

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Obesitas merupakan penyakit yang serius yang bisa berakibat pada gangguan emosi dan sosial. Obesitas adalah BMI lebih besar atau sama dengan 30 (WHO, 2024). Menurut Kemenkes obesitas merupakan ketidakseimbangan asupan energi (energi intake) dengan energi yang digunakan (energi *expenditure*) ditandai dengan adanya penumpukan lemak abnormal. Seseorang dapat dikatakan obesitas jika IMT-nya lebih dari 27,0 (Kemenkes, 2019). Obesitas sentral juga berkaitan erat dengan peningkatan risiko penyakit degeneratif dimana obesitas sentral dimana obesitas sentral ini merupakan penumpukan lemak diperut yang diukur dengan menggunakan indikator lingkaran perut. Lemak visceral merupakan lemak tubuh yang terkumpul dibagian sentral tubuh dan melingkupi organ internal (Sofa, 2018). Pengukuran lingkaran perut dilakukan pada penduduk dewasa umur ≥ 15 tahun. Batasan obesitas sentral adalah jika nilai lingkaran perut pada: laki-laki > 90 cm, perempuan > 80 cm (SKI, 2023).

Seseorang akan dikatakan overweight bila berat badannya 10% sampai dengan 20% dari berat badan normal. Sedangkan seseorang dapat dikatakan obesitas apabila kelebihan berat badan mencapai lebih 20% dari berat badan normal. Obesitas akan sulit teratasi bila sudah terjadi sejak remaja. Peningkatan berat badan pada masa ini akan menyebabkan peningkatan jumlah sel lemak. Jika sel lemak sudah terbentuk akan sulit untuk menghilangkan sehingga akan berakibat terjadinya obesitas. Obesitas bisa dipengaruhi oleh kombinasi antara faktor genetik dan lingkungan. Faktor lingkungan seperti asupan makan yang berlebihan dan aktivitas fisik yang rendah yang merupakan faktor penentu terjadinya obesitas. Obesitas adalah masalah kesehatan terbesar di dunia. Selain obesitas berdampak pada kesehatan fisik, kondisi ini juga mengakibatkan terjadi masalah psikologis seperti depresi dan stres (Helmiza & Agus, 2023). Menurut Robotham (2008) obesitas dapat disebabkan oleh berbagai faktor, diantaranya faktor psikologis seperti stres, perilaku makan, dan pola makan dalam (Auliannisaa dan Wirjatmadi, 2023). Faktor resiko obesitas sentral diantaranya yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan per kapita, makanan berlemak, dan gangguan mental (Sofa, 2018).



WHO Organization baru saja merilis pandemi obesitas di Eropa 2022, yang menyatakan bahwa 60% warga di wilayah Eropa kelebihan berat badan atau obesitas, dan menyoroti implikasi obesitas, utamanya ketika pandemi covid -19. Prevalensi obesitas dunia meningkat sejak tahun 1975 utamanya dengan gaya hidup yang semakin banyak bergerak dan konsumsi

makanan yang kurang sehat. Prevelensi obesitas menurut WHO berdasarkan standar usia telah meningkat dari 4,6% pada tahun 1980 menjadi 14% pada tahun 2019. Pada tahun 2022 terjadinya peningkatan prevelensi pada usia >18 tahun keatas yaitu 16% mengalami obesitas dan 43% mengalami *overweight* (WHO,2023).

Menurut *World Health Organization* lebih dari 390 juta anak-anak dan remaja berusia 5–19 tahun mengalami kelebihan berat badan pada tahun 2022. Prevalensi kelebihan berat badan (termasuk obesitas) di kalangan anak-anak dan remaja berusia 5–19 tahun telah meningkat drastis dari hanya 8% pada tahun 1990 menjadi 20% pada tahun 2022. Peningkatan tersebut terjadi secara serupa pada anak laki-laki dan perempuan: pada tahun 2022, 19% anak perempuan dan 21% anak laki-laki mengalami kelebihan berat badan. Sementara hanya 2% anak-anak dan remaja berusia 5–19 tahun yang mengalami obesitas pada tahun 1990 (31 juta orang muda), pada tahun 2022, 8% anak-anak dan remaja mengalami obesitas (160 juta orang muda) (WHO, 2024).

Berdasarkan Riset Kesehatan dasar (Riskesdas) 2013, 2018 dan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023. Di dapatkan prevelensi obesitas usia 16 -18 tahun yaitu pada tahun 2013 prevelensi obesitas 5,7% ditahun 2018 meningkat menjadi 9,5 % dan menurun pada tahun 2023 menjadi 8,8%. Adapun prevelensi obesitas usia >18 tahun di tahun 2013 yaitu sebesar, 13,5 % ditahun 2018 meningkat menjadi 13,6% dan ditahun 2023 meningkat menjadi 14,4%. Prevalensi *overweight* pada penduduk umur >18 tahun meningkat dari 21,8% (2018) menjadi 23,4% (2023) (Kemenkes, 2023). Adapun prevelensi obesitas dan *overweight* berdasarkan jenis kelamin dan geografi pada usia 16 -18 tahun yaitu prevelensi obesitas pada laki 8,2% dan perempuan 9,5% sedangkan untuk prevelensi *overweight* pada laki –laki yaitu 3,5% dan perempuan 3,1%. Prevelensi obesitas berdasarkan geografi pada usia 16-18 tahun prevelensi obesitas pada daerah perkotaan yaitu 10 % dan untuk daerah pedesaan 7,2%. Sedangkan prevelensi *overweight* berdasarkan geografi yaitu pada daerah perkotaan sebesar 3,8% dan daerah pedesaan sebesar 2,6%. Adapun prevelensi obesitas pada usia >18 tahun menurut jenis kelamin dan geografi tahun yaitu prevelensi obesitas pada laki 13,6 % dan perempuan 15,3 % sedangkan untuk prevelensi *overweight* pada laki –laki yaitu 15,7 % dan perempuan 31,2 %. Prevelensi obesitas berdasarkan geografi pada tahun prevelensi obesitas pada daerah perkotaan yaitu 15,1 % dan daerah pedesaan 13,5 %. Sedangkan prevelensi *overweight* berdasarkan geografi yaitu pada daerah perkotaan sebesar 26,3 % dan daerah pedesaan sebesar 19,3% (Unicef, 2024).



in Survei Kesehatan Indonesia (2023) prevelensi obesitas diurut usia 16- 18 tahun. Adapun prevelensi tertinggi pada

provinsi Papua Tengah (33,6%), DI Yogyakarta (18,3%). DKI Jakarta dan Papua (16,5%), Bali (15,9%) untuk Sulawesi Selatan (11%) dan tidak termasuk kedalam 10 besar dengan prevelensi tertinggi obesitas. Sedangkan prevalensi obesitas di Indonesia pada usia di atas 18 tahun adalah sekitar 21,8%. Prevalensi tertinggi terdapat pada Provinsi Papua Tengah (17,6%), Kepulauan Riau (17,4%), Kalimantan Utara (17,3 %), Sulawesi Utara (16,9 %), Sumatera Utara (16,6%), DKI Jakarta (16,2%) dan untuk Sulawesi Selatan (13,5%) dan tidak termasuk kedalam 10 besar dengan prevelensi tertinggi obesitas (Unicef, 2024). Prevalensi obesitas sentral pada penduduk umur > 15 tahun secara nasional sebesar 36,8%. Tiga provinsi teratas yaitu DKI Jakarta dan Sulawesi Utara sama-sama 45,7%, kemudian Papua tengah 44,3% (SKI, 2024).

Obesitas disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya yaitu genetik, pola makan, aktivitas fisik, durasi tidur, faktor lingkungan (teman sebaya dan orang tua) serta obat –obatan dan hormonal. Salah satu faktor penyebab terjadinya obesitas yaitu adanya penyimpangan pola makan seperti menghindari makan pagi yang berakibat porsi adanya penambahan penambahan porsi pada makan siang atau makan malam (Rachmawati, et al., 2023).

Obesitas sendiri merupakan faktor risiko terjadinya penyakit kronis seperti diabetes, jantung dan kanker (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Obesitas mampu memicu peningkatan risiko kardiovaskular serta dapat mempengaruhi kondisi medis lainnya seperti resistensi insulin, hipertensi, diabetes, dan *sleep apnea syndrome*. Struktur dan fungsi jantung dapat di pengaruhi oleh obesitas dan hal ini dapat menjadi salah satu faktor yang menyebabkan kejadian gagal jantung secara mendadak. Keadaan tersebut dapat menyebabkan peningkatan risiko *fibrilasi atrium* dan kematian jantung mendadak. Adapun dampak penyakit lain, yang disebabkan oleh obesitas diantaranya adalah perburukan asma, *osteoarthritis* lutut dan pinggul yang berhubungan dengan mekanik, pembentukan batu empedu, sleep apnea atau yang dapat disebut sebagai henti nafas saat tidur, *low back pain* (nyeri punggung bawah), terbentuknya plak *aterosklerotik* yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit jantung koroner seperti penyakit jantung iskemik ataupun penyakit jantung koroner (Azizah, 2022).



Perilaku makan menyimpang atau sering disebut dengan gangguan diartikan sebagai gangguan secara terus-menerus terkait dengan pola makan seseorang yang dapat mengganggu kesehatan fisik dan psikososial, dan tidak termasuk sebagai gangguan medis atau kejiwaan lainnya. Hingga saat ini ada empat jenis gangguan makan menyimpang yang diketahui yaitu *Anorexia Nervosa* (AN), *Bulimia Nervosa* (BN), *Binge Eating Disorder* (BED) dan *Eating Disorder*.

Not Otherwise Specified (EDNOS). Perilaku makan menyimpang yang dapat menyebabkan kegemukan, salah satunya *Binge Eating Disorder* (BED) atau cukup biasa disebut *binge eating*. Namun teori perilaku makan menyimpang ini terus berkembang dan dipelajari sebagai salah satu sumber penyebab terjadinya penyakit. Masih terdapat beberapa jenis lain perilaku makan menyimpang yang sedang banyak diteliti dan dikembangkan, salah satunya adalah *Night Eating Syndrome* (NES). Perilaku makan menyimpang tersebut banyak dikaitkan dengan *binge eating*, karena salah satu kriterianya yaitu makan banyak di malam hari (Angayomi, 2023).

Prevalensi *eating disorder* semakin meningkat. Berdasarkan studi pada 94 literatur di dunia yang dilakukan pada periode tahun 2000-2018 memberikan bukti bahwa prevalensi *eating disorder* tersebut juga semakin meningkat dimana pada periode 2000-2006 *eating disorder* memiliki rata-rata prevalensi 3,5% sedangkan pada periode 2013-2018, prevalensi tersebut meningkat menjadi 7,8% (Galmiche dkk., 2019). Prevalensi *eating disorder* yang tinggi juga terjadi di Asia bahkan Indonesia. Penelitian pada 3.148 mahasiswa di lima negara ASEAN menunjukkan *eating disorder* memiliki prevalensi 11,5%. Dalam penelitian tersebut pula, Indonesia memiliki prevalensi *eating disorder* sebesar 7,4% (Zulfa, 2023). Pada studi pendahuluan penelitian yang dilakukan pada mahasiswa di Gorontalo, ditemukan adanya kecenderungan perilaku makan menyimpang sebesar 43,3%. Dari studi pendahuluan tersebut kemudian dilakukan penelitian lanjutan dengan 312 sampel mahasiswa kesehatan, yang menemukan bahwa 56,4% mahasiswa mengalami *eating disorder* (Permanasari dan Arbi, 2022).

Peyimpangan perilaku makan atau Sindrom Makan Malam (SMM) yang pertama kali di tahun 1955 oleh Stunkard Grace dan Wolff yang mendefinisikan sindrom makan malam adalah perilaku makan yang penundaan harian asupan makanan yang ditandai dengan tiga gejala yaitu makan emosional pada sore atau malam hari, insomnia dan anoreksia pagi. *Night eating syndrome* biasanya terjadinya pada masa dewasa (remaja akhir menuju dewasa). Namun pada zaman sekarang semakin berkembangnya zaman berkembang juga aktivitas sehingga pada saat ini remaja yang sedang menempuh pendidikan berisiko mengalami sindrom makan malam. (Maryani *et al.*, 2022).



akan malam mengacu pada dorongan, kebiasaan, atau pola alam setelah makan malam. Sindrom makan malam pada itu diteliti karena mahasiswa lebih cenderung terjaga larut kegiatan akademis (misalnya, belajar) atau sosial (misalnya, dengan teman-teman). Sindroma Makan malam (SMM) mulai oleh individu, khususnya remaja dan dewasa. Sindrom ini

termasuk dalam Perilaku Makan Menyimpang yang erat kaitannya dengan kegemukan dan obesitas. Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengidentifikasi terjadinya gangguan tersebut baik pada remaja dan dewasa. Secara global diketahui bahwa Prevalensi SMM di populasi diperkirakan antara 1,5-5,7%. Namun, prevalensinya meningkat karena obesitas dan gangguan jiwa, terutama pada remaja muda (Putri, 2023).

Menurut Sweatt et al. (2018) individu dengan kualitas tidur yang buruk signifikan memiliki kadar lemak visceral yang lebih tinggi. Mekanisme hubungan kualitas tidur dan obesitas salah satunya melalui sekresi hormon ghrelin dan leptin. Kualitas tidur yang buruk terutama terkait durasi tidur yang kurang di malam hari akan meningkatkan ghrelin dan menekan leptin sehingga meningkatkan nafsu makan. Asupan makan di malam hari yang dilakukan ketika seseorang bergadang akan lebih mudah menimbulkan obesitas sentral. Leptin merupakan salah satu hormon yang berperan penting untuk *homeostatis* energi. Setelah seseorang makan, jaringan adiposa putih akan mensekresikan leptin sebagai penanda rasa kenyang sehingga menjadi sinyal bagi tubuh untuk menurunkan asupan makanan. Individu yang mengalami obesitas dapat mengalami resistensi leptin sehingga jika kualitas tidurnya juga buruk maka akan semakin menambah berat badan ataupun lingkaran pinggangnya (Purwaningtyas et al, 2023)

Gaya hidup yang ditandai dengan seringnya stres dan kurang tidur dapat mempengaruhi pola makan dan kecenderungan untuk mengkonsumsi makanan yang berlemak dan bergula. Kurang tidur memengaruhi regulasi hormon yang berkaitan dengan nafsu makan dan metabolisme (Pati et al., 2023). Adanya tekanan kerja, stres atau tekanan untuk mempertahankan berat badan tertentu dapat mengakibatkan kebiasaan makan yang tidak sehat. Ada beberapa faktor yang berhubungan dengan NES seperti; depresi, obesitas, pengobatan, jenis kelamin, memperlambat peningkatan kadar leptin dan melatonin pada malam hari, dan kadar kortisol serum yang tinggi. Lebih jauh lagi, hubungan antara NES, penanganan maladaptif, fungsi psikososial dan fisik yang buruk, dan perilaku serta sikap gangguan makan telah dilaporkan. Perilaku makan yang tidak teratur lebih mungkin terjadi pada akhir masa remaja dengan puncaknya antara usia 18–20 tahun. Secara khusus, mahasiswa cenderung memiliki masalah citra tubuh, gangguan tidur, serta kecemasan dan stres, yang semuanya meningkatkan risiko timbulnya gejala NES (Hamdan et al.,



Mannan et al., (2016), terdapat hubungan timbal balik antara stres dan obesitas. Obesitas sering dikaitkan dengan risiko depresi serta penyakit mental lainnya. Apabila remaja mengalami depresi, maka akan mengganggu proses perkembangannya jangka panjang. Kecemasan karena kelebihan berat badan

dan ketidakstabilan persepsi diri dan ejekan menjadi ciri citra tubuh negatif dalam dimensi psikopatologi. Adanya isolasi sosial terhadap remaja obesitas tidak hanya akan menimbulkan gangguan emosional dan ketidakpuasan tubuh, tetapi juga dapat memunculkan demoralisasi dan perilaku impulsif bahkan sampai bunuh diri dalam kasus-kasus yang ekstrem. Gangguan depresi yang terjadi pada remaja obesitas sangat penting untuk dipelajari dimana meningkatnya penggunaan media sosial yang dapat memberi tekanan pada remaja. Dibandingkan dengan remaja yang memiliki berat badan normal, remaja obesitas memiliki prevalensi lebih tinggi mengalami depresi, penurunan akademik, dan harga diri (Annahar dan Hendrati, 2022).

Diperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia menderita gangguan jiwa, neurologi, dan penyalahgunaan obat angka tersebut menyumbang 14% beban penyakit global. Sekitar 154 juta diantaranya menderita depresi. Secara Nasional, prevalensi depresi di Indonesia pada tahun 2023 sebesar 1,4%. Prevalensi depresi paling tinggi ada pada kelompok anak muda (15-24 tahun), yaitu sebesar 2%. Survei mengenai kesehatan mental pada remaja di Indonesia tahun 2022, mendapatkan hasil 5,5% remaja usia 10-17 tahun mengalami gangguan mental. Sebanyak 1% remaja mengalami depresi, 3,7% cemas, *post traumatic syndrome disorder* (SPTSD) 0,9%, dan *attention-deficit/ hyperactivity disorder* (ADHD) sebanyak 0,5%. Prevalensi depresi tertinggi pada anak muda (2%), namun paling sedikit yang mengakses pengobatan (10,4%). Proporsi anak muda yang mengalami depresi lebih tinggi pada kelompok perempuan (2,8%), berpendidikan menengah (2,2%), pada kelompok tidak bekerja, bekerja sebagai buruh, supir, pembantu dan masih sekolah (>2%). Proporsi yang lebih tinggi juga terlihat pada kelompok tinggal di perkotaan (2,5%) dan status ekonomi terbatas (2,2%). Depresi yang tidak mendapatkan penanganan yang baik berpotensi menyebabkan bunuh diri (SKI, 2023) .

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan adanya hubungan sindrom makan malam dengan kejadian obesitas. Hal tersebut juga bisa menjadi faktor terjadinya sindrom metabolik. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan menggunakan data dari UK Biobank yang merupakan studi kohort berbasis populasi yang melibatkan lebih dari 500.000 peserta berusia 40 hingga 69 tahun di 22 pusat penilaian di Inggris antara tahun 2006 dan 2010 (Liang *et al.*, 2023). Adapun penelitian yang



yang dilakukan pada mahasiswa S1 Gizi Universitas MH
nyak 128 mahasiswa sebagai sampel pada tahun 2021
59,4%. Hasil analisis yang dilakukan menunjukkan adanya
difikan sindrom makan malam dengan kejadian obesitas
khatina, R, 2021). Namun pada penelitian yang dilakukan
2019) dilakukan dengan menggunakan desain studi case

control dengan sampel 72 orang dengan 36 orang untuk masing –masing kelompok. Didapatkan hasil pada kelompok kasus sebanyak (11,1%) dan kelompok kontrol sebanyak (19,4%). Sindrom makan malam lebih banyak ditemukan pada mahasiswa yang non obesitas dikarenakan adanya faktor kepercayaan diri, stress, dan depresi (Afriani et al., 2019). Penelitian Putri (2023) pada mahasiswa magang Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Ageng Tirtayasa menemukan bahwa prevalensi depresi, kecemasan, dan stres berhubungan dengan peningkatan indeks massa tubuh (IMT) (Rahmat, 2023).

Penelitian sindrom makan malam, depresi dan kecemasan dan obesitas dilakukan pada mahasiswa fakultas kesehatan masyarakat. Penelitian ini dilakukan pada mahasiswa karena pada zaman sekarang banyak mahasiswa yang mengalami sindrom makan malam depresi dan kecemasan pada penelitian ini juga dilakukan untuk melihat kejadian obesitas dengan melakukan pengukuran menggunakan lingkaran perut. Penelitian ini dilakukan pada mahasiswa S1 angkatan 2024 FKM dikarenakan pada saat melakukan survei terkait variabel yang akan diteliti yang akan dilakukan di dapatkan bahwa ada beberapa mahasiswa yang mengalami hal tersebut maka dari itu peneliti ingin melakukan penelitian terkait gambaran Sindrom Makan Malam, depresi dan Kecemasan dan kejadian obesitas. Hal ini juga dikarenakan sebelumnya belum ada penelitian terkait yang diteliti sebelumnya pada mahasiswa S1 angkatan 2024 fakultas kesehatan masyarakat universitas Hasanuddin.

Berdasarkan uraian diatas masih kurangnya penelitian terkait sindrom makan malam, gangguan emosi pada status gizi sehingga dengan hal tersebut peneliti tertarik untuk meneliti gambaran sindrom makan malam, depresi, kecemasan dan kejadian obesitas pada mahasiswa S1 angkatan 2024 FKM Universitas Hasanuddin.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran distribusi frekuensi kejadian obesitas malam mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin?
2. Bagaimana gambaran distribusi frekuensi sindrom makan malam mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin?
3. Bagaimana gambaran distribusi frekuensi depresi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin?
4. Bagaimana gambaran distribusi frekuensi kecemasan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin?



5. Bagaimana gambaran distribusi frekuensi kejadian obesitas mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin?
6. Bagaimana gambaran sindrom makan malam dan kejadian obesitas mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin?
7. Bagaimana gambaran depresi dan kejadian obesitas mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin?
8. Bagaimana gambaran kecemasan dan kejadian obesitas mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diketahui gambaran sindrom makan malam, depresi, kecemasan, dan kejadian obesitas di mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketahui frekuensi kejadian Obesitas pada mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin
2. Diketahui gambaran sindrom makan malam pada mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin
3. Diketahui gambaran depresi pada mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin
4. Diketahui gambaran kecemasan pada mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin
5. Diketahui gambaran sindrom makan malam dan kejadian obesitas mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin
6. Diketahui gambaran depresi dan kejadian obesitas mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin



ahui gambaran kecemasan dan kejadian obesitas mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2024 Universitas Hasanuddin

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Sebagai bahan masukan dalam memberikan informasi yang benar dan pelayanan kesehatan yang efektif dalam usaha menangani sindrom makan malam, depresi dan kecemasan dalam mengurangi terjadinya obesitas.

1.4.2 Manfaat Institusi

Menambah referensi dan panduan bagi peneliti lain untuk melakukan penelitian dengan variabel yang berbeda dan sebagai informasi tambahan bagi mahasiswa yang meneliti lebih lanjut dengan variabel terkait gambaran sindrom makan malam, depresi dan kecemasan dan kejadian obesitas pada mahasiswa

1.4.3 Manfaat Praktis

Menambah pengetahuan dan pengalaman penelitian di bidang Gizi Masyarakat terkait kejadian obesitas pada mahasiswa, sekaligus sebagai media untuk menerapkan ilmu yang diterapkan dibangku perkuliahan.



BAB II TINJAUAN PUSTKA

2.1 Tinjauan Umum Obesitas

2.1.1 Definisi Obesitas

Obesitas atau yang sering kita sebut kegemukan merupakan penyakit kronis kompleks yang ditandai dengan adanya timbunan lemak yang berlebih yang dapat menanggung kesehatan. Berdasarkan data *World Health Organization (WHO)* di tahun 2022, terdapat 2,5 miliar orang dewasa yang berusia >18 tahun mengalami kelebihan berat badan, termasuk >890 juta orang dewasa yang mengalami obesitas. Sejak tahun 1990 diketahui telah meningkat sebanyak 25% orang dewasa >18 yang mengalami kelebihan berat badan. Prevalensi kelebihan berat badan bervariasi menurut wilayah, dari 31% di wilayah Asia Tenggara dan Wilayah Afrika hingga 67% di Wilayah Amerika (WHO, 2024). Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi kondisi kelebihan berat badan dan obesitas di kalangan remaja berusia 16 hingga 18 tahun sebesar 13,5% (Kemenkes, 2018). Obesitas sentral atau obesitas abdominal adalah kumpulan lemak abdominal berlebih yang terdapat di daerah abdomen atau perut. Pengukuran lingkaran perut dilakukan pada penduduk dewasa umur ≥ 15 tahun. Batasan obesitas sentral adalah jika nilai lingkaran perut pada: laki-laki > 90 cm, perempuan > 80 cm (SKI, 2023).

2.1.2 Etiologi Obesitas

Obesitas bisa terjadi dikarenakan perubahan keseimbangan energi pada tubuh dalam jangka waktu yang lama, ketidakseimbangan ini terjadi karena adanya interaksi yang kompleks antara genetik dan faktor metabolik, faktor biokimia, faktor lingkungan, yang berakibat dapat mempengaruhi asupan makanan dan aktivitas. Berdasarkan hukum termodinamik, obesitas diakibatkan karena ketidakseimbangan antara asupan energi dengan pengeluaran energi (*energy expenditure*) sehingga berakibat terjadinya kelebihan energi yang selanjutnya disimpan dalam bentuk jaringan lemak (Mustakim, 2023).

2.1.3 Patofisiologi Obesitas

Obesitas diakibatkan adanya kelebihan energi yang disimpan untuk jaringan lemak. Adanya gangguan keseimbangan ini diakibatkan oleh faktor eksogen (obesitas primer) sebagai nutrisi (90%) dan faktor endogen (obesitas sekunder) karena adanya kelainan hormonal sindrom maupun genetik (10%). Pengaturan keseimbangan energi diperankan oleh sistem melalui 3 proses fisiologis, yaitu pengendalian rasa



lapar dan kenyang, mempengaruhi laju pengeluaran energi dan regulasi sekresi hormon. Dalam proses pengaturan penyimpanan energi terjadi sinyal –sinyal eferen (yang berpusat di hipotalamus) ketika telah mendapatkan sinyal eferen dari perifer seperti jaringan adipose, usus dan jaringan otot (Sari, et al, 2023).

Sinyal-sinyal tersebut bersifat anabolik (meningkatkan rasa lapar dan menurunkan pengeluaran energi) dan juga ada yang bersifat katabolik (anoreksia menimbulkan pengeluaran energi) yang dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu sinyal pendek dan sinyal panjang. Pada sinyal pendek mempengaruhi proses makan dan waktu makan, serta berhubungan dengan faktor distensi lambung dan peptide gastrointenal yang diperankan oleh kolesistokinin (CCK) yang berperan sebagai stimulator dalam peningkatan rasa lapar. Sinyal panjang diperankan oleh *fat-derived hormone* leptin dan insulin yang mengatur keseimbangan penyimpanan dan keseimbangan energi. Jika asupan energi berlebih dari yang dibutuhkan maka jaringan adipose meningkat yang disertai dengan meningkatnya kadar leptin dalam peredaran darah. Dalam hal ini, leptin merangsang *anorexigenic center di hipotalamus* agar menurunkan produksi *Neuro Peptida Y (NPY)* yang dimana terjadinya penurunan nafsu makan. Begitupun sebaliknya, bila kebutuhan energi melebihi asupan energi maka jaringan adipose yang berkurang dan terjadinya rangsangan pada *orexigenic center di hipotalamus* yang membuat adanya peningkatan nafsu makan. Pada penderita obesitas umumnya terjadi resistensi leptin, yang dimana jika kadar leptin tinggi tidak membuat penurunan nafsu makan. Adanya pengontrolan nafsu makan tingkat kenyamanan diatur oleh mekanisme neural dan humoral (*neuhomoral*) yang dipengaruhi oleh genetik, nutrisi, lingkungan, dan sinyal psikologis. Mekanisme ini dirangsang oleh respon metabolik yang berpusat pada hipotalamus (Sari, et al, 2023).

2.1.4 Klasifikasi Obesitas

Obesitas menurut (Hermawan, et al, 2020) dapat diklasifikasikan berdasarkan bentuk fisik/ tubuh yang tersusun akibat timbunan lemak ditubuh. Adapun klasifikasi obesitas yaitu sebagai berikut:



e Android (Buah Apel)

Obesitas pada tipe ini adanya penumpukan lemak utamanya ada pada bagian tubuh atas seperti dada, pundak, leher dan ah,. Dikatakan tipe android karena pada obesitas ini tubuh menyerupai bentuk buah dari apel. Obesitas tipe ini biasanya

terjadi pria yang telah lanjut usia dan atau wanita yang telah menopause.

Pada obesitas tipe android ini memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap penyakit degeneratif yang berkaitan dengan metabolisme lemak dan glukosa (seperti : penyakit jantung, diabetes mellitus, stroke dan hipertensi) hal ini dikarenakan lemak yang tertimbun yaitu lemak jenuh. Namun, pada tipe obesitas android ini merupakan obesitas yang mudah untuk menurunkan berat badan.

b) Tipe *Gynoid* (Buah Pir)

Pada obesitas tipe *gynoid* pada umumnya hanya terjadi pada perempuan. Obesitas *gynoid* ini adanya penumpukan lemak yang terjadi dibagian tubuh bawah sekitar perut, pinggul, paha dan pantat. Hal ini dikarenakan lemak yang menumpuk adalah lemak tak jenuh. Obesitas tipe ini lebih aman dibandingkan obesitas tipe android. Namun pada obesitas tipe *gynoid* lebih sulit untuk menurunkan berat badan.

Obesitas juga diklasifikasikan berdasarkan faktor penyebabnya. Ada enam jenis obesitas yang bisa menyerang tubuh manusia yaitu sebagai berikut :

- a) Obesitas Tipe 1 (Asupan makan) : Obesitas tipe ini disebabkan karena asupan makanan dan minuman yang berkalori dikonsumsi secara berlebihan. Umumnya penderita obesitas dengan tipe tersebut mengalami penimbunan lemak dibagian tubuh atas/ dada dan bagian perut sehingga perut terlihat membuncit.
- b) Obesitas Tipe 2 (Akibat Stress): Pada Obesitas ini disebabkan karena adanya kecemasan atau stress. Rasa cemas yang berlebih dapat memengaruhi hormon dalam tubuh. Pada saat merasa cemas maka seseorang cenderung memiliki nafsu makan yang tinggi yang dimana hal ini sering dijadikan pelampiasan ketika stress. Tipe obesitas ini terlihat gemuk disekitar perut.
- c) Obesitas Tipe 3 (obesitas karena gluten) : Obesitas diakibatkan oleh gluten. Gluten merupakan protein bersama yang terkandung bersama pati yang biasanya terdapat pada beberapa sereal, utamanya pada gandum, gandum hitam dan jelai. Gandum merupakan sereal yang paling mengandung gluten tertinggi diantara ketiganya pada gandum kandungan gluten mencapai 80% dari total protein dalam tepung. Obesitas ini umumnya terjadi pada perempuan hal ini dikarenakan adanya ketidakseimbangan



hormon seks. Obesitas ini akan terjadi pada masa remaja dan menopause. Umumnya obesitas tipe ini adanya penumpukan lemak dibagian pinggang dan paha.

- d) Obesitas Tipe 4 (Obesitas ateorgenik metabolik) : Obesitas tipe ini ditandai dengan perut yang sangat besar. Hal ini diakibatkan karena seluruh lemak yang berada ditubuh terakumulasi dalam perut yang dapat berakibat kesulitan pernapasan.
- e) Obesitas Tipe 5 (Obesitas Vena) Obesitas ini umumnya dialami oleh wanita selama masa kehamilan dan pasca kehamilan (menyusui) hal ini dikarenakan obesitas ini terjadinya karena sirkulasi vena ditubuh bagian bawah mengalami hambatan. Pada obesitas tipe terjadinya penimbunan lemak mulai dari bokong, paha, dan tungkai.
- f) Obesitas Tipe 6 (obesitas kurang gerak/olahraga) : Obesitas tipe ini paling umum dialami oleh seseorang. Tipe obesitas ini paling sering kita jumpai.

2.1.5 Faktor Penyebab Obesitas

1) Genetik

Orang tua yang gemuk merupakan salah satu faktor genetik yang berperan besar terhadap obesitas. Pada orang tua yang mengalami obesitas, sekitar 80% anak akan mengalami obesitas. Jika hanya salah satu orang tua yang mengalami obesitas maka akan kejadian obesitas pada hanya sekitar 40% dan jika kedua orang tua tidak obesitas maka resiko anak terkena obesitas sekitar 14%. Faktor risiko anak mengalami kejadian obesitas hal ini dipengaruhi oleh perubahan lingkungan gizi dalam kandungan (intrauterine) yang mengakibatkan terjadinya gangguan perkembangan organ-organ tubuh janin, utamanya kerentanan terhadap proses pembentukan janin. Mekanisme kerentanan genetik terhadap obesitas terjadi melalui efek '*resting metabolic rate*'. '*thermogenesis non-exercise*'. Kecepatan oksidasi lipid dan kontrol nafsu makan yang jelek. Sehingga kerentanan terhadap obesitas ditentukan secara genetik sedangkan lingkungan menentukan ekspresif fenotif (Susetyowati & Huriyati E., 2019).

s Kelamin

Terdapat salah satu penelitian menunjukkan adanya ungkapan signifikan antara jenis kelamin dengan terjadinya status gizi lebih. Pada penelitian tersebut menemukan bahwa s kelamin laki –laki lebih beresiko mengalami status gizi h. Remaja laki –laki memiliki 2,64 kali lipat kemungkinan



mengalami kegemukan dan obesitas dibandingkan dengan perempuan. Jenis kelamin mempunyai keterkaitan kegemukan dan obesitas yang dipengaruhi oleh pemilihan makan secara budaya. Jenis kelamin mendapatkan hambatan penentuan determinan jenis kelamin yang lebih berisiko hal ini dikarenakan *confounding structural* (Deswita., 2023).

3) Aktivitas Fisik

Obesitas sering kali ditemukan pada orang yang jarang melakukan aktivitas fisik dan kebanyakan duduk. Industri saat ini, dengan kemudahan saat ini cenderung membuat orang kurangnya bergerak. Aktivitas fisik merupakan komponen utama *energy expenditure*. Sekitar 20-50% total *energy expenditure* adalah aktivitas fisik. Pada penelitian terdahulu didapatkan hubungan antara aktivitas fisik rendah dengan kejadian obesitas. Didapatkan bahwa aktivitas fisik yang rendah mempunyai risiko peningkatan berat badan 5kg (Susetyowati & Huriyati E., 2019).

4) Asupan Kalori

Salah satu faktor penyebab status gizi lebih yaitu pola makan yang tidak teratur. Masyarakat cenderung memilih makanannya sendiri utamanya makanan cepat saji dan tinggi karbohidrat hingga berakibat masyarakat mengalami kelebihan asupan makanan dan obesitas atau kelebihan berat badan akan sulit untuk dihindari. Orang yang dengan berat badan berlebih lebih cepat tanggap dibanding dengan orang yang berat badan normal terhadap syarat lapar eksternal, seperti rasa dan bau makanan atau saatnya waktu makan. Orang yang gemuk jika sudah merasa lapar makan dia akan segera makan bukan makan pada saat lapar. Orang yang sudah terbiasa dengan pola makan yang berlebih akan sangat sulit untuk mengontrol diri untuk mengurangi asupan makan sehingga orang kegemukan perlu memiliki kontrol diri dan motivasi yang kuat untuk mengurangi berat badan (Mustakim., 2023).

Peranan faktor nutrisi dimulai sejak dari kandungan. Pada saat didalam kandungan jumlah lemak tubuh dan pertumbuhan bayi dipengaruhi oleh berat badan ibu. Ketika r, kenaikan berat badan dan komposisi lemak tubuh anak engaruhi oleh waktu pertama kali mendapatkan makanan lat, asupan tinggi kalori dan tinggi karbohidrat dan lemak, ta kebiasaan mengonsumsi makanan yang mengandung gi kalori. Disamping itu, perubahan pengetahuan, sikap, ilaku gaya hidup serta keadaan ekonomi juga



mempengaruhi pemilihan jenis makanan yang dikonsumsi (Hidayah et al., 2022).

Terdapat 2 (dua) pola makan tidak normal yang dapat menyebabkan obesitas yaitu makan dengan jumlah yang sangat banyak (*binge*) dan sindrom makan malam. Kedua pola makan tersebut disebabkan oleh faktor stress dan kekecewaan. *Binge* mengakibatkan seseorang dapat mengonsumsi kalori dalam jumlah yang sangat banyak dalam sekali makan. Pada sindrom makan malam seseorang akan mengalami hiperfagia di pagi hari, namun pada malam hari makan dengan jumlah yang sangat banyak dan diikuti dengan insomnia serta agitasi (keresahan/ kegelisahan) di malam hari (Susanti & Citerawati., 2018).

6) Umur

Status gizi lebih dapat terjadi pada semua usia, pada usia pertengahan obesitas sering disebut sebagai kelainan. Status gizi lebih yang muncul di tahun pertama kehidupan biasa – biasa disertai perkembangan rangka yang cepat dan anak menjadi besar untuk umurnya. Jika pada saat masa kecil anak mengalami obesitas maka pada saat dewasa akan cenderung mengalami obesitas. Status gizi lebih pada remaja sering ditemui pada keluarga mampu, dan sangat jarang dijumpai anak yang obesitas pada anak miskin (Misnadiarly., 2007).

Seiring usia yang bertambah maka akan meningkatkan kandungan lemak tubuh total, utamanya distribusi lemak pusat. Prevalensi obesitas sentral meningkat hingga usia 44 tahun dan menurun pada usia 45-54 tahun. Prevalensi obesitas sentral ditemukan lebih tinggi pada sampel dengan usia lebih tua. Pada usia tua adanya penurunan massa otot dan adanya perubahan berapa jenis hormone yang dapat memicu penumpukan lemak perut (Puspitasari, 2018)

7) Psikososial

Respon dan tingkat stress diketahui mempunyai dampak terhadap status nutrisi. Gejala gangguan nutrisi yang muncul sebagai akibat dari adanya perubahan fisik, psikologis dan sosial bervariasi mulai dari perubahan nafsu makan sampai dengan munculnya gangguan pola makan seperti anoreksia nervosa, bulimia nervosa dan binge eating disorder (Sugandi, 2020)

Perubahan

Pada usia remaja menuju dewasa terjadi kerentanan gizi yang disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah perubahan



gaya hidup salah satunya adalah pola konsumsi. Hal ini dipengaruhi oleh lingkungan sekitar, yaitu orang tua, guru, dan teman sebayanya. Pola konsumsi ini termasuk seringkali konsumsi fast food. Selain itu juga makanan yang mengandung tinggi gula dan lemak namun rendah serat.

2.1.6 Dampak Obesitas

Menurut Hadi (2021) terdapat beberapa dampak dari obesitas diantaranya yaitu :

a) Dampak Status Gizi Lebih Terhadap Klinis

Status gizi lebih mempengaruhi beberapa faktor klinis diantaranya yaitu gangguan pernapasan, neurologi, dermatologi, gangguan pertumbuhan dan musculoskeletal. Penderita status gizi lebih memiliki risiko lebih besar terhadap komplikasi kardiometabolik. Tidak dapat dipungkiri bahwa penderita status gizi lebih yaitu disfungsi lipidemia, diabetes mellitus tipe 2, penyakit kardiovaskular, dan kardiometabolik. Anak obesitas mengalami *obstructive sleep apnea* (Hadi, 2021).

b) Dampak Status Gizi Lebih Terhadap Psikososial

Penderita status gizi lebih terkadang mengalami *bullyan*. Sehingga hal ini perkembangan psikososial dan kesehatan mental dapat terganggu. Sehingga jika seseorang yang obesitas mengalami *bullyan* akan menarik diri dari pertemanan dan lingkungan sekitar karena stress dan kurang percaya diri untuk berinteraksi (Hadi, 2021).

c) Dampak Status Gizi Lebih Terhadap Keuangan

Biaya yang dikeluarkan karena Obesitas :

- 1) Biaya langsung (*direct cost*) biaya ini berkaitan dengan biaya pengobatan atau terapi penyembuhan obesitas.
- 2) Biaya yang tidak bisa diraba (*intangible cost*) biaya yang berkaitan dengan biaya hidup secara umum khusus terkait kesehatan
- 3) Biaya tidak langsung (*indirect cost*) biaya ini berkaitan dengan biaya anak masuk sekolah dan kegiatan lain yang dilakukan.

2.1.7 Penatalaksanaan Obesitas

Pencegahan dari obesitas terdiri dari 3 langkah, pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan merupakan upaya untuk memberikan edukasi pada masyarakat mengenai gaya hidup yang sehat dan menghindari faktor risiko yang dapat menyebabkan obesitas. Pencegahan sekunder adalah upaya untuk mendeteksi peningkatan lemak pada anak berusia kurang dari 5 tahun.



Pencegahan tersier merupakan suatu pencegahan terjadinya komorbiditas atau penyakit kronis yang ditimbulkan dengan melakukan terapi pada anak obesitas secara dini (Hendarto, 2019).

2.1.8 Indikator Pengukuran Obesitas

a. Indeks Massa Tubuh

Untuk pria dan wanita valid namun adanya keterbatasan diantaranya yaitu :

1. *Overestimate* lemak tubuh pada atlet dan orang yang mengalami pembentukan otot.
2. *Underestimate* lemak tubuh pada orang yang sudah tua dan mereka yang telah banyak kehilangan massa otot.
3. Anak-anak yang dalam masa pertumbuhan
4. Wanita hamil

Tabel 2. 1 Klasifikasi IMT Menurut WHO

Klasifikasi	IMT
Berat Badan Kurang (Underweight)	<18,5
Normal	18,5 -22,9
Kelebihan Berat Badan (Overweight) Dengan Resiko	23-24,9
Obesitas 1	25-29,9
Obesitas 2	>30

Sumber : Kemenkes, 2018

Tabel 2. 2 Klasifikasi IMT Nasional

Klasifikasi		IMT
Kurus	Berat	<17
	Ringan	17,0 -18,4
Normal		18,5-25,0
Gemuk	Berat	25,1-27,0
	Ringan	>27

Sumber : Kemenkes, 2019

IMT memiliki hubungan dengan total lemak tubuh, IMT bukan satu –satunya indikator untuk mengukur obesitas. Metode yang dapat dilakukan untuk mengukur obesitas selain IMT adalah pengukuran lingkaran perut / lingkaran pinggang (Purba, et al., 2023).

b. Pengukuran Lingkaran Pinggang



Pengukuran lingkaran pinggang menurut etnis dapat digunakan sebagai alat untuk mengidentifikasi terjadinya obesitas atau tidak. Cara ini sangat mudah karena hanya dengan mengukur lingkaran pinggang dan membandingkan dengan batasan yang telah ditetapkan.

Tabel 2. 3 Klasifikasi Lingkar Pinggang Menurut Etnis

Lingkar Pinggang (cm) pada Obesitas	Etnis / Negara
Pria > 90 dan Wanita >80	Asia Selatan, China, Amerika Tengah, Asia –India, Melayu, termasuk Indonesia
Pria >85 dan Wanita >80	Jepang
Pria > 94 dan Wanita >80	Negara –negara Eropa, Timur Tengah dan Afrika

Sumber : Hermawan, et al, 2020.

2.1.9 Tabel Sintesa

Tabel 2. 4 Tabel Sintesa Variabel Kejadian Obesitas

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
1.	Istanti, N., Antara, A. N., & Ernawati, Y. (2024). DOI: https://doi.org/10.35790/j-kp.v12i2.55870	Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Risiko Obesitas Pada Remaja Di Pantai Asuhan Darun Najah Sleman Yogyakarta Jurnal Keperawatan	<i>Cross-Sectional</i> <i>Uji Kendal</i>	Remaja Di Pantai Asuhan Darun Najah Sleman Yogyakarta sebanyak 30 orang	Berdasarkan penelitian didapatkan distribusi resiko obesitas sebanyak 14 remaja yang tidak mengalami obesitas dan 2 remaja mengalami obesitas. Adapun frekuensi yang mengalami 13 responden. Aktivitas fisik ringan 10 responden, sedang 17 reponden, dan aktivitas fisik berat sebanyak 3 orang. Asupan karbohidrat Sebagian besar dalam kategori cukup sebanyak 14 remaja (46,7%), asupan protein Sebagian besar dalam kategori cukup sebanyak 14



	Zulkarnain, O. (2023). https://jurnal.ikbis.ac.id/index.php/infoke/artic/view/461	Kejadian Obesitas Pada Remaja SMA Negeri 1 Bintan Timur Infokes	Uji Rank Spearman	Timur Sebanyak 72 orang	Timur sebagian besar mengalami stres tingkat sedang sebesar 30,6%. Angka kejadian obesitas sebesar 36,1%. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubunganyang bermakna antara hubungantingkat stresdengan kejadian obesitas dengan nilai $p = 0,027$ dan memiliki kekuatan hubungan lemah dan tidak searah ($r = 0,261$)
4.	Adimuntj a, N. P. (2024). .DOI: http://doi.org/10.47650/jpp.v7i2.1203	Analisis Faktor Lingkungan Obesogenik Dengan Kejadian Obesitas Pada Remaja di Kota Jayapura. <i>Jurnal Promotif Preventif</i>	Cross-Sectional Uji Chi-Square	Remaja usia 15-19 tahun di SMA Negeri 4 Kota Jayapura dengan jumlah sampel penelitian sebanyak 100	Adapun hasil penelitian diperoleh bahwa remaja yang mengalami obesitas sebanyak 51 orang (51,0%) dan yang tidak obesitas sebanyak 49 orang (49,0%). Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor konsumsi minuman dan perilaku sedentary signifikan bermakna dengan kejadian obesitas. Sedangkan konsumsi makanan cepat saji tidak memiliki hubungan dengan kejadian obesitas.

2.2 Tinjauan Umum Gangguan Makan



Gangguan Makan

Gangguan makan merupakan gangguan mental yang disertai dengan perilaku makan yang tidak normal dan disertai emosi. Penderita gangguan makan bisa mengonsumsi sedikit atau terlalu banyak makanan, serta terobsesi pada makanan atau bentuk tubuhnya. *Eating disorder* (Gangguan

makan) adalah suatu sindrom yang ditandai oleh pola makan yang menyimpang terkait dengan karakteristik psikologik yang berhubungan dengan makan, bentuk tubuh, dan berat badan. Gangguan makan terjadi ketika seseorang mengalami gangguan makan parah dalam tingkah laku makan, seperti mengurangi kadar makanan dengan ekstrem atau perasaan menderita atau keprihatinan tentang berat atau bentuk tubuh yang ekstrem. Seseorang dengan gangguan makan yang berawal dari mengonsumsi makanan yang lebih sedikit atau lebih banyak terus – menerus diluar keinginan (Yanti, et al., 2023).

2.2.2 Jenis – Jenis Gangguan Makan

Adapun jenis – jenis gangguan makan yaitu sebagai berikut :

1) *Anorexia Nervosa*

Anoreksia Nervosa adalah gangguan makan yang ditandai oleh ketakutan berlebihan akan berat atau bentuk tubuh yang menyebabkan seseorang menahan diri dari makan dan membatasi asupan makan secara drastis. Orang dengan **anoreksia** cenderung memiliki pandangan yang tidak realistis tentang berat badan dan bentuk tubuh mereka (Mubin, et al., 2024)

2) *Bulimia Nervosa*

Bulimia Nervosa ditandai oleh pola makan yang impulsif yang diikuti oleh perilaku kompulsif untuk mengeluarkan makanan yang telah dimakan, seringkali melalui muntah atau penggunaan pencakar secara berlebihan. Individu dengan bulimia cenderung khawatir tentang berat badan dan bentuk tubuh mereka (Mubin, et al., 2024)

3) Gangguan Makan Bingung (*Binge Eating Disorder*)

Binge eating disorder adalah gangguan makan yang melibatkan pola makan yang berlebihan secara berulang tanpa mengikuti perilaku kompensator seperti muntah atau olahraga berlebihan. Orang dengan gangguan makan bingung cenderung kehilangan kendali saat makan dan sering merasa malu atau bersalah setelahnya (Mubin, et al., 2024)

4) Gangguan Makan Selektif

Gangguan makan selektif terjadi ketika seseorang memiliki preferensi makanan yang sangat terbatas, seringkali membatasi diri mereka pada beberapa jenis makanan tertentu dan menolak untuk mencoba makanan baru (Mubin, et al., 2024).

Penyebab Gangguan Makan



Beberapa faktor yang menjadi penyebab *eating disorder* adalah sebagai berikut (Mastuti, et al., 2023).

1. Faktor Keluarga : Seseorang yang dapat mengalami eating disorder adalah jika salah satu anggota keluarganya ada yang menjadi penderita.
2. Faktor Pekerjaan : Pekerjaan yang dapat menuntun penampilan fisik seseorang seperti model ataupun atlet Tuntunan tersebut dapat menjadi pemicu seseorang untuk berpenampilan sempurna.
3. Faktor Sosial : Faktor ini merupakan tekanan seperti tekanan seperti kritikan terhadap bentuk dan berat badan.
4. Faktor emosional dan psikososils : Jika seseorang mengalami salah satu gangguan psikologis seperti OCD (*obsessive compulsive disorder*) yaitu gangguan makan yang penderitanya melakukan perbuatan atau tindakan berulang ulang untuk mengurangi rasa cemas ataupun PTSD (*Post traumatic stress di sorder*) yang merupakan gangguan keadaan kejiwaan dimana seseorang mengalami perilaku perilaku yang tidak menyenangkan dan menjadi trauma yang sangat membekas di kehidupannya, lebih tinggi untuk mengalami gangguan pola makan.

2.2.4 Tanda dan Gejala Gangguan Makan

a. *Anoreksia Nervosa*

Adapun 2 macam subtype dari *anoreksia nervosa* yang didasarkan atas metode –metode yang digunakan untuk mengontrol berat badan, yaitu :

- 1) Mengontrol pengurangan berat badan dengan mengonsumsi kalori yang sangat rendah dan olahraga.
- 2) Terkadang terjadi bulimia diantara jarak makan, dan kelaparan dengan mempunyai kebiasaan memuntahkan dan penggunaan laksana dan diuretik dari pada menggunakan obat penurunan berat badan.
- 3) Gejala Klinis/ symptom
 - a) Adanya gejala dominan
 - b) Penderita *anoreksia nervosa* mempunyai *obsessive compulsive behavior*.
 - c) Penyesuaian seksual yang buruk
 - d) Gangguan tidur dan gangguan depresi pada umumnya
 - e) Muntah yang dipaksakan
 - f) Biasanya aktivitas dan program olahraga yang berlebihan



b. *Bulimia Nervosa*

- 1) Dehidrasi
- 2) Erosi enamel yang disebabkan oleh asam lambung.
- 3) Menstruasi yang tidak teratur
- 4) Masalah jantung
- 5) Muntah – Muntah

c. *Binge Eating Disorder*

- 1) Mengkonsumsi lebih banyak makanan
- 2) Perilaku makanan *secretive* (Makan diam –diam)
- 3) Sering melewatkan waktu makan
- 4) Memiliki periode yang tidak terkendali atau *impulsif*

2.2.5 Dampak Gangguan Makan

1. Konsumsi makanan yang terlalu banyak dan terlalu sedikit adalah gangguan pola makan, hal ini adanya respon psikologis seseorang yang sedang mengalami stres. Meskipun disebabkan oleh beberapa faktor yang sama, kedua pola gangguan makan ini memiliki beberapa perbedaan, Mengkonsumsi makanan secara berlebihan dikarenakan adanya respon tubuh akibat peningkatan kadar hormon kortisol dan hormon insulin yang disertai dengan kenaikan hormon ghrelin sehingga seseorang yang sedang stres cenderung merasa lapar lebih lama (Amin & Pome, 2023).
2. Adapun dampak dari anoreksia nervosa yaitu penurunan berat badan yang meliputi *refluks gastroesophageal*, *ulkus peptikum*, keganasan, diare kronik, *malabsorpsi*, *inflammatory bowel disease*, peningkatan kebutuhan energi, lesi *hipotalamik*, *hipertirpdisme*, diabetes melitus, dan penyakit *addison*. Adanya gangguan kesehatan mental (Marcdante, et al., 2021).
3. Dampak dari *bulimia nervosa* seringkali mengakibatkan depresi dan kecemasan yang serius. Isolasi sosial karena individu merasa malu atau khawatir terkait perilaku mereka. Adanya perasaan bersalah dan malu. Sedangkan dampak dari *binge eating* yaitu sakit perut, sembelit, atau diare. *Binge eating* juga dapat mengakibatkan timbulnya sindrom makan malam yang dapat mengakibatkan obesitas yang dapat berdampak ke penyakit degeneratif lainnya (Freska & Mahathir., 2023)

Penyulung Gangguan Makan

Salah satu terapi gangguan makan pada buku (Marcdante, et al., 2021) meliputi:

- 1) Terapi koterapi individu, kelompok, atau keluarga
- 2) Obat-obatan.
- 3) Konseling gizi



2.3 Tinjauan Umum Sindrom Makan Malam

2.3.1 Definisi Sindrom Makan Malam

Ditahun 1950, Stunkard et al., pertama kali menggambarkan *Night Eating Syndrome* (NES) sebagai gangguan yang ditandai dengan anoreksia pada pagi hari, dan hiperpagia di malam hari. Setelah ditandai berbagai penelitian yang dilakukan didapatkan suatu bahwa NES ditandai dengan peningkatan asupan makanan yang tidak normal di sore dan malam hari. Berdasarkan kriteria yang diusulkan individu dengan NES harus setidaknya mengkonsumsi 25% dari asupan makanan harian mereka setelah makan malam dan atau mengalami terbangun di malam hari yang berhubungan dengan makan setidaknya dua kali seminggu. Orang yang menderita NES setidaknya harus mengetahui apa saja yang dikonsumsi pada malam hari hal tersebut yang membedakan gangguan makan terkait tidur (SRED) dimana individu tidak menyadari makan. Setidaknya orang yang menderita NES setidaknya memiliki ciri –ciri berikut anoreksia di pagi hari, atau kurangnya keinginan untuk makan di pagi hari, keinginan untuk makan diantara makan malam dan waktu tidur, keterlambatan tidur atau insomnia dan memburuknya suasana hati pada malam hari (Bray & Biuchard., 2019).

2.3.2 Etiologi Sindrom Makan Malam

Saat ini etiologi terkait sindrom makan belum diketahui secara pasti. Berdasarkan penelitian terdahulu didapatkan bahwa adanya hubungan psikologis dan proses neurogis serta genetik. Stres dapat memperburuk gejala gangguan tersebut dan gejala NES ini dapat dikurangi jika adanya pengurangan tingkat stress (*National Center for Biotechnology Information*, 2020).

2.3.3 Faktor Resiko Sindrom Makan Malam

Beberapa faktor penyebab *night eating syndrome* yang disebabkan oleh interaksi berbagai faktor.

1. Faktor Biologis
 - a. Genetik

Berdasarkan penelitian terdahulu didapatkan bahwa permasalahan sindrom makan malam atau *eating disorder* memiliki komponen genetik yang kuat. Individu dengan keluarga tingkat pertama (orang tua, saudara kandung) yang memiliki *eating disorder* atau *night eating syndrome* berisiko lebih tinggi mengalami kondisi serupa. Gen –gen yang terkait dengan regulasi mood, kontrol impuls, dan metabolisme dapat berkontribusi pada kerentanan terhadap gangguan makan (Purnamasari, et al, 2024).



b. Usia

Nafsu makan yang berlebihan pada remaja di malam hari adalah persentase dari konsumsi makan harian setelah makan malam, terdapat 29,2% mengalami *hyperphagia* malam dengan total kalori harian setelah makan malam $\geq 25\%$ dan 6,2% dengan total kalori makan malam $\geq 50\%$. Remaja yang berada dalam usia yaitu 15-18 tahun, merupakan salah satu populasi yang rentan terhadap sindrom makan malam dan perilaku makan menyimpang. (Parastika, 2012 dalam (Firmanurochim *et al.*, 2021)).

c. Ketidakseimbangan Neurokimia

Neurotransmitter seperti *serotonin*, *dopamine*, dan *norepinefrin* berperan dalam regulasi mood, nafsu makan, dan perilaku makan. Adanya ketidakseimbangan *neurotransmitter* ini dapat mempengaruhi persepsi rasa lapar dan kenyang, serta kontrol diri terkait makanan. Perubahan dalam sistem endokrin utamanya hormon yang mengatur nafsu makan seperti *leptin* dan *ghrelin* juga dapat berkontribusi (Purnamasari, et al, 2024).

d. Struktur dan Fungsi Otak

Penelitian pencitraan otak menunjukkan perbedaan dalam struktur dan aktivitas otak pada individu dengan *eating disorder*. Area otak yang terlibat dalam regulasi emosi, penghargaan dan kontrol impuls dapat menunjukkan perbedaan fungsional (Purnamasari et al, 2024).

e. Ritme Sirkadian

Ritme sirkadian memang memiliki pengaruh besar terhadap berbagai aspek kehidupan kita, termasuk pola makan dan tidur. Pada individu dengan *Night Eating Syndrome* (NES), disregulasi ritme ini dapat menyebabkan peningkatan asupan kalori di malam hari, yang sering kali disertai dengan penurunan nafsu makan di siang hari. Pada Stunkard yang menunjukkan bahwa keterlambatan dalam sekresi hormon seperti *Leptin*, *Ghrelin*, dan *Kortisol* berkontribusi pada masalah ini. *Leptin* dan *ghrelin* berfungsi untuk mengatur rasa lapar dan kenyang, sementara *Kortisol* berperan dalam respon stres dan metabolisme. Ketika ritme ini terganggu, individu dapat mengalami pergeseran pola makan yang tidak sehat. Keadaan puasa yang berkepanjangan di siang hari dapat mendorong individu untuk mengonsumsi makanan dalam jumlah yang lebih



besar pada malam hari, menciptakan siklus yang sulit diputus. Ini tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik, tetapi juga pada kualitas tidur, yang selanjutnya dapat memperburuk masalah metabolik dan emosional (Stunkard, et al, 2009)

f. Pengaruh Hormon

Individu yang mengalami stres kronis dan memiliki kadar kortisol tinggi cenderung mengonsumsi lebih banyak makanan ketika dihadapkan dengan stimulus makanan dibandingkan mereka yang tidak mengalami stres. Kortisol, yang dilepaskan sebagai respons terhadap stres, berperan penting dalam mengatur pemanfaatan nutrisi dengan meningkatkan *glukoneogenesis* dan *lipolisis* dalam jaringan lemak. Respons fisiologis ini dapat menyebabkan peningkatan asupan makanan, terutama pada individu dengan reaktivitas kortisol tinggi (Bargagna dan Casu, 2024).

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa individu obesitas dengan reaktivitas kortisol tinggi mengonsumsi lebih banyak makanan secara signifikan dibandingkan mereka yang memiliki reaktivitas kortisol rendah. Temuan ini sejalan dengan banyak studi yang menunjukkan bahwa tekanan fisik atau emosional dapat mendorong peningkatan konsumsi makanan yang kaya lemak dan gula. Selain itu, hubungan antara kortisol, leptin, dan melatonin di malam hari menunjukkan bahwa penurunan kadar melatonin dan leptin yang biasanya mendukung tidur dan mengurangi rasa lapar berbanding terbalik dengan peningkatan kortisol, yang justru meningkatkan rasa lapar dan mengganggu tidur (Bargagna dan Casu, 2024).

2. Faktor Psikologis

a. Stres

Stress merupakan suatu penilaian individu terhadap sesuatu yang penuh tekanan. Stres merupakan respon positif yang dibuat tubuh terhadap semua tuntutan non spesifik seperti adanya tantangan, ancaman, atau seseorang yang sedang berusaha memenuhi harapan orang lain yang cenderung tidak realistis. Namun jika tuntutan yang ada melebihi sumber daya yang dimiliki seseorang maka seseorang akan mengalami stress (Ekawarna., 2018).

Stress merupakan respon tubuh terhadap stresor psikososial seperti adanya tekanan mental atau beban



kehidupan. Dimana suatu sistem didalamnya terdapat stimulus dengan intensitas berlebihan yang tidak disukai baik respon fisiologis, psikologis maupun perilaku dapat menimbulkan stress. Ada beberapa cara yang dilakukan untuk mengatasi stress yaitu beribadah, meditasi, mendengarkan musik, menonton televisi, tidur, melakukan hobi, cerita dengan orang terdekat, merokok, berolahraga, mengkonsumsi minuman beralkohol dan atau narkoba. Seseorang juga terkadang mengatasi stress dengan makan. Namun dalam hal ini makan bukan dalam arti orang tersebut merasa lapar. Namun pada saat orang sedang stress terkadang seseorang makan untuk memuaskan hasrat karena tidak mampu menahan beban yang dirasakan yang dimana hal ini dapat dikatakan *emotional eating*. Dimana perilaku makan tersebut tidak sehat yang dapat mempengaruhi kecukupan asupan zat gizi seseorang. Dalam kondisi ini seseorang akan memilih makanan yang tinggi energi dan tinggi lemak. Namun tidak semua orang yang mengalami stress akan melampiaskan ke makanan. Sehingga dapat dikatakan jika seseorang yang pelampiasan stress kearah makanan akan mempengaruhi status gizi (Wijayanti et al., 2019).

Dalam kondisi stress, terjadinya pelepasan beberapa hormon yang mempengaruhi perilaku makan serta asupan zat gizi. Perubahan hormon tersebut akan mengakibatkan obesitas. Dimana dalam kondisi stres, tubuh akan mengeluarkan *corticotrophin releasing hormone* (CRH) yang bekerja menekan rasa lapar. Mekanisme tersebut disebut *acute appetite regulation*. Tubuh membutuhkan energi pengganti agar fungsi fisiologis tetap berjalan normal. Dalam beberapa waktu kadar *glucocorticoid* di dalam pembuluh darah akan meningkat. *Glucocorticoid* berperan dalam aktivitas lipoprotein lipase jaringan adipose, sehingga terjadinya peningkatan simpanan lemak dalam lemak tubuh utamanya lemak visceral (Wijayanti et al., 2019). Kondisi stress pada seseorang dapat mengakibatkan adanya gangguan tidur sehingga memungkinkan terjadinya aktivitas fisik di malam hari (Afriani et al, 2019)

Kualitas Tidur

Tidur merupakan suatu proses yang dianggap pasif dan dianggap sebagai dorman dalam kehidupan kita. Sebagian besar manusia lebih dari sepertiga waktu



hidupnya hanya untuk tidur. Dalam periode 24 Jam rata – rata orang dewasa memiliki waktu tidur selama 8 jam namun adanya perbedaan dari kategori anak - anak ke lanjut usia. Kualitas tidur memberikan peran esensial,terhada kebutuhan fisiologis dan psikologi untuk membantu kebutuhan hidup manusia. Tidur yang berkualitas dapat memperbaiki kesehatan fisik, meningkatkan energi, suasana hati, daya ingat, serta kemampuan berkonsentrasi (Septian, 2024).

Tidur berkaitan dengan fungsi neuroendoktrin dan metabolisme glukosa. Jika seseorang mengalami gangguan tidur maka akan berakibat adanya gangguan endokrin dan metabolik. Adanya penurunan kualitas tidur dipengaruhi oleh perasaan dan pikiran seperti rasa cemas dan stress. *National Sleep Foundation* menyatakan bahwa manusia dewasa membutuhkan waktu untuk tidur 7 sampai 9 jam setiap malamnya. Faktor yang mempengaruhi kualitas tidur malam yaitu waktu yang diperlukan untuk memulai tidur (*sleep latency*), lama waktu tidur (*sleep duration*), persentase antara banyaknya waktu yang dihabiskan ditempat tidur (*sleep efficiency*),gangguan tidur yang dialami di malam hari (*sleep disturbance*),adanya penggunaan obat – obatan untuk membantu tidur. Tidur yang kurang dapat menyebabkan regulasi hormonal utamanya pengeluaran hormon leptin dan ghrelin yang berdampak pada pengaturan nafsu makan (Taheri dkk., 2002 dalam (Afriani et al., 2019)

4. Harga Diri Rendah

Perasaan tidak berharga atau tidak adekuat dapat mendorong individu untuk mencari kontrol melalui perilaku makan. Harga diri yang terikat erat dengan penampilan fisik dapat meningkatkan resiko *eating disorder (night eating syndrome)* (Purnamasari, et al, 2024).

5. Perfeksionisme

Adanya standar diri yang sangat tinggi dan tidak realistis dapat membuat seseorang mempunyai perilaku makan yang tidak sehat. Perfeksionisme dapat mengakibatkan kecemasan berlebihan tentang berat badan bentuk tubuh (Purnamasari, et al, 2024).

Trauma

Adanya pengalaman seperti pelecehan fisik, seksual, atau emosional dapat memicu *eating disorder*. *Eating disorder* dapat membuat terjadinya mekanisme koping untuk



mengatasi emosi yang sulit untuk trauma (Purnamasari, et al, 2024).

3. Faktor Sosial-budaya

a. Tekanan Untuk Memiliki Tubuh “ Ideal”

Media dan budaya yang populer yang sering dijadikan standar kecantikan yang tidak realistis. Dimana seseorang yang kurus dianggap ideal. Internalisasi ideal tubuh yang kurus dapat menyebabkan adanya ketidakpuasaan tubuh dan perilaku makan yang tidak sehat (Purnamasari, et al, 2024).

b. Stigma Obesitas

Adanya stigma negatif dari masyarakat terhadap obesitas yang berakibat adanya tekanan untuk menurunkan berat badan dengan cara yang tidak sehat. Ketakutan akan obesitas dapat berakibat perilaku diet yang ekstrem (Purnamasari et al, 2024).

c. Pengaruh *Peer Group*

Adanya tekanan dari teman sebaya untuk memiliki penampilan tertentu dapat mempengaruhi citra tubuh dan perilaku makan. “*fat talk*” atau percakapan negatif tentang tubuh diantara teman dapat meningkatkan resiko *eating disorder* (Purnamasari et al, 2024).

d. Norma Budaya

Beberapa budaya kemungkinan menekankan pentingnya penampilan fisik, meningkatkan resiko *eating disorder*. Adanya perubahan yang cepat dalam norma budaya terkait makanan dan tubuh juga bisa berkontribusi (Purnamasari et al, 2024).

4. Faktor lingkungan

a. Dinamika keluarga

Lingkungan keluarga sangat berperan penting. Pola komunikasi keluarga yang disfungsional dapat berkontribusi pada perkembangan *eating disorder*. Orang tua yang berfokus pada diet atau berat badan dapat mempengaruhi sikap anak terhadap makanan dan tubuh (Purnamasari et al, 2024).

Bullying

Ketika adanya bullying atau ejekan terkait berat badan pada masa kanak –kanak dapat mempengaruhi citra tubuh dalam jangka waktu yang lama. Pengalaman traumatis atau stress kronis selama masa perkembangan dapat meningkatkan resiko (Purnamasari et al, 2024).



c. Transisi Hidup

Adanya perubahan besar dalam hidup (misalnya pindah sekolah, perceraian orang tua) dapat memicu *eating disorder* sebagai mekanisme koping (Purnamasari et al, 2024).

d. Paparan terhadap Lingkungan Berisiko Tinggi

Adanya keterlibatan dalam aktivitas atau profesi yang sangat menekankan berat badan atau profesi yang sangat berfokus pada penampilan (misalnya balet dan model) dapat meningkatkan risiko (Purnamasari et al, 2024).

2.3.4 Dampak Sindrom Makan Malam

Sindrom makan malam merupakan salah satu gangguan makan yang termasuk *binge eating disorder* dimana seseorang yang mengalami gangguan makan yang berlebihan tanpa tindakan kompensasi yang sama seperti muntah atau puasa. *Binge eating* atau *night eating syndrome* seringkali dihubungkan dengan obesitas karena individu yang terlibat mengkonsumsi makanan secara berlebihan. Konsumsi makanan secara berlebihan secara tiba-tiba dapat mengakibatkan gangguan sistem pencernaan yang dapat mengakibatkan gangguan sistem pencernaan dan menyebabkan masalah seperti sakit perut, sembelit dan diare. Obesitas dapat meningkatkan risiko terjadinya masalah kesehatan seperti diabetes, penyakit jantung, dan tekanan darah tinggi. Obesitas juga jika sudah ditingkatkan yang sudah parah maka akan meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular seperti aterosklerosis, serangan jantung dan stroke (Freska, W & Mahathir., 2023).

2.3.5 Penatalaksanaan Sindrom Makan Malam

Adapun penatalaksanaan sindrom makan malam menurut Purnamasari, A., dkk. (2024) sebagai berikut :

1. Terapi Psikologis

a. Terapi Perilaku Kognitif (CBT)

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) adalah salah satu bentuk terapi psikologis yang paling banyak diteliti dan terbukti efektif dalam penanganan gangguan makan, terutama untuk *bulimia nervosa* dan *binge eating disorder*. CBT berfokus pada hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku, dan bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengubah pola pikir dan perilaku yang tidak sehat.

Terapi ini juga mencakup untuk adaptasi seseorang untuk mengkonsumsi lebih banyak makanan di awal hari. Lebih disarankan untuk membuat catatan harian tidur dan makanan untuk menyusun asupan makanan secara



keseluruhan dan meningkatkan kebiasaan tidur. Hal yang perlu dilakukan untuk mengatasi permasalahan *night eating syndrome* dapat dilakukan dengan menyingkirkan makanan ringan di dapur dan kamar tidur, menempelkan kata –kata motivasi di lemari es. Seorang ahli profesional juga mengatakan untuk mengatasi makan di malam di malam hari dapat dilakukan dengan menggabungkan aktivitas fisik dan kebiasaan menjaga kebersihan tidur yang produktif seperti menetapkan waktu tidur yang teratur.

Dalam konteks gangguan makan, CBT biasanya melibatkan beberapa komponen kunci:

- 1) Psikoedukasi: Terapis memberikan informasi tentang gangguan makan, efeknya pada tubuh dan pikiran, dan prinsip-prinsip perubahan perilaku.
- 2) Pemantauan diri: Pasien diminta untuk mencatat pola makan, pikiran, dan perasaan mereka, yang membantu mengidentifikasi pemicu dan pola perilaku.
- 3) Restrukturisasi kognitif: Pasien belajar untuk mengidentifikasi dan menantang pikiran distorsif tentang makanan, berat badan, dan citra tubuh.
- 4) Exposure dan pencegahan respons: Pasien secara bertahap dihadapkan pada makanan atau situasi yang memicu kecemasan, sambil belajar mengelola kecemasan tanpa terlibat dalam perilaku makan yang tidak sehat.
- 5) Pencegahan kekambuhan: Pasien belajar keterampilan untuk mengelola stres dan mencegah kekambuhan di masa depan.

CBT untuk gangguan makan pada anak dan remaja sering melibatkan modifikasi untuk menyesuaikan dengan tingkat perkembangan mereka dan sering melibatkan partisipasi orang tua atau pengasuh.

b. *Dialectical Behavior Therapy (DBT)*

Dialectical Behavior Therapy (DBT) adalah bentuk terapi yang awalnya dikembangkan untuk gangguan kepribadian borderline, tetapi telah diadaptasi dengan sukses untuk gangguan makan, terutama pada kasus-kasus dengan komorbiditas regulasi emosi yang signifikan. DBT berfokus pada pengembangan empat keterampilan utama:



- 1) *Mindfulness*: Kemampuan untuk hadir sepenuhnya di saat ini dan mengamati pikiran dan perasaan tanpa penilaian.
- 2) Toleransi terhadap distres: Keterampilan untuk mentolerir dan bertahan dalam situasi yang menyakitkan atau tidak nyaman tanpa memperburuk keadaan.
- 3) Regulasi emosi: Kemampuan untuk mengenali, memahami, dan mengelola emosi secara efektif.
- 4) Efektivitas interpersonal: Keterampilan untuk berkomunikasi secara asertif dan membangun hubungan yang sehat.
- 5) Dalam konteks gangguan makan, DBT membantu pasien mengelola emosi intens yang sering memicu perilaku makan yang tidak sehat. Misalnya, pasien mungkin belajar menggunakan teknik *mindfulness* untuk mengatasi dorongan untuk *binge eating*, atau menggunakan keterampilan toleransi distres untuk mengelola kecemasan tentang makan di depan umum.

DBT untuk anak dan remaja dengan gangguan makan sering melibatkan adaptasi untuk membuatnya lebih sesuai dengan usia, seperti penggunaan metafora dan aktivitas yang lebih cocok untuk kelompok usia ini.

c. *Family-Based Treatment (FBT)*

Family-Based Treatment (FBT), juga dikenal sebagai Terapi Maudsley, adalah pendekatan yang sangat efektif untuk penanganan gangguan makan pada anak dan remaja. FBT biasanya terdiri dari tiga fase:

1) Fase 1: Pemulihan berat badan

Dalam fase ini, orang tua diberikan tanggung jawab penuh untuk mengelola makan anak mereka. Mereka didukung untuk secara konsisten dan penuh kasih sayang mendorong anak mereka untuk makan secara adekuat dan mencegah perilaku kompensasi.

2) Fase 2: Mengembalikan kontrol makan kepada remaja Setelah berat badan pulih ke tingkat yang aman, kontrol atas makan secara bertahap dikembalikan kepada remaja. Orang tua tetap



terlibat, tetapi mulai memberi remaja lebih banyak otonomi dalam pilihan makanan mereka.

- 3) Fase 3: Membangun identitas remaja yang sehat fase terakhir berfokus pada isu-isu perkembangan remaja yang lebih luas dan membantu keluarga kembali ke pola interaksi yang normal.

FBT efektif karena memanfaatkan kekuatan dan sumber daya keluarga, menormalkan pola makan dengan cepat, dan mengatasi gangguan makan dalam konteks perkembangan remaja yang lebih luas (Purnamasari et al, 2023).

2. Intervensi Farmakologis

Intervensi farmakologis dapat dilakukan penggunaan antidepresan dan obat – obatan (Purnamasari et al, 2023).

3. Dukungan Nutrisi

a. Konseling Gizi

Konseling gizi adalah komponen penting dalam perawatan gangguan makan pada anak dan remaja. Konseling gizi sering melibatkan pendekatan bertahap untuk memperkenalkan kembali makanan yang ditakuti atau lebih sehat dengan makanan. (Purnamasari et al, 2023)

b. Rencana Makan Terstruktur

Rencana makan terstruktur adalah alat penting dalam pemulihan dari gangguan makan. Ini melibatkan perencanaan makanan dan camilan yang teratur dan seimbang sepanjang hari (Purnamasari et al, 2023). Tujuannya adalah untuk:

- 1) Memastikan asupan nutrisi yang cukup untuk mendukung pemulihan fisik dan psikologis.
- 2) Membantu menormalkan pola makan dan mengurangi episode *binge eating* atau pembatasan.
- 3) Mengurangi kecemasan dan obsesi seputar makanan dengan memberikan struktur dan prediktabilitas.
- 4) Mendukung pemulihan metabolisme yang mungkin telah terganggu oleh pola makan yang tidak teratur.
- 5) Rencana makan biasanya dikembangkan secara kolaboratif oleh tim perawatan, pasien, dan keluarga, dan disesuaikan seiring waktu sesuai dengan kemajuan pemulihan.



2.3.6 Pengukuran Sindrom Makan Malam

Night Eating Syndrome Questioner (NESQ) ini telah dirancang sebagai alat ukur untuk mengetahui gejala yang berkaitan dengan *Night Eating Syndrome* (NES) atau sindrom makan malam (SMM). Meskipun telah digunakan pada berbagai penelitian terkait SMM, terdapat beberapa keterbatasan data pada sifat psikometri ini (Van der Wal dalam Allison, 2006).

Kuesioner dinilai dengan scoring (pemberian skor). Scoring: Pertanyaan 1-9, fokus pada variabel yang terjadi sebelum waktu tidur, dijawab oleh seluruh responden. Metode 'stop' atau 'berhenti' terdapat pada kuesioner untuk menentukan dapat berlanjut ke pertanyaan yang tersisa. Pertanyaan 10-12 dijawab jika responden terbangun di tengah malam dan menjawab bukan 0 pada pertanyaan 9. Cara yang sama, pertanyaan 13 dan 14 dijawab jika makan larut malam saat terbangun di waktu tidur dan menjawab bukan 0 pada pertanyaan 12. Pertanyaan dijawab dengan nilai 0-4 skala *Likert*, kecuali pertanyaan 7 yang terdapat pilihan "cek apakah mood anda tidak berubah sepanjang hari," yang mendapat nilai 0. Pertanyaan 1, 4 dan 14 mendapat nilai terbalik jadi semakin tinggi nilai semakin mencerminkan gejala SMM. Semua pertanyaan kecuali pertanyaan 13 yang terkait kesadaran saat makan di waktu tidur dijumlahkan untuk mendapatkan skor global. Pertanyaan 13 disertakan hanya sebagai alat skrining untuk menyingkirkan adanya parasomnia yang menyebabkan tumpang tindih dengan (Allison dalam Allison, 2006).

2.3.7 Tabel Sintesa

Tabel 2. 5 Tabel Sintesa Variabel Kejadian Sindrom Makan Malam

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
1.	Dianingsih, A., Dieny, F. F., ... /anto & Jqy, :2).	Pengaruh senam aerobik terhadap kualitas tidur dan sindrom makan malam pada mahasiswi	Quasi-experimental Uji Independen <i>T-Test</i>	Mahasiswa Obesitas rentang usia 19-25 Tahun	Mahasiswi tergolong kelompok dewasa muda sekaligus wanita usia subur yaitu memiliki rentang 19-25 tahun. Kualitas tidur yang buruk diikuti sindrom makan malam dengan



	DOI: https://doi.org/10.36457/gizind.o.v45i2.735	obesitas <i>Gizi Indonesia</i>	dan <i>Mann-Whitney</i> .		skor 17-33 pada kelompok perlakuan dan 14-30 pada kelompok kontrol. Sedangkan profil kualitas tidur pada subjek sebelum dan setelah intervensi secara statistik tergolong signifikan dengan nilai $p = <0,001$. Namun pada kelompok kontrol tidak tergolong signifikan yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0,062$. Pemberian intervensi senam aerobik selama 4 minggu dapat meningkatkan kualitas tidur dan menurunkan sindrom makan malam pada kelompok perlakuan secara signifikan.
2.	Sofianita, N. I., & Simanungkalit, S. F. (2023). 0473 1t.v7i .202 2-	Sindrom Makan Malam, Asupan Serat, dan Pendapatan Rumah Tangga dengan Kejadian Gizi Lebih pada Siswa SMAN 6	<i>Cross-Sectional</i> Uji <i>chi-square and fisher's exact tests</i>	Siswa adan siswi kelas X dan XI di SMA Negeri 6 Depok sebanyak 100 orang	Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden (84%) tidak mengalami sindrom makan malam, dan 95% responden kekurangan serat. Sebanyak 65% responden memiliki orang tua dengan pendapatan tinggi, dan 98% ayah bekerja. Di SMA



Optimized using
trial version
www.balesio.com

	<u>7i2.617</u>	mahasiswa obese. <i>Action:</i> <i>Aceh</i> <i>Nutrition</i>			dengan tipe MHO (Metabolically Healthy Obese). Semua subjek mengalami obesitas sentral, dan lebih dari 50% subjek tipe MUO memiliki tekanan darah tinggi, HDL rendah, serta resistensi insulin. Terdapat perbedaan signifikan pada komponen sindrom metabolik antara kelompok MHO dan MUO, dengan MUO lebih banyak mengalami night eating syndrome (NES) dan pola tidur buruk ($p=0,006$ untuk NES, $p=0,012$ untuk pola tidur). Namun, konsumsi minuman manis (SSB) tidak menunjukkan perbedaan signifikan antara kedua kelompok. Tipe MUO lebih banyak mengalami pola tidur buruk dan NES, sementara konsumsi SSB tergolong normal pada kedua kelompok.
	ed ied, .., El- S.	Prevalence and Correlates of Night Eating Syndrome, Insomnia,	Cross- sectiona Uji Shapiro-	Pasien 18 Tahun dengan obesitas	Studi ini melibatkan 425 partisipan obesitas dengan rata-rata usia 45,52 ± 6,96 tahun, 90,8% berusia di bawah 65 tahun, dan

	A. I., Moawd, S. M., El Hayek, S., Shah, J., & Eldahshan, N. A. (2024) <i>DOI</i> https://doi.org/10.1159/000538341	and Psychological Distress in Primary Care Patients with Obesity: A Cross-Sectional Study. <i>Obesity Facts</i>	Wilk, Uji fisher, uji analisis regresi	54,4% perempuan. Sekitar 51,1% partisipan pernah mencoba menurunkan berat badan, dengan rata-rata BMI $35,20 \pm 4,41$ kg/m². Gejala NES signifikan berhubungan dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, insomnia, kecemasan, depresi, dan distress psikologis. Insomnia lebih sering muncul pada mereka yang memiliki penyakit hati berlemak nonalkohol, distress psikologis, kecemasan, dan depresi. Faktor terkait insomnia meliputi NES, tekanan psikologis, status tidak merokok, NASH, dan peningkatan BMI, meskipun tidak semua signifikan. Tekanan psikologis hanya berhubungan dengan gejala insomnia. Gejala NES lebih sering terjadi pada pasien dengan gangguan psikologis atau insomnia, dan aktivitas fisik berhubungan negatif dengan NES. Wanita
--	--	---	---	---



					dengan obesitas cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dan lebih rentan terhadap tekanan psikologis. Oleh karena itu, mereka perlu menjadi sasaran skrining kesehatan mental. Perilaku diet tertentu dan hubungan kompleks antara depresi, kecemasan, dan NAFLD juga ditemukan. Kesimpulannya, NES, insomnia, dan tekanan psikologis saling terkait pada pasien obesitas di perawatan primer.
--	--	--	--	--	--

2.4 Tinjauan Umum Depresi

2.4.1 Definisi Depresi

Depresi adalah gangguan suasana hati (*mood*) yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam dan kehilangan minat terhadap hal-hal yang disukai. Depresi yang dibiarkan secara terus-menerus dapat mengakibatkan terjadinya penurunan produktivitas kerja, gangguan hubungan sosial, hingga munculnya keinginan bunuh diri. Seseorang dapat dikatakan depresi ketika sudah 2 minggu merasa sedih dan putus harapan, atau tidak berharga. Depresi bisa menyerang siapa saja. Termasuk wanita dan pria. Namun pada saat ini rata-rata usia yang mengalami depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa depresi tidak dialami oleh orang yang sudah berusia lebih tua. Namun depresi sudah banyak dialami oleh anak-anak, remaja dan dewasa. Wanita dua kali lebih mudah untuk mengalami depresi (Candra, et al., 2023).

Jenis Depresi

Depresi terbagi dalam beberapa jenis. Adapun jenis depresi sebagai berikut (UMMC, 2013 dalam Susmiati, 2021) :

Depresi Berat adalah kondisi seseorang mengalami perasaan seakan selama lebih 2 minggu umumnya 20 minggu



- b. *Distrimia* atau depresi sedang, gejalanya menyerupai depresi berat tetapi dengan tingkatan lebih ringan.
- c. Depresi *atipikal*, orang dengan depresi *atipikal* bisa merasa lebih baik jika hal baik yang dialami.

Depresi dapat dipicu karena adanya peristiwa besar dalam kehidupan seseorang, misalnya kematian orang yang dicintai. Bentuk umum lainnya depresi meliputi :

- 1) Depresi *Post-Partum* terjadi sekitar 10% ibu setelah melahirkan
- 2) *Premenstrual dysphoric disorder* (PDD) – PDD dialami wanita 1 minggu sebelum menstruasi dan hilang setelah periode menstruasi
- 3) Gangguan efektif musiman (SAD) depresi yang terjadi ketika suasana gelap atau hari mulai malam hari.
- 4) Gangguan bipolar orang yang dengan gangguan bipolar memiliki suasana hati yang tidak stabil, beralih dari *depresikemania*. Sering disebut gangguan *manic-depressive*.

2.4.3 Faktor Penyebab Depresi

1. Faktor Genetik

Depresi bisa diakibatkan oleh faktor keturunan. Resiko terjadinya depresi meningkat antara 20-40% untuk keturunan pertama. Dapat dikatakan bahwa jika seseorang orang memiliki orang tua dengan depresi psikotik dan depresi non –psikotik tingkat terjadinya depresi lebih tinggi. Jika salah satu orang tua mengalami depresi maka resiko dua kali pada turunannya. Namun jika kedua orang tua mengalami depresi maka resiko menjadi empat kali lipat (Nurichsan, et al., 2024)

2. Faktor Psikologis

Menurut Tori Back (1974) dengan model *cognitive – behavioralnya* menyatakan bahwa depresi terjadi karena adanya pandangan yang negatif terhadap diri sendiri. Adanya pemikiran negatif terhadap pengalaman hidup dan harapan yang negatif terhadap diri sendiri, interpretasi yang negatif terhadap diri sendiri dan masa depan. Ketiga pandangan ini mengakibatkan timbulnya depresi, rasa tidak berdaya dan putus asa. Penyebab depresi pada anak usia remaja mirip dengan orang dewasa, biasanya karena *triad cognitive* yaitu perasaan tidak berharga (*hleelessness*) tidak ada yang menolong diri sendiri (*lessness*), dan tidak ada harapan (*hopelessness*). Depresi dikaitkan dengan gangguan kesehatan mental lainnya na individu yang memiliki gangguan kecemasan, gangguan an, atau gangguan bipolar (Tasalim, 2024).



3. Faktor Biologis

Menurut (Tasalim, 2024) adapun faktor penyebab depresi yaitu :

- a. Ketidakseimbangan Neurotrasmitter : Depresi sering dikaitkan dengan ketidakseimbangan neurotrasmitter di otak, seperti serotonin, norepinefrin, dan dopamine, yang memainkan peran penting dalam mengatur suasana hati.
- b. Perubahan Struktural dan fungsional di otak : Penelitian ini menunjukkan bahwa perubahan tertentu dalam struktur dan fungsi otak, seperti penyusutan area hipotalamus atau disfungsi dalam jaringan limbik, dapat berhubungan dengan depresi.
- c. Perubahan hormonal : adanya fluktuasi hormonal dapat mengakibatkan terjadinya perubahan suasana hati yang memicu depresi. Perubahan ini bisa terjadi selama masa kehamilan, pasca melahirkan (depresi *postpartum*), *menopause* atau kondisi medis lainnya seperti *hipotiroidisme*.

4. Faktor Lingkungan

Lingkungan disekitar seseorang dapat mempengaruhi terjadinya depresi. Stres kronis, konflik dalam hubungan interpersonal, isolasi sosial, ketidakstabilan ekonomi, kehilangan orang yang dicintai atau pengalaman trauma yang dapat memicu terjadinya depresi. Faktor –faktor tersebut dapat mengakibatkan ketidakseimbangan emosional yang mengakibatkan perubahan fungsi otak (Saras,T., 2023).

2.4.4 Gejala – Gejala Depresi

Depresi dapat mempengaruhi seseorang secara emosional, fisik dan perilaku. Gejala –gejala ini bervariasi dari ringan hingga berat dan bisa berbeda antara individu. Berikut adalah gejala utama depresi yang harus diwaspadai (Tasalim, 2024):

1. Gejala Emosional

- a. Perasaan Sedih atau rasa hampa yang berlarut –larut
- b. Kehilangan minat atau kesenangan
- c. Rasa putus asa atau pesimisme
- d. Rasa bersalah atau merasa tidak berharga
- e. Kemasukan dan gelisah
- f. Kesulitan berkonsentrasi

Gejala Fisik

Perubahan nafsu makan dan berat badan : Penurunan atau peningkatan makan yang signifikan yang mengakibatkan penurunan atau penambahan berat badan.

Gangguan Tidur : Insomnia atau *hypersomnia*

Kelelahan atau kehilangan energi



- d. Keluhan fisik tanpa sebab yang jelas
- 3. Gejala Perilaku
 - a. Menarik diri dari aktivitas sosial
 - b. Penurunan Kinerja
 - c. Perubahan dalam perawatan diri
 - d. Peningkatan penggunaan alcohol atau obat –obatan
 - e. Pikiran tentang kematian atau bunuh diri
- 4. Variasi Gejala Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin
 - a. Anak – anak dan remaja : Gejala pada anak-anak dan remaja mungkin termasuk mudah marah, kesulitan disekolah dan memberontak.
 - b. Orang dewasa : Orang dewasa kemungkinan mengalami gejala klasik seperti kesedihan mendalam dan kelelahan
 - c. Lansia: Pada lansia gejala dapat mencakup masalah memori, perubahan perilaku dan keluhan fisik
 - d. Wanita : Wanita kemungkinan mengalami depresi terkait hormonal, seperti depresi postpartum atau *premenstrual dysphoric disorder* (PMDD).

2.4.4 Dampak Depresi

Adapun dampak depresi menurut Tasalim (2024) yaitu :

- a. Dampak Depresi Pada Kesehatan Fisik
 - 1. Gangguan Sistem Saraf
 - a) Rasa Sakit dan Ketidaknyamanan yang diakibatkan adanya ketegangan pada otot
 - b) Gangguan tidur
 - 2. Sistem Kardiovaskular
 - a) Resiko penyakit jantung
 - b) Tekanan darah tinggi
 - 3. Sistem Pencernaan

Depresi mempengaruhi sistem pencernaan yang menyebabkan gejala seperti gangguan pencernaan, sakit perut, mulas dan perubahan nafsu makan yang dapat menyebabkan masalah nutrisi.
 - 4. Sistem Imun

Depresi mengakibatkan lemahnya sistem kekebalan tubuh yang membuat individu rentan terhadap infeksi, penyakit dan proses peradangan.

stem Endokrin

Depresi dapat mempengaruhi keseimbangan hormonal tubuh, seperti kortisol (hormon stres) dan hormon lain yang mengatur fungsi tubuh.



6. Pengaruh Terhadap Gaya Hidup

Depresi dapat mengubah gaya hidup yang dimana seseorang yang depresi lebih cenderung untuk menggunakan alkohol atau obat - obatan secara terlarang yang dapat memperburuk kondisi fisik. Orang depresi cenderung memiliki aktivitas fisik yang rendah yang berakibat dengan adanya peningkatan berat badan.

7. Penyakit Kronis

Depresi yang tidak diobati dan dikelola dengan baik dapat meningkatkan risiko untuk penembangan penyakit kronis jangka panjang seperti diabetes mellitus tipe, *osteoporosis*, atau penyakit autoimun.

2. Dampak Depresi Pada Hubungan Sosial

- 1) Penarikan Diri dan Isolasi
- 2) Kesulitan dalam berkomunikasi
- 3) Ketegangan dalam hubungan
- 4) Produktivitas menurun
- 5) Perasaan tidak diterima atau dipahami
- 6) Kesulitan dalam mempertahankan hubungan sosial yang positif yang dapat mempengaruhi kualitas hidup

2.4.5 Cara Mengatasi Depresi

Depresi dapat ditangani dengan perubahan pola hidup, terapi psikologi, dan dengan pengobatan (obat *antiretroviral*/ARV). Dilarang keras mengamati diri sendiri dengan alkohol, merokok yang berlebihan dan narkoba, karena zat yang terkandung di dalamnya dapat meningkatkan gejala depresi dan menimbulkan masalah lain (Listyorini et al, 2024). Berikut beberapa cara penanganan depresi

1. Perubahan Pola Hidup

- a. Berolahraga
- b. Mengatur Pola Makan
- c. Memiliki keberanian untuk berubah yang kearah lebih baik
- d. Rekreasi

2. Teori Psikologi

- a. Terapi Interpersonal
- b. Konseling kelompok dan dukungan sosial
- c. Terapi humor



Terapi Kognitif (CBT)

Obatan

Berkonsultasi kepada dokter kejiwaan/psikiater. Beberapa antidepressan yaitu: *lithium*, *MAOIs*, *Tricyclics*. Beberapa psikiater meresepkan perangsang jiwa (*psychostimulant*), obat

yang dipakai untuk mengobati gangguan defisit perhatian (*attention deficit disorder*).

2.4.6 Indikator Pengukuran Depresi

a. *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*

Kuesioner Kesehatan Pasien (PHQ) adalah versi alat PRIME-MD yang dapat diisi sendiri untuk gangguan kesehatan mental umum yang dikelola oleh tenaga kesehatan profesional. Pemeriksaan ini membahas 12 gangguan kesehatan mental yang berbeda. PHQ-9 adalah alat diagnostik yang khusus untuk depresi. PHQ berisi modul-modul tentang 12 gangguan kesehatan mental yang berbeda termasuk suasana hati, kecemasan, dan beberapa modul gangguan tidur. Alat ini menilai 15 gejala fisik yang paling umum dalam perawatan primer. Versi alternatif PHQ yang lebih pendek, yang disebut Brief PHQ, menilai depresi, kecemasan, stres psikologis, dan kesehatan reproduksi wanita. Skala ini hanya menilai masing-masing dari 9 kriteria Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM-IV) berdasarkan modul suasana hati dari PRIME-MD asli. PHQ-9 adalah alat skrining depresi laporan mandiri yang terdiri dari 9 item yang dikembangkan untuk digunakan di pusat kesehatan perawatan primer untuk membantu mendiagnosis depresi dengan cepat dan mengukur tingkat keparahan gejala depresi. Alat ini terutama digunakan pada populasi klinis, tetapi penggunaannya juga terbatas pada sampel mahasiswa kedokteran, residen, rekan, mahasiswa farmasi, dan dokter fakultas (Perkowski, L.2013).

b. *Beck Depression Inventory*

Beck Depression Inventory (BDI, BDI-II), yang diciptakan oleh Dr. Aaron T. Beck, adalah inventaris laporan diri pilihan ganda yang terdiri dari 21 pertanyaan, salah satu instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur tingkat keparahan depresi (Sorayah, 2018)

2.4.7 Tabel Sintesa

Tabel 2. 6 Tabel Sintesa Variabel Depresi

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
1	Audi, Amico,	Hubungan Depresi, Ansietas,	<i>Cross-Sectional</i>	Mahasiswa Akhir Kesehatan	Pada penelitian ini 62 responden



	B., & Rahmad haniah, R. (2024) DOI: https://doi.org/10.31004/jkt.v5i2.2912 4	Kualitas Tidur, dan Gaya Hidup dengan Status Gizi Pada Mahasiswa Akhir Kesehatan masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh <i>Jurnal Kesehatan Tambusai</i>	Uji <i>chi-square test</i>	masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh sebanyak 62 orang	sebesar 35,5% mahasiswa dengan status gizi normal, mahasiswa mengalami depresi secara normal 35,5%, ansietas normal 37,1%, Mahasiswa mengalami kualitas tidur kurang 54,8%, dan mahasiswa dengan gaya hidup tidak sehat 51,6%. proporsi ansietas kategori sangat parah dengan status gizi lebih sebesar 72,7 lebih besar dibandingkan dengan ansietas kategori normal dengan status gizi lebih sebesar 4,3. proporsi kualitas tidur kategori kurang dengan status gizi lebih sebesar 55,9% lebih besar dibandingkan dengan kualitas tidur kategori cukup dengan status gizi lebih sebesar 10,7%. proporsi gaya hidup kategori
--	--	--	-----------------------------------	---	--



					tidaksehat dengan status gizi lebih sebesar 16,7% lebih kecil dibandingkan dengan gaya hidupkategori sehat dengan status gizi lebih sebesar 53,1% Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa adanya hubungan antara depresi, ansietas kualitas tidur dan gaya hidup dengan status gizi pada mahasiswa akhir Fakultas Kesehatan Masyarakat.
2.	Rahayu, A. F., Aidi, B., Rizki, M. M., & Mandagi, A. M. (2021). DOI: http://doi.org/10.516/cmhp.v2.50	Hubungan Kemampuan Adaptasi Dan Tempat Tinggal Dengan Tingkat Depresi Pada Mahasiswa Baru. <i>Journal of Community</i>	<i>Cross sectional.</i> <i>Uji chi square</i>	Mahasiswa Baru. Sebanyak 109 orang.	Hasil penelitian diketahui mahasiswa yang mengalami depresi berat lebih banyak daripada mahasiswa yang mengalami depresi ringan. Selain itu diketahui adanya hubungan yang antara faktor tempat tinggal dengan tingkat depresi pada mahasiswa baru, dan faktor



		<i>Mental Health and Public Policy.</i>			kemampuan adaptasi terhadap tingkat depresi pada mahasiswa baru PSDKU Universitas Airlangga di Banyuwangi. Hal ini dapat dilihat bahwa sebanyak 56 persen dan 67,9% yang mengalami depresi ringan yang tinggal bersama orang tua hal ini menunjukkan bahwa adaptasi dan tempat tinggal memberikan dampak terhadap tingkat depresi.
3.	Azizah, I. N. (2022). DOI: http://doi.org/10.52943/jikepeawatan.v8i2.1082	Gambaran konsumsi minuman manis, makan gorengan, depresi dan aktivitas fisik pada obesitas usia dewasa. <i>Jurnal Ilmiah</i>	<i>Cross Sectional</i> <i>Deskriptif</i>	Sampel penelitian Riskesdas Jatim 2018 adalah sebanyak 624.563 orang. pada obesitas usia dewasa	Penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata proporsi konsumsi minuman manis adalah 57,40%, konsumsi gorengan 50,18%, depresi 4,25%, dan aktivitas fisik kurang 26,16%. Ditemukan bahwa peningkatan proporsi status gizi obesitas pada usia dewasa erat



		<i>Keperawat an IMELDA.</i>			kaitannya dengan aktivitas fisik.
--	--	-------------------------------------	--	--	---

2.5 Tinjauan Umum Kecemasan

2.5.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan umumnya hal yang wajar dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari –hari. Kecemasan merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya (Sutardo Wiramihardja, 2005 Putri, et al., 2022). Kecemasan adalah suatu kondisi yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan adalah reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang. Kecemasan muncul sendiri atau bergabung dengan gejala –gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Savitri Ramaiah, 2003 dalam Putri, et al., 2022).

2.5.2 Tingkat Kecemasan

Stuart dan Laraian (2005 dalam Widiarta, et al., 2023) membagi kecemasan menjadi beberapa tingkatan yaitu :

- 1) Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan kehidupan sehari –hari, kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas. Respon dari kecemasan ringan yaitu :
 - a. Respon fisiologis meliputi sesak napas pendek, mampu menerima rangsang yang pendek, muka berkerut dan bibir bergetar.
 - b. Respon kognitif meliputi koping persepsi luas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah dan menyelesaikan masalah.
 - c. Respon perilaku dan emosi meliputi tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada lengan dan suara meninggi.
- 2) Kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan membuat pandangan individu menjadi sempit. Adapun respon fisiologis meliputi sering sesak napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, tidak nafsu makan, mual dan berkeringat.



- b. Respon Kognitif meliputi pandangan yang sempit, rangsangan luas mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian dan bingung.
 - c. Respon perilaku dan emosi, bicara banyak, lebih cepat, susah tidur dan tidak aman.
- 3) Kecemasan berat, sangat mengurangi pandangan individu. Individu yang cemas berat berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak tentang hal lain. Adapun manifestasi muncul :
- a. Respon fisiologis : Napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur dan ketegangan.
 - b. Respon kognitif : pandangan sempit dan tidak mampu menyelesaikan masalah.

2.5.3 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Yang et al (2014 dalam Budi (2020)) menyatakan bahwa kecemasan yang dialami mahasiswa disebabkan oleh beberapa faktor yaitu sikap pengawas ujian, suasana ujian, keterampilan mahasiswa, ujian itu sendiri dan perasaan intern yang dialami oleh mahasiswa itu sendiri (tidak yakin lulus).

Menurut Stuart (2013 dalam Budi, (2020)) faktor yang mempengaruhi kecemasan dibedakan menjadi dua yaitu :

- a. Faktor predisposisi yang menyangkut tentang teori kecemasan:

1) Teori Psikoanalitik

Teori psikoanalitik menjelaskan tentang konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian di antaranya Id dan ego. Id mempunyai dorongan naluri dan impuls primitif seseorang, sedangkan ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma – norma budaya seseorang. Fungsi kecemasan dalam ego adalah mengingatkan ego bahwa adanya bahaya yang akan datang (Stuart, 2013 dalam Budi, Y, S., 2020)

2) Teori Interpersonal

Stuart (2013 dalam Budi, (2020)) menyatakan bahwa kecemasan merupakan perwujudan penolakan dari individu yang menimbulkan perasaan takut. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kecemasan. Individu dengan harga diri yang rendah akan mudah mengalami kecemasan.

Teori Perilaku



Pada teori ini, kecemasan timbul karena adanya stimulus lingkungan spesifik, pola berpikir yang salah, atau tidak produktif dapat menyebabkan perilaku maladaptif. Menurut Stuart (2013 dalam Budi, (2020) penilaian yang berlebihan terhadap adanya bahaya dalam gangguan situasi tertentu dan menilai rendah kemampuan dirinya untuk mengatasi ancaman merupakan penyebab kecemasan.

4) Teori Biologis

Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus yang dapat meningkatkan *neuroregulator inhibisi* (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berkaitan dengan kecemasan. Gangguan fisik dan penurunan kemampuan individu untuk mengatasi stressor merupakan penyertai dari kecemasan.

b. Faktor presipitasi

1) Faktor Eksternal

a) Ancaman Integritas Fisik

Meliputi kemampuan fisiologis terhadap kebutuhan dasar sehari –hari yang bisa disebabkan karena sakit, trauma fisik dan kecelakaan (Budi, 2020)

b) Ancaman Sistem Diri

Diantaranya ancaman terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan, dan perubahan status dan peran, tekanan kelompok, sosial budaya (Budi., 2020)

2) Faktor Internal

a) Usia

Gangguan kecemasan lebih mudah dialami oleh seseorang yang mempunyai usia lebih mudah dibandingkan individu dengan usia yang lebih tua (Kaplan & Sadock, 2010 dalam Budi, 2020)

b) Stressor

Kaplan dan Sadock (2010 dalam Budi, 2020) mendefinisikan stressor merupakan tuntutan adaptasi terhadap individu yang disebabkan Oleh perubahan keadaan dalam kehidupan. Sifat stressor dapat berubah secara tiba-tiba dan dapat mempengaruhi seseorang dalam menghadapi kecemasan, tergantung mekanisme koping seseorang. Semakin banyak stressor yang dialami oleh mahasiswa, semakin besar dampaknya bagi fungsi tubuh sehingga jika terjadi stressor kecil dapat mengakibatkan reaksi berlebihan.

c) Lingkungan



Individu yang berada pada lingkungan yang baru akan mudah mengalami kecemasan karena individu tersebut belum beradaptasi dengan lingkungan yang baru ditempati (Stuart, 2013 dalam Budi, 2020).

d) Jenis Kelamin

Wanita lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan pria. Hal ini diakibatkan wanita lebih peka dengan emosi yang akhirnya mempengaruhi perasaan cemasnya (Kaplan & Sadock, 2010 dalam Budi, 2020)

e) Pendidikan

Dalam Kaplan dan Sadock(2010) kemampuan berpikir individu dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin berpikir rasional dan menangkap informasi baru.

2.5.4 Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Suterjo (2019 dalam Wenny & Indriani, 2022) tanda dan gejala individu yang mengalami kecemasan adalah :

1. Cemas, khawatir, gelisah, takut akan pikirannya dan mudah tersinggung.
2. Individu merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah ketakutan
3. Individu merasakan ketakutan pada saat sendiri dan takut pada keramaian
4. Mengalami gangguan pola tidur yang disertai dengan mimpi yang membuat stress
5. Gangguan konsentrasi dan memori.

2.5.5 Dampak Kecemasan

Isaiah et al., (2020) dan Brown et al (2018 dalam Deswita & Nursiam, 2020) dampak kecemasan adalah :

1. Suasana hati individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak di ketahui. Orang yang mengalami kecemasan tidak dapat tidur dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah.
2. Simton kognitif : Kecemasan dapat mengakibatkan kekhawatiran keprihatinan pada individu mengenai hal –hal yang tidak menangkan yang mungkin terjadi. Individu yang mengalami masan akan kurang fokus sehingga berdampak individu but menjadi tidak produktif sehingga berakibat menjadi is.



3. Simtom motorik : Individu yang mengalami kecemasan sering merasa tidak tenang, gugup, adanya suatu kegiatan yang dilakukan tanpa arti dan tujuan seperti jari –jari kaki mengetuk. Simtom motorik adalah rangsangan kognitif yang tinggi pada individu dan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam.

2.5.6 Tatalaksanaan Kecemasan

Adapun terapi untuk mengatasi kecemasan sebagai berikut (Okvitasari, et al., 2024) :

- 1) Teknik relaksasi merupakan teknik yang digunakan untuk membuat pikiran dan tubuh menjadi rileks melalui sebuah proses yang secara prosedural akan melepaskan otot disetiap tubuh.
- 2) Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien ke hal lain sehingga bisa menurunkan kewaspadaan terhadap cemas, bahkan meningkatkan toleransi terhadap cemas.
- 3) Dilakukan hipnotis lima jari yang dimana terapi ini menggunakan jari sebagai media untuk distraksi yang bertujuan untuk pemigrasian diri, menghilangkan kecemasan dengan melibatkan saraf parasimpatis dan akan menurunkan peningkatan kerja jantung, pernapasan, tekanan darah dan kelenjar keringat.
- 4) Kegiatan spiritual

2.5.7 Pengukuran Tingkat Kecemasan

Untuk mengukur tingkat kecemasan peneliti juga menggunakan kuesioner baku yang telah ada dan sudah sering digunakan dalam instrument penelitian kecemasan (Swarjana , I, K., 2022). Adapun instrument yang digunakan yaitu sebagai berikut

1. *The Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)*

Salah satu pengukuran kecemasan yang telah banyak digunakan adalah *The Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)* yang dikembangkan oleh Professor Max Hamilton tahun 1959. HAM-A terdiri dari 14 item pernyataan atau dimensi yang meliputi (Hamilton , 1959 dalam Swarjana, 2022) yaitu Anxious Mood, Tension, Fears, Insomnia, Intellectual, Perasaan depresi, Gejala somatic (otot), Somatic sensorik, Gejala kardiovaskular, gejala pernapasan, Gejala genitourinary, Gejala otonom, dan gkaha laku.

Session Anxiety Stress Scale (DASS)

DASS adalah set dari 3 skala self-report yang dirancang untuk mengukur keadaan emosional dari depresi, kecemasan, dan stres. DASS dibuat bukan hanya sebagai skala biasa untuk



mengukur kondisi emosional secara konvensional, tetapi juga lebih jauh sebagai proses untuk mengidentifikasi, mengerti, dan mengukur keadaan emosional secara klinis yang sedang dialami, yang biasanya disebut sebagai depresi, kecemasan, dan stres (**Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995).**

Tiap-tiap dari 3 skala DASS memiliki 14 hal, dibagi menjadi 2-5 subskala dengan isi yang sama. Skala depresi melihat adanya disforia, keputusasaan, evaluasi hidup, celaan diri sendiri, kurangnya minat / keikutsertaan, anhedonia, dan inersia. Skala kecemasan melihat adanya gairah otonom, efek otot lurik, kecemasan situasional, dan pengalaman subjektif dari pengaruh kecemasan. Skala stres sensitif terhadap tingkatan dari gairah kronik non spesifik. Skala tersebut melihat adanya kesulitan relaks, gairah saraf, dan mudah menjadi sedih / *agitasi*, *iritabel* / *over-reaktif*, dan tidak sabaran. Subjek diminta untuk mengisi 4 poin dari skala keparahan / frekuensi untuk menilai apakah mereka pernah mengalami tiap keadaan tersebut selama minggu-minggu terakhir. Skor untuk depresi, kecemasan, dan stres dihitung dengan menjumlahkan skor-skor dari hal-hal relevan tersebut. Adapula tambahan dari DASS dasar, versi pendeknya, yang disebut sebagai DASS21 dan terdiri dari 7 hal per skala (**Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995).**

Adapula tambahan dari DASS dasar, versi pendeknya, yang disebut sebagai DASS21 dan terdiri dari 7 hal per skala. Karakteristik dari nilai tinggi pada tiap skala DASS:

- a. Skala depresi
 - Meremehkan diri sendiri
 - Hilangnya gairah hidup, suram, murung
 - Percaya bahwa hidup tidak memiliki arti atau nilai
 - Pesimis mengenai masa depan
 - Tidak bisa merasakan kesenangan atau kepuasan
 - Tidak bisa menjadi tertarik atau terlibat
 - Lambat, tidak berinisiatif
- b. Skala kecemasan
 - Gelisah, panik
 - Malu, gemetaran

Berhati-hati terhadap kekeringan pada mulut, memiliki kesulitan bernapas, berdebar-debar, telapak tangan yang berkeringat



- Khawatir terhadap penampilan dan kemungkinan lepas kendali c.
- c. Skala stress
 - Terlalu bergairah, tegang
 - Sulit untuk relaks
 - Mudah tersinggung dan sedih
 - Mudah terusik
 - Gugup
 - Intoleran terhadap gangguan atau penundaan

Cara menilai skor sebagai berikut :

- 1) 0: Tidak ada atau tidak pernah
- 2) 1 : Sesuai dengan yang dialami sampai tingkat tertentu, atau kadang kadang
- 3) 2 : Sering
- 4) 3 : Sangat sesuai dengan yang dialami, atau hampir setiap saat.

Skala depresi : 3,5,10,13, 16,17,21

Skala kecemasan : 2,4,7,9,15,19,20

Skala stress : 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Tabel 2. 7 Indikator Penilaian DASS

Tingkat	Depresi	kecemasan	Stess
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18
Sedang	14-20	10-14	19-25
Parah	21-27	15-99	26-33
Sangat Parah	>28	>20	>34

Sumber : **Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995)**

3. *Hospital anxiety and Deprrsion Scale (HADS)*

HADS dikembangkan oleh zigmond and Sanith untuk mengukur kecemasan dan depresi pada populasi pasien umum dirumah sakit. Instumen ini menjadi aat pengumpulan data yang populer dalam praktik dan penelitian klinis . instrument ini terdiri dari 14 item pernyataan dengan rentang skor 0-3

Skor

Skor 8-10 (mild)

Skor 11-14 (moderate)

Skor 15-21 (severe)



2.5.8 Tabel Sintesa

Tabel 2. 8 Tabel Sintesa Variabel Kecemasan

No	Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
1.	Wahyuni, S., Rianto, B., & Rusli, D. R. I. (2024) DOI https://journal.stikesp.emkabjombang.ac.id/index.php/jikep/article/view/1935	Hubungan berat Badan Pada Remaja Dengan Kejadian Dengan Tingkat kecemasan Di SMAN 4 Cimahi <i>Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing),</i>	<i>Cross Sectional</i> Uji Kolmogorov Smirnov	Remaja di SMAN 4 Cimahi sebanyak 81 orang	Penelitian terhadap 81 remaja kelas X di SMAN 4 Cimahi menunjukkan adanya hubungan signifikan antara berat badan dan tingkat kecemasan ($p\text{-value} < 0,000$). Mayoritas responden dengan berat badan lebih mengalami kecemasan berat (54,3%) atau sedang (86,4%). Sebaliknya, seluruh responden dengan berat badan kurang tidak menunjukkan kecemasan. Responden dengan berat badan normal juga sebagian besar mengalami kecemasan berat (22,2%). Hasil uji Kolmogorov-Smirnov mengkonfirmasi hubungan signifikan ini.



2.	Fan, Y., Wang, D., Wang, W., Chen, H., Lin, J., Lin, W., ... & Fan, F. (2024). DOI : https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111867	Depression , anxiety, and development of obesity from childhood to young adulthood in China. <i>Journal of Psychosomatic Research,</i>	Longitudinal Uji Anova dan chi-square, Analisis regresi logistik multivariat	Anak usia sekolah antara 5 tahun dan 18 tahun	Prevalensi obesitas mencapai puncaknya pada kelompok usia antara 12 dan 14 tahun. Bersamaan dengan itu, BMI rata-rata yang lebih tinggi dan prevalensi obesitas dikaitkan dengan gejala depresi dan kecemasan yang lebih parah pada setiap kelompok usia ($p < 0,001$). Secara longitudinal, depresi dan kecemasan secara signifikan meningkatkan risiko perkembangan obesitas dari waktu ke waktu (rasio peluang [OR] = 1,08 hingga 1,77). Selain itu, obesitas secara signifikan memperburuk risiko perkembangan depresi (OR = 1,17 hingga 1,68) dan kecemasan (OR = 1,25 hingga 1,71) dari waktu ke waktu dan menghambat pengurangan gejala depresi
----	--	--	--	--	---



					(OR = 0,68 hingga 0,79) dan kecemasan (OR = 0,73 hingga 0,74). Temuan penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan dua arah antara obesitas dan tekanan psikologis.
3.	Hale, L. K., Doko, R., & Rammang, S. (2023) DOI : https://doi.org/10.59435/gjmi.v1i3.41 .	Hubungan Tingkat Kecemasan Dan Stres Terhadap Pola Makan Mahasiswa Keperawatan Tingkat Akhir Di Universitas Widya Nusantara. <i>Gudang Jurnal Multidisiplin Ilmu</i>	<i>Cross Sectional</i> <i>Uji Mann-Whitney</i>	Mahasiswa Keperawatan Tingkat Akhir Di Universitas Widya Nusantara sebanyak 57 orang.	Penelitian ini menunjukkan bahwa dari 57 responden mahasiswa keperawatan tingkat akhir, 28,1% mengalami kecemasan sedang, 36,8% kecemasan berat, dan 35,1% kecemasan ringan. Untuk tingkat stres, 38,6% responden mengalami stres berat, dan 43,9% stres sedang. Sebagian besar mahasiswa (70,2%) memiliki pola makan tidak baik. Terdapat hubungan signifikan antara tingkat kecemasan ($p=0,009$) dan stres ($p=0,002$) dengan pola makan mahasiswa.



4.	Fahrianti, F., & Nurmina, N. (2021).	Perbedaan kecemasan mahasiswa baru ditinjau dari jenis kelamin pada masa pandemi covid-19. <i>Jurnal Pendidikan Tambusai,</i>	Cross Sectional Uji t-test.	Mahasiswa baru tahun 2020 jurusan Psikologi Universitas Negeri Padang berjumlah 119 mahasiswa.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa mahasiswa baru rata-rata berusia 17-19 tahun dan tingkat kecemasan untuk jenis kelamin laki-laki dan perempuan mengalami kecemasan sangat berat dengan persentase 7,6% dan 26,9% secara berturut-turut. Kemudian hasil uji t test didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat kecemasan antara perempuan dan laki-laki di masa pandemi covid-19
5.	Surachman, N. A., Jaya, M. A., Abdullah, R. P. I., Bakhtiar, I. K. A., & Aisyah, W. N. (2024)	Gambaran Derajat Stres, Cemas dan Depresi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia Angkatan 2021	Cross Sectional Uji t independen	Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muslim Indonesia.	Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diperoleh hasil bahwa gambaran stres, cemas, dan depresi pada setiap mahasiswa memiliki derajat yang berbeda-beda. Pada stres dominan pada derajat ringan yaitu 35 orang (14,7%), cemas dominan derajat sedang yaitu 54 orang (22,7%) dan depresi



<https://doi.org/10.38071.v6i6>

	<u>1133</u>	<i>Ranah Research: Journal of Multidisciplinary Research and Development,</i>			dominan derajat ringan yaitu 22 orang (9,2%). Berdasarkan hasil yang diperoleh dapat disimpulkan bahwa perbedaan hasil derajat stres, cemas dan depresi pada setiap mahasiswa dapat berbeda disebabkan oleh berbagai faktor yang berpengaruh baik internal maupun eksternal.
--	-------------	---	--	--	--

