

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Prevalensi obesitas di dunia masih tinggi, menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016 jumlah anak dibawah 5 tahun yang mengalami kelebihan berat badan sudah mencapai lebih dari 41 juta anak di seluruh dunia, setengah dari populasi anak obesitas ini berasal dari negara-negara Asia termasuk Indonesia.³³ Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi gizi lebih pada umur balita mencapai 11,9%. Permasalahan balita kegemukan berdasarkan pemantauan status gizi (BB/U) dari tiap Kabupaten/Kota menunjukkan kota Yogyakarta tertinggi dengan cakupan balita obesitas di kota Yogyakarta tahun 2016 mencapai 7,76% dan pada tahun 2017 sebesar 7,44%, kemudian Bantul 3,05%, Sleman 2,73%, Gunung Kidul 2,04%, dan Kulon Progo 1,90%.⁹ Angka-angka tersebut menunjukkan bahwa Indonesia masih mengalami masalah gizi balita gemuk, karena menurut WHO suatu negara dikatakan tidak lagi memiliki masalah gizi bila indikator balita gemuk berada di bawah 5%.³³

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 secara umum obesitas adalah suatu kondisi abnormal yang ditandai oleh peningkatan lemak tubuh berlebihan, umumnya di timbun di jaringan subkutan, sekitar organ, dan kadang terinfiltrasi ke dalam organ. Akumulasi lemak tubuh yang berlebihan dapat mengakibatkan berbagai gangguan kesehatan. Obesitas saat ini menjadi permasalahan dunia bahkan *World Health Organization* (WHO) mendeklarasikan sebagai *epidemic* global.³⁴

Kementrian kesehatan RI (2014) menyatakan prevalensi berat badan berlebih dan obesitas telah meningkat pesat di kalangan anak-anak di seluruh dunia, seiring dengan kecendrungan umum peningkatan pada semua kelompok usia. Sulit mendefinisikan berat badan berlebih dan obesitas pada anak, karena indeks massa tubuh (IMT) terus berubah selama periode ini dan garis batas *cut-off* standar pada dewasa tidak dapat digunakan tetapi bagi anak yang berusia kurang dari 5 tahun salah satu acuannya mengacu pada tabel baku rujukan penilaian status gizi anak perempuan dan anak laki-laki usia 0-59 bulan menurut (BB/U) yang di rancang WHO/NCHS.¹⁴

Barasi, EM (2009) menyatakan bahwa obesitas merupakan faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, hipertensi, kanker, dampak sosial dari obesitas dalam persepsi masyarakat dan bisa membuat penderita obesitas memiliki rasa rendah diri. Berbagai dampak di atas memiliki efek yang sangat besar pada kualitas hidup dan pengalaman sosial penderita obesitas, dan dapat berimplikasi serius terhadap tingkat morbiditas.³

Penyebab obesitas bersifat multifaktorial yang diduga disebabkan karena interaksi antara faktor genetik, faktor lingkungan, faktor fisik, faktor gizi (nutrisional), dan faktor perilaku.³ Menurut Supariasa, dkk (2001) faktor genetik antara lain termasuk faktor bawaan yang normal dan patologis, jenis kelamin, obstetrik dan suku bangsa.²⁹ Barasi EM (2009) dalam bukunya menyatakan obesitas dialami oleh 22% laki-laki dan 23% perempuan di Inggris dan meningkat di kalangan anak-anak dan remaja.³ Al-Qaoud dan Prakash

(2009) dalam penelitiannya menemukan bahwa anak perempuan lebih berisiko mengalami kegemukan dibandingkan dengan anak laki-laki.¹

Hardiansyah, dkk (2017) menyatakan faktor lingkungan termasuk faktor perilaku, berkontribusi besar dalam peningkatan obesitas. Diperkirakan faktor lingkungan berkontribusi sebesar 60-70%, menurut Allison, et al bahwa faktor lingkungan berperan terhadap perkembangan obesitas dan prevalensi obesitas yaitu faktor demografi dan biologis, sosio kultural (sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan pengetahuan, fasilitas tempat makan, media massa) dan faktor perilaku atau gaya hidup (pola dan perilaku makan).¹¹

Barasi, EM (2009) menyatakan bayi yang mengalami gizi kurang dalam rahim ibunya sehingga lahir dengan berat badan lahir rendah mungkin menunjukkan tumbuh kejar, harus dipastikan bahwa yang meningkat ialah massa tubuh bebas lemak bukannya jaringan lemaknya, karena lemak terkait dengan risiko obesitas di kemudian hari.³ Butte, NF (2009) obesitas juga dipengaruhi oleh berat badan bayi saat lahir, anak dengan berat lahir rendah akan memiliki risiko terkena obesitas, menderita penyakit jantung, diabetes tipe 2 dan sindrom metabolisme pada saat dewasa nanti⁵. Al-Qaoud dan Prakash (2009) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa anak dengan berat lahir besar (4,0 kg) berisiko dua kali terjadinya obesitas dibandingkan dengan anak dengan berat lahir normal (2,5 kg - <4,0 kg).¹

Saputri, LE (2013) menyatakan dalam penelitiannya riwayat pemberian ASI eksklusif dinyatakan dalam kategori ASI eksklusif dan tidak ASI eksklusif, riwayat pemberian ASI eksklusif lebih banyak pada kelompok tidak

obesitas, pada kelompok obesitas 78,6% tidak ASI eksklusif dan 21,4% mendapat ASI eksklusif. Sedangkan pada kelompok tidak obesitas 53,6% ASI eksklusif dan 46,4% tidak ASI eksklusif. Berdasarkan hasil mendapatkan nilai $p < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian obesitas. Nilai OR (*Odds Ratio*) dapat diartikan bahwa anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berisiko 4,23 kali lebih besar mengalami obesitas dibandingkan anak yang mendapatkan ASI eksklusif.²⁶

Padmiari (2001) menyatakan tingkat pendidikan orangtua sangat berpengaruh terhadap pemilihan kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi oleh anaknya, semakin tinggi tingkat pendidikan orangtua (ibu) maka pengetahuan tentang gizi semakin baik, pengetahuan gizi yang baik akan berpengaruh terhadap kebiasaan makan keluarga.¹⁸ Dalam penelitian Yussac, et.al (2007) menyatakan bahwa dengan pendidikan yang lebih tinggi semestinya orang tua (ibu) mempunyai sikap, pengetahuan, dan perilaku yang lebih baik dalam pola asuh maupun pola didik anaknya. Ibu yang memiliki pendidikan tinggi mempunyai pengetahuan yang lebih dalam mengasuh dan mendidik anaknya.³⁵

Cawley, J (2010) mengatakan pekerjaan ibu mempengaruhi kegemukan pada anak karena ibu yang bekerja memiliki waktu yang sedikit untuk menyiapkan makanan bagi keluarga sehingga konsumsi makanan cepat saji terkadang menjadi pilihan.⁶ Berdasarkan hasil penelitian Yussac, et.al (2007) menunjukkan bahwa ternyata bukan hanya status ekonomi tinggi yang

mendukung terjadinya obesitas pada anak. Status ekonomi yang relatif rendah ternyata juga dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya obesitas.³⁵ Sebuah penelitian yang dilakukan oleh *Committeon Nutrition* di Inggris menunjukkan bahwa anak-anak yang berasal dari keluarga yang status ekonominya lebih rendah mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan lebih sedikit dan memiliki asupan kalori dan lemak total yang lebih tinggi dibandingkan anak yang status ekonominya lebih tinggi. Keluarga dengan pendapatan yang lebih rendah juga dilaporkan lebih sering mendapatkan kesulitan dalam mengakses makanan sehat, terutama sayuran dan buah-buahan.

Obesitas pada anak juga dipengaruhi oleh tingkat pendapatan orangtua. Tingkat pendapatan orangtua ini dapat diukur melalui pendapatan keluarga setiap bulan. Rahayu (2008) menyatakan anak obesitas lebih banyak ditemukan pada orangtua dengan tingkat pendapatan tinggi, karena pada orangtua dengan memiliki pendapatan per bulan yang tinggi akan memiliki daya beli tinggi juga, sehingga memiliki peluang untuk memilih ragam makanan selain itu pada golongan ekonomi tinggi jumlah asupan makanan yang tinggi kandungan lemak meningkat seiring dengan meningkatnya daya beli mereka terhadap makanan mahal.¹⁹

Kota Yogyakarta adalah ibu kota dan pusat pemerintahan Daerah Istimewa Yogyakarta, yang terdiri dari 14 kecamatan dengan 18 puskesmas. Cakupan balita gemuk di kota Yogyakarta tahun 2016 mencapai 7,76% dan pada tahun 2017 sebesar 7,44%.⁴ Jumlah balita gemuk di kota Yogyakarta yang tertinggi

berada di wilayah kerja puskesmas Umbulharjo I berdasarkan uraian di atas peneliti bermaksud untuk meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah Umbulharjo I tahun 2019.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi obesitas dan gizi lebih di dunia pada anak umur 0-5 tahun pada tahun 1990 mencapai 4,2% dan mengalami kenaikan menjadi 7,8% pada tahun 2015. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, prevalensi gizi lebih pada umur balita mencapai 11,9% dan cakupan balita gemuk di provinsi DIY terbanyak ada di kota Yogyakarta tahun 2016 sebesar 7,76% dan pada tahun 2017 sebesar 7,44% terjadi penurunan tetapi belum dibawah 5%.⁴ Barasi, EM (2009) menyatakan bahwa obesitas merupakan faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, hipertensi, kanker, dampak sosial dari obesitas dalam persepsi masyarakat dan bisa membuat penderita obesitas memiliki rasa rendah diri.³ “Faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019.

2. Tujuan khusus

- a. Diketahui hubungan antara jenis kelamin balita dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019.

- b. Diketahui hubungan antara riwayat BBLR dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019.
- c. Diketahui hubungan antara riwayat pemberian ASI eksklusif dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah puskesmas Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019.
- d. Diketahui hubungan antara pendidikan ibu dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019.
- e. Diketahui hubungan antara pekerjaan ibu dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019.
- f. Diketahui hubungan status ekonomi keluarga dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019.

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan obesitas pada balita usia 13-59 bulan di posyandu wilayah Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019. Masuk dalam lingkup pelaksanaan pelayanan ibu dan anak.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Secara teoritis hasil dari penelitian ini diharapkan dapat sebagai tambahan bukti empiris untuk menguatkan teori tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan obesitas pada balita.

2. Manfaat praktis

a. Kepala Puskesmas Umbulharjo I

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu referensi untuk pengambilan kebijakan tentang pencegahan obesitas pada balita di wilayah kerja puskesmas Umbulharjo I kota Yogyakarta tahun 2019.

b. Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi tentang pencegahan obesitas pada balita, untuk menjauhi faktor-faktor penyebab obesitas tersebut.

F. Keaslian Penelitian

1. Hubungan konsumsi ASI eksklusif dan faktor lainnya dengan kejadian kegemukan pada anak usia 6-23 bulan di Indonesia tahun 2010 (analisis data riskesdas 2010) yang diteliti oleh Fitriani pada tahun 2012, penelitian ini dilakukan dengan menganalisis data riskesdas tahun 2010 dengan metode penelitian kuantitatif dengan menggunakan data sekunder (analisis data riskesdas 2010) dengan desain cross sectional, dan populasi Semua anak usia 6-23 bulan yang mengalami kegemukan di Indonesia tahun 2010 (analisis data riskesdas 2010), dan hasil penelitian yang diperoleh yaitu

hasil proporsi kegemukan pada anak usia 6-23 bulan adalah 22,6% dan proporsi ASI eksklusif sebesar 19,9%. Faktor yang paling berhubungan dari semua variabel independen yang diteliti adalah berat lahir, pekerjaan ibu dan pengeluaran keluarga dan yang tidak berpengaruh adalah hubungan ASI eksklusif dengan kegemukan.

2. Hubungan riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian obesitas pada anak usia 4-5 tahun, yang diteliti oleh Ermy Liesma Saputri pada tahun 2013, penelitian ini menggunakan metode penelitian dengan consecutive sampling dan desain *case control* yang populasinya meliputi anak usia 4-5 tahun yang bersekolah TK di TK IT bina amal Semarang dan TK negeri Semarang, dan hasil penelitian yang diperoleh analisis bivariat menunjukkan bahwa riwayat pemberian ASI eksklusif mempunyai hubungan yang bermakna dengan obesitas ($p=0.013$: $OR=4,2$). Asupan energi yang lebih merupakan faktor risiko terjadinya obesitas ($p=0,032$: $OR=3,2$). Tidak terdapat hubungan antara aktivitas fisik dengan kejadian obesitas ($p=0,589$: $OR=1,3$).
3. Prevalensi obesitas pada anak usia 4-6 tahun dan hubungannya dengan asupan serta pola makan, penelitian ini diteliti oleh Yussac et.al pada tahun 2007, penelitian ini menggunakan metode penelitian metode consecutive sampling dengan desain penelitian *cross sectional* dengan populasi penelitian adalah anak yang berusia 4-6 tahun, dan hasil yang didapat adalah 52,1% subyek penelitian adalah perempuan, terbanyak berusia 4-5 tahun (52,1%). Sebagian besar ayah dan ibu subyek penelitian berpendidikan tinggi. Pekerjaan ayah yang terbanyak adalah pegawai

swasta (50,7%) sedangkan ibu tidak bekerja (60,6%). Sebanyak 66,2% subyek berasal dari keluarga berpendapatan perkapita menengah rendah. Tinggi dan berat badan rata-rata adalah $109,6 \pm 6,7$ cm dan $20,9 \pm 4,6$ kg. Didapatkan prevalensi obesitas 31% dengan klasifikasi IMT dan 21.1% dengan klasifikasi Z-score BB/TB. Rata-rata persentil IMT adalah 68.0 ± 34.7 dan rata-rata Z-score BB/TB adalah $0,7 \pm 1,4$. Didapatkan hubungan yang bermakna antara asupan kalori, karbohidrat, protein, lemak dan pola makan lemak dengan prevalensi obesitas menurut klasifikasi IMT dan Z-score BB/TB. Metode IMT dan Z-score BB/TB memiliki nilai koefisien k (kappa) sebesar 0,747 yang berarti memiliki kesesuaian yang kuat sekali. Dengan demikian, baik IMT maupun Z-score BB/TB dapat digunakan untuk menetapkan prevalensi obesitas pada anak.