisasi kesehatan dunia telah menyatakan bahwa obesitas merupakan masalah epidemi global, sehingga obesitas sudah merupakan suatu problem kesehatan yang harus segera ditangani. Di Indonesia, terutama di kota-kota besar, dengan adanya perubahan gaya hidup yang menjurus ke westernisasi dan *sedentary* berakibat pada perubahan pola makan atau konsumsi masyarakat yang merujuk pada pola makan tinggi kalori, tinggi lemak dan kolesterol, terutama terhadap penawaran makanan siap saji (*fast food*) yang berdampak meningkatkan risiko obesitas (WHO, 2000).

Dewasa ini obesitas telah menjadi masalah kesehatan dan gizi masyarakat dunia, baik di negara maju maupun di negara berkembang. *Review* atas epidemi obesitas yang dilakukan Low, Chin dan Deurenberg-Yap (2009) memperlihatkan bahwa prevalensi kelebihan berat (*overweight*) di negara maju berkisar dari 23,2 % di Jepang hingga 66,3 % di Amerika Serikat, sedangkan di negara berkembang berkisar dari 13,4 % di Indonesia, sampai 72,5 % di Saudi Arabia. Adapun prevalensi kegemukan (*obesity*) di negara maju berkisar dari 2,4 % di Korea Selatan hingga 32,2 % di Amerika Serikat, sedangkan di negara berkembang berkisar dari 2,4 % di Indonesia sampai 35,6 % di Saudi Arabia (Sugiyanti, 2009).

Kejadian obesitas saat ini mulai melanda kelompok umur balita dan anak sekolah. Obesitas pada anak akan menyebabkan aktivitas dan kreativitas anak akan menurun, dengan kelebihan berat badan, anak menjadi malas yang pada akhirnya akan menurunkan tingkat kecerdasan anak. Obesitas yang tidak dapat dicegah pada masa anak-anak merupakan pemicu munculnya berbagai penyakit degeneratif. Obesitas berdampak negatif terhadap tumbuh kembang anak terutama aspek perkembangan psikososial seperti gangguan psikososial seperti rendah diri, depresi dan menarik diri dari lingkungan. Selain itu, obesitas pada anak beresiko tinggi menjadi obesitas dimasa dewasa dan berpotensi mengalami berbagai penyebab kesakitan dan kematian (Nurul, 2009).

Obesitas permanen, cenderung akan terjadi bila kemunculannya pada saat anak berusia 5 – 7 tahun dan anak berusia 4 – 11 tahun, maka perlu upaya pencegahan terhadap gizi lebih dan obesitas sejak dini (usia sekolah) (Simatupang, 2008). Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya gizi lebih pada anak usia sekolah, antara lain sosial ekonomi yang mempengaruhi pola konsumsi, dimana anak yang berasal dari keluarga ekonomi tinggi, cenderung mengkonsumsi makanan yang berkadar lemak tinggi. Secara singkat, gizi lebih disebabkan oleh ketidakseimbangan antara asupan energi dengan energi yang digunakan. Selain itu faktor yang mempengaruhi gizi lebih, adalah umur, jenis kelamin, tingkat sosial ekonomi, faktor lingkungan, aktivitas fisik, kebiasaan makan dan faktor neuropsikologik serta faktor genetika (Suhendro, 2003).

Di Indonesia sendiri saat ini memiliki masalah gizi ganda. Artinya, masalah gizi kurang belum teratasi sepenuhnya, sementara sudah muncul masalah gizi lebih. Pada data RISKESDAS tahun 2010, terjadi peningkatan dari 6,4% pada tahun 2007 menjadi 9,2% pada tahun 2010 pada anak umur 6-12 tahun. Prevalensi obesitas pada anak laki laki umur 6-12 tahun lebih tinggi dari prevalensi pada anak perempuan berturut turut sebesar 9,5% dan 6,4%.

Sedangkan menurut Laporan Provinsi Sulawesi Selatan (Riskesdas 2007) pada kelompok umur yang sama, prevalensi berat badan lebih pada laki-laki 7,4% dan pada perempuan 4,8%. Meskipun prevalensi berat badan lebih untuk kedua jenis kelamin lebih rendah dibanding angka nasional, namun prevalensi berat badan lebih ini jika ditinjau berdasarkan kabupaten/kota, kota Makassar menunjukkan prevalensi berat badan lebih tertinggi dibandingkan 23 kabupaten/kota lainnya di Sulawesi Selatan sebesar 20,2% pada laki-laki dan 10,1% pada perempuan. Nilai ini berada diatas prevalensi Sulawesi Selatan.

Berdasarkan data dari *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) tahun 1967-1980 dan 2003-2006 dalam (*Center of Disease Control*) CDC menunjukan bahwa prevalensi terjadinya obesitas meningkat untuk anak usia 2-5 tahun prevalensinya meningkat dari 5% sampai 12,4%. untuk usia 6-11 tahun prevalensinya meningkat dari 6,5% sampai 17% dan pada usia 12-19 tahun prevalensi meningkat dari 5% sampai 17,6%. (Rahmawati, 2009).

Menurut Ensminger (1995) obesitas disebabkan oleh kombinasi dari kelebihan makanan dengan kurangnya aktifitas fisik. Sedangkan menurut labuza (1991), 95% obesitas disebabkan adanya konsumsi makanan berlebih (*overconsumtion*) yang banyak dipengaruhi faktor lingkungan. Perubahan gaya hidup yang menjurus ke westernisasi dan pola hidup kurang gerak (*sedentary life styles*) sering ditemukan di kota kota besar di Indonesia. Hal ini mengakibatkan terjadinya perubahan pola makan masyarakat yang merujuk pada pola makan tinggi kalori, lemak dan kolesterol, terutama makanan siap saji (*fast food*) yang berdampak meningkatkan obesitas (Manurung, 2009).

Pola makan berlebihan cenderung dimiliki oleh orang yang kegemukan. Orang yang kegemukan biasanya lebih responsif dibanding dengan orang memiliki berat badan normal terhadap isyarat lapar eksternal seperti rasa dan bau makanan atau saatnya waktu makan. Mereka cenderung makan bila ia merasa ingin makan, bukan makan pada saat ia lapar. Pola makan yang berlebihan inilah yang menyebabkan mereka sulit untuk keluar dari kegemukan apabila tidak memiliki kontrol diri dan motivasi kuat untuk mengurangi berat badan (Indika, 2010).

Aktivitas fisik juga merupakan salah satu variabel yang menjadi faktor pemicu obesitas. Anak yang jarang bergerak akan lebih mudah mengalami kenaikan berat badan karena mereka tidak membakar kalori melalui aktifitas fisik. Aktivitas fisik yang dilakukan setiap hari bermanfaat bukan hanya

untuk mendapatkan kondisi tubuh yang sehat tetapi juga bermanfaat untuk kesehatan mental, hiburan dalam mencegah stres (WHO, 2000).

Data umum tentang aktivitas fisik di Sulawesi Selatan menyatakan bahwa hampir separuh penduduk (49,1%) di Sulawesi Selatan kurang melakukan aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat di kota Makassar (72,9%), Pangkajene Kepulauan (62,5%) (Depkes, 2008 dalam Suryati, 2011).

Ada beberapa penelitian yang terkait dalam penelitian ini, seperti penelitian yang dilakukan oleh Demy Faheem Dasril yang dilakukan pada anak taman kanak-kanak di DKI Jakarta, dimana hasilnya menunjukkan bahwa secara proporsi, angka obesitas pada subyek yang menjalani *sedentary life* sebesar 30% lebih besar daripada anak yang obesitas tetapi tidak menjalani *sedentary life* yaitu sebesar 22,7%. Obesitas ditemukan 1,462 kali lebih banyak pada anak yang *sedentary life* dibandingkan dengan anak yang *non sedentary life* (Dasril, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Mustelin menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara aktivitas fisik dengan obesitas pada anak. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa responden yang tidak rutin berolahraga memiliki risiko obesitas sebesar 1,35 kali dibandingkan dengan responden yang rutin berolahraga. Selain itu ternyata anak yang tidak rutin berolahraga justru cenderung memiliki asupan energi yang lebih tinggi dibandingkan anak yang rutin berolahraga. Makanan dan aktivitas fisik dapat mempengaruhi

timbulnya obesitas baik secara bersama maupun masing-masing (Sartika, 2011)

Hasil penelitian Adiwianto(2008) di SMP Domenico Savoi Semarang diperoleh bahwa olahraga dengan intensitas sedang sampai vigorous dengan frekuensi 3 kali seminggu dan durasi 40 menit/sesi selama 12 minggu menurunkan IMT remaja obesitas di SMP PL Domenico Savio Semarang secara bermakna (Suryati, 2011).

Hasil Penelitian Widhayati (2009) tentang efek pendidikan gizi terhadap perubahan konsumsi energi di SMP Domenico Savio Semarang tahun 2009 diperoleh bahwa ada penurunan tingkat asupan energi sesudah pendidikan gizi pada group penyuluhan kelompok (Suryati, 2011).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sucey Rustiaty tentang Pola Jajanan dan Pola Konsumsi Buah dan Sayur pada Anak 9-11 Tahun di SDN Sudirman 1 Kota Makassar menunjukkan bahwa dari semua sampel yang diteliti yang berjumlah 113 orang diketahui distribusi responden berdasarkan status gizi (z-score IMT/U) yaitu 1 responden berstatus sangat kurus (0,9%), 7 responden berstatus kurus (6,2%), 80 responden berstatus normal (70,8%), dan 25 responden berstatus gemuk (22,1%).

Melihat tingginya prevalensi obesitas dan dampak buruk dari obesitas itu sendiri, maka perlu dilakukan pencegahan sejak dini untuk mengurangi tingkat prevalensi dan dalam rangka menciptakan sumber daya manusia yang lebih baik. Pendidikan khususnya tentang kesehatan merupakan upaya yang sangat penting sebagai tahap awal dalam mengubah perilaku seseorang atau

masyarakat untuk menuju perilaku hidup sehat. Pendidikan kesehatan yang dilakukan pada usia dini merupakan upaya strategis dari sisi manfaat jangka pendek maupun jangka panjang. Pencegahan gizi lebih sebaiknya dimulai sejak anak atau remaja. Untuk membatasi penambahan berat badan, dianjurkan penderita gizi lebih mengontrol kebiasaan makan dan melakukan aktifitas fisik yang cukup, keduanya mempunyai pengaruh terhadap keseimbangan energi. Hal ini yang mendorong peneliti untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh edukasi gizi terhadap perubahan pengetahuan dan gaya hidup *sedentary* pada anak gizi lebih di SDN Sudirman 1 Makassar tahun 2013.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka perlu dilakukan pemberian edukasi dini pada anak sekolah agar dapat menekan terjadinya gizi lebih, agar kejadian gizi lebih pada anak tidak berlanjut menjadi obesitas remaja dan dewasa. Maka dengan itu peneliti ingin mengetahui bagaimana pengaruh edukasi gizi terhadap perubahan pengetahuan dan gaya hidup *sedentary* pada anak yang gizi lebih di SDN Sudirman 1 Makassar tahun 2013.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh edukasi gizi terhadap perubahan pengetahuan dan gaya hidup *sedentary* pada anak gizi lebih di SDN Sudirman I Makassar tahun 2013

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh edukasi terhadap perubahan pengetahuan pada anak gizi lebih.
- b. Untuk mengetahui pengaruh edukasi terhadap gaya hidup *sedentary* pada anak gizi.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Bagi peneliti sebagai pengalaman berharga dalam memperluas pengetahuan dan menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan
2. Bagi siswa/i untuk menambah pengetahuannya tentang gizi agar dapat mengatasi kejadian obesitas.
3. Sebagai sumber referensi bagi penelitian selanjutnya
4. Sebagai bahan pertimbangan bagi institusi khususnya dinas pendidikan dan Dinas Kesehatan dalam penanggulangan obesitas pada anak.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Obesitas Anak

1. Pengertian Obesitas

Menurut Kamus Gizi, obesitas adalah suatu penyakit kronis dengan ciri-ciri timbunan lemak yang berlebihan (eksesif) (Sandjaja, dkk, 2009). Kata obesitas berasal dari bahasa Latin: *obesus*, *obedere*, yang artinya gemuk atau kegemukan. Obesitas atau gemuk merupakan suatu kelainan atau penyakit yang ditandai dengan penimbunan jaringan lemak tubuh secara berlebihan. Pendapat lain mengatakan bahwa obesitas merupakan gangguan medik kronik yang tidak dapat disembuhkan dan hanya diobati (Nurchayani, 2011).

Terdapat beberapa istilah yang perlu diketahui yaitu obesitas, overweight dan obesitas sentral. Obesitas adalah peningkatan lemak tubuh (*body fat*). *Overweight* adalah peningkatan berat badan relative apabila dibandingkan terhadap standar. *Overweight* kemudian menjadi istilah yang mewakili “obesitas” baik secara klinis ataupun epidemiologis, sedangkan obesitas sentral adalah peningkatan lemak tubuh yang lokasinya lebih banyak didaerah abdominal daripada didaerah pinggul, paha atau lengan. Penentuan adanya obesitas sentral ini penting karena berhubungan dengan adanya resistensi insulin yang merupakan dasar terjadinya sindroma metabolik (Anas, 2011).

Menurut Sunita Almatsier (2009), obesitas merupakan kelebihan energi yang terjadi bila konsumsi energi melalui makanan yang melebihi energi yang dikeluarkan, kelebihan energi ini akan diubah menjadi lemak tubuh.

Penderita obesitas yaitu orang yang mempunyai berat badan sangat berlebihan, secara umum dapat didiagnosa hanya dengan melihat secara fisik. Namun perlu diwaspadai bahwa masalah obesitas tidak hanya sekedar mempengaruhi penampilan seseorang. Masalah obesitas biasanya juga disertai masalah kesehatan lain seperti diabetes mellitus, penyakit jantung koroner dan hipertensi, kanker, penyakit ginjal, dan penyakit hati yang dapat menyebabkan kematian (Hadi,2005).

2. Klasifikasi Obesitas

Klasifikasi Obesitas dapat dilihat berdasarkan derajat/tingkat berat-ringannya obesitas dan atau penyebabnya. Berdasarkan penyebabnya, obesitas dapat dibagi menjadi dua golongan besar, yaitu (Sopacua, 2007):

1) Obesitas Primer

Suatu keadaan kegemukan pada seseorang yang terjadi tanpa terdeteksi penyakit secara jelas, tetapi semata-mata disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan. Bentuk obesitas seperti ini paling sering didapatkan pada anak dan secara klinis maupun epidemiologis lebih memerlukan perhatian. Obesitas primer dapat terjadi diseluruh umur, tetapi timbul paling banyak pada tahun-tahun pertama kehidupan, yaitu 5-6 tahun dan pada masa remaja.

2) Obesitas Sekunder

Merupakan suatu bentuk obesitas yang jelas kaitannya atau timbulnya bersamaan sebagai bagian dari penyakit atau sindrom yang dapat dideteksi secara klinis. Lebih jarang terjadi pada anak dan hanya merupakan < 1% obesitas pada anak.

Obesitas dilihat dari bentuk fisik yang dibedakan menurut distribusi lemak, yaitu (Sopacua, 2007):

- 1) *Apple Shape Body* (android), bila lebih banyak lemak di bagian atas tubuh (dada dan pinggang). Cenderung beresiko lebih besar mengalami penyakit kardiovaskuler, hipertensi dan diabetes.
- 2) *Pear Shape Body* (gynoid), bila lebih banyak lemak di bagian bawah tubuh (pinggul dan paha).
- 3) *Ovoid*, besar di seluruh bagian tubuh. Umumnya terdapat pada orang-orang yang gemuk karena genetik.

Tipe obesitas menurut tingkatan usia, yaitu (Barry Sears dalam Nurcahyani, 2011):

a. Obesitas Saat Bayi

Umumnya terjadi saat bayi berumur kurang dari 2 tahun, keadaan seperti ini 33% membuat terjadinya obesitas pada saat dewasa.

b. Obesitas Saat Anak

Umumnya terjadi pada usia 5-7 tahun, timbulnya kebiasaan menurut beberapa penelitian tentang psikologi anak, karena kebiasaan

menonton acara televisi sambil ngemil makanan ringan yang tidak dikontrol oleh orang tua.

c. **Obesitas Saat Dewasa**

Umumnya saat berusia 30 tahun, karena faktor kemapanan dari segi ekonomi dan kemapanannya tersebut membuat gaya hidup yang cenderung ke arah pop, dengan mengkonsumsi makanan cepat saji.

3. Faktor-Faktor Penyebab Obesitas

Secara garis besar faktor yang berperan terhadap terjadinya obesitas dikelompokkan menjadi faktor genetik dan faktor lingkungan. Mengelompokkan faktor lingkungan yang berperan sebagai penyebab terjadinya obesitas menjadi lima yaitu perilaku makan, aktivitas fisik, psikologis, pengetahuan dan sosial ekonomi (Simatupang, 2008).

Ada beberapa faktor yang diketahui dapat mempengaruhi terjadinya kegemukan (obesitas) antara lain: jenis kelamin, umur, tingkat sosial ekonomi, faktor lingkungan, aktivitas fisik, kebiasaan makan, faktor psikologis dan faktor genetik (Manurung, 2009).

a. **Jenis Kelamin**

Jenis kelamin merupakan faktor internal yang menentukan kebutuhan gizi sehingga ada hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi. Menurut Worthington anak perempuan biasanya lebih memperhatikan penampilan sehingga seringkali membatasi makanannya, selain itu anak perempuan juga mempunyai

kemampuan makan dan aktivitas fisik yang lebih rendah dari anak laki-laki (Kurniasih, dkk, 2010).

Menurut Riskesdas tahun 2010, pada anak umur 6-12 tahun. Prevalensi obesitas pada anak laki laki lebih tinggi dari prevalensi pada anak perempuan berturut turut sebesar 9,5% dan 6,4%. Sedangkan menurut Laporan Provinsi Sulawesi Selatan (Riskesdas 2007) pada kelompok umur yang sama, prevalensi berat badan lebih pada laki-laki 7,4% dan pada perempuan 4,8%.

b. Umur

Meskipun dapat terjadi pada semua umur, obesitas sering dianggap sebagai kelainan pada umur pertengahan. Obesitas yang muncul pada tahun pertama kehidupan biasanya disertai perkembangan rangka yang cepat dan anak yang menjadi besar untuk umurnya. Anak-anak yang mengalami obesitas cenderung menjadi orang dewasa yang juga obesitas (Misnadiarly, 2007).

Pada anak dalam masa pubertas terjadi perubahan kebiasaan makan. Mereka menjadi lebih banyak makan, dan sering jajan bila berada di luar rumah, biasa berbagi makanan dengan teman sebaya, dan suka mencoba makanan baru (Kurniasih, dkk, 2010).

c. Sosial ekonomi

Di Indonesia, masalah kesehatan yang diakibatkan oleh gizi lebih ini mulai muncul pada awal tahun 1990-an. Peningkatan pendapatan masyarakat pada kelompok sosial ekonomi tertentu,

terutama di perkotaan, menyebabkan adanya perubahan pola makan dan pola aktivitas yang mendukung terjadinya peningkatan jumlah penderita kegemukan dan obesitas (Almatsier, 2009).

Obesitas pada anak-anak sering dijumpai dalam keluarga mampu, tetapi akan sulit dijumpai pada keluarga miskin. Keadaan semacam ini misalnya terlihat pada keluarga pedagang maupun pegawai atau karyawan menengah ke atas (Anas 2011).

d. Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan

Peran ibu dalam hal ini sangat penting karena sebelum memutuskan suatu jenis makanan untuk dikonsumsi, makanan tersebut harus melewati ibu terlebih dahulu. Agar keputusan tersebut tidak merugikan keluarganya terutama anaknya. Selain pendidikan yang diambil oleh ibu, pengetahuan juga berperan dalam menentukan gizi dan kesehatan untuk keluarga. Pengetahuan berpengaruh positif pada intake makanan. Rendahnya pengetahuan tentang gizi dan kesehatan terutama tentang masalah obesitas merupakan faktor yang paling menonjol dalam mempengaruhi pola konsumsi makanan (Sediaoetama, 1991).

Kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan umum ditemukan di setiap negara di dunia. Salah satu penyebab munculnya gangguan gizi dikarenakan pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari masih kurang. Pengetahuan tentang

kandungan zat gizi dalam berbagai bahan makanan dan kegunaan makanan bagi kesehatan keluarga dapat membantu ibu dalam memilih bahan makanan yang harganya tidak begitu mahal akan tetapi nilai gizinya tinggi (Moehji, 2002).

e. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik berkaitan erat dengan penggunaan energi pada tubuh. Penggunaan energi dapat mencegah penimbunan lemak karena energi yang dihasilkan langsung terpakai untuk beraktivitas. Penelitian menunjukkan ada hubungan yang bertolak belakang antara IMT dan aktivitas fisik. Menurun dan rendahnya tingkat aktivitas fisik dipercaya sebagai salah satu hal yang menyebabkan obesitas. Tren kesehatan terkini juga menunjukkan prevalensi obesitas meningkat bersamaan dengan meningkatnya perilaku *sedentary* dan berkurangnya aktivitas fisik (WHO, 2000).

Suatu data menunjukkan bahwa aktivitas anak-anak cenderung menurun. Anak-anak lebih banyak bermain di dalam rumah dibandingkan di luar rumah, misalnya bermain *games* komputer maupun media elektronik lain dan menonton televisi (Damayanti, 2002)

Menonton televisi akan menurunkan aktivitas dan keluaran energi, karena mereka menjadi jarang atau kurang berjalan, bersepeda, naik turun tangga. Suatu penelitian kohort mengatakan bahwa menonton televisi lebih dari 5 jam meningkatkan prevalensi

dan angka kejadian obesitas pada anak 6-12 tahun (18%) (Damayanti, 2002).

f. Pola makan

Obesitas terjadi karena ketidakseimbangan antara asupan dan pengeluaran energi. Kelebihan asupan ini bisa terjadi karena frekuensi makan yang berlebih, jumlah makanan yang berlebih ataupun jenis makanan yang dikonsumsi.

Penyakit obesitas memberikan gejala kelebihan jaringan lemak di dalam tubuh, tetapi sebab yang sebenarnya adalah kelebihan konsumsi energi dibandingkan dengan kebutuhan tubuh (Sediaoetama, 1991).

Kebiasaan makan adalah faktor penting yang mempengaruhi status gizi dan kesehatan. Variasi makanan diperkirakan dapat mengurangi risiko terhadap penyakit dan pada beberapa kasus dapat mencegah penyakit. Kebiasaan makan mencerminkan terjadinya kelebihan asupan dan penyakit akibat gizi (Mandang, 2009).

g. Gangguan emosi

Emosi seseorang dapat menyebabkan perubahan perilaku, bahkan mungkin perilaku salah. Seseorang yang sedang mengalami keadaan yang tidak menyenangkan akan nampak lebih emosi baik sikap maupun perilakunya. Jika keadaan tersebut berlangsung dalam waktu relatif lama maka dapat menyebabkan suatu keadaan yang disebut stres, bahkan depresi. Menurut para ahli, faktor tersebut erat

dengan rasa lapar dan nafsu makan (Juwaeriah, 2012). Misalnya, jika sedang stres orang cenderung melampiaskan perasaannya dengan melahap makanan-makanan manis atau makan terus-menerus (Gunawan, 2009).

Gangguan emosi berkaitan dengan pengaturan hormon. Disinyalir bahwa perubahan hormon pada orang yang marah ataupun stres menyebabkan peningkatan nafsu makan dan penimbunan lemak. Hal ini dibuktikan oleh Sugianti dalam penelitiannya di DKI Jakarta dimana prevalensi obesitas sentral lebih tinggi pada sampel yang kondisi mental emosionalnya terganggu. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat hubungan nyata positif antara gangguan mental emosional dan kejadian obesitas sentral (Sugianti, 2009).

h. Faktor Genetika

Faktor genetik yang diturunkan oleh orang tua merupakan salah satu penyebab obesitas. Akan tetapi bukan hanya genetik tetapi pola hidup yang menjadi kebiasaan orangtua bisa juga menjadi faktor resiko. Jadi riwayat keluarga yang obesitas bisa diturunkan melalui gen namun juga bisa melalui pola hidup keluarga. biasanya anak cenderung meniru kebiasaan makan dan gerak yang salah dari orang tuanya (Utami, 2009).

Faktor genetika yang diketahui mempunyai peranan kuat adalah *parental fatness*. Anak yang obesitas biasanya berasal dari keluarga

yang obesitas. Bila kedua orang tua obesitas sekitar 80% anak akan menjadi obesitas. Bila salah satu orangtua obesitas kejadiannya menjadi 40% dan bila kedua orangtua tidak obesitas maka prevalensi obesitas akan turun menjadi 14%. Peningkatan obesitas tersebut kemungkinan disebabkan oleh pengaruh gen atau faktor lingkungan dalam keluarga (Damayanti, 2002).

4. Akibat Obesitas

Obesitas menimbulkan beberapa masalah bagi penderitanya. Pada penderita obesitas, tempat-tempat penimbunan cadangan zat gizi sudah penuh sehingga tidak dapat lagi menampung simpanan. Akibatnya, kelebihan zat gizi yang masih tersisa, disimpan di tempat-tempat lain yang tidak biasa, seperti jantung, ginjal, dan hati sehingga menghambat fungsi dari organ-organ penting tersebut (Lisdiana, 1998).

Endapan lemak pada lapisan dinding dalam pembuluh nadi menyebabkan penyempitan pembuluh darah, sehingga aliran darah menjadi lambat. Jika yang mengalami proses aterosklerosis ini pembuluh darah jantung maka aliran darah ke jantung akan berkurang dan timbul penyakit jantung koroner. Timbunan lemak di sekitaran otot jantung akan menambah gejala sesak napas pada penderita penyakit jantung (Lisdiana, 1998).

Dari berbagai penelitian dapat dibuktikan bahwa obesitas dapat meningkatkan risiko timbulnya berbagai macam penyakit, seperti kencing manis, gout, penyakit kantung empedu, aterosklerosis, dan

tekanan darah tinggi. Di samping itu, obesitas juga menjadi faktor penyulit pada saluran napas seperti emfisema, bronchitis kronis dan asma, meningkatkan risiko pembedahan, mempersulit kehamilan dan akhirnya, meskipun tidak selalu, dapat memperpendek harapan hidup seseorang (Misnadiarly, 2007).

Pada orang yang menderita obesitas (kegemukan), akan beresiko meningkatnya prevalensi penyakit kardiovaskuler termasuk hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit jantung. Morbiditas dan mortalitas karena penyakit lainnya pada penderita obesitas akan meningkat dan umur harapan hidup menjadi pendek (Achadi, 2007).

Ditinjau dari segi psikososial kegemukan merupakan beban bagi yang bersangkutan karena dapat menghambat kegiatan jasmani, sosial, dan psikologis. Selain itu akibat bentuk yang kurang menarik, sering menimbulkan problem dalam pergaulan dan seseorang dapat menjadi rendah diri dan yang terburuk adalah keputusasaan (Soegih & Kunkun, 2009).

5. Pengukuran Obesitas

Untuk memastikan diagnosis obesitas, perlu dilakukan pengukuran yang lebih objektif, selain itu juga penting untuk pemantauan hasil terapi. Pengukuran yang digunakan ialah pengukuran antropometri dan laboratorik. Berdasarkan antropometris, umumnya ditentukan berdasarkan pengukuran sebagai berikut (Sopacua, 2007):

- a. Pengukuran yang paling sering digunakan dan paling sederhana adalah pengukuran berat badan dan tinggi badan. Pengukuran berat badan dan tinggi badan yang akurat merupakan langkah awal dalam pemeriksaan klinis, karena kedua pengukuran tersebut dibutuhkan untuk menghitung IMT (Indeks Massa Tubuh) (Soegih & Kunkun, 2009).
- b. Status tubuh dinyatakan dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) atau *Body Mass Index (BMI)* dalam (kg/m^2) yang didapatkan dengan cara membagi BB dalam kg dengan TB dalam meter dikuadratkan. IMT berkorelasi bermakna dengan lemak tubuh, dan relatif tidak dipengaruhi oleh TB (Soegih & Kunkun, 2009). Kategori IMT yang digunakan, sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Indeks Massa Tubuh

IMT	Kategori	Keterangan
< 17,0	Kekurangan BB tingkat berat	Kurus
17,0 – 18,5	Kekurangan BB tingkat ringan	
18,5 – 22,9		Normal
≥ 23,0 – 24,9	Overweight	Gemuk
25 – 29,9	Obesitas I	
≥ 30	Obesitas II	

Sumber: *Asia Pacific Journal of Clin Nutr*, 2002

Mengacu pada standar WHO (2005), standar antropometri untuk menilai status gizi anak umur 5 – 18 tahun berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) adalah:

Tabel 2.2 Kategori Status Gizi IMT/U

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Sangat kurus	< -3 SD
Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
Obesitas	>2 SD

Sumber: Kemenkes RI, 2011

- c. Pengukuran lingkar perut paling tepat untuk menentukan obesitas sentral. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan pita plastik atau logam yang tidak elastic, di daerah setinggi umbilicus atau pada titik tengah antara tulang iga paling bawah dengan puncak tulang iliaka. Lemak pada daerah abdominal (viseral) berhubungan dengan faktor risiko kardiovaskuler sindrom metabolik, meliputi diabetes tipe 2, gangguan toleransi glukosa, hipertensi, dan disipidemia. Pengukuran lingkar perut juga penting dilakukan pada saat pasien sedang menjalankan program penurunan BB, karena lingkar perut yang mengecil secara bermakna akan menurunkan risiko di atas walaupun BB tidak berubah (Soegih & Kunkun, 2009).
- d. *Waist Hip Ratio (WHR)* digunakan untuk menentukan adanya lemak di daerah abdomen, akan tetapi saat ini pemeriksaan ini jarang dilakukan karena pada saat terjadi penurunan lingkar perut diikuti juga dengan penurunan lingkar pinggul, sehingga WHR tidak berubah (Soegih & Kunkun, 2009).

6. Penatalaksanaan Obesitas

Upaya mengurangi berat badan yang paling penting adalah mengurangi konsumsi makanan yang mengandung energi tinggi. Sebaiknya, pengurangan ini dilakukan secara bertahap agar tubuh dapat mengadakan penyesuaian. Diet yang ketat dapat menimbulkan kerugian. Oleh karena itu, diet sebaiknya dilakukan di bawah pengawasan ahli gizi atau dokter (Lisdiana, 1998).

Kebiasaan “ngemil” makanan ringan berupa kue-kue atau kacang dapat diganti dengan buah, seperti jeruk, apel, dan rambutan yang banyak mengandung serat bermanfaat. Upaya lain yang dapat dilakukan untuk mengurangi kegemukan adalah dengan meningkatkan aktivitas, misalnya olah raga yang cukup (Lisdiana, 1998). Berolahraga secara teratur meningkatkan pembakaran lemak dan kolesterol. Berolahraga keras bisa meningkatkan jumlah HDL kolesterol dalam darah sampai 20-30% (Heslet, 2003).

Penurunan berat badan mempunyai efek yang menguntungkan terhadap penderita obesitas. Bahkan, penurunan berat badan sebesar 5 sampai 10 persen dari berat awal dapat mengakibatkan perbaikan kesehatan secara signifikan (Sugondo, 2008).

Bukti kuat bahwa penurunan berat badan pada individu obesitas dan *overweight* mengurangi faktor risiko diabetes dan penyakit kardiovaskuler. Penurunan berat badan dapat menurunkan tekanan darah pada individu *overweight*, mengurangi serum trigliserida dan

meningkatkan kolesterol HDL, dan secara umum mengakibatkan beberapa pengurangan pada kolesterol serum total dan kolesterol LDL. Penurunan berat badan juga dapat mengurangi kadar glukosa darah individu *overweight* dan obesitas tanpa diabetes. Namun masalah cenderung muncul setelah berat badan turun, harapan penurunan berat badan seringkali melebihi kemampuan dari program yang ada sehingga untuk mencapai keberhasilan semakin sulit. Ada empat pilar terapi penurunan berat badan yang dinilai sukses, yaitu diet rendah kalori, aktivitas fisik, perubahan perilaku dan obat-obatan/bedah (Sugondo, 2008).

Penyuluhan gizi seimbang diikuti dengan aktivitas fisik diperlukan untuk mengatasi masalah obesitas, agar dapat dicegah penyakit kronis seperti darah tinggi, kolesterol, diabetes, dan lain-lain (Risksedas, 2010).

B. Tinjauan Tentang Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2010).

Terbentuknya perilaku yang baru dari pengetahuan terhadap stimulasi berupa materi atau objek tentang sesuatu sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subjek tersebut dan selanjutnya menimbulkan respon yang lebih jauh yaitu berupa tindakan (Notoatmodjo, 2010).

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2010), Ada 6 tingkat pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yakni :

a. Tahu (*Know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan, dsb.

b. Memahami (*Comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

c. Menerapkan (*Application*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada kondisi yng sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang nyata.

d. Analisis (*Analysis*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek kedalam komponen – komponen tetapi masi didalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesa (*Synthesis*)

Menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi. Penilaian penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

3. Faktor faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

b. Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengalaman seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

c. Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktin terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif

d. Fasilitas

Fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang misalnya radio, televisi, majalah, koran, dan buku.

e. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas fasilitas sumber informasi.

f. Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

4. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat domain diatas (Notoatmodjo, 2010).

C. Tinjauan Tentang Gaya Hidup Sedentary

1. Pengertian Gaya Hidup Sedentary

Gaya hidup yang beresiko terhadap kejadian obesitas adalah gaya hidup *sedentary* (*sedentary life style*). Karakteristik utama gaya hidup *sedentary* ini adalah rendahnya aktivitas fisik dan asupan energi yang berlebihan. Pada orang dengan aktivitas fisik kurang diketahui 25-30 % energi yang digunakan untuk aktivitas otot sedangkan pada pekerja kasar

atau aktif sebesar 60-70%. Persentase penggunaan energi untuk aktivitas otot inilah yang akan membedakan jumlah jaringan adiposa individu. Individu dengan aktivitas fisik kurang proporsi energi yang akan disimpan selalu lebih banyak dibanding energi yang digunakan untuk aktivitas fisik. Sebaliknya pada orang yang aktif hampir tidak ada energi yang dipersiapkan untuk cadangan karena semua terpakai untuk aktivitas fisik (Azizah, 2009).

Sedentariness terdiri dari berbagai kegiatan yang mana pengeluaran energi adalah kurang dari 1,5 metabolik setara (METs) (Ainsworth et al., 2000 dikutip dalam Hardy et al, 2007).

Gaya hidup tidak banyak bergerak (*sedentary, low physical activity*) ditambah dengan pola makan buruk yang tinggi lemak dan karbohidrat (*fast food*) yang tidak diimbangi serat (sayuran dan buah) dalam jumlah yang cukup, membuat menumpuknya lemak dengan gejala kelebihan berat badan (obesitas), terutama di bagian perut (buncit) Selain itu, gangguan metabolisme lemak menyebabkan kolesterol “jahat” (low density lipoprotein/LDL) dan trigliserida meningkat dan sebaliknya kolesterol “baik” (*high density lipoprotein/HDL*) justru menurun. Jika hal itu terjadi, dalam jangka panjang dilapisan pembuluh darah secara bertahap sejak usia muda, akan terjadi tumpukan lemak yang semakin banyak dan membuat darah sulit mengalir sehingga menyebabkan tekanan tinggi pada pembuluh darah jantung (kardiovaskuler) (Alam, 2007).

2. Etiologi

Sebagian besar “orang-orang dulu” atau yang kini menjadi orang-orang tua kita memiliki gaya hidup “tradisional” yang dilakukannya dari dulu hingga sekarang. Karena gaya hidup seperti itulah banyak diantara mereka terlihat tidak gemuk atau kurus sama sekali. Berdasarkan penelitian Brown (1991), tidak adanya kasus obes pada populasi tipe pemburu-pengumpul karena pada masa itu keluaran energi sangat tinggi dan ketersediaan makanan masih jarang, tidak seperti sekarang. Namun seiring dengan perjalanan waktu, di sebagian besar populasi-terutama di negara maju-telah terjadi “modernisasi” besar-besaran dan memberikan dampak awal pada lingkungan dan pada gaya hidup dalam 50-60 tahun terakhir. Aspek-aspek tersebut adalah (WHO, 2000):

- a. Transportasi – terjadi peningkatan kepemilikan kendaraan bermotor secara dramatis, hal ini berarti bahwa semakin banyak orang yang memiliki kendaraan pribadi, meski berpergian dengan jarak dekat lebih memilih untuk menggunakan kendaraan tersebut dibandingkan bersepeda atau jalan kaki.
- b. Di rumah – Saat ini banyak peralatan rumah tangga yang sangat memudahkan pekerjaan rumah tangga. Misalnya alat memasak rumah tangga, membuat proses memasak lebih hemat waktu dan tenaga. Begitu pula dengan alat membersihkan rumah, tidak lagi menggunakan sapu atau lap untuk membersihkan debu dan kotoran rumah, tetapi *vacuum cleaner* membuat rumah bersih lebih cepat

- dan mudah. Jika orang dulu mencuci pakaian dengan menyikat, menggosok, memeras pakaian kini dipermudah dengan bantuan mesin cuci otomatis, mulai dari cuci hingga mengeringkan pakaian.
- c. Tempat umum – Penyediaan fasilitas umum yang membuat orang lebih sedikit gerak, misalnya tersedianya lift, escalator di berbagai sarana umum. Bahkan membuka pintu pun saat ini sudah otomatis. Semuanya di desain untuk mempermudah manusia sehingga efektif dalam waktu akan tetapi membuat lebih banyak energi yang tersimpan.
 - d. Gaya hidup *sedentary* – Pola hidup *sedentary* meliputi kebiasaan menonton televisi, bermain video games, menggunakan computer, kebiasaan duduk yang lama, bahkan menggunakan media komunikasi telepon genggam seperti mengirim pesan dan menelpon termasuk perilaku *sedentary*. Tidak sama dengan 10-15 tahun yang lalu, saat ini semua *device* tersebut sangat mudah dan murah untuk didapatkan. Gaya hidup *sedentary* juga dikaitkan dengan kebiasaan mengemil, karena cenderung orang-orang yang memiliki waktu nonton televisi lebih lama akan disertai dengan mengonsumsi makanan ringan yang mengandung energi dan lemak.
 - e. Tinggal di daerah urban (kota) – Di daerah perkotaan negara-negara yang makmur, anak-anak, wanita, dan orang tua akan enggan untuk keluar malam hari karena alasan ketakutan akan

keamanan mereka. Anak-anak juga cenderung takut untuk bermain diluar bagi yang tinggal di daerah kota karena risiko bahaya di jalanan. Sehingga bagi sebagian besar masyarakat diperkotaan untuk mengisi waktu luang, mereka pergi menggunakan kendaraan untuk jalan-jalan dibandingkan melakukan kegiatan fisik seperti olahraga rutin.

- f. Tinggal di daerah suburban (pinggiran kota) – didaerah suburban telah terjadi transisi lingkungan, dimana yang awalnya masih di dominasi dengan kendaraan yang menggunakan tenaga fisik seperti sepeda kini mengalami pertumbuhan jumlah kendaraan yang cukup dramatis. Perubahan pola makan juga terjadi dengan berkembangnya *minimarket*, restoran *fast food*, dan jajanan tidak sehat.
- g. Tinggal di daerah rural (desa) – Peningkatan obesitas di perkotaan memang terjadi secara signifikan, dan prevalensi obesitas di perkotaan masih lebih banyak dibandingkan di pedesaan. Namun bukan berarti tidak terjadi peningkatan obesitas di pedesaan, justru kenaikan obesitas di daerah pedesaan sangat ekstrim dibandingkan di perkotaan. Hanya karena pada awalnya kasus obesitas di pedesaan hampir tidak ada, sehingga peningkatan ekstrim tersebut masih terlihat kecil. Menurut penelitian Hodge et al., (1994) bahwa terjadi kenaikan prevalensi obesitas sekitar 297% pada laki-laki

dan 115% pada perempuan pada masyarakat pedesaan di daerah Samoa barat.

Kini makanan berlebih dan pengeluaran energi secara keseluruhan pada kehidupan modern menjadi lebih sedikit karena modernisasi tersebut. Proses modernisasi dari beberapa aspek tersebut nyata terjadi di negara-negara berkembang tidak terkecuali di Indonesia. Saat ini kasus gizi buruk telah berkurang dengan signifikan tetapi masih tetap banyak, sedangkan kasus gizi lebih yang ditandai dengan berat badan berlebih bertambah dengan signifikan dan diprediksi akan menjadi banyak seiring waktu berjalan. Pada tahun 2010 peningkatan obesitas terjadi secara ekstrim, dan kita ketahui bahwa obesitas menjadi gelombang awal untuk masuk dalam ranah klasifikasi *non communicable disease* atau penyakit tidak menular, inilah yang disebut “*New world syndrome*” yang menjadi perhatian secara global baik di negara maju maupun negara berkembang (WHO, 2000).

Faktor-faktor diet dan pola aktivitas fisik mempunyai pengaruh yang kuat terhadap keseimbangan energi dan dapat dikatakan sebagai faktor-faktor utama yang dapat diubah (*modifiable factors*) yang melalui faktor-faktor tersebut banyak kekuatan luar yang memicu pertambahan berat badan itu bekerja. Diet tinggi lemak dan tinggi kalori dan pola hidup kurang gerak (*sedentary lifestyles*) adalah dua karakteristik yang sangat berkaitan dengan peningkatan prevalensi obesitas di seluruh dunia (WHO, 2000).

Menurut Swinburn B dan Shelly A (2008), Kelebihan berat badan memiliki kaitan dengan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi (ICT), tetapi hanya dengan bentuk-bentuk tertentu dari ICT. Peningkatan penggunaan ICT mungkin salah satu faktor yang menjelaskan peningkatan prevalensi kegemukan dan obesitas di tingkat populasi, setidaknya pada anak perempuan. Bermain digital (games dalam komputer) tidak memiliki kaitan dengan kelebihan berat badan.

Dalam penelitian Guedes DP dkk (2012), mengurangi jam menonton TV adalah prospek yang sulit karena potensi perilaku, seperti pemasaran sosial dan pendidikan, meskipun bukti-bukti yang menyarankan bahwa, jika dapat mengurangi menonton TV, hal ini bisa berdampak pada penurunan prevalensi obesitas. Peraturan untuk mengurangi berat pemasaran makanan padat energi dan minuman di TV mungkin bisa menjadi sarana yang paling efektif untuk meminimalkan dampak dari menonton TV pada kenaikan berat badan yang tidak sehat.

Prevalensi pola hidup sedentarian adalah 28.2% untuk anak perempuan dan 19,1% untuk anak laki-laki. Perilaku sedentarian bervariasi oleh *sociodemographic* dan faktor penentu lingkungan belajar. Pendidikan Orang tua, status sosial ekonomi, karakteristik sekolah, transportasi ke sekolah, pekerjaan yang dibayar, Rokok, penggunaan alkohol, dan nilai BMI secara signifikan terkait dengan perilaku sedentarian untuk anak laki-laki dan perempuan. Prevalensi yang tinggi pada perilaku sedentarian, fisik tidak aktif dan tidak sehat merupakan

kebiasaan di kalangan remaja Saudi hal ini menjadi perhatian utama kesehatan masyarakat. Terdapat kebijakan nasional yang mempromosikan hidup aktif dan sehat dan mengurangi perilaku sedentarian di antara anak-anak dan remaja di Arab Saudi (Hazzaa M, 2011).

Steffen LM dkk (2009), menyatakan bahwa orangtua yang menderita kegemukan dan status sosial ekonomi rendah dan perilaku sedentarian pada remaja adalah faktor risiko kuat untuk remaja menderita kegemukan dan obesitas, dan orang tua dengan gaya hidup aktif juga sangat terkait dengan rendahnya risiko kelebihan berat badan pada anak remaja mereka.

Gregory J (2005), dalam penelitiannya mengatakan bahwa perilaku sedentarian cenderung terus meluas dalam masyarakat berteknologi maju. Serupa dengan temuan dari penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa aktivitas fisik menurun dengan bertambahnya usia pada masa remaja, remaja 16 tahun melaporkan memiliki waktu lebih santai daripada remaja yang lebih muda. Remaja memiliki lebih banyak waktu yang tidak diawasi oleh orang tua atau pengasuh, yang menciptakan peluang untuk meningkatkan waktu menonton TV dan perilaku lainnya yang lebih santai.

3. Faktor Resiko

Menganut pola hidup aktif dapat mengurangi resiko terkena berbagai jenis penyakit terutama yang berkaitan dengan metabolisme

Seseorang dengan aktifitas fisik yang kurang akan rentan terkena penyakit jantung, diabetes, kanker kolon, tekanan darah tinggi, kegemukan (obesitas), depresi dan batu ginjal. Sebuah fakta mengejutkan yang dilansir dari naturalnews.com 2011, 20% penyebab kematian seseorang yang berusia 35 tahun keatas adalah karena kurangnya aktifitas fisik. Ini juga berlaku bagi orang yang berat badannya normal sekalipun. Apalagi terhadap orang yang memiliki kelebihan berat badan atau orang yang obesitas. Jadi apapun status berat badan, maka perlu meninggalkan pola hidup *sedentary* menuju pola hidup yang lebih sehat dengan lebih aktif bergerak.

D. Tinjauan Tentang Anak Usia Sekolah

Hurlock (1980) mengelompokkan anak usia sekolah berdasarkan perkembangan psikologis yang disebut sebagai *Late Childhood*. Usia sekolah dimulai pada usia 6 tahun dan berakhir saat individu menunjukkan kematangan seksualnya antara usia 13 sampai 14 tahun. Usia sekolah merupakan awal seorang anak belajar bertanggung jawab terhadap sikap dan perilakunya (Rustiaty, 2012).

Kelompok anak usia sekolah mempunyai laju pertumbuhan fisik yang lambat tetapi konsisten. Mereka secara terus menerus memperoleh pendewasaan dalam keterampilan motorik serta menunjukkan peningkatan yang berarti dalam keterampilan kognitif, sosial, dan emosional. Kebiasaan makan yang terbentuk pada usia ini, serta jenis makanan yang disukai dan

tidak disukai, merupakan dasar bagi pola konsumsi makanan dan asupan gizi anak usia selanjutnya. Pilihan makanan sangat dipengaruhi oleh teman sebaya, dan orang-orang lain selain keluarga (Soetardjo, 2011).

Masa sekolah memberikan kesempatan kepada anak-anak untuk lebih banyak bergaul dengan teman sebayanya. Selain itu, pada usia sekolah terjadi perkembangan intelegensi, minat, emosi dan kepribadian. Perkembangan pada aspek-aspek itulah yang membentuk karakteristik khas pada anak usia sekolah (Hurlock dalam Rustiaty, 2012).

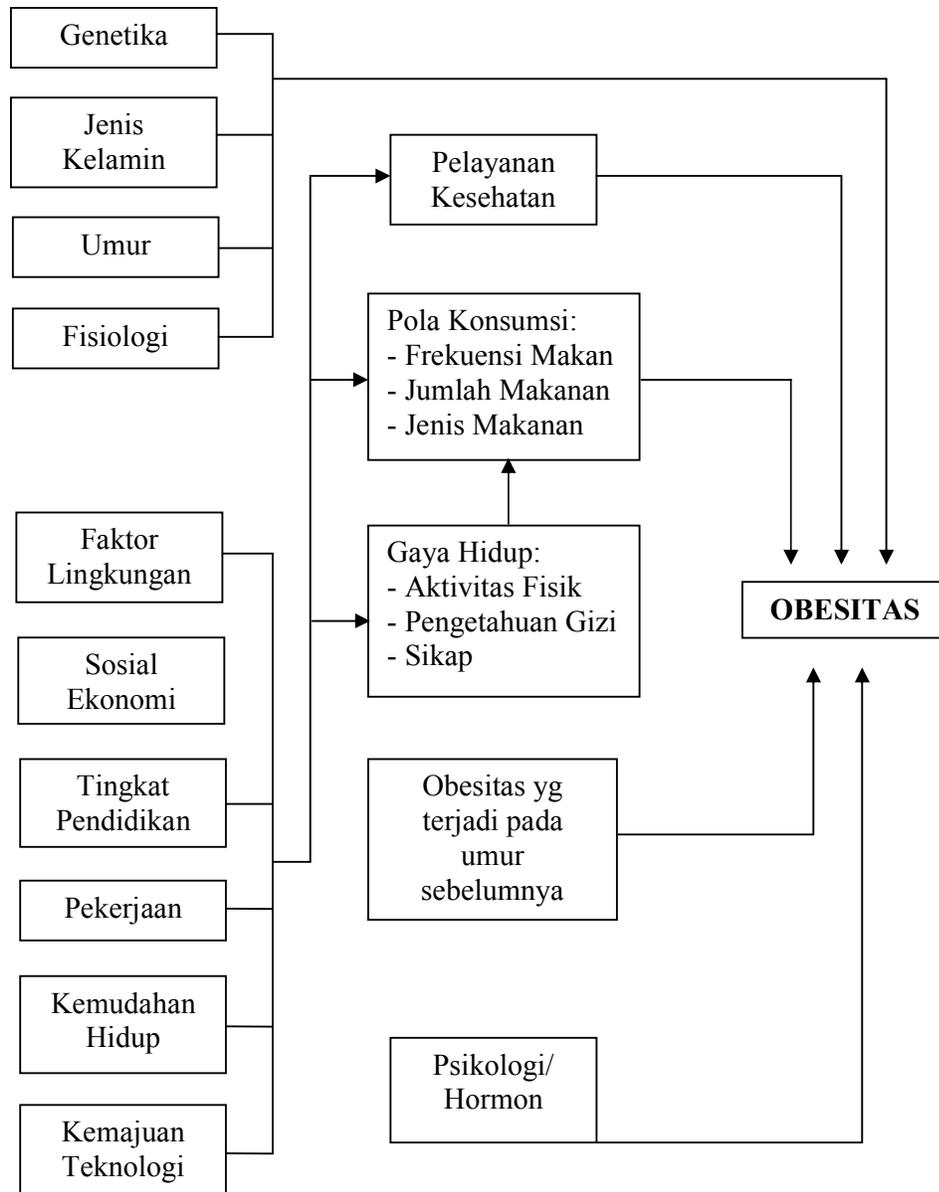
E. Tinjauan Umum Tentang Gizi Seimbang

Gizi seimbang adalah susunan makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan 4 pilar gizi seimbang yaitu keanekaragaman atau variasi makanan, aktivitas fisik, kebersihan dan berat badan (BB) ideal. Di Amerika Serikat dan beberapa negara lain prinsip gizi seimbang divisualisasi berupa “piramida” gizi seimbang. Tidak semua negara menggunakan piramida tetapi disesuaikan dengan budaya dan pola makan setempat sebagai contoh di negara Thailand betuk piramida terbalik sebagai “bendera” dan di China sebagai “pagoda” dengan tumpukan rantang.

Kecepatan pertumbuhan anak di rentang usia ini merupakan kecepatan genetik masing masing anak, yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan terutama makanan. Hasil dari perbedaan proses pertumbuhan mengakibatkan ada anak yang berbadan pendek dan ada yang tinggi.

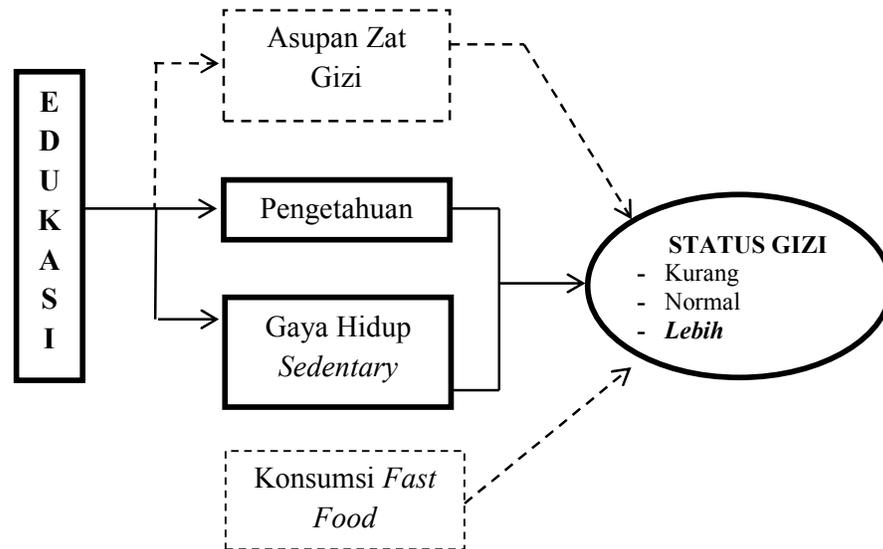
Disisi lain sebagian besar waktu anak usia ini banyak dimanfaatkan dengan aktivitas diluar rumah yakni sekitar 3-6 jam disekolah, beberapa jam untuk bermain, berolahraga dan sebagainya. Sehingga anak memerlukan energi lebih banyak, waktu yang lebih banyak digunakan bersama teman ini dapat mempengaruhi jadwal makan anak, bahkan terhadap pola makannya. Serta pola makan yang salah pada umur sebelumnya yang masih terbawa di usia ini, seperti contoh anak lebih suka jajan, makanan kurang serat, suka makan dan minum yang manis dan sebagainya. Akibatnya anak kurang mendapatkan pola makanan bergizi seimbang dan aman sehingga berdampak pada berat badannya (Kurniasih, Dedeh, dkk, 2010).

F. Kerangka Teori



Gambar.2.1 kerangka teori (suhendro, 2003).

G. Kerangka Konsep



Gambar. 2.2 kerangka konsep

Keterangan :

□ : Variabel Independent

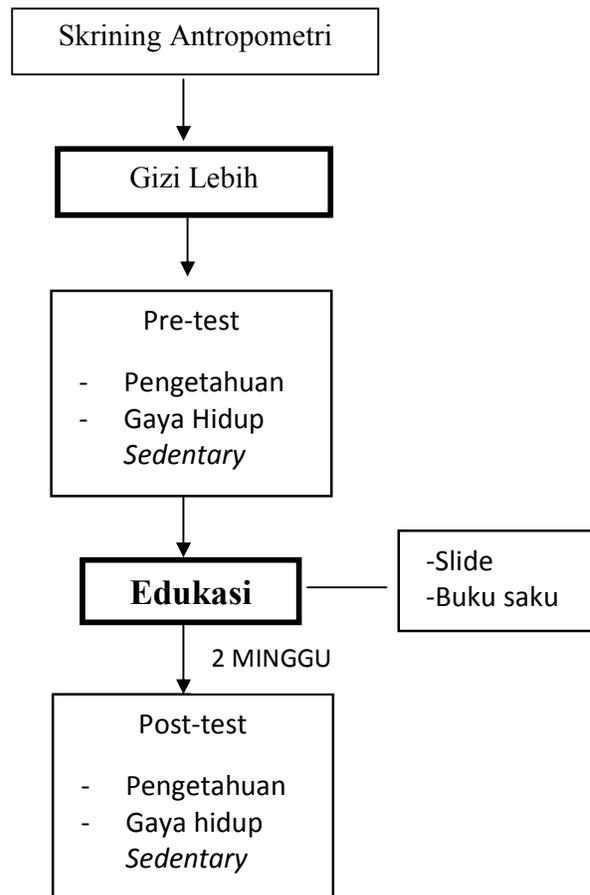
○ : Variabel Dependent

— : Variabel yang diteliti

- - - - : Variabel yang tidak diteliti

H. Alur Penelitian

Berikut adalah alur penelitian yang akan dilakukan :



Gambar. 2.3 Alur Penelitian

I. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Gizi Lebih

Yang dimaksud gizi lebih dalam penelitian ini adalah siswa yang memiliki status gizi gemuk dan obesitas berdasarkan standar antropometri WHO (2005), yaitu:

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
Obesitas	>2 SD

2. Pengetahuan Gizi

Definisi Operasional

Pengetahuan gizi adalah kemampuan responden untuk menjawab dengan benar pertanyaan tentang gizi dan obesitas sebelum dan sesudah edukasi diberikan.

Kriteria Objektif (komsan, 2002).

Cukup : apabila responden mendapatkan skor ≥ 60

Kurang : apabila responden mendapatkan skor < 60

3. Gaya Hidup *Sedentary*

Definisi Operasional

Sedentarian adalah peningkatan perilaku hidup kurang gerak. Pola hidup sedentarian terdiri dari berbagai kegiatan yang mana pengeluaran energi adalah kurang dari 1,5 metabolik setara (METs) (Ainsworth et al., 2000 dikutip dalam Hardy et al, 2007).

Kriteria Objektif (Dogra et al, 2012).

Sedentary : jika aktivitas sedentari dilakukan > 4 jam/hari

Tidak *Sedentary* : jika aktivitas sedentary dilakukan < 4 jam/hari

Berikut merupakan aktifitas-aktifitas sedentari yang menjadi fokus dalam penelitian ini (Ainsworth et al., 2000 dikutip dalam Hardy et al, 2007):

Aktifitas	METs
Duduk Santai (Mengobrol bersama teman dan keluarga)	1,0
Menonton TV	1,0
Memakai elektronik/hp untuk bersenang-senang (socialmedia)	1,5
Bimbel	1,5
Istirahat Siang (Tidur)	0,9
Mengerjakan Pr/belajar	1,5
Bepergian menggunakan kendaraan (mobil/bus)	1,0
Berkumpul bersama keluarga	1,5