

**PERBEDAAN PERILAKU MAKAN PADA ORANG DEWASA BERDASARKAN**

**STATUS GIZI DI KOTA MALANG**

**TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan**

**Memperoleh Gelar Sarjana Gizi**



**Oleh:**

**Ilma Rizky Almirra**

**145070301111002**

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

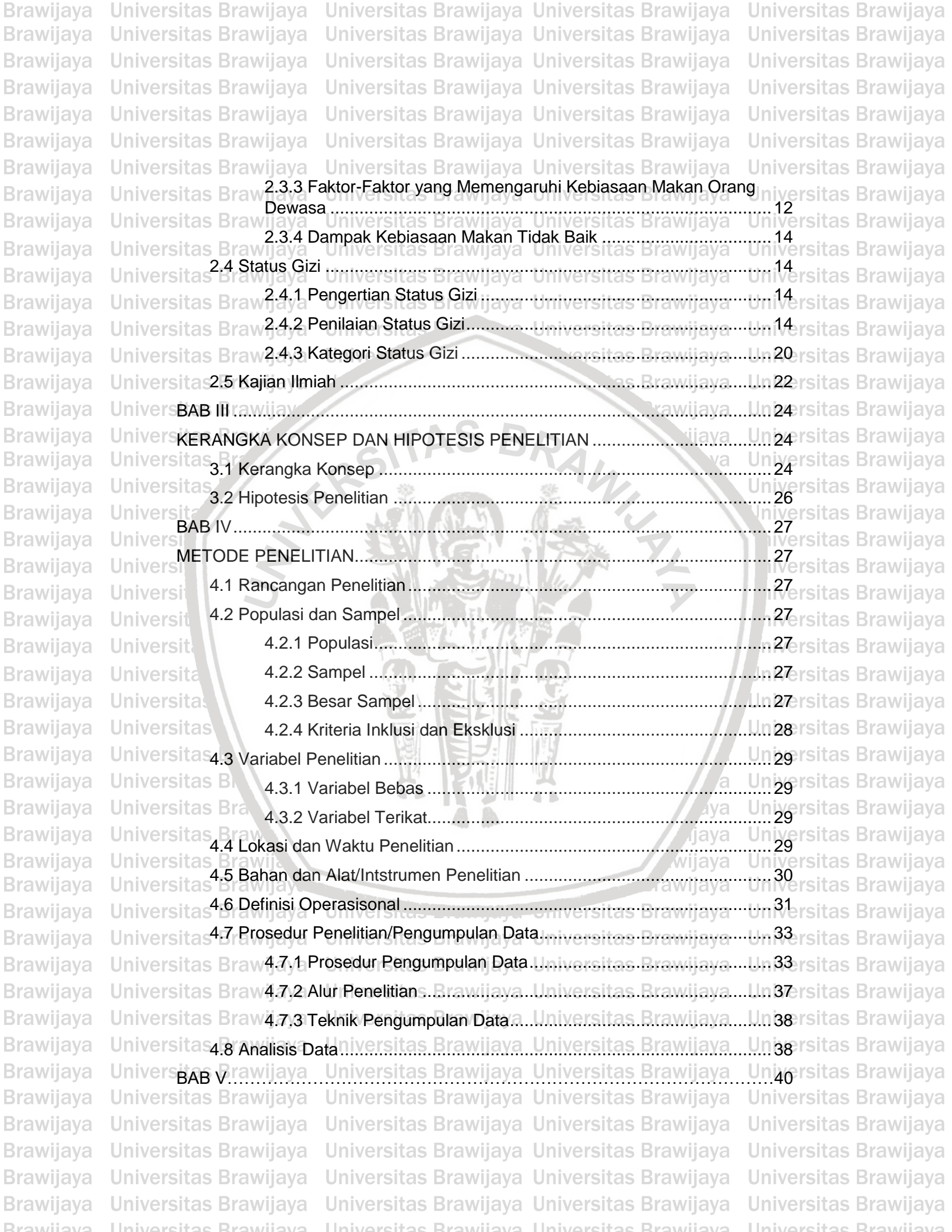
**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG**

**2018**

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
ABSTRAK .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
DAFTAR SINGKATAN .....	xii
BAB I .....	1
PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.4.1 Manfaat Akademik .....	4
1.4.2 Manfaat Praktis .....	5
BAB II .....	6
TINJAUAN PUSTAKA .....	6
2.1 Dewasa Muda .....	6
2.1.1 Pengertian Dewasa .....	6
2.1.2 Ciri-Ciri Dewasa .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.2 Perilaku Makan .....	7
2.2.1 Pengertian Perilaku Makan .....	7
2.2.2 Teori Tentang Perilaku Makan .....	7
2.2.3 Perilaku Makan Orang Dewasa Muda yang Berhubungan Dengan Obesitas .....	8
2.2.4 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perilaku Makan Orang Dewasa .....	9
2.2.4 Dampak Perilaku Makan Tidak Baik .....	10
2.3 Kebiasaan Makan .....	11
2.3.1 Pengertian Kebiasaan Makan .....	11
2.3.2 Kebiasaan Makan Orang Dewasa .....	12



2.3.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kebiasaan Makan Orang Dewasa .....

12

2.3.4 Dampak Kebiasaan Makan Tidak Baik .....

14

2.4 Status Gizi .....

14

2.4.1 Pengertian Status Gizi .....

14

2.4.2 Penilaian Status Gizi .....

14

2.4.3 Kategori Status Gizi .....

20

2.5 Kajian Ilmiah .....

22

**BAB III** .....

24

**KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN** .....

24

3.1 Kerangka Konsep .....

24

3.2 Hipotesis Penelitian .....

26

**BAB IV** .....

27

**METODE PENELITIAN** .....

27

4.1 Rancangan Penelitian .....

27

4.2 Populasi dan Sampel .....

27

4.2.1 Populasi .....

27

4.2.2 Sampel .....

27

4.2.3 Besar Sampel .....

27

4.2.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....

28

4.3 Variabel Penelitian .....

29

4.3.1 Variabel Bebas .....

29

4.3.2 Variabel Terikat .....

29

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....

29

4.5 Bahan dan Alat/Intstrumen Penelitian .....

30

4.6 Definisi Operasional .....

31

4.7 Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data .....

33

4.7.1 Prosedur Pengumpulan Data .....

33

4.7.2 Alur Penelitian .....

37

4.7.3 Teknik Pengumpulan Data .....

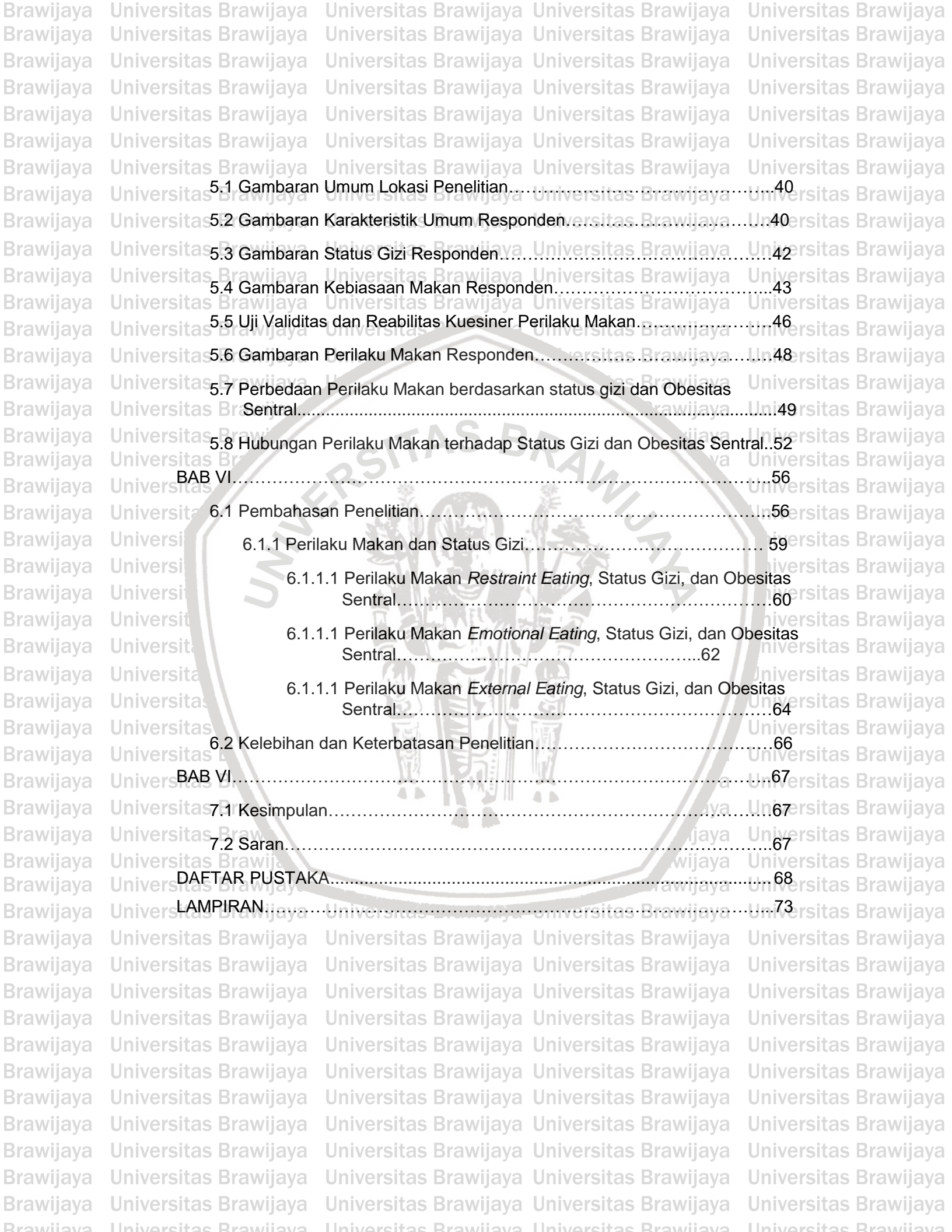
38

4.8 Analisis Data .....

38

**BAB V** .....

40



5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	40
5.2	Gambaran Karakteristik Umum Responden.....	40
5.3	Gambaran Status Gizi Responden.....	42
5.4	Gambaran Kebiasaan Makan Responden.....	43
5.5	Uji Validitas dan Reabilitas Kuesiner Perilaku Makan.....	46
5.6	Gambaran Perilaku Makan Responden.....	48
5.7	Perbedaan Perilaku Makan berdasarkan status gizi dan Obesitas Sentral.....	49
5.8	Hubungan Perilaku Makan terhadap Status Gizi dan Obesitas Sentral.....	52
<b>BAB VI.....</b>		<b>56</b>
6.1	Pembahasan Penelitian.....	56
6.1.1	Perilaku Makan dan Status Gizi.....	59
6.1.1.1	Perilaku Makan <i>Restraint Eating</i> , Status Gizi, dan Obesitas Sentral.....	60
6.1.1.1	Perilaku Makan <i>Emotional Eating</i> , Status Gizi, dan Obesitas Sentral.....	62
6.1.1.1	Perilaku Makan <i>External Eating</i> , Status Gizi, dan Obesitas Sentral.....	64
6.2	Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian.....	66
<b>BAB VII.....</b>		<b>67</b>
7.1	Kesimpulan.....	67
7.2	Saran.....	67
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>		<b>68</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>73</b>

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

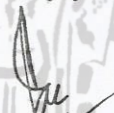
PERBEDAAN PERILAKU MAKAN PADA ORANG DEWASA BERDASARKAN  
STATUS GIZI DI KOTA MALANG

Oleh:

Ilma Rizky Almirra  
NIM 145070301111002

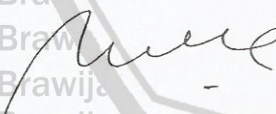
Telah diuji pada  
Hari: Senin  
Tanggal: 9 Juli 2018  
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

  
Dr. dr. Endang Sriwahyuni, MS.,  
NIP. 19521008 198003 2 002

Penguji II/Pembimbing I,

Penguji III/Pembimbing II,

  
Dr. Nurul Muslihah, SP, M.Kes  
NIP. 19740126 2008012 002

  
Ayuningtyas Dian A., S.Gz, MP  
NIK. 201606 8602042001

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Ilmu Gizi

  
Dian Handayani, SKM, M.Kes, Ph.D.

NIP. 19740402 200312 2 002

## PERBEDAAN PERILAKU MAKAN PADA ORANG DEWASA BERDASARKAN STATUS GIZI DI KOTA MALANG

Ilma Rizky Almirra\*, Nurul Muslihah\*\*, Ayuningtyas Dian Ariestiningstih\*\*

### Abstrak

Perilaku makan adalah berbagai hal yang mampu memengaruhi keinginan untuk mengonsumsi makanan baik dari segi jumlah maupun jenis makanan yang dikonsumsi yang terdiri dari *restraint eating*, *emotional eating*, dan *external eating*. Perilaku makan dapat mempengaruhi status gizi seseorang. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji perbedaan perilaku makan orang dewasa berdasarkan status gizi di Kota Malang. Rancangan penelitian ini adalah *cross sectional* yang dilakukan pada 144 responden dan dipilih secara *stratified random sampling* pada 5 kecamatan di Kota Malang. Seluruh responden akan dilakukan pengukuran antropometri meliputi berat badan, tinggi badan, dan lingkar pinggang. Data perilaku makan menggunakan instrumen *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ). Perbedaan perilaku makan berdasarkan status gizi dilakukan menggunakan *Kruskal Wallis* dan *One Way ANOVA*. Hasil penelitian sebanyak 30,6% responden memiliki status gizi obesitas tingkat 1. Hasil uji statistik didapatkan  $p=0,024$  pada perilaku makan *restraint eating*,  $p=0,453$  pada perilaku makan *emotional eating*, dan  $p=0,771$  pada perilaku makan *external eating*. Simpulan dari penelitian ini adalah terdapat perbedaan perilaku makan *restraint eating* berdasarkan status gizi, sedangkan tidak terdapat perbedaan perilaku makan *emotional eating* dan *external eating* berdasarkan status gizi orang dewasa di Kota Malang.

Kata kunci : *restraint eating*, *emotional eating*, *external eating*, status gizi.



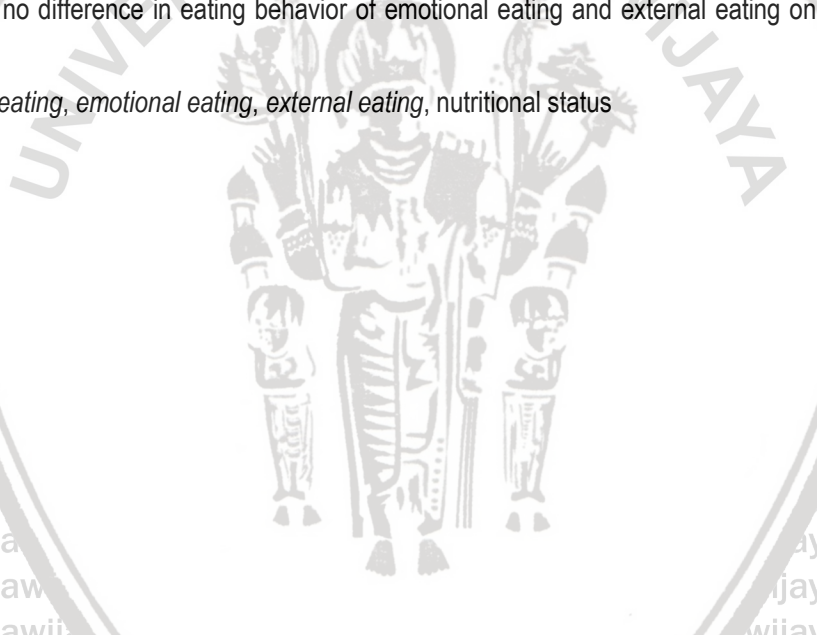
# EATING BEHAVIOR DIFFERENCES OF ADULTS BASED ON NUTRITIONAL STATUS IN MALANG

Ilma Rizky Almirra\*, Nurul Muslihah\*\*, Ayuningtyas Dian Ariestiningsih\*\*

## Abstract

Eating behavior is a variety of things that can affect the desire to consume food both in terms of quantity and type of food consumed which consists of restraint eating, emotional eating, and external eating. Eating behavior is one of the factors which influence nutritional status. This research aims to examine the differences in eating behavior in adults based on nutritional status in Malang. The design of this research is cross sectional section study conducted on 144 respondents and selected using stratified random sampling in 5 districts in Malang. On all respondents anthropometry measurements which include weight, height, and waist circumference would be performed. The eating behavior data used Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) instrument. To see the differences in eating behavior on nutritional status, statistical tests were performed using Kruskal-Wallis and One Way ANOVA. In the research results, a total of 30.6% of respondents have obesity level 1 for the nutritional status. From the result of statistic test, it is obtained  $p = 0.024$  on restraint eating behavior,  $p = 0.453$  on emotional eating behavior, and  $p = 0.771$  on external eating behavior. The conclusion of this research is that there are differences in restraint eating behavior on nutritional status, and there is no difference in eating behavior of emotional eating and external eating on nutritional status of adults in Malang.

Keywords: *restraint eating, emotional eating, external eating, nutritional status*



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut data WHO, pada tahun 2014 sebanyak 1,9 miliar (39%) orang dewasa (usia lebih dari 18 tahun) di dunia memiliki status gizi lebih dan 900 juta (13%) diantaranya adalah obesitas (WHO, 2016). Hasil Riskesdas tahun 2013 menyatakan bahwa sebanyak 26,6% penduduk usia dewasa (>18 tahun) di Indonesia diketahui mempunyai status gizi obesitas. Prevalensi penduduk dewasa yang obesitas di Jawa Timur masih lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Prevalensi laki-laki yang mengalami obesitas di Kota Malang sebesar 35,5% dan perempuan 43,4% (Dinkes Kota Malang, 2014).

Hullock (1980) menyatakan bahwa orang dewasa adalah seseorang yang sudah siap menerima tanggung jawab dan memainkan perannya di masyarakat. Pada masa ini, seseorang sudah memiliki kedudukan dan pekerjaan yang dapat mendukung perekonomiannya sehingga akses terhadap makanan akan lebih baik. Adanya pekerjaan juga meningkatkan status ekonomi yang menyebabkan kenaikan dalam konsumsi makanan sumber gula, garam, makanan cepat saji, makanan berlemak serta berkurangnya aktifitas fisik. Hal tersebut akan berkontribusi terhadap terjadinya obesitas (Sudikno dkk., 2015).

Obesitas merupakan kondisi terjadi kelebihan berat badan sebagai akibat dari penimbunan lemak yang berlebihan, ditandai dengan hasil pengukuran Indeks Massa Tubuh  $>25,0 \text{ kg/m}^2$ . Ada 3 tipe obesitas berdasarkan bentuk



tubuh yaitu tipe android atau obesitas sentral, tipe gynoid, dan tipe ovid.

Obesitas sentral adalah kondisi terjadinya penumpukan lemak yang berlebihan di bagian perut yang ditandai dengan hasil pengukuran lingkaran pinggang dengan batasan untuk negara Asia termasuk Indonesia adalah 90 cm untuk laki-laki dan 80 cm untuk perempuan (WHO, 2000).

Akibat dari obesitas sentral dapat memicu terjadinya berbagai penyakit seperti diabetes melitus tipe 2, penyakit liver, hipertensi, *gallstones*, dan *gastro-oesophageal reflux disease* (NICE, 2014). Faktor utama yang dapat menyebabkan terjadinya obesitas sentral adalah perilaku makan dan kebiasaan makan. Terdapat 3 teori yang diketahui memengaruhi perilaku makan seseorang yaitu *emotional eating*, *restraint eating*, dan *external eating*.

Teori *emotional eating* menjelaskan bahwa beberapa orang biasanya makan lebih sedikit saat mereka merasa tertekan atau stres. Seseorang dengan perilaku makan *emotional eating* cenderung untuk makan lebih banyak saat stres. Seseorang dengan perilaku makan *external eating* biasanya jumlah makanan yang diasup lebih dipengaruhi oleh faktor eksternal daripada faktor internalnya seperti faktor aroma dan penampilan makanan. Teori *restraint eating* menjelaskan bahwa pada orang yang sebelumnya pernah membatasi makanan atau pernah menerapkan konsep diet tertentu, setelah tidak menjalankan diet tersebut akan makan lebih banyak dari biasanya (Nag dkk., 2016).

Kebiasaan makan adalah gambaran perilaku makan yang berhubungan dengan frekuensi makan, pola makan, dan distribusi makanan. Kebiasaan makan yang tidak sesuai dengan diet sehat akan berdampak pada peningkatan berat badan yang berujung pada obesitas (Kadir, 2016).

Invertensi gaya hidup dan perubahan kebiasaan perlu dilakukan untuk mencegah dan mengurangi kejadian obesitas. Intervensi ini terdiri dari perubahan kualitas diet, mengurangi asupan energi, meningkatkan aktifitas fisik, dan memperbaiki kebiasaan makan seseorang (NICE, 2014).

Penelitian Hunot dkk. (2016) menjelaskan bahwa orang dewasa dengan perilaku makan yang cenderung makan berlebih saat mereka emosi, orang dewasa yang sangat menyukai makanan, orang dewasa yang terbiasa menghabiskan makanannya dengan terburu-buru atau cepat, dan orang dewasa yang memiliki respon berlebih terhadap makanan namun rendah respon terhadap rasa kenyang, cenderung memiliki status gizi berlebih daripada orang dewasa dengan kebiasaan makan yang lebih sedikit saat mereka sedang emosi, yang memiliki respon kenyang yang baik, serta makan dengan durasi yang cukup lama (Hunot dkk., 2016). Hasil penelitian di Canada mengatakan bahwa perilaku makan yang buruk dapat meningkatkan status gizi dan meningkatkan risiko terjadinya obesitas (Azagba dan Sharaf, 2012).

Hasil berlawanan ditemukan pada penelitian di Kota Pekanbaru yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku makan dengan status gizi (Pujiati, 2015). Tingginya angka obesitas pada usia dewasa di Jawa Timur dan besarnya pengaruh perilaku makan terhadap kejadian obesitas sentral serta belum banyak kajian tentang perilaku makan dan obesitas sentral pada dewasa muda menyebabkan peneliti ingin meneliti apakah ada perbedaan antara perilaku makan berdasarkan status gizi pada orang dewasa usia 30-49 tahun di Kota Malang.

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan perilaku makan orang dewasa berdasarkan status gizi di Kota Malang?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji perbedaan perilaku makan orang dewasa berdasarkan status gizi di Kota Malang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji gambaran perilaku makan aspek *restraint eating*, *emotional eating*, dan *external eating* pada orang dewasa dengan status gizi di Kota Malang
2. Mengkaji kebiasaan makan (frekuensi, distribusi, dan pola makan) pada orang dewasa di Kota Malang.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Akademik

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai perbedaan perilaku makan orang dewasa dengan status gizi normal dan status gizi obesitas tipe obesitas sentral di Kota Malang serta sebagai referensi bagi peneliti lain yang ingin meneliti lebih lanjut mengenai perilaku makan dan intervensi terhadap obesitas sentral.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini sebagai informasi mengenai perilaku makan serta kebiasaan makan orang dewasa muda dengan status gizi normal, obesitas, dan obesitas sentral di Kota Malang sehingga masyarakat memahami mengenai jenis perilaku makan dan kebiasaan makan yang menjadi faktor terjadinya obesitas dan obesitas sentral dan pada akhirnya masyarakat mampu mencegah terjadinya obesitas dan obesitas sentral.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Dewasa

##### 2.1.1 Pengertian Dewasa

Istilah dewasa digunakan untuk menjelaskan seseorang yang telah tumbuh dan siap untuk memainkan perannya dalam masyarakat bersama orang dewasa lainnya. Dewasa muda adalah masa transisi awal antara masa remaja dengan masa dewasa yang dimulai pada usia 18 tahun hingga 40 tahun dan secara umum kelompok usia yang tergolong pada dewasa muda ialah usia 20-40 tahun (Hurlock, 1980).

##### 2.1.2 Ciri-Ciri Dewasa

Hurlock (1980) mengemukakan beberapa ciri dewasa, yaitu:

###### a. Usia Reproduksi

Pada masa dewasa, sistem reproduksi manusia telah mencapai tingkat kematangannya dan sudah siap untuk melakukan reproduksi.

Secara psikologis, pada masa ini manusia sudah siap untuk menerima tanggung jawab sebagai pasangan dengan membentuk suatu ikatan rumah tangga.

###### b. Masa Bermasalah dan Penyesuaian

Setiap tahapan kehidupan pasti mengalami perubahan, sehingga seseorang harus pandai menyesuaikan diri terhadap perubahan dalam diri maupun lingkungan. Demikian pula pada masa ini, seseorang harus banyak melakukan kegiatan penyesuaian terhadap perubahan peran baik

7  
dalam hal pekerjaan, rumah tangga, maupun sebagai warga negara yang sudah dianggap dewasa berdasarkan hukum.

### c. Ketegangan Emosional

Sukses tidaknya proses penyesuaian diri seseorang pada masa dewasa terhadap persoalan yang dihadapi akan menimbulkan suatu efek emosional seperti ketakutan dan kekhawatiran. Emosi ini merupakan penggambaran dari ketegangan emosi yang terjadi pada diri seseorang yang berada di masa dewasa.

### d. Ketergantungan dan Perubahan Nilai

Ketergantungan disini berarti keterikatan seseorang terhadap penyedia fasilitas penunjang kehidupannya selama ini misalnya seperti orang tua dan pemerintah yang membiayai kehidupannya selama ini. Masa perubahan nilai terjadi karena pada dewasa terjadi dorongan untuk ingin diterima di suatu kelompok orang dewasa lainnya, kelompok sosial dan kelompok ekonomi lainnya.

## 2.2 Perilaku Makan

### 2.2.1 Pengertian Perilaku Makan

Perilaku makan merupakan segala bentuk pemikiran dan tindakan yang memengaruhi keinginan untuk mengonsumsi makanan padat atau makanan cair (Furrman, 2012). Menurut Benarroch (2013) perilaku makan adalah berbagai kegiatan yang memengaruhi hubungan manusia dengan makanan meliputi jumlah makanan yang

diasup, jenis makanan yang dikonsumsi dan perasaan yang dibentuk  
sehubungan dengan makanan (Benarroch, 2013).

**2.2.2 Teori Tentang Perilaku Makan**

Menurut Nag dkk (2016) terdapat 3 teori tentang perilaku makan yaitu:

*a. Emotional Eating*

Teori ini dikemukakan oleh Evers, de Ridder, dan Adriannase pada tahun 2009 dalam Morris (2012) menerangkan bahwa beberapa individu cenderung untuk makan dalam jumlah yang berlebihan sebagai respon dari emosi negatif. Emosi negatif yang dilibatkan meliputi rasa takut, cemas, marah, dan gelisah (Uyun, 2007). Sebagian orang akan makan berlebihan apabila mendapatkan rangsangan emosional yang tinggi dan biasanya pada kondisi seperti ini akan mengakibatkan orang tersebut untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori yang berhubungan positif dengan lemak tubuh (Zellner, 2006). Respon perilaku makan abnormal ini terjadi sebagai strategi orang tersebut untuk mengatasi stress dan pada akhirnya akan memengaruhi asupan dan berat badan (Lofton, 2007).

*b. External Eating*

Teori ini menjelaskan bahwa sebagian orang memilih untuk mengonsumsi makanan dikarenakan pengaruh yang kuat terhadap stimulus eksternal yang berupa rangsangan makanan yang meliputi penglihatan, penciuman, dan rasa makanan terlepas dari rasa kenyang dan lapar (Gibney, 2009). *External eating* berhubungan erat dengan

stres karena stres menyebabkan terjadinya penurunan sinyal lapar dan meningkatkan respon terhadap paparan luar makanan yang mengakibatkan peningkatan asupan makanan pada *external eating* (Coryell, 2011).

### c. *Restraint Eating*

Menurut Nag dkk. (2016) *restraint eating* teori yang menerangkan bahwa pembatasan makanan atau diet yang sebelumnya pernah diterapkan oleh seseorang dapat menyebabkan orang tersebut mengonsumsi makanan jauh lebih banyak saat tidak menjalankan diet lagi. Dalam teori ini, efek samping psikologis dari penerapan diet adalah pelaku diet akan mengonsumsi makanan jauh lebih banyak ketika kognitif pelaku diet berubah untuk tidak membatasi makanan (Streint, 2013).

## 2.2.3 Perilaku Makan Orang Dewasa yang Berhubungan dengan Obesitas

Seiring dengan terjadinya perubahan fisik dan psikologis remaja menjadi orang dewasa, perilaku makan juga akan berubah mengikuti kedua perubahan tersebut. Perilaku makan orang dewasa yang berhubungan terhadap obesitas, yaitu:

### a. Perilaku Makan yang Terbiasa Mengonsumsi Terigu dan Olahannya

Konsumsi terigu dan olahannya yang berlebih bersamaan dengan konsumsi makanan pokok lainnya yang dikonsumsi setiap hari akan menyebabkan kelebihan karbohidrat, lemak, dan protein dalam



tubuh yang kemudian akan berhubungan dengan kelebihan lemak terutama pada lemak bagian perut sehingga memperbesar kemungkinan terjadinya obesitas sentral (Sudikno dkk., 2015).

b. Perilaku Makan Tidak Teratur

Frekuensi makan orang dewasa muda rata-ratanya hanya 3 kali sehari. Orang dewasa muda cenderung untuk tidak sarapan pagi sehingga akan mengonsumsi makanan dengan jumlah yang lebih banyak pada waktu siang hari dan makan malam. Hal ini dikarenakan adanya kesibukan pekerjaan yang mendesak waktu makan (Paramita, 2002).

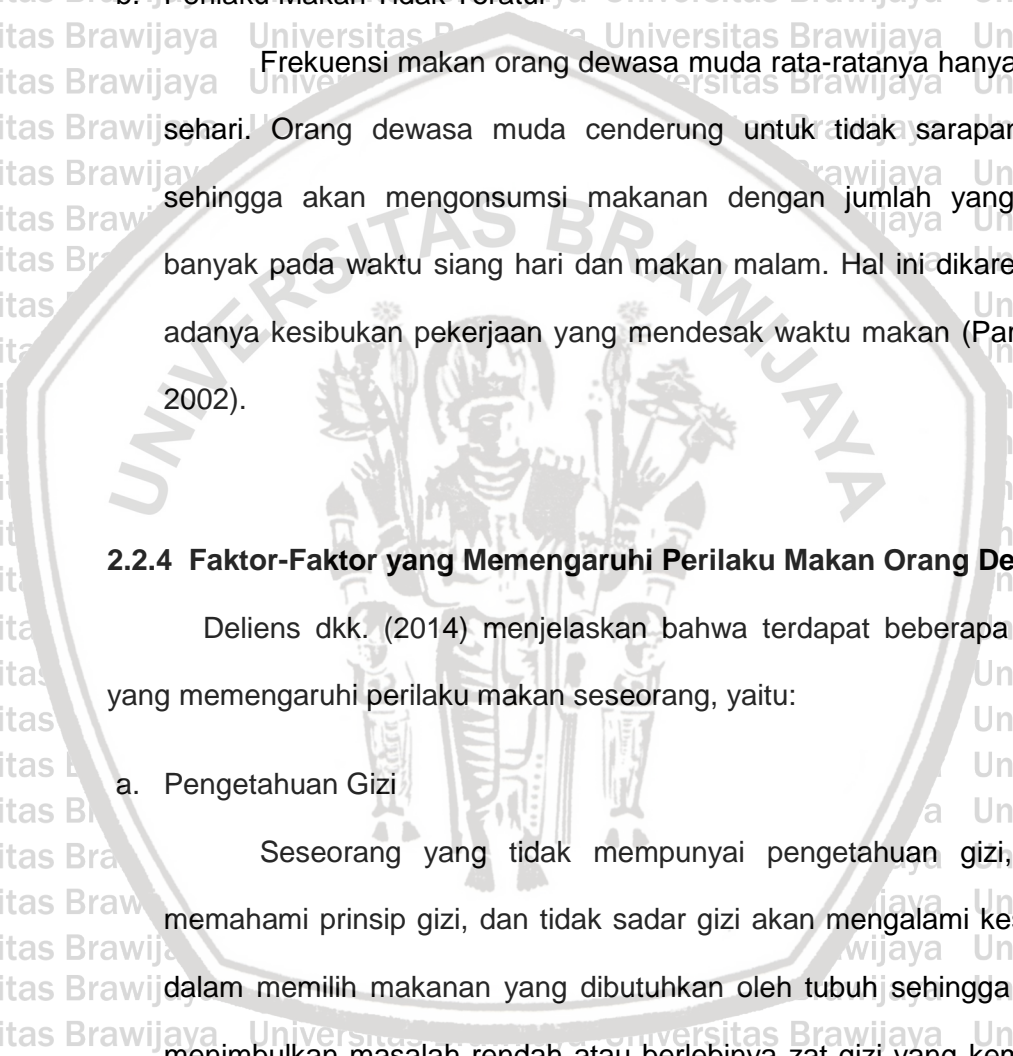
**2.2.4 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perilaku Makan Orang Dewasa**

Deliens dkk. (2014) menjelaskan bahwa terdapat beberapa faktor yang memengaruhi perilaku makan seseorang, yaitu:

a. Pengetahuan Gizi

Seseorang yang tidak mempunyai pengetahuan gizi, tidak memahami prinsip gizi, dan tidak sadar gizi akan mengalami kesulitan dalam memilih makanan yang dibutuhkan oleh tubuh sehingga dapat menimbulkan masalah rendah atau berlebihnya zat gizi yang kemudian akan berpengaruh terhadap status gizi. Pengetahuan gizi berperan penting dalam penerapan perilaku makan yang baik.

b. Tingkat pendidikan



Tingkat pendidikan dan kesukaan seseorang terhadap makanan tertentu akan berpengaruh terhadap pemilihan makanan yang dikonsumsi sehari-hari. Latar belakang pendidikan merupakan hal yang penting karena diharapkan dengan pendidikan yang tinggi maka pengetahuan terkait gizi akan meningkat menjadi lebih baik.

c. Pendapatan

Pendapatan adalah jumlah semua hasil perolehan yang didapat dalam bentuk uang yang dihasilkan dari pekerjaan. Pada umumnya jika tingkat pendapatannya naik maka jumlah dan jenis makanan cenderung untuk menjadi lebih baik juga.

d. Harga

Seseorang cenderung lebih memilih untuk menghabiskan uang untuk membeli bahan makanan yang murah namun tidak sehat daripada membeli makanan yang mahal namun sehat.

e. Keluarga

Semakin banyak jumlah anggota keluarga maka makanan untuk setaip orang akan berkurang. Selain itu, makanan yang disajikan dan perilaku makan yang dianut oleh sebagian besar anggota keluarga akan memengaruhi perilaku makan anggota keluarga lainnya.

**2.2.4 Dampak Perilaku Makan Tidak Baik**

Perilaku makan yang tidak baik adalah perilaku makan yang terbiasa mengonsumsi makanan yang tidak dapat memberikan zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh sehingga memengaruhi status gizi. Menurut

McLaughlin dan Media (2014) ada beberapa dampak akibat dari perilaku makan yang tidak baik, yaitu:

a. Penurunan Kemampuan Tubuh Untuk Menjalankan Aktivitas

Perilaku makan yang menyebabkan konsumsi makanan berlebihan akan berakibat pada kelelahan tubuh, kelesuan dan efek lain yang menghambat aktifitas.

b. Penurunan Fungsi Otak

Perilaku makan tidak teratur atau sering melewatkan waktu makan akan menyebabkan tubuh kekurangan glukosa. Glukosa yang didapatkan dari karbohidrat dan zat gizi lainnya sangat dibutuhkan oleh otak, sehingga saat tubuh kekurangan zat ini makan akan menyebabkan penurunan fungsi otak yang bisa ditandai dengan berkurangnya konsentrasi dan kemampuan mengingat.

c. Bertambahnya Berat Badan dan Resistensi Insulin

Perilaku makan berlebih menyebabkan peningkatan glukosa darah yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya resistensi insulin yaitu kondisi hormon insulin dalam tubuh kurang mampu untuk menangani gula darah. Apabila kondisi ini tidak segera ditangani maka akan meningkatkan risiko untuk terkena penyakit diabetes dan penambahan berat badan yang berlebih.

d. Gangguan Pencernaan

Perilaku makan terlalu cepat, terlalu banyak dan terbiasa banyak mengonsumsi makanan berlemak akan menimbulkan sensasi tidak nyaman pada bagian perut sesaat setelah atau selama makan.

e. Memperburuk Kualitas Tidur

Tidur dalam kondisi perut yang kosong dan terisi penuh akan menyebabkan pengurangan kualitas tidur.

f. Memengaruhi Suasana Hati

Serotonin dan dopamin adalah jenis zat kimia yang ada pada otak. Keduanya berfungsi untuk memengaruhi suasana hati dan dipengaruhi oleh makanan dan zat gizi yang tepat.

**2.3 Kebiasaan Makan**

**2.3.1 Pengertian Kebiasaan Makan**

Kebiasaan makan adalah perilaku manusia dalam hal memenuhi kebutuhan makanan yang meliputi sikap, kepercayaan, dan pemilihan makanan (Stiohadi dkk., 2009). Menurut Arisman (2004) kebiasaan makan adalah berbagai cara individu dan kelompok untuk mengonsumsi dan menggunakan makanan yang tersedia didasarkan pada faktor budaya tempat mereka bermukim. Kebiasaan makan menerangkan apa, oleh siapa, kepada siapa, kapan dan bagaimana makanan disantap sehingga kebiasaan makan dapat dipelajari dan diukur dengan pendekatan prinsip-prinsip ilmu gizi (Kadir, 2016)

### 2.3.2 Kebiasaan Makan Orang Dewasa

Saufika dkk. (2012) mengemukakan bahwa orang dewasa memiliki kebiasaan makan tiga kali sehari pada laki-laki dewasa dan 2 kali sehari pada perempuan dewasa. Perempuan dewasa cenderung untuk tidak mengonsumsi makan malam namun lebih banyak mengonsumsi cemilan.

Jenis makanan yang sering dikonsumsi pada orang dewasa muda di Indonesia adalah nasi dan roti, tahu dan tempe, ikan dan daging ayam, pisang goreng dan martabak, sering mengonsumsi makanan cepat saji, dan kurang konsumsi buah dan sayur (Kant dkk., 2013)

### 2.3.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kebiasaan Makan Orang

#### Dewasa

Menurut Khumaidi dalam Kadir (2016), terdapat beberapa faktor yang memengaruhi kebiasaan makan masyarakat yang digolongkan menjadi faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik.

#### a. Faktor Intrinsik

Faktor intrinsik adalah faktor yang berasal dari diri manusia tersebut yang meliputi:

##### 1. Faktor Asosiasi Emosional

Adanya emosi pada manusia akan memengaruhi nafsu makan dan pemilihan jenis makanan.

##### 2. Faktor keadaan Jasmani dan Kejiwaan yang Sedang Sakit

Kebiasaan makan akan dipengaruhi oleh kondisi kesehatan seseorang dan ketidakseimbangan kejiwaan yang meliputi rasa

bosan, kecewa, stres, dan putus asa. Keduanya akan menyebabkan terjadinya perubahan kebiasaan makan menjadi makan lebih sedikit akibat berkurangnya nafsu makan.

3. Faktor Penilaian yang Lebih Terhadap Mutu Makanan

Kepercayaan seseorang terhadap beberapa makanan yang mengandung zat gizi yang lebih baik dari makanan lainnya membuat orang tersebut untuk cenderung memilih mengonsumsi makanan itu dan memengaruhi kebiasaan makannya. Hal ini apabila terjadi terlalu sering dalam kebiasaan makan akan menyebabkan terjadinya kekurangan beberapa zat gizi.

b. Faktor Ekstrinsik

1. Faktor Lingkungan Alam

Kebiasaan makan masyarakat di Indonesia terutama yang masih bermukim di daerah pedesaan pada umumnya terbiasa memilih makanan yang berasal dari sumber pangan yang umum dapat mereka peroleh disekitar tempat tinggalnya.

2. Faktor Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial secara jelas memberikan pengaruh terhadap kebiasaan makan seseorang. Setiap suku dan bangsa memiliki kebiasaan makan yang berbeda yang secara turun-temurun sudah dianut suku ataupun bangsa tersebut dan menciptakan kebiasaan makan yang susah untuk dirubah.

3. Faktor Lingkungan Budaya dan Agama

Kebudayaan yang berkaitan dengan kebiasaan makan meliputi nilai-nilai kehidupan dan kewajiban-kewajiban sosial serta kepercayaan yang dianut masyarakat setempat secara turun-temurun. Agama juga memberikan pengaruh terhadap kebiasaan makan seseorang dengan memberikan batasan dalam kebiasaan makanan dan memberikan pantangan atau tabu pada jenis makanan tertentu.

4. Faktor Lingkungan Ekonomi

Kebiasaan makan seseorang juga dipengaruhi oleh tarap ekonominya. Masyarakat golongan ekonomi yang kuat memiliki kebiasaan makan yang cenderung lebih banyak daripada masyarakat golongan ekonomi yang lemah.

2.3.4 Dampak Kebiasaan Makan Tidak Baik

Kebiasaan makan seseorang akan berdampak terhadap kondisi status gizinya. Apabila seseorang memiliki kebiasaan makan yang tidak baik maka akan menciptakan status gizi yang buruk dan pada akhirnya akan berdampak pada status kesehatan yang buruk pula (Kadir, 2016)

2.4 Status Gizi

2.4.1 Pengertian Status Gizi

Status gizi merupakan gambaran keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu (Supasiasa dkk., 2014). Menurut Kamus Gizi tahun

2010, status gizi adalah perwujudan ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi (Sandjaja, 2010).

**2.4.2 Penilaian Status Gizi**

Pada dasarnya penilaian status gizi adalah pemeriksaan keadaan gizi seseorang yang diawali dengan mengumpulkan data yang bersifat objektif maupun yang bersifat subjektif. Langkah selanjutnya, kedua data tersebut akan dibandingkan dengan standar baku yang telah tersedia. Penilaian status gizi meliputi beberapa komponen, yaitu (1) pemeriksaan antropometri, (2) pemeriksaan biokimiawi, (3) pemeriksaan fisik klinis dan riwayat kesehatan, (4) konsumsi makanan (*dietary*), dan (5) pengumpulan data psikososial (Arisman, 2008).

**2.4.2.1 Antropometri**

Menurut Kamus Gizi tahun 2010, antropometri adalah suatu keilmuan yang mempelajari berbagai ukuran tubuh manusia yang dalam bidang gizi digunakan untuk menilai status gizi (Sandjaja, 2010). Antropometri gizi adalah berbagai macam pengukuran tubuh manusia dan komposisi tubuh manusia yang digunakan untuk menilai status gizi dengan cara melihat ketidakseimbangan pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh (Supariasa dkk., 2014). Tujuan dari pengukuran antropometri adalah untuk mendapatkan besaran komposisi tubuh yang dapat dijadikan peringatan dini perubahan status gizi yang dapat dikelompokkan menjadi 3, yaitu sebagai penapisan, survei, dan pemantauan status gizi (Arisman, 2008).

Antropometri sebagai salah satu cara menilai status gizi dapat dilakukan



dengan mengukur beberapa parameter diantaranya berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan atas, lingkaran perut, dan lapisan lemak bawah kulit. Parameter tersebut dapat berdiri sendiri atau dapat pula dijadikan indeks dengan cara membandingkan dengan parameter lainnya untuk kemudian dibandingkan dengan standar baku (Sandjaja, 2010).

a. Berat Badan

Berat badan merupakan parameter antropometri yang paling umum digunakan di masyarakat karena mudah dimengerti oleh masyarakat sekalipun bagi mereka yang tidak bisa membaca. Parameter berat badan merupakan parameter antropometri yang utama karena parameter ini yang paling baik untuk melihat perubahan dalam waktu singkat, ketelitiannya tidak banyak dipengaruhi oleh kemampuan pengukur, alat pengukuran mudah ditemukan, dan parameter ini mampu memberikan gambaran status gizi masa saat ini dan gambaran pertumbuhan apabila dilakukan secara berkala (Supariasa dkk., 2010). Namun, parameter ini tidak dapat berdiri sendiri melainkan harus digabungkan dengan parameter lainnya seperti tinggi badan dan usia untuk menentukan status gizi (Arisman, 2008).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007), prosedur pengukuran berat badan adalah sebagai berikut:

1. Letakkan alat timbangan pada permukaan yang datar. Pastikan timbangan menyala dan menunjukkan angka 0,00.

2. Meminta responden yang akan ditimbang untuk melepaskan alas kaki dan perhiasan, jaket serta mengeluarkan barang-barang yang ada di kantong pakaiannya seperti kunci.
3. Responden diminta untuk naik ke alat dengan posisi kaki responden tepat berada pada bagian tengah alat dan tidak menutupi jendela baca alat. Pastikan responden berdiri dengan sikap tenang, kepala tidak menunduk, dan pandangan lurus ke depan.
4. Petugas pengukur membaca angka yang tertera di jendela baca alat kemudian mencatatnya pada lembar hasil pengukuran responden.
5. Meminta responden untuk turun dari alat kemudian lakukan pengukuran kembali. Sebelumnya, pastikan angka pada jendela baca sudah kembali menjadi 0,00.
6. Kemudian ulangi prosedur 3 dan 4.
7. Untuk menimbang responden selanjutnya, ulangi prosedur 1 sampai dengan 6 (Departemen Kesehatan RI, 2007).

b. Tinggi Badan

Tinggi badan merupakan parameter kedua yang penting dalam penilaian status gizi dengan cara antropometri. Tinggi badan dapat memberikan gambaran keadaan gizi yang masa lalu maupun keadaan gizi saat ini (Supariasa dkk., 2010). Namun, tinggi badan saja belum dapat menggambarkan keadaan gizi melainkan harus digabungkan dengan parameter lainnya seperti usia atau berat badan (Arisman, 2008).

Pengukuran tinggi badan untuk seseorang yang mampu berdiri tegak dapat dilakukan dengan alat pengukur tinggi mikrotoa yang mempunyai ketelitian 0,1 cm dengan cara pengukuran:

1. Merekatkan alat ukur pada dinding yang rata setinggi tepat 2 meter dan angka nol (0) terlihat pada permukaan lantai yang rata.
2. Minta responden untuk melepaskan alas kaki (kaus kaki, sandal atau sepatu), topi (penutup kepala atau hiasan kepala lainnya), dan ikatan atau kepangan rambut.
3. Pastikan responden berdiri tegak persis di bawah alat geser dengan posisi tangan tergantung bebas, kepala, bahu bagian belakang, lengan, pantat, dan tumit menempel pada dinding, serta pandangan responden lurus kedepan.
4. Turunkan alat sampai menyentuh rapat atas kepala responden dan tepat berapa ditengah kepala responden dengan bagian belakang alat tetap harus menempel pada dinding.
5. Bacalah angka yang terlihat pada jendela baca dengan pembacaan dilakukan tepat di depan skala sejajar dengan mata petugas pengukur.

(Departemen Kesehatan RI, 2007)

c. Lingkar Kepala

Pengukuran lingkar kepala ditujukan untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan otak dan tulang tengkorang untuk menentekuan status KEP anak. Alat yang sering digunakan dalam

pengukuran ini adalah pita yang terbuat dari serat kaca dengan lebar kurang dari 1 cm. Pengukuran dilakukan dengan cara meringkarkan pita pada kepala anak (Supariasa dkk., 2010).

d. Lingkar Lengan Atas

Pengukuran lingkar lengan atas dilakukan untuk mengetahui prevalensi kurang energi kronis pada wanita usia subur (usia 15-45 tahun) dan pada ibu hamil. Pengukuran ini dilakukan menggunakan alat pita LiLA sepanjang 33 cm atau meteran kain dengan cara melilitkan pita pada titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku. Hasil pengukuran LiLA dapat langsung menggambarkan kondisi status gizi yaitu apabila kurang dari 23,5 cm dinyatakan berisiko KEK dan apabila lebih dari 23,5 cm tidak berisiko KEK (Supariasa dkk., 2010).

e. Lingkar Perut

Pengukuran lingkar perut dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya obesitas sentral. Pengukuran dilakukan menggunakan pita pengukur atau meteran kain dengan cara menlingkarkan pita pengukur pada titik tengah antara tepi tulang rusuk bagian paling bawah dan titik ujung lengkung tulang pangkal paha atau panggul (Departemen Kesehatan RI, 2007). Hasil penguruan yang menunjukkan nilai 90 cm pada laki-laki dan 80 cm pada perempuan menandakan telah terjadi obesitas sentral (WHO, 2000).

f. Lapisan Lemak Bawah Kulit

Pengukuran lapisan lemak bawah kulit bertujuan untuk mengetahui cadangan lemak dalam tubuh dan merupakan parameter lemak tubuh yang paling akurat diantara parameter antropometri lainnya.

Pengukuran biasanya dilakukan pada bagian lipatan kulit triseps, subskapula dan bisa juga pada bagian bispes, perut, paha, dada, dan supra iliaka (Arisman, 2008).

Beberapa parameter antropometri tidak dapat berdiri sendiri untuk menentukan status gizi melainkan harus dikombinasikan dengan parameter antropometri lainnya. Kombinasi parameter antropometri ini disebut sebagai indeks antropometri. Penggolongan indeks antropometri disajikan pada Tabel 2.1.

**Tabel 2.1 Ambang Batas Baku untuk Status Gizi Berdasarkan Indeks**

Status Gizi	Ambang Batas Baku Untuk Kedaan Gizi Berdasarkan Indeks				
	BB/U	TB/U	BB/TB	LLA/U	LLA/TB
Gizi Baik	>80%	>85%	>90%	>85%	>85%
Gizi Kurang	61-80%	71-85%	81-90%	71-85%	76-85%
Gizi Buruk	≤60%	≤70%	≤80%	≤70%	≤75%

Sumber: Arisman, 2008

**2.4.2.2 Biokimia**

Pemeriksaan biokimia memberikan hasil yang lebih tepat dan lebih objektif dibandingkan dengan hasil pengukuran antropometri lainnya. Umumnya pemeriksaan biokimia yang dilakukan adalah pemeriksaan beberapa zat gizi dan zat kimia lainnya dalam darah dan urin. Bebrapa contoh pemeriksaan biokimia yang sering digunakan untuk mengetahui gambaran status gizi seseorang diantaranya

penilaian status zat besi dengan indikator hemoglobin dan hemotokrit, penilaian status protein dengan indikator serum protein dan serum albumin, serta penilaian status vitamin (Supariasa dkk., 2010).

**2.4.2.3 Fisik Klinis dan Riwayat Kesehatan**

Penilaian status gizi dengan melihat fisik klinis dan riwayat kesehatan adalah menentukan kondisi gizi dengan cara melihat kemampuan fungsi jaringan dan perubahn struktur tubuh yang dapat dilihat dengan 3 cara, yaitu (1) pemeriksaan radiologi, (2) pemeriksaan fungsi fisik untuk mengukur perubahan akibat ketidakcukupan zat gizi, dan (3) pemeriksaan sitologi yang biasanya dilakukan untuk menentukan kondisi kurang energi protein dengan cara melihat noda pada epitel dari mukosa (Supasiasa dkk., 2010)

**2.4.2.4 Konsumsi Makanan**

Penilaian konsumsi makanan bertujuan untuk memperkirakan kekurangan zat gizi namun harus dilengkapi dengan hasil penilaian biokimia, antropometri, dan klinis. Selain itu, penilaian ini juga dapat menentukan kecukupan konsumsi makanan, mengidentifikasi kelompok berisiko terkena penyakit akibat makanan, dan memonitor kecenderungan konsumsi zat gizi. Konsumsi makanan dapat diketahui dengan menggunakan beberapa metode diantaranya metode frekuensi makanan untuk mengetahui makanan yang pernah dikonsumsi dimasa lalu dan frekuensi konsumsinya, metode riwayat makanan untuk mengetahui pola makan berdasarkan pengamatan

dalam waktu yang lama, metode *recall 24 hours* untuk melihat asupan makan dalam 24 jam terakhir, metode *food record* untuk mengetahui konsumsi makanan dengan jumlah asupan yang hampir mendekati asupan sebenarnya, dan metode pencatatan makanan (Supariasa dkk., 2010).

#### 2.4.2.5 Data Psikososial

Status gizi dipengaruhi oleh faktor fisik, biologi, dan lingkungan. Oleh sebab itu dalam penentuannya harus diketahui data psikososial atau ekologi guna mengetahui faktor apa saja yang menyebabkan status gizi seseorang sebagai dasar program intervensi. Data psikososial yang perlu dikembangkan adalah keadaan keluarga, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan penyediaan makanan dalam keluarga (Supariasa dkk., 2010).

#### 2.4.3 Kategori Status Gizi

Penentuan status gizi selain dapat dilakukan dengan menggunakan indeks massa tubuh yaitu perbandingan antara berat badan dalam kilogram dengan kwadrat tinggi badan dalam meter. Indeks ini hanya dapat digunakan untuk orang dewasa berumur lebih dari 18 tahun dan tidak dapat diterapkan pada ibu hamil dan olahragawan, orang dewasa dengan asites, edema dan hepatomegali (Arisman, 2008). Kategori status gizi menurut Indeks Massa Tubuh untuk Asia dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Kategori Status Gizi

Status Gizi	IMT (kg/m <sup>2</sup> )
Kurang	<18,5
Normal	18,5-22,9
Lebih	23,0-24,9
Obesitas I	25,0-29,9
Obesitas II	>30

Sumber: WHO, 2000

2.4.3.1 Obesitas

Menurut Dorland (2011) obesitas adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan berat badan yang meningkat melebihi batas sebagai akibat dari adanya penumpukan lemak berlebihan dalam tubuh. Berdasarkan bentuk dan daerah penumpukan massa lemak, obesitas dapat dibagi menjadi tiga jenis yaitu:

a. Obesitas Sentral

Obesitas yang terjadi dengan pusat penumpukan massa lemak terjadi pada bagian perut. Obesitas tipe ini lebih berbahaya karena penumpukan lemak pada bagian perut lebih memungkinkan sel lemak untuk masuk ke pembuluh darah daripada penumpukan lemak pada bagian lain sehingga lemak yang memasuki pembuluh darah ini dapat menyebabkan timbulnya plak sehingga pembuluh menyempit, terjadinya diabees, stroke, dan beberapa jenis penyakit kanker (Geresemer, 2008 ; Tchemof, 2007),

b. Obesitas Gynoid



Pada obesitas tipe ini, kelebihan lemak berpusat di daerah pinggul dan paha dan biasanya banyak dijumpai pada perempuan.

Obesitas tipe ini mempunyai risiko penyakit lebih kecil daripada obesitas sentral, namun tetap berisiko tinggi terhadap penyakit varises vena dan penyakit arthritis (Alberti, 2011 ; Tchemof, 2007).

c. Obesitas Ovid

Obesitas tipe ini adalah obesitas yang umumnya dijumpai pada seseorang yang gemuk karena genetiknya ditandai dengan kesuluruhan bagian tubuhnya terlihat membesar (Tchemoc 2007).

Obesitas dapat terjadi akibat dari beberapa faktor, yaitu:

a. Faktor Genetik

Orang tua yang memiliki riwayat obesitas akan menurunkan kondisi tersebut kepada anaknya bahkan saat anak itu masih bayi. Selain itu, terjadinya gangguan fungsi leptin yang berfungsi untuk menurunkan nafsu makan berkurang sehingga otak tidak mendapatkan sinyal leptin yang akibatnya seseorang memiliki nafsu makan yang berlebih (Sjarif, 2011 ; Lauralee, 2010).

b. Kurang Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik dapat meningkatkan pengeluaran energi dalam tubuh dan meningkatkan metabolisme substrat yang berfungsi untuk penggunaan energi. Apabila energi yang diasup setara lebih besar dari energi yang digunakan atau dikeluarkan maka terjadi keseimbangan energi positif yang menyebabkan peningkatan

simpanan energi tubuh sehingga dalam waktu yang lama akan menyebabkan obesitas (Goran dkk., 1999).

c. Makanan

Faktor asupan makanan dan perilaku makanan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian obesitas.

Peningkatan konsumsi makanan yang tidak diimbangi dengan peningkatan penggunaan energi akan menyebabkan tubuh menyimpan energi lebih banyak. Sehingga penerapan perilaku makan yang tepat diperlukan untuk mencegah terjadinya obesitas (Swinburn dkk., 2004).

Obesitas pada intinya terjadi sebagai akibat terjadinya keseimbangan energi positif sebagai akibat karena energi yang diasup lebih banyak daripada energi yang dikeluarkan tubuh sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan glukosa darah dan lemak tubuh. Adanya peningkatan glukosa darah dan lemak tubuh menyebabkan terangsangnya proses lipogenesis. Lipogenesis ialah suatu proses sintesa asam lemak dan sintesa trigliserida di jaringan hati dan jaringan adiposa. Saat asam lemak memasuki jaringan adiposit maka asam lemak ini akan menyebabkan pembentukan pool asam lemak. Asam lemak yang menumpuk dibagian perut akan menyebabkan terjadinya obesitas sentral (Sudoyo dkk., 2009).

2.5 Kajian Ilmiah

Penelitian di Canada menunjukkan bahwa orang dewasa yang mempunyai perilaku makan yang buruk memiliki risiko untuk terjadinya

obesitas (Azagba dan Sharaf, 2012). Perilaku makan yang dapat meningkatkan risiko obesitas ialah perilaku makan yang makan berlebihan ketika emosi, makan dengan tergesa-gesa (Hunotdkk., 2016).

Penelitian yang dilakukan pada pegawai negeri sipil di Kota Ternate pada tahun 2013 didapatkan hasil adanya hubungan yang signifikan antara perilaku makan *restraint eating* terhadap kejadian berat badan berlebihan.

Namun, dalam penelitian ini tidak ditemukan hubungan antara berat badan berlebihan dengan perilaku makan *emotional eating* (Baharudin, 2013).

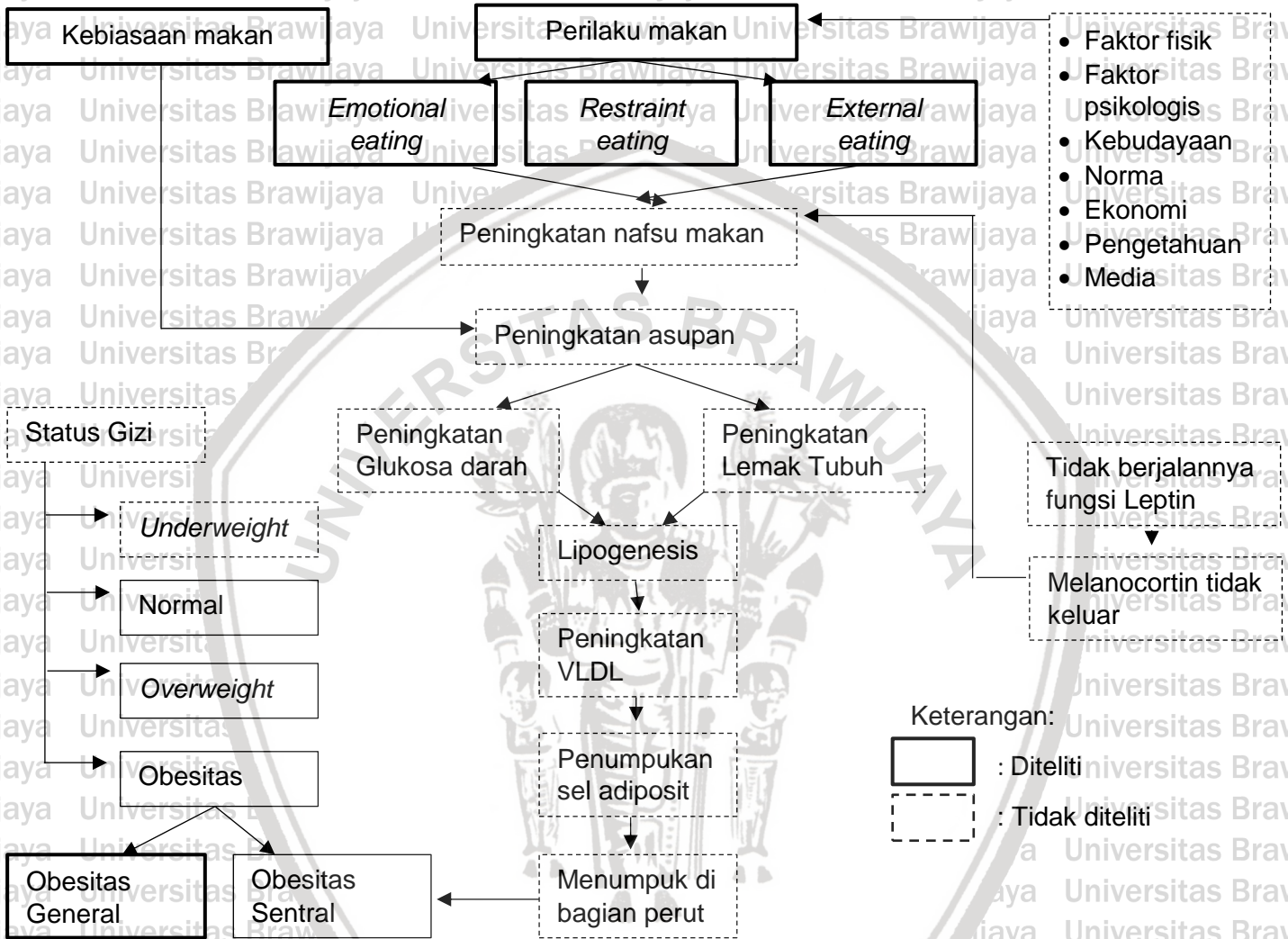
Penelitian di Malaysia menemukan bahwa terhadap hubungan yang signifikan antara perilaku makan *emotional eating* dengan status gizi berdasarkan IMT (Zofiran dkk., 2011).

Sugianti dkk. (2009) menjelaskan bahwa kebiasaan makan yang sering mengonsumsi makanan manis, konsumsi buah dan sayur yang rendah, dan makanan cepat saji dapat meningkatkan asupan kalori yang pada akhirnya akan terjadinya ketidakseimbangan energi yang diasup dan yang dikeluarkan. Jika kondisi ini terus berlanjut, pada akhirnya akan dapat menyebabkan terjadinya penumpukan lemak berlebihan dalam tubuh dan terjadi obesitas.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Diagram Kerangka Konsep Penelitian

Status gizi merupakan suatu gambaran terpenuhinya kebutuhan gizi yang dapat dipengaruhi oleh genetik, aktifitas fisik, dan makanan. Status gizi normal menandakan bahwa asupan zat gizi terutama energi yang dimakan seimbang dengan yang dikeluarkan.

Sedangkan status gizi obesitas menandakan bahwa terjadi ketidaksimbangan antara asupan makanan dengan yang dikeluarkan (Sjarif, 2011; Lauralee, 2010; Swinburn dkk., 2004; Goran dkk., 1999).

Obesitas menurut tipenya dibagi menjadi dua yaitu obesitas general dan obesitas sentral. Obesitas sentral adalah keadaan dimana terjadi kelebihan lemak yang menumpuk pada daerah perut atau daerah sentral yang biasanya ditandai dengan IMT  $>25,0$  kg/m<sup>2</sup> dan lingkaran pinggang untuk laki-laki adalah sebesar 80 cm dan perempuan sebesar 90 cm (WHO, 2000).

Perilaku makan dapat dilihat dari tiga aspek, yaitu *emotional eating*, *restraint eating* dan *external eating*. Ketiga aspek tersebut dapat memicu terjadinya peningkatan nafsu makan sehingga menyebabkan makan lebih banyak. Selain ketiga aspek tadi, perilaku makan juga dapat dilihat dari aspek kebiasaan makan. Aspek ini nantinya juga akan memengaruhi asupan makan seseorang. Akibatnya, terjadi peningkatan glukosa darah dan lemak tubuh. Peningkatan ini dapat menstimulasi terjadinya lipogenesis yang menyebabkan sintesis lemak sehingga ada penumpukan massa sel adiposit di tubuh. Apabila sel adiposit ini terpusat pada bagian perut maka menyebabkan terjadinya obesitas sentral (Sudoyo dkk., 2009).

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Ada perbedaan perilaku makan orang dewasa dengan status gizi di Kota Mal





## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan rancangan *cross sectional study* untuk mengkaji perbedaan perilaku makan pada orang dewasa berdasarkan status gizi di Kota Malang.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah orang dewasa usia 30-49 tahun di Kota Malang yang memenuhi kriteria inklusi.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel dipilih dari populasi terjangkau dan sesuai kriteria inklusi yang dilakukan dengan cara *Stratified Random Sampling*.

##### 4.2.3 Besar Sampel

Perhitungan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus *Hypothesis Test for a Population Portion* dengan tingkat kepercayaan 95% dengan uji kuasa 80% dan asumsi proporsi obesitas di Indonesia 26,6%:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} \sqrt{P_o(1-P_o)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_d(1-P_d)})^2}{(P_d - P_o)^2}$$

$$n = \frac{(1,96 \sqrt{0,266(1-0,266)} + 0,80 \sqrt{0,20(1-0,164)})^2}{(0,164 - 0,266)^2}$$

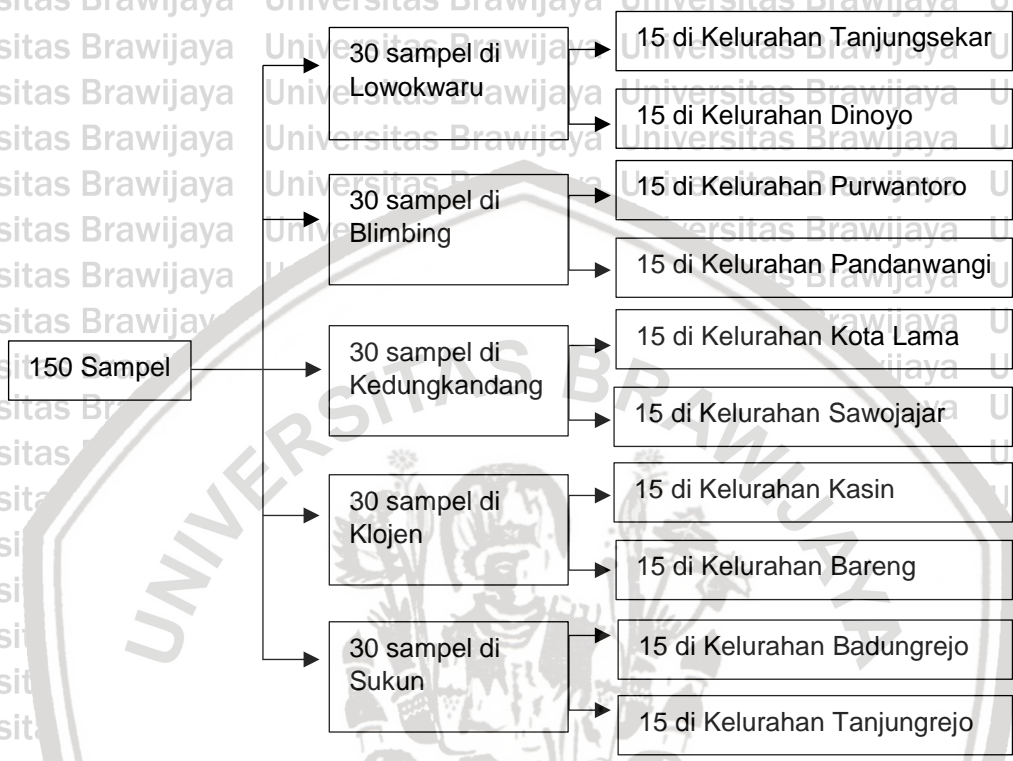
$$n = 104$$



Keterangan:

- $n$  : Jumlah sampel yang diperlukan
- $Z_{1-\alpha/2}$  : Derajat kepercayaan yang diinginkan (1,96)
- $Z_{1-\beta}$  : Kekuatan uji yang diinginkan (kekuatan penelitian 95% dengan tingkat kesalahan 5%,  $Z_{\beta} = 0,80$ )
- $P_0$  : Nilai proposi polulasi
- $P_e$  : Nilai antisipasi dari proposi populasi

Besar sampel dalam yang didapatkan dari perhitungan diatas adalah sebanyak 104 orang dan ditambahkan untuk antisipasi drop out sebanyak 30% sehingga total seluruh sampel dalam penelitian ini adalah 150 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara membagi total seluruh sampel ke dalam 5 kecamatan yang ada di Kota Malang kemudian dari masing masing kecamatan akan dipilih secara acak 2 kelurahan yang akan menjadi lokasi penelitian.



Gambar 4.1 Bagan Sampling

#### 4.2.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

a. Kriteria Inklusi

- Wanita dan laki-laki berusia 30-49 tahun.
- Berdomisili di Kota Malang minimal 6 bulan.
- Responden wanita tidak sedang hamil.
- Responden wanita tidak sedang mengonsumsi pil KB.
- Tidak memiliki status gizi *underweight*.
- Bersedia menjadi responden.

b. Kriteria Eksklusi

- Mengalami penyakit kronis seperti *Tuberculosis*.
- Sedang menjalani program diet dengan obat maupun tanpa obat.
- Saat ini terdiagnosa penyakit Diabetes Mellitus tipe-2.

#### 4.3 Variabel Penelitian

##### 4.3.1 Variabel Bebas

Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah perilaku makan orang dewasa di Kota Malang.

##### 4.3.2 Variabel Terikat

Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah status gizi orang dewasa di Kota Malang.

#### 4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kota Malang terdiri dari 5 kecamatan yaitu Kecamatan Lowokwaru, Kecamatan Belimbing, Kecamatan Sukun, Kecamatan Klojen dan Kecamatan Kedungkandang. Penelitian ini dilakukan selama bulan Agustus sampai Juli 2018.

#### 4.5 Bahan dan Alat / Intstrumen Penelitian

1. Form Penapisan

Merupakan formulir data awal berisi data riwayat kesehatan calon responden yang akan diisi sebelum calon responden mengisi formulir *informed concent*.

2. Formulir *Informed Concent*

Merupakan formulir persetujuan untuk menjadi responden yang diisi setelah peneliti menjelaskan mengenai tujuan penelitian yang akan dilakukan.

3. Formulir *General Questionnaire*

Merupakan kuesioner umum penelitian yang berisi informasi mengenai data diri responden penelitian. Formulir ini akan diisi oleh responden setelah melakukan pengisian *informed consent*.

4. Form Kuesioner berupa *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ)

Merupakan metode standar yang digunakan untuk mengetahui kebiasaan makan seseorang. Format baru DEBQ yang digunakan diadopsi dari penelitian Bergers dkk. (1986).

5. Form Kuesioner Kebiasaan Makan

Merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengetahui data kebiasaan makan responden, yang terdiri dari 5 pertanyaan.

6. SPSS 16

Merupakan *software* aplikasi yang digunakan untuk mengolah data dan menguji hipotesis untuk berbagai analisis dalam bidang statistika. SPSS yang digunakan dalam penelitian ini adalah SPSS 16.0



### 4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Perilaku Makan	Sikap seseorang terhadap makanan yang dilihat melalui 3 aspek yaitu <i>emotional eating</i> , <i>restraint eating</i> dan <i>external eating</i> .	<i>Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)</i> (Strien, Bergers dan Defares, 1986)	wawancara	Kuesioner terdiri dari 33 pertanyaan yang dibagi menjadi 3 aspek yaitu <i>restraint eating</i> (10 item, poin 1-10), <i>emotional eating</i> (13 item, poin 11-23), dan <i>external eating</i> (10 item, poin 24-33). Setiap item dalam aspek memiliki pilihan jawaban sebanyak 5 jawaban menurut skala Likert yaitu: 0 = tidak pernah 1= jarang 2= kadang-kadang 3= sering 4= selalu	Ordinal
					Kemudian setiap jawaban item dalam masing-masing aspek dijumlahkan untuk kemudian dicari standar bakunya. Aspek yang memiliki standar tertinggi itulah yang menggambarkan perilaku makan paling menonjol pada orang dewasa di Kota Malang.	



Tabel 4.1 Definisi Operasional (Lanjutan)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Kebiasaan makan	Gambaran perilaku makan yang berhubungan dengan frekuensi makan dan makan diluar rumah, pola makan, konsumsi suplemen serta pantangan makan.	Kuesioner kebiasaan makan	Wawancara	Kuesioner ini terdiri dari 7 pertanyaan. Setiap pertanyaan memiliki jawaban terbuka. Hasil kuesioner akan dianalisis secara deskriptif tiap item pertanyaan.	Tidak ada skala
3.	Status Gizi	Kondisi gizi seseorang yang dilihat berdasarkan hasil perbandingan antara berat badan dengan tinggi badan.	Timbangan Berat Badan dan mikrotoa	Pengukuran langsung berat badan dan tinggi badan	Underweight:<18,5 Normal:18,5-22,9 Overweight:23,0-24,9 Obesitas:>25kg/m <sup>2</sup> (WHO, 2000)	Ordinal
4.	Obesitas Sentral	Kondisi terjadi kelebihan berat badan akibat adanya penumpukan lemak pada bagian perut yang dilandai dengan hasil pengukuran lingk pinggang perempuan 90 cm dan laki-laki 80 cm.	Pita meter	Pengukuran langsung lingk pinggang	Lingkar pinggang perempuan > 90 cm Lingkar pinggang laki-laki > 80 cm (WHO, 2000)	Ordinal

### 4.7 Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data

#### 4.7.1 Prosedur Pengumpulan Data

##### 4.7.1.1 Data Primer

1. Sebelum melakukan penelitian, peneliti sudah melakukan sidang etik dan sudah mendapatkan perizinan etik untuk melakukan penelitian.
2. Meminta data mengenai keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan status gizi obesitas dari lurah atau kader setempat.
3. Menentukan sampel yang digunakan dalam penelitian.
4. Menjelaskan kepada calon responden mengenai tujuan penelitian.
5. Menanyakan ketersediaan calon responden untuk menjadi responden penelitian.
6. Meminta responden untuk mengisi dan menandatangani *informed consent*.
7. Menjelaskan mengenai pengukuran antropometri yang akan dilakukan serta pengambila data perilaku makan responden.
8. Menyiapkan alat dan bahan yang akan digunakan dalam penelitian.
9. Data antropometri:
  - Melakukan pengukuran tinggi badan, berat badan, dan lingkar pinggang untuk menentukan status gizi responden.

##### 9.1 Prosedur Pengukuran Tinggi Badan

- a. Tempelkan mikrotoa dengan paku atau perekat pada dinding yang lururs dan datar dengan tinggi 2 meter dan angka nol (0) pada mikrotoa terlitat pada bagian bawah menempel di lantai yang datar.



- b. Meminta responden untuk melepaskan hiasan rambut, tpi, ikatan dan kepangan rambut di bagian atas kepala.
- c. Responden berdiri tegak, kaki lurus, dan pastikan bagian tumit, pantat, punggung serta kepala bagian belakang menempel pada dinding dan wajah menghadap lurus dengan pandangan lurus ke depan.
- d. Meminta responden untuk bernafas sedalam-dalamnya agar membantu meluruskan posisi tulang belakang dan menghasilkan ukuran yang lebih konsisten. Perhatikan bahwa proses inhalasi dapat menyebabkan bagian kepala naik sedikit.
- e. Setelah posisi responden sesuai, peneliti menurunkan mikrotoa hingga menyentuh kepala bagian atas responden dengan siku-siku mikrotoa harus tetap menempel pada dinding. Pengukuran diambil pada akhir pengambilan nafas yang dalam
- f. Baca angka yang terlihat pada jendela baca.

(Stewart dkk., 2011)

### 9.2 Prosedur Pengukuran Berat Badan

- a. Letakkan timbangan pada permukaan lantai yang datar.
- b. Sebelum melakukan pengukuran, periksa dahulu alat timbangan sudah menunjukkan angka 0 (nol) pada jendela baca timbangan.
- c. Pastikan responden menggunakan pakaian yang seminimal mungkin, melepaskan alas kaki, perhiasan dan responden tidak membawa barang dikantung pakaiannya.

- d. Meminta responden untuk berdiri tegak ditengah timbangan dengan berat badan bertumpu pada kedua kaki, dan pastikan pandangan responden lurus kedepan menghadap pengukur dengan posisi rileks.
- e. Peneliti membaca hasil penimbangan dengan cara melihat jendela baca dari arah depan responden, kemudian mencatat hasil pengukuran yang tertera.
- f. Responden turun dan melakukan penimbangan 1x lagi.
- g. Hasil pengukuran dicatat dengan standar toleransi 0,1 kg. Bila hasil pengukuran 1 dan 2 berbeda lebih dari 0,5 kg maka harus dilakukan pengukuran ketiga dan selanjutnya.

(Stewart dkk., 2011)

### 9.3 Prosedur Pengukuran Lingkar Pinggang

- a. Minta responden untuk membuka pakaian bagian atas atau menginkapkan pakaian bagian atas dan raba tulang rusuk terakhir responden untuk menetapkan titik pengukuran. Mintalah secara santun kepada responden.
- b. Responden berdiri tegak namun tetap rileks dengan kondisi kedua tangan terlipat di depan dada.
- c. Tetapkan titik batas tepi tulang rusuk dan tandai dengan alat tulis atau jari.
- d. Tetapkan titik ujung lengkung tulang pangkal paha atau panggul lalu beri tanda. Kemudian tetapkan titik tengah antara kedua titik tersebut dan tandari dengan alat tulis.

e. Minta responden untuk berdiri tegak dan bernafas seperti biasanya.

f. Lakukan pengukuran lingkaran perut dari titik tengah dan melingkari perut secara horizontal menuju titik tengah awal pengukuran.

g. Apabila responden mempunyai perut yang besar kebawah, pengukuran mengambil bagian yang paling tinggi (buncit) lalu berakhir pada titik tersebut lagi.

h. Pastikan pita pengukur tidak terlipat dan angka mendekati 0,1 cm.

(Kemenkes RI, 2007; Stewart dkk., 2011)

10. Data perilaku makan:

Melakukan pengukuran perilaku makan menggunakan metode *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ) dengan prosedur:

a. Responden diminta untuk mengingat perilaku makannya sehari-hari dan menjawab setiap pernyataan dalam kuesioner sesuai dengan pendapatnya.

b. Terdapat lima kategori jawaban untuk setiap pertanyaan, yaitu tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering dan selalu. Setiap pertanyaan dikelompokkan menjadi tiga aspek yaitu *emotional eating*, *restraint eating* dan *external eating*. Pewawancara melakukan *scoring* berdasarkan kategori jawaban responden, yaitu:

- Tidak pernah berpoint 1
- Jarang berpoint 2
- Kadang-kadang berpoint 3
- Sering berpoint 4

- Selalu setuju bepoin 5

c. Pewawancara menentukan skor tertinggi dengan cara menjumlahkan skor pada tiap item dalam ketiga aspek. Kemudian menghitung standar baku tiap aspek dan membandingkan satu dengan yang lainnya. Aspek yang paling tinggi merupakan aspek perilaku makan yang paling menonjol.

(Strien, Bergers dan Defares, 1986)

11. Data kebiasaan makan:

Melakukan pengukuran perilaku makan menggunakan metode kuesioner kebiasaan makan:

- Responden diminta untuk mengingat kebiasaan makannya sehari-hari dan menjawab setiap pernyataan dalam kuesioner sesuai dengan kebiasaannya.
- Responden mengisi frekuensi makan makanan yang tertera dalam item kuesioner.
- Peneliti menganalisis data secara deskriptif

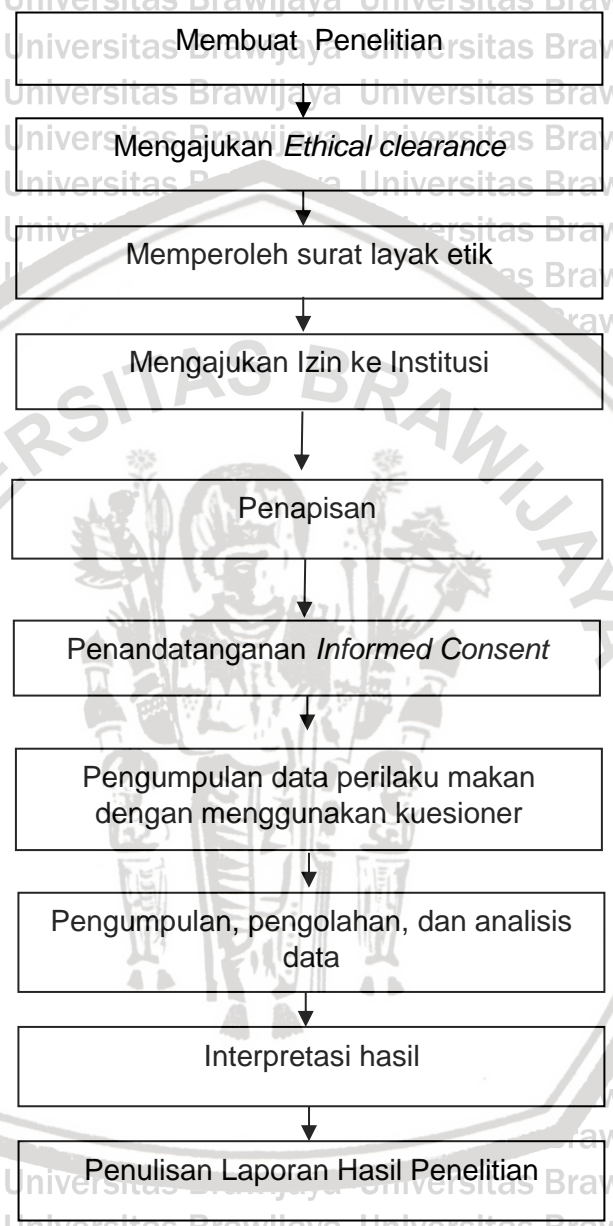
12. Analisis dan pengolahan data.

**4.7.1.2 Data Sekunder**

1. Data orang dewasa dengan status gizi obesitas

Didapatkan dengan cara menanyakan pada ilurah dan kader setempat keluarga mana yang mempunyai anggota keluarga dengan status gizi obesitas di kelurahan tersebut.

### 4.7.2 Alur Penelitian



Gambar 4.2 Diagram Alur Penelitian

### 9.3.1 Teknik Pengumpulan Data

#### 1. Data Karakteristik Responden

Meliputi nama, usia saat pengambilan data, tanggal lahir, dan alamat saat pengambilan data. Berat badan, tinggi badan, dan lingkar perut dengan cara pengukuran langsung oleh peneliti.

#### 2. Data Status Gizi

Status gizi diperoleh dari data tinggi badan dan berat badan yang dihitung oleh peneliti. Pengkategorian jenis obesitas berdasarkan hasil pengukuran lingkar perut dan diinterpretasikan oleh peneliti.

#### 3. Data Perilaku Makan dan Kebiasaan Makan

Data diambil menggunakan kuesioner DEBQ dan kuesioner yang dibuat oleh peneliti dengan cara wawancara responden kemudian dianalisis.

### 4.8 Analisis Data

#### 1. Analisis Univariat

Deskripsi karakteristik secara umum (status gizi, jenis kelamin, usia, perilaku makan, aspek perilaku makan, dan kebiasaan makan) disajikan dalam bentuk tabel dan diagram.

#### 2. Analisis Bivariat

Data (status gizi, kategori obesitas sentral, dan perilaku makan) dianalisis menggunakan program SPSS 16.0 dan dilakukan uji normalitas dengan menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov* serta uji homogenitas menggunakan uji *Levene* untuk kemudian dilakukan uji beda. Uji beda yang

menggunakan dua uji yaitu *Kruskall-Wallis* dan *One Way ANOVA*. Uji Beda dilakukan antara perilaku makan yang terdiri dari 3 aspek dan kebiasaan makan pada orang dewasa muda dengan status gizi, dan kategori obesitas sentral dengan tingkat kemaknaan 95% dan dikatakan bermakna jika  $p < 0,05$ . Uji beda pada variabel perilaku makan *Restraint Eating* dan *Emotional Eating* dengan status gizi serta jenis obesitas sentral menggunakan uji *Kruskal Wallis*. Uji beda pada variabel perilaku makan *External Eating* berdasarkan status gizi dan jenis obesitas sentral menggunakan uji *One Way ANOVA*. Selain melakukan uji beda, dilakukan pula uji hubungan untuk mengetahui apakah ada hubungan antar variabel perilaku makan, status gizi, dan jenis obesitas sentral. Sebelum melakukan uji hubungan, dilakukan uji normalitas menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov*. Uji hubungan ketiga aspek perilaku makan berdasarkan status gizi dan jenis obesitas menggunakan uji *Spearman* dan dikatakan bermakna jika  $p < 0,05$ .

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kota Malang yang merupakan salah satu kota terbesar di Jawa Timur dengan luas wilayah 145,28 km<sup>2</sup>. Secara geografis Kota Malang berada pada 112,06°-112,07° Bujur Timur dan 7,06°-8,02° Lintang Selatan. Kota Malang memiliki lima kecamatan yaitu Lowokwaru, Belimbing, Kedungkandang, Klojen, dan Sukun. Jumlah penduduk Kota Malang sebanyak 847.175 jiwa dan paling banyak dihuni oleh suku Jawa dan Madura.

#### 5.2 Gambaran Karakteristik Umum Responden

Penelitian ini dilakukan di 5 Kecamatan di Kota Malang yang dilakukan pada orang dewasa berusia 30-49 tahun yang berdomisili di Kota Malang. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 144 responden. Seluruh responden diwawancarai terkait data dasar dan kebiasaan makan, diberikan kuesioner perilaku makan yang diisi oleh masing-masing responden, kemudian dilakukan pengukuran berat badan serta tinggi badan untuk mengetahui status gizi masing-masing responden.



**Tabel 5.1** Persebaran Responden Penelitian Pada Setiap Kecamatan

Kecamatan	Responden Laki-Laki n (%)	Responden Perempuan n(%)
Lowokwaru	12 (8,33%)	11 (12,64%)
Blimbing	4 (2,78%)	17 (11,80%)
Kedungkandang	18 (12,50%)	19 (13,19%)
Sukun	7 (4,86%)	25 (17,36%)
Klojen	16 (11,11%)	15 (10,41%)
Jumlah	57 (39,6%)	87 (60,4%)

Karakteristik responden meliputi kelompok usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status perkawinan, suku, rata-rata pendapatan, dan rata-rata pengeluaran pangan. Karakteristik umum responden penelitian disajikan pada Tabel 5.2.

**Tabel 5.2** Karakteristik Umum Responden Penelitian

Karakteristik	n	%
<b>Kategori Usia</b>		
25-39 tahun	83	57,6
≥40 tahun	61	42,4
<b>Jenis Kelamin</b>		
Perempuan	87	60,4
Laki-laki	57	39,6
<b>Pendidikan terakhir</b>		
Sekolah Non Formal	1	0,7
Tidak Tamat SD	7	4,9
Tamat SD	12	8,3
Tamat SMP	30	20,8
Tamat SMA	70	48,6
Tamat Diploma I/III	12	8,3
Tamat S1	9	6,2
Tamat S2 atau S3	3	2,1
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	64	44,4
PNS/ABRI	3	2,1

**Tabel 5.2** Karakteristik Umum Responden Penelitian (Lanjutan)

Karakteristik	n	%
<b>Pekerjaan</b>		
Karyawan Swasta	23	16
Pedagang	11	7,6
Wiraswasta	23	16
Lainnya	20	13,9
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum Menikah	8	5,6
Saat ini sudah menikah	133	92,4
Janda/duda	3	2,1
<b>Suku</b>		
Jawa	139	96,5
Madura	2	1,4
Lainnya	3	2,1
<b>Pendapatan</b>		
< Rp 1.000.000,00	11	7,7
Rp 1.000.000,00- Rp 2.500.000,00,	77	53,9
> Rp 2.500.000,00	56	38,4
<b>Pengeluaran Pangan</b>		
< Rp 100.000,00	2	1,4
Rp 100.000,00 - Rp 500.000,00	26	18,2
> Rp 500.000,00 – Rp 1.000.000,00	58	40,6
> Rp 1.000.000,00 – Rp 2.000.000,00	45	31,5
> Rp 2.000.000,00	12	8,4

Responden penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin perempuan dengan usia berada pada kelompok 25-39 tahun dan sudah menikah. Rata-rata pendidikan terakhir responden adalah tamat SMA dengan status pekerjaan tidak bekerja.

### 5.3 Gambaran Status Gizi Responden

Status gizi responden didapatkan dari hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan yang kemudian dilakukan perhitungan status gizi dengan menggunakan rumus  $IMT = \frac{BB(kg)}{TB^2(m)}$ .

**Tabel 5.3** Gambaran Status Gizi Responden

Status Gizi	Jumlah Responden	(%)	Mean	Min.	Max.	Std. Deviation
Normal	41	28,5				
Gizi Lebih	30	20,8				
Obesitas tingkat 1	44	30,6	26,14	18,68	43,97	4,99
Obesitas tingkat 2	29	20,1				
Jumlah	144	100%				

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki status gizi obesitas tingkat 1.

**Tabel 5.4** Persebaran Obesitas Sentral pada Responden

Kategori	n	%
Tidak Obesitas Sentral	94	65,3
Obesitas Sentral	50	34,7
Total	144	100

Responden yang memiliki status gizi obesitas dibedakan berdasarkan kondisi tidak obesitas sentral dan obesitas sentral. Tabel 5.4 menunjukkan sebagian besar responden termasuk dalam kategori tidak obesitas sentral.

**5.4 Gambaran Kebiasaan Makan Responden**

Hasil wawancara terkait kebiasaan makan responden disajikan pada Tabel

**5.5.**

Tabel 5.5 Gambaran Kebiasaan Makan Responden

	n	%
<b>Frekuensi Makan</b>		
<b>Makan Utama</b>		
1 kali	6	4,2
2 kali	50	34,7
3 kali	85	59,0
4 kali	1	0,7
5 kali	2	1,4
<b>Snack/Kudapan</b>		
0 kali	29	20,3
1 kali	57	39,9
2 kali	36	25,2
3 kali	12	8,4
4 kali	2	1,4
5 kali	7	4,9
<b>Frekuensi Makan Diluar</b>		
<b>Hari Kerja</b>		
Tidak Makan diluar	74	51,4
1-5 kali	69	47,9
>5 kali	1	0,7
<b>Hari Libur</b>		
Tidak makan di luar	77	53,5
1-5 kali	67	46,5
<b>Lokasi Makan diluar</b>		
<b>Restauran/Rumah Makan</b>		
Tidak Makan diluar	94	65,3
1-5 kali	45	31,2
>5 kali	5	3,5
<b>Warung</b>		
Tidak Makan diluar	48	33,3
1-5 kali	70	49
>5 kali	26	18,2
<b>Kantin</b>		
Tidak Makan diluar	130	90,3
1-5 kali	7	4,9
>5 kali	7	4,9
<b>Makanan Cepat Saji</b>		
<b>Tidak Makan diluar</b>		
Tidak Makan diluar	116	80,6
1-5 kali	25	17,3
>5 kali	3	2,1

Tabel 5.5 Gambaran Kebiasaan Makan Responden (Lanjutan)

	n	%
<b>Diet</b>		
Saat ini sedang diet	0	0
Saat ini tidak sedang diet	144	100
<b>Konsumsi Buah</b>		
Hari		
Tidak konsumsi	3	2,1
1-5 kali	75	52,1
>5 kali	66	45,8
Porsi		
Tidak konsumsi	2	1,4
1-5 porsi	111	97,9
>5 porsi	1	0,7
<b>Konsumsi Sayur</b>		
Hari		
Tidak konsumsi	1	0,7
1-5 kali	31	21,5
>5 kali	112	77,8
Porsi		
Tidak konsumsi	1	0,7
1-5 porsi	142	98,6
>5 porsi	1	0,7
<b>Pantangan Makan</b>		
Ya	105	72,9
Tidak	39	27,1
<b>Konsumsi Suplemen</b>		
Tidak	109	75,7
Ya	35	24,3

Berdasarkan Tabel 5.5 diketahui bahwa seluruh responden tidak sedang menjalankan diet tertentu. Responden penelitian lebih banyak memiliki kebiasaan makan utama 3 kali sehari dengan konsumsi *snack* atau kudapan sebanyak 1 kali sehari. Sebagian besar responden tidak mengonsumsi makanan di luar rumah saat hari kerja dan saat hari libur sebagian besar responden mengonsumsi makan di luar rumah sebanyak 1-5 kali dalam

sebulan terakhir. Sebagian besar responden tidak memiliki pantangan makan dan tidak mengonsumsi suplemen.

### 5.5 Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Perilaku Makan

Variabel perilaku makan diukur dengan menggunakan kuesioner *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ) yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia. Sebelum melakukan penelitian, dilakukan uji validitas dan reabilitas pada kuesioner tersebut dengan hasil seperti pada Tabel 5.6 dan 5.7. Uji validitas kuesioner menggunakan analisis korelasi *Pearson* dan dikatakan valid apabila hasil  $p < 0,05$ , sedangkan uji reabilitas dilakukan dengan menggunakan nilai *Alpha Cronbach*. Hasil dikatakan reliabel apabila nilainya  $> 0,60$ .

Tabel 5.6 Uji Validitas Kuesioner Perilaku Makan

Item Pertanyaan	Variabel	Nilai Korelasi	Nilai p	Keterangan
Pertanyaan 1	<i>Restraint Eating</i>	0,652**	0,000	Valid
Pertanyaan 2		0,613**	0,000	Valid
Pertanyaan 3		0,601**	0,000	Valid
Pertanyaan 4		0,476**	0,000	Valid
Pertanyaan 5		0,709**	0,000	Valid
Pertanyaan 6		0,719**	0,000	Valid
Pertanyaan 7		0,815**	0,000	Valid
Pertanyaan 8		0,759**	0,000	Valid
Pertanyaan 9		0,578**	0,000	Valid
Pertanyaan 10		0,647**	0,000	Valid

**Tabel 5.6 Uji Validitas Kuesioner Perilaku Makan (Lanjutan)**

Item Pertanyaan	Variabel	Nilai		Keterangan
		Korelasi	Nilai p	
Pertanyaan 11	<i>Emotional Eating</i>	0,873**	0,000	Valid
Pertanyaan 12		0,876**	0,000	Valid
Pertanyaan 13		0,846**	0,000	Valid
Pertanyaan 14		0,890**	0,000	Valid
Pertanyaan 15		0,934**	0,000	Valid
Pertanyaan 16		0,933**	0,000	Valid
Pertanyaan 17		0,925**	0,000	Valid
Pertanyaan 18		0,852**	0,000	Valid
Pertanyaan 19		0,827**	0,000	Valid
Pertanyaan 20		0,687**	0,000	Valid
Pertanyaan 21		0,789**	0,000	Valid
Pertanyaan 22		0,814**	0,000	Valid
Pertanyaan 23		0,677**	0,000	Valid
Pertanyaan 24		0,654**	0,000	Valid
Pertanyaan 25		0,741**	0,000	Valid
Pertanyaan 26		0,748**	0,000	Valid
Pertanyaan 27		0,604**	0,000	Valid
Pertanyaan 28	<i>External Eating</i>	0,606**	0,000	Valid
Pertanyaan 29		0,615**	0,000	Valid
Pertanyaan 30		0,543**	0,000	Valid
Pertanyaan 31		0,351**	0,000	Valid
Pertanyaan 32		0,414**	0,000	Valid
Pertanyaan 33		0,327**	0,000	Valid

**Tabel 5.7 Uji Reabilitas Kuesioner Perilaku Makan**

Perilaku Makan	Nilai <i>Alpha cronbach</i>	Keterangan
<i>Restraint Eating</i>	0,835	Reliabel
<i>Emotional Eating</i>	0,974	Reliabel
<i>External Eating</i>	0,705	Reliabel

Berdasarkan Tabel 5.6, diketahui nilai  $p < 0,05$  sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner tersebut valid. Tabel 5.7 menunjukkan nilai *Alpha Cronbach*  $> 0,60$  sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner perilaku

makan reliabel. Berdasarkan uji validitas dan reabilitas maka dapat disimpulkan kuesioner sudah valid dan reliabel sehingga dapat digunakan untuk penelitian.

### 5.6 Gambaran Perilaku Makan Responden

Kuesioner perilaku makan mengadaptasi dari DEBQ yang terdiri dari 3 aspek perilaku makan yaitu *restraint eating*, *emotional eating*, dan *external eating*. Masing-masing aspek perilaku makan memiliki jumlah item pertanyaan yang berbeda. *Restraint eating* memiliki 10 item pertanyaan, *emotional eating* memiliki 13 item pertanyaan, dan *external eating* 10 item pertanyaan. Untuk melihat gambaran perilaku makan dapat diketahui dari aspek perilaku makan mana yang paling dominan pada responden dengan cara menjumlahkan skor pada setiap aspek, kemudian dibagi dengan jumlah item yang ada pada satu aspek, lalu dibandingkan satu sama lain antar aspek. Aspek yang memiliki nilai tertinggi itulah yang menjadi aspek paling dominan pada responden. Gambaran perilaku makan responden dilihat pada Tabel 5.8.

**Tabel 5.8** Aspek Perilaku Makan Responden

Perilaku Makan	Total 144 Responden	Rata-Rata
<i>Restraint Eating</i>	848	0,45
<i>Emotional Eating</i>	1730	0,92
<i>External Eating</i>	1912	1.02

Dari Tabel 5.8 menunjukkan bahwa aspek perilaku makan yang memiliki rata-rata paling tinggi adalah aspek *external eating* sehingga dapat disimpulkan bahwa gambaran perilaku makan yang paling dominan pada



responden adalah *external eating* yaitu pemilihan makan dikarenakan pengaruh yang kuat terhadap stimulus eksternal yang berupa rangsangan makanan meliputi penglihatan, penciuman, dan rasa makanan.

### 5.7 Perbedaan Perilaku Makan Berdasarkan Status Gizi Orang dan Obesitas

#### Sentral

Terdapat dua metode uji beda yaitu uji *One Way ANOVA* dan uji *Kruskal Wallis*. Sebelum melakukan uji beda, dilakukan uji normalitas dan homogenitas terlebih dahulu. Uji normalitas dilakukan dengan menggunakan uji *Kolomogorov Smirnov* dan dikatakan data terdistribusi normal apabila nilai  $p > 0,05$  sedangkan uji homogentias menggunakan uji *Levene* dan dikatakan data homogen apabila nilai  $p > 0,05$ . Setelah data dikatakan normal dan homogen maka uji beda dilakukan dengan menggunakan uji *One Way ANOVA*, namun apabila data tidak terdistribusi dengan normal dan/atau data tidak homongen maka dilakukan uji beda menggunakan uji *Kruskal Wallis*. Hasil uji nromalitas dapat dilihat pada tabal 5.9 dan 5.10.

Tabel 5.9 Hasil Uji Normalitas

Variabel	Nilai p	Keterangan
<i>Restraint Eating</i>	0,000	Asumsi normalitas tidak terpenuhi
<i>Emotional Eating</i>	0,000	Asumsi normalitas tidak terpenuhi
<i>External Eating</i>	0,200	Asumsi normalitas terpenuhi

Tabel 5.10 Hasil Uji Homogenitas

Variabel	Nilai p	Keterangan
<i>Restraint Eating</i>	0,334	Asumsi homogenitas terpenuhi
<i>Emotional Eating</i>	0,119	Asumsi homogenitas terpenuhi
<i>External Eating</i>	0,492	Asumsi homogenitas terpenuhi

Berdasarkan analisis Tabel 5.9 dan 5.10 maka dapat disimpulkan bahwa untuk uji beda pada variabel aspek *restraint eating* dan *emotional eating* menggunakan *Kruskal Wallis* karena data tidak terdistribusi normal, sedangkan aspek *external eating* menggunakan *One Way ANOVA*.

**5.7.1 Perbedaan Perilaku Makan *Restraint Eating* Berdasarkan Status**

**Gizi**

Tabel 5.9 dan 5.10 menyatakan bahwa hasil uji normalitas dan homogenitas aspek *restraint eating* berturut-turut adalah sebesar 0,000 dan 0,334 sehingga dapat disimpulkan data tidak normal dan sudah homogen, sehingga uji beda yang digunakan adalah uji beda *Kruskal Wallis*, dengan hasil uji *Kruskal Wallis* menunjukkan nilai p 0,024 dimana  $p < 0,05$  sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan perilaku makan *restraint eating* pada kategori status gizi.

**5.7.2 Perbedaan Perilaku Makan *Emotional Eating* Berdasarkan Status**

**Gizi**

Tabel 5.9 dan 5.10 menyatakan bahwa hasil uji normalitas dan homogenitas aspek *emotional eating* berturut-turut adalah sebesar 0,000 dan 0,119 sehingga dapat disimpulkan data tidak normal dan sudah homogen, sehingga uji beda yang digunakan adalah uji beda *Kruskal Wallis*, dengan hasil uji *Kruskal Wallis* menunjukkan nilai p 0,453 dimana p hasil uji lebih besar dari

0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan perilaku makan *emotional eating* pada setiap kategori status gizi.

### 5.7.3 Perbedaan Perilaku Makan *External Eating* berdasarkan status gizi

Tabel 5.9 dan 5.10 menyatakan bahwa hasil uji normalitas dan homogenitas aspek *external eating* berturut-turut adalah sebesar 0,200 dan 0,492 sehingga dapat disimpulkan data terdistribusi normal dan sudah homogen, sehingga uji beda yang digunakan adalah uji beda *One Way Anova*, dengan hasil uji menunjukkan nilai p 0,771 dimana p hasil uji lebih besar dari 0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan perilaku makan *external eating* pada setiap kategori status gizi.

### 5.7.4 Perbedaan Perilaku Makan *Restraint Eating* pada Obesitas Sentral

Tabel 5.9 dan 5.10 menyatakan variabel *restraint eating* memiliki data tidak terdistribusi normal namun data homogen. Sehingga untuk uji beda perilaku makan *restraint eating* pada kondisi obesitas sentral dan tidak obesitas sentral dilakukan menggunakan uji *Kruskal Wallis* dengan hasil p uji 0,299 yang berarti tidak terdapat perbedaan skor *restraint eating* pada kategori obesitas sentral.

### 5.7.5 Perbedaan Perilaku Makan *Emotional Eating* pada Obesitas Sentral

Tabel 5.9 dan 5.10 menyatakan variabel *emotional eating* memiliki data tidak terdistribusi normal namun data homogen. Sehingga untuk uji beda perilaku makan *emotional eating* pada kondisi obesitas sentral dan tidak obesitas sentral dilakukan menggunakan uji *Kruskal Wallis* dengan hasil p uji 0,255 yang berarti tidak terdapat perbedaan skor *emotional eating* pada kategori obesitas sentral.

**5.7.6 Perbedaan Perilaku Makan *External Eating* pada Obesitas Sentral**

Tabel 5.9 dan 5.10 menyatakan variabel *external eating* memiliki data terdistribusi normal dan data homogen. Sehingga untuk uji beda perilaku makan *external eating* pada kondisi obesitas sentral dan tidak obesitas sentral dilakukan menggunakan uji *One Way ANOVA* dengan hasil p uji 0,771 yang berarti tidak terdapat perbedaan skor *external eating* pada kategori obesitas sentral.

**5.8 Hubungan Perilaku Makan terhadap Status Gizi Orang Dewasa**

Untuk melihat apakah ada hubungan antara perilaku makan terhadap status gizi orang dewasa dilakukan uji hubungan. Terdapat dua metode uji hubungan yaitu uji *Pearson* apabila data terdistribusi dengan normal dan uji *Spearman* apabila data tidak terdistribusi normal. Sebelum melakukan uji hubungan, dilakukan uji normalitas dengan menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov* pada seluruh variabel yang akan diuji dan dikatakan data terdistribusi normal apabila nilai  $p > 0,05$ .

**Tabel 5.11 Hasil Uji Normalitas Seluruh Variabel Uji Hubungan**

Variabel	Nilai p	Keterangan
<i>Restraint Eating</i>	0,000	Data tidak terdistribusi normal
<i>Emotional Eating</i>	0,000	Data tidak terdistribusi normal
<i>External Eating</i>	0,200	Data terdistribusi normal
Kategori Status Gizi	0,000	Data tidak terdistribusi normal
Kategori Obesitas	0,000	Data tidak terdistribusi normal

### 5.8.1 Hubungan Perilaku Makan *Restraint Eating* terhadap Status Gizi

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa hasil uji normalitas aspek *restraint eating* dan kategori status gizi adalah 0,000 dan dapat disimpulkan data tidak normal, sehingga uji hubungan yang digunakan adalah uji *Spearman*.

Hasil uji hubungan antara perilaku makan *Restraint Eating* dan status gizi didapatkan nilai korelasi sebesar 0,242 dengan nilai korelasi positif yang berarti semakin tinggi skor *restraint eating* maka semakin tinggi status gizi.

Nilai p uji hubungan adalah 0,004 yang berarti hubungan antar kedua variabel signifikan.

### 5.8.2 Hubungan Perilaku Makan *Emotional Eating* terhadap Status Gizi

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa hasil uji normalitas aspek *emotional eating* dan kategori status gizi adalah 0,000 dan dapat disimpulkan data tidak normal, sehingga uji hubungan yang digunakan adalah uji *Spearman*.

Hasil uji hubungan antara perilaku makan *Emotional Eating* dan status gizi didapatkan nilai korelasi sebesar 0,111 dan nilai korelasi positif yang berarti semakin tinggi skor *emotional eating* maka semakin tinggi status gizi.

Nilai p uji hubungan adalah 0,185 yang berarti hubungan antar kedua variabel tidak signifikan.

**5.8.3 Hubungan Perilaku Makan *External Eating* terhadap Status Gizi**

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa hasil uji normalitas aspek *external eating* dan kategori status gizi berturut-turut adalah 0,200 dan 0,000, Salah satu variabel yang akan diuji memiliki data tidak terdistribusi normal, sehingga uji hubungan yang digunakan adalah uji *Spearman*.

Hasil uji hubungan antara perilaku makan *External Eating* dan status gizi didapatkan nilai korelasi sebesar -0,065 dan nilai korelasi negatif yang berarti semakin tinggi skor *eksternal eating* maka semakin rendah status gizi.

Nilai p uji hubungan adalah 0,441 yang berarti hubungan antar kedua variabel tidak signifikan.

**5.8.4 Hubungan Perilaku Makan *Restraint Eating* terhadap Obesitas**

**Sentral**

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa hasil uji normalitas aspek *restraint eating* dan kategori obesitas sentral berturut-turut adalah 0,000 dan 0,000,

Kedua variabel yang akan diuji memiliki data tidak terdistribusi normal, sehingga uji hubungan yang digunakan adalah uji *Spearman*.

Hasil uji hubungan antara perilaku makan *restraint eating* dan kategori obesitas sentral didapatkan nilai korelasi sebesar 0,087 dan nilai korelasi positif yang berarti semakin tinggi skor *restraint eating* maka semakin tinggi kategori status obesitas sentral. Nilai p uji hubungan adalah 0,301 yang berarti hubungan antar kedua variabel tidak signifikan.

### 5.8.5 Hubungan Perilaku Makan *Emotional Eating* pada Obesitas Sentral

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa hasil uji normalitas aspek *emotional eating* dan kategori obesitas sentral berturut-turut adalah 0,000 dan 0,000, Kedua variabel yang akan diuji memiliki data tidak terdistribusi normal, sehingga uji hubungan yang digunakan adalah uji *Spearman*.

Hasil uji hubungan antara perilaku makan *Emotional Eating* dan kategori obesitas sentral didapatkan nilai korelasi sebesar -0,050 dan nilai korelasi negatif yang berarti semakin tinggi skor *emotional eating* maka semakin rendah kategori status obesitas sentral. Nilai p uji hubungan adalah 0,554 yang berarti hubungan antar kedua variabel tidak signifikan.

### 5.8.6 Hubungan Perilaku Makan *External Eating* pada Obesitas Sentral

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa hasil uji normalitas aspek *external eating* dan kategori obesitas sentral berturut-turut adalah 0,200 dan 0,000,

Salah satu variabel yang akan diuji memiliki data tidak terdistribusi normal, sehingga uji hubungan yang digunakan adalah uji *Spearman*.

Hasil uji hubungan antara perilaku makan *external eating* dan kategori obesitas sentral didapatkan nilai korelasi sebesar -0,095 dan nilai korelasi positif yang berarti semakin tinggi skor *eksternal eating* maka semakin tinggi kategori status obesitas sentral. Nilai p uji hubungan adalah 0,257 yang berarti hubungan antar kedua variabel tidak signifikan.





## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Pembahasan Penelitian

Pada penelitian ini sebagian besar responden berada pada kelompok usia 30-39 tahun dan rata-rata responden berjenis kelamin perempuan dengan suku paling banyak adalah Suku Jawa. Hal ini sesuai dengan data Dinas Kesehatan Kota Malang tahun 2014 yang menunjukkan bahwa kurang lebih sebanyak 212.000 penduduk kota Malang berada pada kelompok usia 25-39 tahun, sedangkan pada kelompok 40-54 tahun kurang lebih sebanyak 151.000. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Malang tahun 2014 diketahui perbandingan jumlah penduduk perempuan dan laki-laki adalah 100 banding 96, yang artinya bahwa jumlah penduduk perempuan jauh lebih banyak dari pada jumlah penduduk laki-laki di Kota Malang, dan hal ini sama seperti yang ditemukan pada penelitian ini.

Hasil penelitian Kant dkk. (2013) menyatakan bahwa perempuan dan laki-laki memiliki perbedaan kebiasaan makan, yaitu perempuan cenderung memiliki kebiasaan makan dengan frekuensi makan lebih sedikit daripada laki-laki. Perempuan berpeluang lebih besar memiliki status gizi berlebih atau obesitas (Sari dan Amaliah, 2014). Suku dan tradisi yang dianut memengaruhi sikap dan perilaku seseorang terhadap makanan, pemilihan jenis makanan untuk dikonsumsi, dan memengaruhi kesukaan makanan. Suku dan tradisi memiliki kepercayaan terhadap makanan yang dipercaya akan mendatangkan bahaya maupun kebaikan sehingga terjadi pembatasan

pemilihan jenis makanan untuk dikonsumsi dan pada akhirnya mampu mempengaruhi kesukaan seseorang terhadap beberapa jenis bahan makanan. Setiap suku memiliki cara makan yang berbeda-beda seperti terbiasa makan bersama seluruh anggota keluarga, mengutamakan anggota suku yang lebih tua, atau mengonsumsi makanan tidak bersamaan dengan anggota keluarga lainnya. Hal ini secara tidak langsung akan membentuk perilaku makan seseorang (Gibney, 2009).

Sebagian besar responden penelitian memiliki latar belakang pendidikan tamat SMA dan jika dibandingkan dengan data BPS Kota Malang tahun 2010 pada penduduk 100 usia di atas 10 tahun diketahui sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan tamat SMA yaitu sebanyak 24 dan hal ini sesuai dengan hasil yang ditemukan pada penelitian ini. Tingkat pendidikan terakhir seseorang dapat berpengaruh terhadap pemilihan makanan yang dikonsumsi sehari-hari. Semakin tinggi tingkat pendidikan diharapkan juga diikuti dengan peningkatan pengetahuan gizi yaitu pengetahuan gizi yang baik akan memberikan pengaruh terhadap penerapan perilaku makan yang baik (Deliens dkk., 2014). Kencana dan Nurillah (2014) mengemukakan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan status gizi orang dewasa. Semakin tinggi tingkat pendidikan terakhir seseorang maka semakin baik status gizinya dan semakin rendah risiko untuk terkena obesitas.

Pada penelitian ini sebagian besar responden tidak bekerja, namun pada responden yang bekerja sebagian besar bekerja menjadi wirausaha dan karyawan swasta. Jika dibandingkan dengan data BPS Kota Malang tahun

2010 diketahui bahwa sebagian besar penduduk kota malang memiliki pekerjaan yaitu sebanyak 393.050 jiwa dan tidak bekerja sebanyak 30.581. Perbedaan ini mungkin terjadi karena pada saat penelitian dilakukan, sebagian besar responden penelitian berjenis kelamin perempuan dan merupakan ibu rumah tangga yang tidak bekerja. Menurut Deliensi dkk. (2014), pekerjaan dapat memengaruhi besaran pendapatan dan pengeluaran seseorang yang pada akhirnya akan memengaruhi akses terhadap makanan dan kebiasaan makan orang tersebut. Penelitian yang dilakukan di Indonesia pada tahun 2014 mengatakan bahwa responden yang tidak bekerja berpeluang memiliki status gizi lebih daripada responden yang bekerja (Sari dan Amaliah, 2014).

Status ekonomi responden penelitian jika dibandingkan dengan upah minimum Kota Malang yaitu sebesar Rp 1.882.250,00. dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden penelitian ini berada pada kategori status ekonomi cukup baik dengan penghasilan Rp 1.000.000,00. sampai Rp 2.500.000,00. Rata-rata pengeluaran pangan sebesar lebih dari Rp 500.000,00 sampai dengan Rp 1.000.000,00 . Pendapatan dan pengeluaran untuk pangan secara langsung akan memengaruhi kebiasaan makan, pemilihan bahan, dan asupan seseorang yang pada akhirnya akan memengaruhi status gizinya. Status perekonomian yang kuat akan memiliki kebiasaan makan yang cenderung untuk makan lebih banyak daripada penduduk dengan golongan ekonomi rendah (Kadir, 2016). Berdasarkan penelitian di Indonesia tahun 2014 diketahui bahwa semakin tinggi status

ekonomi masyarakat semakin besar risiko mengalami obesitas (Sari dan Amaliah, 2014).

Sebagian besar responden pada penelitian ini memiliki status perkawinan sudah menikah. Status perkawinan sudah menikah berisiko 3 kali lebih tinggi memiliki status gizi berlebih daripada status perkawinan belum menikah ataupun janda atau duda (Sari dan Amaliah, 2014). Hal ini dapat terjadi karena pada kondisi sudah menikah terjadi perubahan kebiasaan makan menjadi lebih teratur, pemilihan jenis makanan lebih beragam, dan kemudahan akses terhadap makanan (Averret dkk., 2008).

Selain melihat karakteristik responden dan perilaku makan, pada penelitian ini juga melihat kebiasaan makan responden yang diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki kebiasaan makan baik, yaitu makan utama 3 kali sehari dengan konsumsi *snack* sebanyak 1 kali sehari, sayuran lebih dari kali seminggu dengan porsi 105 porsi, konsumsi buah 1-5 kali seminggu dengan porsi 1-5 porsi. Responden penelitian ini sebagian besar memiliki kebiasaan makan di luar lebih sering pada hari kerja daripada ketika hari libur dengan tempat yang sering dipilih untuk menghabiskan waktu makan di luar rumah adalah warung makan pinggir jalan. Sebagian besar responden tidak mengonsumsi suplemen dan tidak memiliki pantangan terhadap makanan. Penelitian ini didukung oleh penelitian Saufida dkk. (2012) yang menyatakan bahwa orang dewasa Indonesia memiliki kebiasaan makan 2-3 kali dalam sehari. Orang dewasa dengan tuntutan tanggung jawab dan kesibukan pekerjaan menyebabkan terbatasnya waktu untuk makan sehingga

cenderung memiliki kebiasaan makan yang cepat dan berujung pada kebiasaan makan tidak sehat. Orang dewasa yang memiliki kebiasaan makan yang baik yaitu lebih dari 2 kali makan utama dan 1 kali *snack* diikuti dengan pemilihan jenis bahan makanan yang bergizi cenderung untuk memiliki status gizi baik daripada orang dewasa yang memiliki kebiasaan makan buruk (Anggraeni, 2015)

**6.1.1 Perilaku Makan dan Status Gizi**

Pada penelitian ini sebagian besar responden memiliki perilaku makan *external eating* dan status gizi responden penelitian ini sebagian besar berada pada kategori status gizi obesitas tingkat 1. Data RISKESDAS tahun 2013 diketahui di Indonesia sebanyak 8,75 penduduk memiliki status gizi kurus, status gizi berlebih sebanyak 13,3%, dan 15,4% obesitas. Obesitas masih menjadi prevalensi tertinggi di Indonesia. Prevalensi obesitas pada orang dewasa di Kota Malang sebesar 35,5% pada laki-laki dan 43,4% pada perempuan. Tingginya angka obesitas yang ditemukan pada penelitian ini didukung dengan adanya data dari DinKes Kota Malang. Menurut Kargar dkk. (2012) perilaku makan *external eating* berisiko memiliki status gizi berlebih dikarenakan penampilan makanan, warna, aroma, dan tekstur makanan yang tersaji mampu meningkatkan jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga terjadi peningkatan asupan energi. Pada penelitian ini dilakukan analisis

perbedaan serta hubungan pada variabel aspek perilaku makan *restraint eating*, *emotional eating*, dan *external eating* terhadap status gizi serta *restraint eating*, *emotional eating*, dan *external eating* terhadap kejadian obesitas sentral.

### 6.1.1.1 Perilaku Makan *Restraint Eating*, Status Gizi, dan Obesitas Sentral

Hasil uji beda dengan menggunakan uji *Kruskal Wallis* menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan aspek perilaku makan *restraint eating* berdasarkan status gizi dan hasil uji hubungan dengan menggunakan uji *Spearman* menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *restraint eating* dan status gizi dengan kekuatan hubungan positif. Sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi skor *restraint eating* maka semakin tinggi juga status gizi, sehingga terdapat perbedaan yang signifikan pada setiap kategori status gizi. Hasil berbeda ditunjukkan pada analisis *restraint eating* terhadap kategori obesitas sentral yaitu tidak terdapat perbedaan maupun hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut.

Hasil penelitian Sholeha (2014) dan Kargar dkk. (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara perilaku makan *restraint eating* terhadap status gizi. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Snoek (2007) yang menyatakan bahwa saat terjadi pembatasan makanan atau melewati makan dengan

sengaja akan mengakibatkan perubahan pola makan menjadi tidak teratur sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan jumlah makanan yang dikonsumsi pada saat tidak menjalankan pembatasan makan dan pada akhirnya akan meningkatkan risiko terjadinya peningkatan berat badan semakin tinggi. Stunkard dkk. (1990) menyatakan bahwa orang dewasa dengan status gizi obesitas sesungguhnya berada pada kondisi kelaparan dan difisit energi dikarenakan untuk menjaga berat badan tidak terus bertambah, orang tersebut akan mencoba membatasi asupan makannya menjadi lebih sedikit.

Tidak terdapat hubungan dan perbedaan yang signifikan pada variabel *restraint eating* dan obesitas sentral bisa jadi karena kedua kategori berada pada kategori status gizi obesitas sehingga responden pada kedua kategori ini memiliki skor perilaku makan antar yang hampir sama.

### 6.1.1.2 Perilaku Makan *Emotional Eating*, Status Gizi, dan Obesitas Sentral

Hasil uji beda dengan menggunakan uji *Kruskal Wallis* menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan aspek perilaku makan *emotional eating* berdasarkan status gizi dan berdasarkan hasil uji hubungan dengan menggunakan uji *Spearman* menunjukkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan

yang signifikan antara *emotional eating* dan status gizi. Hasil serupa juga ditunjukkan pada analisis *emotional eating* terhadap kategori obesitas sentral yaitu tidak terdapat perbedaan maupun hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut. Hasil ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sholeha (2014) dan Kargar dkk. (2012) yang menyatakan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *emotional eating* dan status gizi.

Teori *emotional eating* menyatakan bahwa respon emosi negatif seperti rasa takut, marah, gelisah, dan cemas cenderung akan memberikan efek makan berlebihan sebagai respon terhadap terjadinya beberapa emosi tersebut (Marras, 2010). Menurut Zellner (2006) seseorang dengan perilaku makan *emotional eating* cenderung memiliki lemak tubuh lebih dan status gizi berlebih dikarenakan saat mendapat rangsangan emosional yang tinggi biasanya akan mengakibatkan peningkatan keinginan untuk mengonsumsi makanan tinggi energi yang berakibat pada terjadinya peningkatan lemak tubuh. Respon *emotional eating* terjadi sebagai upaya untuk mengurangi respon emosi negatif yang dirasakan. Terdapat dua mekanisme *emotional eating* yaitu makan berlebih akibat ketidakmampuan tubuh dalam membedakan antara respon lapar, kenyang, atau respon terhadap emosi negatif yang dirasakan dan makan berlebih sebagai pelampiasan untuk



mengurangi stress dan emosi negatif yang dirasakan (Marras, 2010).

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan teori *emotional eating* dimana pada penelitian ini diketahui bahwa seseorang memiliki status gizi berlebih belum tentu memiliki skor *emotional eating* yang tinggi pula. Hal ini bisa terjadi kemungkinan karena pada responden penelitian ini melampiaskan emosi negatif dengan cara selain makan. Pernyataan ini didukung oleh hasil penelitian Nadhiroh (2015) yang menyatakan bahwa orang dewasa cenderung sudah matang dan lebih stabil dalam mengendalikan emosi negatif sehingga biasanya orang dewasa melampiaskan emosi dengan cara relaksasi dan melupakan penyebab emosinya daripada melampiaskannya dengan cara lain.

#### 6.1.1.3 Perilaku Makan *External Eating*, Status Gizi, dan Obesitas Sentral

Hasil uji beda dengan menggunakan uji *One Way ANOVA* menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan aspek perilaku makan *external eating* berdasarkan status gizi. Berdasarkan hasil uji hubungan dengan menggunakan uji *Spearman* menunjukkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *external eating* dan status gizi. Hasil serupa juga ditunjukkan pada analisis *external eating* terhadap kategori obesitas sentral yaitu tidak terdapat perbedaan maupun hubungan

yang signifikan antara kedua variabel tersebut. Hasil ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sholeha (2014) dan Kargar,dkk. (2012) yang menyatakan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *external eating* dan status gizi.

Teori *external eating* menjelaskan bahwa dorongan makan dipengaruhi oleh rangsangan luar seperti penampilan makanan, aroma masakan, dan rasa makanan, terlepas dari pengaruh rasa kenyang yang dirasakan tubuh (Gibney, 2009). Perilaku makan jenis ini berhubungan sangat erat dengan *emotional eating* karena emosi yang dirasa dapat menurunkan rasa lapar pada tubuh namun meningkatkan respon tubuh terhadap rangsangan dari luar sehingga pada saat emosi meningkat cenderung terjadi peningkatan *external eating* (Coryell, 2011).

Pada penelitian ini, walaupun sebagian besar responden memiliki kebiasaan makan *external eating* namun aspek perilaku makan ini tidak memengaruhi status gizi dan kejadian obesitas sentral pada responden penelitian. Hal ini bisa terjadi karena rangsangan makan tersebut tidak diikuti dengan akses yang mudah terhadap makanan. Akses makanan dalam hal ini meliputi biaya, ketersediaan, maupun jarak kepada makanan tersebut. Seperti yang dijelaskan oleh Deliensi dkk (2014) bahwa banyak hal yang mempengaruhi perilaku makan orang dewasa diantaranya adalah pendapatan dan harga makanan yang diinginkan. Rendahnya

kemampuan membeli dan tingginya harga jual bahan makanan menyebabkan semakin susah untuk memperoleh makanan yang secara tidak langsung dapat memengaruhi status gizi. Kesulitan akses menuju tempat penjualan bahan makanan serta ketersediaan bahan makanan tersebut di pasar juga dapat memengaruhi pemilihan bahan makanan sehari-hari, jumlah energi yang diasup, dan perilaku makan. Sebagian besar responden memiliki kebiasaan makan *external eating* namun tidak diikuti dengan konsumsi makanan berlebih dikarenakan keterbatasan akses terhadap makanan tersebut baik dari segi biaya maupun jarak dan ketersediaan.

### 6.2 Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian

Kebelihan dari penelitian ini, ialah penelitian ini dilaksanakan dengan mempertimbangkan bias dan faktor pengganggu yang mungkin terjadi dengan cara : (1) mendata faktor sosio demografi sehingga responden penelitian yang dihasilkan seragam, (2) memasukkan kriteria inklusi dan mengeluarkan responden yang memiliki kriteria eksklusi, (3) melakukan uji validitas dan reabilitas pada kuesioner yang digunakan sebelum melakukan penelitian, (4) melakukan kalibrasi alat ukur yang akan digunakan pada saat pengambilan data dan melatih enumerator sebelum melakukan pengambilan data, (5) melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan sebanyak 2 kali pengukuran.

Adapun keterbatasan dari penelitian ialah variabel yang diteliti pada penelitin ini belum mampu mewakili seluruh faktor yang memengaruhi status gizi dan kejadian obesitas sentral pada orang dewasa,



## BAB VII

### PENUTUP

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, analisis, dan pembahasan yang telah dilakukan didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat perbedaan yang signifikan pada perilaku makan *restraint eating* berdasarkan status gizi dan jenis obesitas sentral. Namun, tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada perilaku makan *emotional eating* dan *external eating* berdasarkan status gizi dan jenis obesitas sentral.
2. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku makan *restraint eating*, *emotional eating*, dan *external eating* dengan status gizi dan jenis obesitas sentral.
3. Sebagian besar responden memiliki kebiasaan makan baik.

#### 7.2 Saran

1. Sebaiknya, pada penelitian selanjutnya diteliti juga faktor lainnya yang memengaruhi status gizi dan perilaku makan dengan jumlah responden yang sama pada setiap kecamatan sehingga juga dapat dianalisis perbedaan pada setiap lokasi penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

Alberti SG. 2011. *Priorities In The Management of Type 2 Diabetes: Past, Present and Future. Cardio Diabetes Master Class European chapter*. PACE, Munich, hal 1-9

Anggraeni S.D., 2015. *Hubungan Antara Body Image dengan Frekuensi Makan, Jenis Makanan, dan Status Gizi Remaja Putri di SMA Negeri 7 Surakarta*.

Skripsi, Tidak Diterbitkan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Surakarta.

Arisman, 2008. *Gizi dalam Daur Kehidupan*, Edisi Kedua, EGC, Jakarta, hal 205-238.

Averett S.L., Sikora A., Argys L.M., For Better or Worst: Relationship Status and Body Mass Index. *Economics and Human Biokogy*, 2008, 6(3): 330-349

Azagba S., Sharaf M.F. Eating Behavior and Obesity in Canada : Evidence From Panel Data, *Journal of Primary Care & Community Health*, 2012, 3(1): 57-64.

Benarroch A., Perez S., Perales J. Factor Influencing Adolescent Eating Behaviour Application and Validation of Diagnostic Instrument. *Electronic Journal of Research in Education Pshchology*, 2012, 9(3): 1219-1244.

Coryell, Virginia., 2011. *The Role of Psychological Distress, Eating Style, Dietary Intake, and Gender in Cardiometabolic*. Thesis dan Disertasi, Tidak Diterbitkan, University of Miami Scholarly, Florida.

Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan*. Riset Kesehatan Dasar, Jakarta, hal 22-23.

Dinkes Kota Malang. 2014. *Profil Kesehatan Kota Malang Tahun 2014*, Dinas

Kesehatan Kota Malang, Malang, hal 20.

Furman, E.F., 2012. *The Theory of Compromised Eating Behavior*. Tesis dan Disertasi, Tidak diterbitkan, University of Massachusetts, Boston.

Griesemer R.L. 2008. *Index of Central Obesity as a Parameter to Evaluate Metabolic Syndrome for White, Black, and Hispanic Adults in the United States*. Tugas Akhir. Tidak diterbitkan. Georgia State University , Atlanta.

Gibney M., 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta, hal 1-102.

Hunot C., Fildes A., Croker H., Llewellyn C.H., Wardle J., Beekem RJ. Appetitive Traits and Relationships With BMI In Adults : Development of the Adult Eating Behaviour Questionnaire, *Appetite. Elsevier Ltd*, 2016, 105(1): 356–363.

Hurlock EB., 1980. *Development Psychology A Life-Span Approach*. McGraw-Hill, New York, hal 102-150.

Kadir, A. Kebiasaan Makan dan Gangguan Pola Makan Serta Pengaruhnya Terhadap Status Gizi Remaja. *Jurnal Publikasi Pendidikan*. 2016, 6(1): 1-12.

Kargar M., Sarvestani R.S., Tabatabaee H.R., Niknami S. The Assessment of Eating Behaviors of Obese, Overweight, and Normal Weight Adolescents in Shiraz, Shoutren Iran. *IJCBNM*, 1(1): 1-8

Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*, Laporan Nasional 2013, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, hal 1–38

Lofton K., 2007. *Examining the Relationships Among Food Insecurity, Obesity, Stress, And Emotional Eating Among Low Income Women*. Disertasi, Tidak Diterbitkan, The University Of Southern Mississippi, Hattiesburg.

Mclaughlin dan Media, D., 2014. *Short Term Effect of Bad Eating Habits*. Diakses pada tanggal 29 Mei 2017.

Morris SN., 2012. *Eating To Ease: Emotional Eating in A Male College Popuylation*. Thesis. Tidak diterbitkan. Bachelor of Arts in Psychology, St. Mary's College of Maryland.

Nadhiroh YP., Pengendalian Emosi (Kajian Religio-Psikologis Tentang Psikologi Manusia). *Jurnal Siantifika Islamica*, 2015, 2(1): 53-63

Nagl M., Hilbert A., Zwaan M.D., Braehler E., Kresting A., 2016. The German Version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric properties, measurement invariance, and population-based norms, *PLoS ONE*, 2016, 11(9): 1-15.

NICE, 2014. *Obesity : Identification , Assessment and Management*, National Institute for Health and Care Excellence, London, hal 23-60

Paramita L., 2002. *Faktor-faktor yang Memengaruhi Konsumsi Pangan dan Status Gizi Peragawati*. Tugas Akhir, Tidak Diterbitkan, Fakultas Pertanian Institut Pertanian Bogor, Bogor.

Pujiati. Hubungan Antara Perilaku Makan dengan Status Gizi Pada Remaja Putri, *JOM*, 2015, 2(2): 1-8



Sandjaja, 2010. *Kamus Gizi Pelengkap Kesehatan Keluarga*. Kompas, Jakarta, hal. 14, 229.

Sari, Kencana dan Amalia, Nurilah. Hubungan Faktor Sosial Demografi dan Kegemukan pada Penduduk Dewasa di Indonesia Tahun 2007 dan 2010. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 2014, 13(4): 328-339.

Sholeha L., 2014, Hubungan Perilaku Makan Terhadap Indeks Massa Tubuh pada Remaja di SMP YMJ Clputat. Skripsi, Tidak Diterbitkan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta

Snoek HM., Van Strien T., Janssens JM., Engels RC. Emotional, Ecternal, Restraint Eating and Oerweight in Dutch Adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2007, 42(1): 23-32

Streint., Tatjana., Cebolla., dan Barrada J. 2013. *Internal Structure and Measurement Invariance of The DEBQ*. Tugas Akhir, Tidak Diterbitkan, Facultad de Ciencias Socialesy Humans, Universidad de Zaragoza, Zaragoza.

Strien T.V., Bergers G.P.A., Defares P.B., The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained , Emotional , and External Eating Behavior, *International Lournal Of Eating Disorders*,1986, 5(2): 295-315.

Stewart A., Mike M.J, Jones M., International Standards for Anthropometric Assessment, *Lower Hutt, New Zealand: International Society for the Advancement of Kinanthropometry*, 2011, 1(1): 1-139

Stunkard, Albert J., Thomas Wadden. *Restrained Eating and Human Obesity*.

*Nutritional Reviews*. 1990, 48(2): 78-88.

Sudikno., Syarief H., Dwiriani C.M., Riyadi H. . Faktor Risiko *Overweight* Dan *Obese*

pada Orang Dewasa di Indonesia (Analisis Data Riset Kesehatan Dasar 2013)

Risk Factors of *Overweight* and *Obese* in Indonesian Adults (Analysis Data of

Basic Health Research 2013), *Gizi Indonesia*, 2015, 38(2): 91–104.

Supariasa, Bakri B., Fajar I., 2014. *Penilaian Status Gizi*, Edisi Kedua, EGC, Jakarta,

hal 29-216.

WHO. 2000. *The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity And Its Treatment*,

Geneva, Switzerland, hal 56.

Tchernof A., Visceral Adipocytes and The Metabolic Syndrome. *Nutrition Reviews*;

2007, 65(6): 1-6

Uyun, Q., 2007. *Hubungan Harga Diri dengan Perilaku Makan Tidak Sehat Pada*

*Remaja Putri*. Tugas Akhir. Tidak diterbitkan, Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial

Budaya, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.

Zellner D.A., Loaiza S., Ganzalez Z., Pita J., Morales J., Pecora D., dkk., Food

Selection Changes Under Stress. *Phyciol Behav*, 2006, 87(4): 789-93.