

**HUBUNGAN OBESITAS DENGAN PERUBAHAN PERILAKU PADA
REMAJA DI SMP NEGERI 4 BANDAR LAMPUNG**

(Skripsi)

Oleh
PUTRI GIANI PURNAMASARI



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017**

ABSTRACT

RELATIONSHIP OF OBESITY WITH TEENAGERS BEHAVIOUR CHANGE IN SMPN 4 BANDAR LAMPUNG

By

PUTRI GIANI PURNAMASARI

Background: Obesity (overweight) is a fundamental disease from non-communicable diseases such as diabetes, hypertension and cardiovascular disease who still become a major health issues in Indonesia and the world. Teenagers is a transition period which involves changes in physiological, psychological, social and can be contributed to development against all directions such as overweight or obese. The fear of being obese is more common in teenager's women than men, and this explains why an effort to streamline the body is usually regarded as an issue of women. This study aims to review determine their relationship of obesity with teenagers behavioral changes in 14-16 years old of Junior High School 4 Bandar Lampung.

Methods: The study is a comparative analytic with cross-sectional study. Method of sampling uses a case-control and measuring form uses questionnaire. Data is analyzed with chi-square test.

Results: The study was conducted against 77 respondents with 48 respondents (62.3%) were obese and 29 respondents (37.7%) not obese. While as many as 20 respondents (26.0%) had a troubled behaviour and 57 respondents (74.0%) do not have a problematic behaviour. Result of chi square test with p-value is 0,015. There is a significant association between obesity with the teenagers behaviour change in SMP Negeri 4 Bandar Lampung.

Conclusion: This study has a significant association between obesity with the teenagers behaviour change in SMP Negeri 4 Bandar Lampung.

Keywords: obesity, behaviour, teenagers

ABSTRAK

HUBUNGAN OBESITAS DENGAN PERUBAHAN PERILAKU PADA REMAJA DI SMP NEGERI 4 BANDAR LAMPUNG

Oleh

PUTRI GIANI PURNAMASARI

Latar belakang: Obesitas (*overweight*) merupakan dasar dari berbagai penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi dan penyakit kardiovaskuler yang saat ini masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia dan didunia. Remaja adalah periode transisi yang melibatkan perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial yang dapat berkontribusi terhadap pengembangan ke arah kelebihan berat badan atau obesitas. Rasa takut menjadi obesitas lebih banyak terjadi pada remaja perempuan daripada pria, dan hal ini menjelaskan mengapa upaya melangsingkan tubuh biasanya dipandang sebagai persoalan perempuan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara obesitas dengan perubahan perilaku pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung.

Metode Penelitian: Penelitian ini adalah penelitian analitik komparatif dengan menggunakan *cross sectional study*. Pengambilan sampel menggunakan metode *case control* dan alat ukur berupa kuesioner. Analisis data dilakukan dengan uji *chi-square*.

Hasil Penelitian: Penelitian dilakukan terhadap 77 responden dengan responden sebanyak 48 orang (62,3%) mengalami obesitas dan 29 orang (37,7%) tidak mengalami obesitas. Sedangkan sebanyak 20 orang (26,0%) memiliki perilaku yang bermasalah dan 57 orang (74,0%) memiliki perilaku tidak bermasalah. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai p yaitu 0,015. Adanya hubungan yang bermakna antara obesitas dengan perubahan perilaku pada remaja di SMP Negeri 4 Bandar Lampung.

Kesimpulan: Penelitian ini memiliki hubungan yang bermakna antara obesitas dengan perubahan perilaku pada remaja di SMP Negeri 4 Bandar Lampung.

Kata Kunci: obesitas, perilaku, remaja

**HUBUNGAN OBESITAS DENGAN PERUBAHAN PERILAKU PADA
REMAJA DI SMP NEGERI 4 BANDAR LAMPUNG**

Oleh
PUTRI GIANI PURNAMASARI

Skripsi
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
SARJANA KEDOKTERAN



PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017

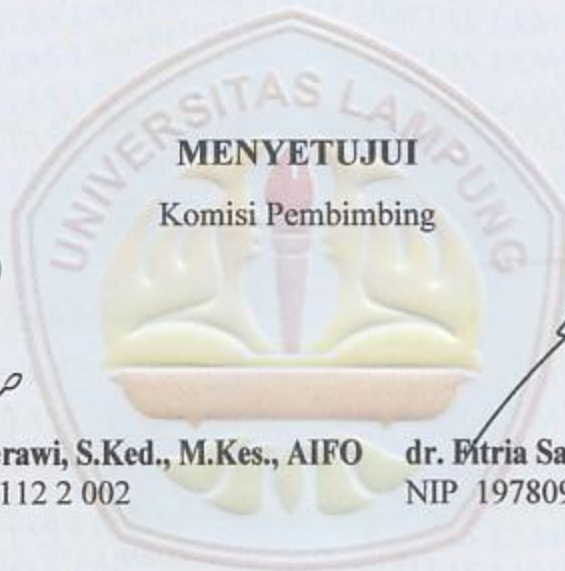
Judul Skripsi : **HUBUNGAN OBESITAS DENGAN PERUBAHAN PERILAKU PADA REMAJA DI SMP NEGERI 4 BANDAR LAMPUNG**


Nama Mahasiswa : **Putri Giani Purnamasari**

No. Pokok Mahasiswa : **1218011117**

Program Studi : **Pendidikan Dokter**

Fakultas : **Kedokteran**




dr. Khairun Nisa Berawi, S.Ked., M.Kes., AIFO
NIP 19740226 200112 2 002


dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc
NIP 19780903 200604 2 001

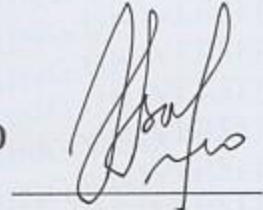
MENGETAHUI
Dekan Fakultas Kedokteran


Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP 19701208 200112 1 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : **dr. Khairun Nisa Berawi, S.Ked., M.Kes., AIFO**



Sekretaris : **dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc**



Penguji

Bukan Pembimbing : **dr. Tendry Septa, S.Ked., Sp.KJ (K)**



Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA

NIP 19701208 200112 1 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **30 Juli 2016**

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa :

1. Skripsi dengan judul **“HUBUNGAN OBESITAS DENGAN PERUBAHAN PERILAKU PADA REMAJA DI SMP NEGERI 4 BANDAR LAMPUNG”** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektualitas atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidak benaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 16 Januari 2017

Pembuat pernyataan,



Putri Giani

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan pada tanggal 27 Oktober 1993 di Sumedang, Jawa barat. Penulis adalah anak pertama dari satu bersaudara dari pasangan Bapak Ade Mulyono S.Kep dan Ibu Lilis Komalasari S.KM.

Pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) di TK Dayawanita tahun 1999-2000, Sekolah Dasar (SD) di SD Wado 1 Sumedang tahun 2000-2006, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMPN 2 Darmaraja tahun 2006-2009, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMA Negeri 1 Situraja tahun 2009-2012.

Tahun 2012, penulis terdaftar sebagai mahasiswa, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif dalam lembaga kemahasiswaan Forum Studi Islam (FSI) dan PMPATD Pakis tahun ajaran 2013/2014.

PERSEMBAHAN

Segala puji kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Karunia, Rahmat dan Ampunan-Nya kepada penulis. Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW beserta keluarga dan para sahabat beliau.

Dengan penuh syukur kupersembahkan lembaran-lembaran sederhana ini untuk

Bapak dan Ibuku yang tersayang

Yang selalu memberi nasihat, mendoakan, memberi kebahagiaan dalam hidupku, dan mengajarkan arti hidup yang bermanfaat kepadaku.

Kakak-kakak dan adik-adik tercinta

Yang selalu memberi dukungan, membantu dan memberi perhatian kepadaku

“ kami perintahkan kepada manusia supaya berbuat baik kepada kedua orang tua, ibu dan bapak, ibu yang mengandungnya dengan susah payah, dan melahirkan dengan susah paya.”

(QS. Al-Ahqaaf)

Bagi tiap sesuatu terhadap ujian dan cobaan terhadapumatkuialah harta-benda. (HR.Tirmidzi)

SANWACANA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang senantiasa memberikan Rahmat dan Karunia-Nya serta shalawat dan salam yang selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW sehingga skripsi ini dapat diselesaikan tepat waktu. Skripsi dengan judul “HUBUNGAN OBESITAS DENGAN PERUBAHAN PERILAKU PADA REMAJA DI SMP NEGERI 4 BANDAR LAMPUNG “ adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Universitas Lampung.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P, selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M. Kes, Sp,PA, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. dr. Khairunisa Berawi, M.Kes., AIFO selaku pembimbing pertama atas kesediaanya memberikan nasihat, saran, dan kritik yang bermanfaat kepada penulis sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.
4. dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc, selaku pembimbing kedua atas kesediaanya memberikan nasihat, saran, dan kritik yang bermanfaat kepada penulis sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.

5. dr. Tendri Septa, Sp.KJ (K) selaku penguji utama atas kesediaannya untuk memberikan nasihat, saran, dan kritik yang bermanfaat kepada penulis sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.
6. DR. dr. Asep Sukohar , S.Ked, M.Kes selaku pembimbing akademik atas waktu, saran, dan ilmu yang telah diberikan kepada penulis.
7. Seluruh staf dosen FK Unila atas ilmu dan pengalaman yang telah diberikan kepada penulis untuk menambah wawasan dan menjadi bekal bagi proses pendidikannya selanjutnya.
8. Seluruh staf pengajar dan karyawan Fakultas Kedokteran Unila atas waktu dan ilmu yang telah diberikan selama proses perkuliahan.
9. SMP Negeri 4 bandar lampung dan siswi-siswi yang turut membantu dalam proses penelitian dan penyusunan skripsi ini.
10. Bapak Satijian, S.Pd kepala sekolah dan Bapak Sahala selaku Wakil Kepala Sekolah yang telah membantu penulis selama proses penelitian skripsi ini.
11. Bapak Ade Mulyono S.Kep dan Ibuku Lilis Komalasari S.KM atas waktu, tenaga, doa, kasih sayang dan nasihat yang selalu diberikan kepada penulis.
12. H. Winarno, Hj Rismawati, Bunga Megarani S,Sos. Dedi ST, Desy Saputri Amd, Iptu Deni, S.E., M.M, Lilis Damayanti S.H., M.KN, Deky ST, Yudistia SE, Bahtiar atas doa, bantuan dan kasih sayang kepada penulis.
13. Teman-teman yang selalu memberikan doa, nasihat, dan motivasi kepada penulis hingga sekarang , Huzaimah, Dina Ikrama, Elly, Yesti, Arum, Inaz, Nahdia, Hani, Tiur, Kadek, dan Andre Parmonangan Panjaitan.

14. Teman-teman satu kelompok tutorial dari semester 1 sampai 7 yang telah membantu penulis dalam belajar, memberikan keceriaan dan kebersamaan selama proses perkuliahan.

15. Teman-teman KKN yang mendukung penulis saat perkuliahan Mutia, Sepia, Graha, Tia, Selvi dan Karina.

16. Teman-teman angkatan 2012 yang selalu memberikan keceriaan, kekompakan dan kebersamaan selama perkuliahan.

17. Kakak-kakak 2009, 2010, dan 2011 serta adik-adik 2013, 2014 dan 2015 yang selalu memberikan motivasi dan semangat selam penulis kuliah di FK Unila.

18. Special Thank you for Riduan Wibowo SE.

19. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang telah memberkan bantuan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan. Akhir kata, penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat dan pengetahuan baru kepada para pembaca.

Bandar Lampung, 03 Januari 2017

Penulis,

Putri Giani Purnamasari

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL.....	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR LAMPIRAN.....	v
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
II. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Perilaku	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Klasifikasi	6
2.1.3 Faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku	8
2.1.4 Domain perilaku.....	10
2.2 Obesitas	14
2.2.1 Penentuan obesitas	15
2.2.2 Penyebab obesitas	16
2.3 Remaja.....	21
2.3.1 Definisi.....	21
2.3.2 Batasan usia remaja.....	24
2.3.3 Tugas Perkembangan Remaja.....	25
2.3.4 Perkembangan Masa Remaja	28
2.4 Pediatric Symptom Checklist (PSC)	36
2.4.1 Definisi.....	36
2.4.2 Penilaian PSC	36
2.5 Hubungan Obesitas dengan Perilaku pada Remaja.....	37
2.6 SMP 4 Bandar Lampung	39
2.7 Kerangka Teori	41
2.8 Kerangka Penelitian	42
2.9 Hipotesis.....	42

III. METODE PENELITIAN.....	43
3.1 Rancangan Penelitian	43
3.2 Waktu dan Tempat	43
3.3 Variabel Penelitian	43
3.4 Populasi dan Sampel	44
3.5 Kriteria Penelitian	45
3.6 Definisi Operasional.....	46
3.7 Instrumen Penelitian	47
3.8 Alur Penelitian	48
3.9 Pengolahan dan Analisis Data.....	49
3.10 Etika Penelitian	51
IV.HASIL DAN PEMBAHASAN	52
4.1 Hasil Penelitian	52
4.1.1 Gambaran Umum Penelitian	52
4.1.2 Analisis Univariat	53
4.1.3 Analisis Bivariat	54
4.2 Pembahasan	56
V.SIMPULAN DAN SARAN	60
5.1 Simpulan	60
5.2 Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori	41
2. Kerangka Penelitian	42
3. Bagan Alur Penelitian	48

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Klasifikasi status gizi berdasarkan IMT.....	15
2. Definisi Operasional.....	46
3. Distribusi Status Gizi	53
4. Distribusi Perilaku.....	54
5. Hubungan Obesitas dengan Perilaku	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Kuesioner Penelitian.....	65
2. Hasil Uji Analisis	68
3. Surat Etika Penelitian	70
4. Foto Kegiatan	71

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Obesitas (*overweight*) merupakan dasar dari berbagai penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi dan penyakit kardiovaskuler yang saat ini masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia dan diperkirakan akan meningkat pada tahun 2020. Obesitas merupakan masalah kesehatan utama baik di negara maju maupun di negara berkembang.

Angka kejadian obesitas meningkat antara tahun 1999-2000 dan 2007-2008 (Ogden *et al.*, 2010). Menurut data 2007-2008 yang diperoleh *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) menunjukkan bahwa 16,9% anak-anak dan remaja yang berumur 2-19 tahun mengalami obesitas. Remaja yang mengalami obesitas cenderung menjadi obesitas pada saat dewasa (Freedman *et al.*, 2001) dan lebih berisiko menimbulkan masalah kesehatan seperti diabetes, penyakit jantung, stroke, beberapa jenis kanker, dan osteoarthritis (Office of the Surgeon General, 2010).

Selain itu akibat lain yang ditimbulkan yaitu mempunyai risiko yang lebih besar mengalami masalah tulang dan sendi, *sleep apnea*, dan masalah sosial serta psikologis seperti stigmatisasi dan rendahnya kepercayaan diri (Daniels *et al.*, 2005 dan Dietz, 2004). Menurut data Riskesdas tahun 2010 prevalensi nasional gemuk pada usia 13-15 tahun adalah 2,5% sedangkan prevalensi kegemukan pada remaja usia 16-18 tahun sebesar 1,4%. Prevalensi kegemukan secara nasional pada remaja usia 16-18 tahun meningkat di tahun 2013. Dari data Riskesdas tahun 2013, prevalensi gemuk nasional pada remaja usia 16-18 tahun sebanyak 7,3% (Kemenkes, 2013).

Perilaku adalah tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau lingkungan (Depdiknas, 2005). Dari pandangan biologis perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Menurut Robert Kwick, perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari (Notoatmodjo, 2003).

Remaja adalah periode transisi yang melibatkan perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial yang dapat berkontribusi terhadap pengembangan ke arah kelebihan berat badan atau obesitas. Sejumlah predisposisi telah diidentifikasi, mencakup disposisi genetik, diet, aktivitas fisik, dan lingkungan. Genetik dan metabolik membuat pondasi dasar sedangkan budaya, lingkungan dan sosial tergabung untuk menentukan berat badan (Wan *et al.*, 2004).

Pada masa remaja terjadi perubahan fisik, biologis, dan kognitif yang cepat dan drastis. Perubahan yang cepat ini menimbulkan respon tersendiri bagi remaja berupa tingkah laku yang sangat memerhatikan perubahan bentuk tubuhnya. Remaja sering merasa tidak puas dengan *body image*/ citra tubuh dan ingin untuk mengubah tubuh mereka, terutama menurunkan berat badan. Remaja *overweight* dan *obese* lebih sering merasa tidak puas dengan citra tubuh mereka dan *self-esteem*/ harga diri yang rendah. Mereka berisiko berkembang menjadi depresi dan mungkin remaja yang *obese* lebih sulit untuk mempunyai teman baru (Setas, 2009).

Penelitian di negara-negara maju menunjukkan bahwa tidak hanya beberapa orang dengan status gizi *underweight* yang merasa bahwa mereka gemuk (Pritchard *et al.*, 1997), tetapi juga banyak orang dengan status gizi obesitas tidak menyadari bahwa berat badan mereka terlalu tinggi (Wardle dan Griffith, 2001; Wardle dan Johnson, 2002; Chang dan Christakis, 2003). Keinginan bentuk tubuh yang tidak sesuai mungkin memengaruhi individu untuk penurunan berat badan yang tidak sehat (Cheung *et al.*, 2011). Di negara maju, tubuh kurus adalah yang ideal dan disukai di kalangan perempuan (Emslie *et al.*, 2001), namun di negara berkembang, tubuh berat lebih diinginkan meskipun ada pergeseran ke arah tubuh kurus antara orang-orang dari kelas yang lebih tinggi di negara-negara di Timur Tengah (Khawaja dan Afifi-Soweid, 2004).

Rasa takut menjadi gemuk lebih banyak terjadi pada perempuan daripada pria, dan hal ini menjelaskan mengapa upaya melangsingkan tubuh biasanya dipandang sebagai persoalan perempuan (Flynn, Mary AT dalam Gibney, Michael *et al.*, 2008). Persepsi diri tentang berat badan adalah salah satu yang memotivasi perilaku pengendalian berat badan (Desmond *et al* dalam Agrawal *et al.*, 2012). Persepsi yang akurat terhadap berat badan memungkinkan perilaku pengendalian berat badan yang tepat (Lynch *et al.*, 2009 dan Wang *et al.*, 2009).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan antara obesitas dengan perubahan perilaku pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dikemukakan diatas, maka yang menjadi pokok permasalahan dalam penelitian ini yaitu: Apakah terdapat hubungan antara obesitas dengan perubahan perilaku pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui adanya hubungan antara obesitas dengan perubahan perilaku pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran distribusi frekuensi perubahan perilaku pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung.
2. Mengetahui gambaran distribusi frekuensi obesitas pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Mengetahui perubahan perilaku pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung dapat diperoleh informasi sebagai sumbangan kepada dunia kedokteran serta untuk memperkaya di bidang kedokteran.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan:

1. Dapat memberi informasi kepada orang tua dan sekolah agar dapat membimbing dan mendidik anak-anaknya dalam proses perkembangan perilaku.
2. Dapat mengembangkan penelitian dengan meneliti perubahan perilaku pada remaja dengan obesitas.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku

2.1.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau stimulus (Depdiknas, 2005). Pandangan biologis perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Robert Kwick menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari, sedangkan Skinner merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus/ rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya organisme, kemudian organisme tersebut merespon, maka teori ini disebut “SOR” atau (stimulus-organisme-respon) (Notoatmodjo, 2003).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2003), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu perilaku tertutup dan terbuka. Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup.

Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas. Perilaku terbuka adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek yang dengan mudah dapat diamati atau dengan mudah dipelajari (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2003), bentuk operasional dari perilaku dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis yaitu:

- a. Perilaku dalam bentuk pengetahuan, yaitu dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar.
- b. Perilaku dalam bentuk sikap yaitu tanggapan psikologis terhadap keadaan atau rangsangan dari luar. Dalam hal ini lingkungan berperan dalam membentuk perilaku manusia yang ada di dalamnya. Lingkungan terdiri dari:
 - i. Lingkungan pertama adalah lingkungan alam yang bersifat fisik dan akan mencetak perilaku manusia sesuai dengan sifat dan keadaan alam tersebut.
 - ii. Lingkungan yang kedua adalah lingkungan sosial budaya yang bersifat non fisik tetapi mempunyai pengaruh yang kuat terhadap pembentukan perilaku manusia.
- c. Perilaku dalam bentuk tindakan yang sudah konkrit, yakni berupa perbuatan terhadap situasi atau rangsangan dari luar.

Klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behaviour*) menurut Becker dalam Notoatmodjo (2003) sebagai berikut:

- a. Perilaku kesehatan, yaitu tindakan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- b. Perilaku sakit, yakni segala tindakan seseorang yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya termasuk juga pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, serta usaha mencegah penyakit tersebut.
- c. Perilaku peran sakit, yakni segala tindakan seseorang yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan.

2.1.3 Faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003), faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu:

- a. Faktor internal

Faktor yang berada dalam diri individu itu sendiri yaitu berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan sebagainya untuk mengolah pengaruh-pengaruh dari luar. Motivasi merupakan penggerak perilaku, hubungan antara kedua konstruksi ini cukup kompleks, antara lain:

- i. Motivasi yang sama dapat saja menggerakkan perilaku yang berbeda demikian pula perilaku yang sama dapat saja diarahkan oleh motivasi yang berbeda.

- ii. Motivasi mengarahkan perilaku pada tujuan tertentu.
 - iii. Penguatan positif/ *positive reinforcement* menyebabkan satu perilaku tertentu cenderung untuk diulang kembali.
 - iv. Kekuatan perilaku dapat melemah akibat dari perbuatan itu bersifat tidak menyenangkan.
- b. Faktor eksternal
- Faktor yang berada diluar individu yang bersangkutan yang meliputi objek, orang, kelompok dan hasil-hasil kebudayaan yang disajikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya.

Faktor yang memengaruhi perilaku adalah menurut Lawrence Green (2006) antara lain:

- a. Faktor predisposisi
- Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.
- b. Faktor pemungkin
- Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat.

c. Faktor penguat

Faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama dan perilaku petugas termasuk petugas kesehatan, suami dalam memberikan dukungannya kepada ibu primipara dalam merawat bayi baru lahir.

2.1.4 Domain Perilaku

Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Bloom membagi perilaku dalam tiga domain yaitu terdiri dari domain kognitif, domain afektif dan domain psikomotor. Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk pengukuran hasil maka ketiga domain ini diukur dari pengetahuan, sikap dan tindakan (Notoatmodjo, 2003). Tetapi dalam penelitian ini peneliti hanya meneliti bidang kognitif dan bidang psikomotor.

a. Pengetahuan (kognitif)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan suatu domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang. Suatu penelitian mengatakan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan mampu bertahan lama daripada yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Sebelum orang berperilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yang dimulai dari kesadaran adanya stimulus kemudian ada rasa tertarik. Setelah itu terjadi pertimbangan dalam batin bagaimana dampak negatif positif dari stimulus. Hasil pemikiran yang positif akan membawa subyek untuk memulai mencoba dan akhirnya dalam dirinya sudah terbentuk suatu perilaku baru. Adopsi perilaku yang didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif terhadap stimulus akan membentuk perilaku baru yang mampu bertahan lama. Domain kognitif pengetahuan dibagi menjadi enam tingkatan yaitu:

i. Tahu

Adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tingkat tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang telah dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, menyatakan dan sebagainya.

ii. Memahami

Adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Kata kerja yang biasa dipakai menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan terhadap suatu objek dan sebagainya.

iii. Aplikasi

Adalah sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah.

iv. Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Misalnya dapat menggambarkan atau membuat bagan, membedakan, mengelompokkan dan sebagainya.

v. Sintetis

Sintetis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian informasi sebagai suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

vi. Evaluasi

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang telah ada.

b. Tindakan (*practice*)

Tindakan atau praktek adalah respon atau reaksi konkret seseorang terhadap stimulus atau objek. Respon ini sudah dalam bentuk tindakan yang melibatkan aspek psikomotor atau seseorang telah mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi. Tindakan atau perilaku kesehatan terjadi setelah seseorang mengetahui stimulus kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui dan memberikan respon batin dalam bentuk sikap. Proses selanjutnya diharapkan subjek akan melaksanakan apa yang diketahui atau disikapinya (Notoatmodjo,2003).

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk terbentuknya sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Disamping fasilitas juga diperlukan dukungan dari pihak lain. Adapun tingkatan-tingkatan dalam tindakan atau praktek adalah:

i. Persepsi

Adalah mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

ii. Respon terpimpin

Adalah dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat kedua.

iii. Mekanisme

Adalah apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

iv. Adopsi

Adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.2 Obesitas

2.2.1 Pengertian Obesitas

Obesitas adalah kelebihan lemak dalam tubuh, yang umumnya ditimbun dalam jaringan subkutan (bawah kulit), sekitar organ tubuh dan kadang terjadi perluasan ke dalam jaringan organnya (Misnadierly, 2007). Obesitas merupakan keadaan yang menunjukkan ketidakseimbangan antara tinggi dan berat badan akibat jaringan lemak dalam tubuh sehingga terjadi kelebihan berat badan yang melampaui ukuran ideal (Sumanto, 2009).

Terjadinya obesitas lebih ditentukan oleh terlalu banyaknya makan, terlalu sedikitnya aktivitas atau latihan fisik, maupun keduanya. Dengan demikian tiap orang perlu memperhatikan banyaknya masukan makanan (d disesuaikan dengan kebutuhan tenaga sehari-hari) dan aktivitas fisik yang dilakukan. Perhatian lebih besar mengenai kedua hal ini terutama diperlukan bagi mereka yang kebetulan berasal dari keluarga obesitas, berjenis kelamin wanita, pekerjaan banyak duduk, tidak senang melakukan olahraga, serta emosionalnya labil (Misnadierly, 2007).

2.2.2 Penentuan Obesitas

Keadaan obesitas ditentukan dengan mengklasifikasikan status gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT), seperti pada Tabel 2.1 Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan rumus matematis yang berkaitan dengan lemak tubuh orang dewasa, dan dinyatakan sebagai berat badan dalam kilogram dibagi dengan kwadrat tinggi badan dalam ukuran meter (Arisman, 2007).

Rumus menentukan IMT :

$$IMT = \frac{BB}{TB^2}$$

Tabel 2.1 Klasifikasi status gizi berdasarkan IMT

Status Gizi	IMT
KKP I	< 16
KKP II	16,0 –16,9
KKP III	17,0 –18,4
Normal	18,5 –24,9
Obesitas I	25,0 –29,9
Obesitas II	30,0 –40,0
Obesitas III	>40

Sumber: Arisman, 2007

2.2.3 Penyebab Obesitas

A Faktor secara langsung

a. Genetik

Adapun yang dimaksud faktor genetik adalah keturunan yang berasal dari orang tua. Pengaruh tersebut sebenarnya belum terlalu jelas sebagai penyebab kegemukan. Namun demikian, ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa faktor genetik merupakan faktor penguat terjadinya kegemukan (Purwati, 2001). Menurut penelitian, anak-anak dari orang tua yang mempunyai berat badan normal ternyata mempunyai 10 % risiko kegemukan. Bila salah satu orang tuanya menderita kegemukan, maka peluang itu meningkat menjadi 40 –50 %. Dan bila kedua orang tuanya menderita kegemukan maka peluang faktor keturunan menjadi 70–80% (Purwati, 2001).

b. Hormonal

Pada wanita yang telah mengalami menopause, fungsi hormone tiroid didalam tubuhnya akan menurun. Oleh karena itu, kemampuan untuk menggunakan energi akan berkurang. Terlebih lagi pada usia ini juga terjadi penurunan metabolisme basal tubuh, sehingga mempunyai kecenderungan untuk meningkat berat badannya (Wirakusumah, 1997).

Selain hormon tiroid, hormone insulin juga dapat menyebabkan kegemukan karena hormone insulin mempunyai peranan dalam menyalurkan energi kedalam sel-sel tubuh. Orang yang mengalami peningkatan hormone insulin, maka timbunan lemak didalam tubuhnyaapun akan meningkat. Hormon lainnya yang berpengaruh adalah hormone leptin yang dihasilkan oleh kelenjar pituitary, sebab hormone ini berfungsi sebagai pengatur metabolisme dan nafsu makan serta fungsi hipotalmus yang abnormal, yang menyebabkan hiperfagia (Purwati, 2001).

c. Obat-obatan

Saat ini sudah terdapat beberapa obat yang dapat merangsang pusat lapar didalam tubuh. Sehingga orang yang mengkonsumsi obat-obatan tersebut, nafsu makannya akan meningkat, apalagi jika dikonsumsi dalam waktu yang relatif lama, seperti dalam keadaan penyembuhan suatu penyakit, maka hal ini akan memicu terjadinya kegemukan (Purwati, 2001).

d. Asupan makanan

Asupan makanan adalah banyaknya makanan yang dikonsumsi seseorang. Asupan energi yang berlebih secara kronis akan menimbulkan kenaikan berat badan, berat badan lebih (*over weight*), dan obesitas. Makanan dengan kepadatan Energi yang tinggi (banyak mengandung lemak dan gula yang ditambahkan dan kurang mengandung serat) turut menyebabkan sebagian besar keseimbangan energi yang positif ini (Gibney, 2009).

Perlu diyakini bahwa obesitas hanya mungkin terjadi jika terdapat kelebihan makanan dalam tubuh, terutama bahan makanan sumber energi (Moehyi, 1997). Ada tiga hal yang memengaruhi asupan makan, yaitu kebiasaan makan, pengetahuan, dan ketersediaan makanan dalam keluarga. Kebiasaan makan berkaitan dengan makanan menurut tradisisetempat, meliputi hal-hal bagaimana makanan diperoleh, apa yang dipilih, bagaimana menyiapkan, siapa yang memakan, dan seberapa banyak yang dimakan. Ketersediaan pangan juga memengaruhi asupan makan, semakin baik ketersediaan pangan suatu keluarga, memungkinkan terpenuhinya seluruh kebutuhan zat gizi (Soekirman, 2000).

Ketersediaan pangan sangat dipengaruhi oleh pemberdayaan keluarga dan pemanfaatan sumberdaya masyarakat. Sedangkan kedua hal tersebut sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan kemiskinan. Kecukupan gizi menurut *Recommended dietary Allowanie* (RDA) tahun 1989 adalah banyaknya zat gizi yang harus terpenuhi dari makanan mencakup hampir semua orang sehat. Kecukupan gizi dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, aktifitas, berat badan, tinggi badan, genetik, dan keadaan hamil dan menyusui. Kecukupan gizi yang dianjurkan berbeda dengan kebutuhan gizi (Almatsier, 2005).

Kebutuhan energi total untuk orang dewasa diperlukan untuk metabolisme basal, aktivitas fisik, dan efek makanan atau pengaruh dinamik khusus (SDA). Kebutuhan energi terbesar diperlukan untuk metabolisme basal (Almatsier, 2005). Angka kecukupan protein (AKP) orang dewasa menurut hasil penelitian keseimbangan nitrogen yaitu 0,75 gr/kg berat badan, berupa protein patokan tinggi yaitu protein telur. Angka ini dinamakan *safe level of intake* atau taraf asupan terjamin (Almatsier, 2005).

e. Aktivitas fisik

Obesitas juga dapat terjadi bukan hanya karena makan yang berlebihan, tetapi juga dikarenakan aktivitas fisik yang berkurang sehingga terjadi kelebihan energi. Beberapa hal yang memengaruhi berkurangnya aktivitas fisik antara lain adanya berbagai fasilitas yang memberikan berbagai kemudahan yang menyebabkan aktivitas fisik menurun seperti kemajuan teknologi diberbagai bidang kehidupan yang mendorong masyarakat untuk menempuh kehidupan yang tidak memerlukan kerja fisik yang berat. Hal ini menjadikan jumlah penduduk yang melakukan pekerjaan fisik sangat terbatas menjadi semakin banyak, sehingga obesitas menjadi lebih merupakan masalah kesehatan (Moehyi, 1997).

B Faktor secara tidak langsung

a. Pengetahuan gizi

Pengetahuan gizi memegang peranan penting dalam menggunakan pangan dengan baik sehingga dapat mencapai keadaan gizi yang cukup. Pengetahuan ibu dipengaruhi oleh pendidikannya. Tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki sangat memengaruhi pengetahuan seseorang. Dengan bekal pendidikan yang cukup, seseorang akan lebih banyak memperoleh informasi dalam menentukan pola makan bagi dirinya maupun keluarganya. Menurut Notoatmojo, pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman diri sendiri atau pengalaman orang lain. Pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi mempunyai hubungan yang erat dengan pendidikannya. Pengetahuan tidak hanya diperoleh melalui pendidikan formal, namun juga dari informasi orang lain, media massa atau dari hasil pengalaman orang lain.

b. Pengaturan makan

Hidangan gizi seimbang adalah makanan yang mengandung zat gizi tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur yang dikonsumsi seseorang dalam waktu satu hari sesuai dengan kecukupan tubuhnya (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Makanan sumber karbohidrat kompleks merupakan sumber energi utama. Bahan makanan sumber karbohidrat kompleks adalah padi-padian (beras, jagung, gandum), umbi-umbian (singkong, ubi jalar dan kentang), serta bahan makanan lain yang mengandung banyak karbohidrat seperti pisang dan sagu. Gula tidak mengenyangkan tetapi cenderung dikonsumsi berlebih, konsumsi gula berlebihan menyebabkan kegemukan. Oleh karena itu konsumsi gula sebaiknya dibatasi sampai 5% dari jumlah kecukupan energi atau 3-4 sendok makan setiap harinya. Konsumsi zat tenaga yang melebihi kecukupan dapat mengakibatkan kenaikan berat badan, bila keadaan ini berlanjut akan menyebabkan obesitas yang biasanya disertai dengan gangguan kesehatan lainnya. Berat badan merupakan petunjuk utama apakah seseorang kekurangan atau kelebihan energi dari makanan. Obesitas dapat terjadi jika konsumsi makanan dalam tubuh melebihi kebutuhan dan penggunaan energi yang rendah (Almatsier, 2005).

2.3 Remaja

2.3.1 Pengertian Remaja

Masa remaja adalah masa transisi dalam rentang kehidupan manusia, menghubungkan masa kanak-kanak dan masa dewasa (Santrock, 2003).

Masa remaja disebut pula sebagai masa penghubung atau masa peralihan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Pada periode ini terjadi perubahan-perubahan besar dan esensial mengenai kematangan fungsi-fungsi rohaniyah dan jasmaniah, terutama fungsi seksual (Kartono, 1995). Remaja (*adolescence*) berasal dari bahasa Latin *adolescere* yang artinya “tumbuh atau tumbuh untuk mencapai kematangan”. Bangsa primitif dan orang-orang purbakala memandang masa puber dan masa remaja tidak berbeda dengan periode lain dalam rentang kehidupan. Anak dianggap sudah dewasa apabila sudah mampu mengadakan reproduksi (Ali & Asrori, 2006).

Masa remaja adalah masa peralihan, ketika individu tumbuh dari masa anak-anak menjadi individu yang memiliki kematangan. Pada masa tersebut, ada dua hal penting menyebabkan remaja melakukan pengendalian diri meliputi pertama, hal yang bersifat eksternal, yaitu adanya perubahan lingkungan, dan kedua adalah hal yang bersifat internal, yaitu karakteristik di dalam diri remaja yang membuat remaja relatif lebih bergejolak dibandingkan dengan masa perkembangan lainnya. Menurut Rice (dalam Gunarsa, 2004), masa remaja adalah masa transisi yang ditandai oleh adanya perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja antara usia 12-18 tahun merupakan suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia dan sering disebut masa pubertas. Masa remaja adalah periode peralihan dari masa anak ke masa dewasa (Widyastuti, Rahmawati, Purnamaningrum; 2009).

Pubertas ialah suatu periode di mana kematangan kerangka dan seksual terjadi secara pesat terutama pada awal masa remaja. Akan tetapi, pubertas bukanlah suatu peristiwa tunggal yang tiba-tiba terjadi. Pubertas adalah bagian dari suatu proses yang terjadi berangsur-angsur (*gradual*). Pubertas adalah periode dalam rentang perkembangan ketika anak-anak berubah dari makhluk aseksual menjadi makhluk seksual. Kata pubertas berasal dari kata latin yang berarti “usia kedewasaan”. Kata ini lebih menunjukkan pada perubahan fisik daripada perubahan perilaku yang terjadi pada saat individu secara seksual menjadi matang dan mampu memperbaiki keturunan (Santrock, 2002).

Santrock (2002) menambahkan bahwa kita dapat mengetahui kapan seorang anak muda mengawali masa pubertasnya, tetapi menentukan secara tepat permulaan dan akhirnya adalah sulit. WHO (*World Health Organization*) memberikan definisi tentang remaja yang lebih bersifat konseptual. Dalam definisi tersebut dikemukakan tiga kriteria, yaitu biologis, psikologis, dan sosial ekonomi, sehingga secara lengkap definisi tersebut berbunyi sebagai berikut. Remaja adalah suatu masa di mana:

- a. Individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual.
- b. Individu mengalami perkembangan psikologis dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa.

- c. Terjadi peralihan dari ketergantungan sosial-ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri (Muangman dalam Sarwono, 2010).

Tahapan perkembangan, remaja menempati posisi setelah masa anak dan sebelum masa dewasa. Adanya perubahan besar dalam tahap perkembangan remaja, baik perubahan fisik maupun perubahan psikis (pada perempuan setelah mengalami menarche dan pada laki-laki setelah mengalami mimpi basah) menyebabkan masa remaja relatif bergejolak dibandingkan dengan masa perkembangan lainnya. Hal ini menyebabkan masa remaja menjadi penting untuk diperhatikan (Sarwono, 2010).

2.3.2 Batasan Usia Remaja

Berdasarkan tahapan perkembangan individu dari masa bayi hingga masa tua akhir, masa remaja dibagi menjadi tiga tahapan yaitu masa remaja awal, masa remaja pertengahan dan masa remaja akhir. Menurut Erickson, kriteria usia masa remaja awal adalah 12 -14 tahun dan pada masa remaja pertengahan adalah 14-16 tahun, sedangkan pada masa remaja akhir adalah 16-18 tahun. Kriteria usia masa remaja pertengahan pada perempuan yaitu 15-18 tahun dan pada laki-laki yaitu 17-19 tahun (Thalib, 2010).

Jahja (2012) menambahkan, karena laki-laki mengalami kematangan lebih lambat daripada perempuan, maka laki-laki mengalami periode awal masa remaja yang lebih singkat, meskipun pada usia 18 tahun ia telah dianggap dewasa seperti halnya anak perempuan. Akibatnya, seringkali laki-laki tampak kurang untuk usianya dibandingkan dengan perempuan. Namun adanya status yang lebih matang, sangat berbeda dengan perilaku remaja yang lebih muda.

2.3.3 Tugas Perkembangan Remaja

Hurlock menjelaskan bahwa semua tugas perkembangan pada masa remaja dipusatkan pada penanggulangan sikap dan pola perilaku yang kekanak-kanakan dan mengadakan persiapan untuk menghadapi masa dewasa. Tugas-tugas tersebut antara lain:

- a. Mencapai hubungan baru dan yang lebih matang dengan teman sebaya, baik pria maupun wanita.
- b. Mencapai peran sosial pria dan wanita.
- c. Menerima keadaan fisiknya dan menggunakan tubuhnya secara efektif.
- d. Mengharapkan dan mencapai perilaku sosial yang bertanggung jawab.
- e. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang-orang dewasa lainnya.
- f. Mempersiapkan karir ekonomi.
- g. Mempersiapkan perkawinan dan keluarga.

- h. Memperoleh perangkat nilai dan sistem etis sebagai pegangan untuk berperilaku mengembangkan ideologi.

Tugas perkembangan masa remaja difokuskan pada upaya meninggalkan sikap dan perilaku kekanak-kanakan serta berusaha untuk mencapai kemampuan bersikap dan berperilaku secara dewasa Ali & Asrori (2006). Tugas-tugas perkembangan masa remaja adalah berusaha:

- a. Mampu menerima keadaan fisiknya;
- b. Mampu menerima dan memahami peran seks usia dewasa;
- c. Mampu membina hubungan baik dengan anggota kelompok yang berlainan jenis;
- d. Mencapai kemandirian emosional;
- e. Mencapai kemandirian ekonomi;
- f. Mengembangkan konsep dan keterampilan intelektual yang sangat diperlukan untuk melakukan peran sebagai anggota masyarakat;
- g. Memahami dan menginternalisasikan nilai-nilai orang dewasa dan orang tua;
- h. Mengembangkan perilaku tanggung jawab sosial yang diperlukan untuk memasuki dunia dewasa;
- i. Mempersiapkan diri untuk memasuki perkawinan;
- j. Memahami dan mempersiapkan berbagai tanggung jawab kehidupan keluarga.

Jahja (2012) mengemukakan tugas-tugas perkembangan remaja adalah sebagai berikut:

- a. Menerima fisiknya sendiri berikut keragaman kualitasnya.
- b. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua atau figur-figur yang mempunyai otoritas.
- c. Mengembangkan keterampilan komunikasi interpersonal dan belajar bergaul dengan teman sebaya atau orang lain, baik secara individual maupun kelompok.
- d. Menemukan manusia model yang dijadikan identitasnya.
- e. Menerima dirinya sendiri dan memiliki kepercayaan terhadap kemampuannya sendiri.
- f. Memperkuat *self-control* (kemampuan mengendalikan diri) atas dasar skala nilai, psinsip-psinsip, atau falsafah hidup. (Weltanschauung).
- g. Mampu meninggalkan reaksi dan penyesuaian diri (sikap/perilaku) kekanak-kanakan.

Hurlock juga menjelaskan sebagian besar orang-orang primitif selama berabad-abad mengenal masa puber sebagai masa yang penting dalam rentang kehidupan setiap orang. Mereka sudah terbiasa mengamati berbagai upacara sehubungan dengan kenyataan bahwa dengan terjadinya perubahan-perubahan tubuh, anak yang melangkah dari masa kanak-kanak ke masa dewasa.

Setelah berhasil melampaui ujian-ujian yang merupakan bagian penting dari semua upacara pubertas, anak laki-laki dan anak perempuan memperoleh hak dan keistimewaan sebagai orang dewasa dan diharap memikul tanggung jawab yang mengiringi status orang dewasa (Notoadmojo, 2003).

2.3.4 Perkembangan Masa Remaja

a. Fisik

Papalia & Olds (dalam Jahja, 2012) menjelaskan bahwa perkembangan fisik adalah perubahan-perubahan pada tubuh, otak, kapasitas sensoris dan keterampilan motorik. Perubahan pada tubuh ditandai dengan penambahan tinggi dan berat tubuh, pertumbuhan tulang dan otot, dan kematangan organ seksual dan fungsi reproduksi. Tubuh remaja mulai beralih dari tubuh kanak-kanak menjadi tubuh orang dewasa yang cirinya ialah kematangan. Perubahan fisik otak strukturnya semakin sempurna untuk meningkatkan kemampuan kognitif. Pada masa remaja itu, terjadilah suatu pertumbuhan fisik yang cepat disertai banyak perubahan, termasuk di dalamnya pertumbuhan organ-organ reproduksi (organ seksual) sehingga tercapai kematangan yang ditunjukkan dengan kemampuan melaksanakan fungsi reproduksi.

Perubahan yang terjadi pada pertumbuhan tersebut diikuti munculnya tanda-tanda seks primer. Semua organ reproduksi wanita tumbuh selama masa puber. Namun tingkat kecepatan antara organ satu dan lainnya berbeda. Berat uterus pada anak usia 11 atau 12 tahun kira-kira 5,3 gram, pada usia 16 tahun rata-rata beratnya 43 gram. Sebagai tanda kematangan organ reproduksi pada perempuan adalah datangnya haid. Ini adalah permulaan dari serangkaian pengeluaran darah, lendir dan jaringan sel yang hancur dari uterus secara berkala, yang akan terjadi kira-kira setiap 28 hari. Hal ini berlangsung terus sampai menjelang masa menopause. Menopause bisa terjadi pada usia sekitar lima puluhan (Widyastuti dkk, 2009).

b. Psikologi

Widyastuti dkk (2009) menjelaskan tentang perubahan kejiwaan pada masa remaja. Perubahan-perubahan yang berkaitan dengan kejiwaan pada remaja adalah perubahan emosi dan perkembangan intelegensia. Perubahan emosi dapat berupa kondisi:

- i. Sensitif atau peka misalnya mudah menangis, cemas, frustrasi, dan sebaliknya bisa tertawa tanpa alasan yang jelas. Utamanya sering terjadi pada remaja putri, lebih-lebih sebelum menstruasi.

- ii. Mudah bereaksi bahkan agresif terhadap gangguan atau rangsangan luar yang memengaruhinya. Itulah sebabnya mudah terjadi perkelahian. Suka mencari perhatian dan bertindak tanpa berpikir terlebih dahulu.
- iii. Ada kecenderungan tidak patuh pada orang tua, dan lebih senang pergi bersama dengan temannya daripada tinggal di rumah.

Perkembangan intelegensia menyebabkan remaja:

- i. Cenderung mengembangkan cara berpikir abstrak, suka memberikan kritik.
- ii. Cenderung ingin mengetahui hal-hal baru, sehingga muncul perilaku ingin mencoba-coba. Tetapi dari semua itu, proses perubahan kejiwaan tersebut berlangsung lebih lambat dibandingkan perubahan fisiknya.

c. Kognitif

Perkembangan kognitif adalah perubahan kemampuan mental seperti belajar, memori, menalar, berpikir, dan bahasa (Jahja, 2012). Menurut Piaget (dalam Santrock, 2001; dalam Jahja, 2012), seorang remaja termotivasi untuk memahami dunia karena perilaku adaptasi secara biologis mereka.

Dalam pandangan Piaget, remaja secara aktif membangun dunia kognitif mereka, di mana informasi yang didapatkan tidak langsung diterima begitu saja ke dalam skema kognitif mereka. Remaja telah mampu membedakan antara hal-hal atau ide-ide yang lebih penting dibanding ide lainnya, lalu remaja juga mengembangkan ide-ide ini. Seorang remaja tidak saja mengorganisasikan apa yang dialami dan diamati, tetapi remaja mampu mengolah cara berpikir mereka sehingga memunculkan suatu ide baru.

Kekuatan pemikiran remaja yang sedang berkembang membuka cakrawala kognitif dan cakrawala sosial baru. Pemikiran mereka semakin abstrak (remaja berpikir lebih abstrak daripada anak-anak), logis (remaja mulai berpikir seperti ilmuwan, yang menyusun rencana-rencana untuk memecahkan masalah-masalah dan menguji secara sistematis pemecahan-pemecahan masalah), dan idealis (remaja sering berpikir tentang apa yang mungkin. Mereka berpikir tentang ciri-ciri ideal diri mereka sendiri, orang lain, dan dunia), lebih mampu menguji pemikiran diri sendiri, pemikiran orang lain, dan apa yang orang lain pikirkan tentang diri mereka; serta cenderung menginterpretasikan dan memantau dunia sosial (Santrock, 2002). Masa remaja awal merupakan masa transisi keluar dari masa kanak-kanak, menawarkan peluang untuk tumbuh, bukan hanya dalam dimensi fisik, tetapi juga dalam kompetensi kognitif dan sosial (Papalia dkk, 2008).

d. Emosi

Karena berada pada masa peralihan antara masa anak-anak dan masa dewasa, status remaja remaja agak kabur, baik bagi dirinya maupun bagi lingkungannya (Ali & Asrori, 2006). Masa remaja biasanya memiliki energi yang besar, emosi berkobar-kobar, sedangkan pengendalian diri belum sempurna. Remaja juga sering mengalami perasaan tidak aman, tidak tenang dan khawatir kesepian. Kualitas atau fluktuasi gejala yang tampak dalam tingkah laku itu sangat tergantung pada tingkat fluktuasi emosi yang ada pada individu tersebut. Dalam kehidupan sehari-hari sering kita lihat beberapa tingkah laku emosional, misalnya agresif, rasa takut yang berlebihan, sikap apatis, dan tingkah laku menyakiti diri, seperti melukai diri sendiri dan memukul-mukul kepala sendiri. Perubahan yang dapat memengaruhi perkembangan emosi remaja adalah sebagai berikut:

i. Perubahan jasmani

Perubahan jasmani yang ditunjukkan dengan adanya perubahan yang sangat cepat dari anggota tubuh. Pada taraf permulaan pertumbuhan ini hanya terbatas pada bagian-bagian tertentu saja yang mengakibatkan postur tubuh menjadi tidak seimbang. Ketidakseimbangan tubuh ini sering mempunyai akibat yang tak terduga pada perkembangan emosi remaja.

Tidak setiap remaja dapat menerima perubahan kondisi tubuh seperti itu, lebih-lebih jika perubahan tersebut menyangkut perubahan kulit yang menjadi kasar dan penuh jerawat. Hormon-hormon tertentu mulai berfungsi sejalan dengan perkembangan alat kelaminnya sehingga dapat menyebabkan rangsangan di dalam tubuh remaja dan seringkali menimbulkan masalah dalam perkembangan emosinya.

ii. Perubahan pola interaksi dengan orang tua

Pola asuh orang tua terhadap anak, termasuk remaja, sangat bervariasi. Ada yang pola asuhnya menurut apa yang dianggap terbaik oleh dirinya sendiri saja sehingga ada yang bersifat otoriter, memanjakan anak, acuh tak acuh, tetapi ada juga yang dengan penuh cinta kasih. Perbedaan pola asuh orang tua seperti ini dapat berpengaruh terhadap perbedaan perkembangan emosi remaja. Cara memberikan hukuman misalnya, kalau dulu anak dipukul karena nakal, pada masa remaja cara semacam itu justru dapat menimbulkan ketegangan yang lebih berat antara remaja dengan orang tuanya.

iii. Perubahan pola interaksi dengan teman sebaya

Remaja seringkali membangun interaksi sesama teman sebayanya secara khas dengan cara berkumpul untuk melakukan aktifitas bersama dengan membentuk semacam geng.

Interaksi antar anggota dalam suatu kelompok geng biasanya sangat intens serta memiliki kohesivitas dan solidaritas yang sangat tinggi. Pembentukan kelompok dalam bentuk geng seperti ini sebaiknya diusahakan terjadi pada masa remaja awal saja karena biasanya bertujuan positif, yaitu untuk memenuhi minat mereka bersama.

- iv. Perubahan pandangan luar
- v. Ada sejumlah pandangan dunia luar yang dapat menyebabkan konflik-konflik emosional dalam diri remaja, yaitu sebagai berikut:
 - Sikap dunia luar terhadap remaja sering tidak konsisten. Kadang-kadang mereka dianggap sudah dewasa, tetapi mereka tidak mendapat kebebasan penuh atau peran yang wajar sebagaimana orang dewasa. Seringkali mereka masih dianggap anak kecil sehingga menimbulkan kejengkelan pada diri remaja. Kejengkelan yang mendalam dapat berubah menjadi tingkah laku emosional.
 - Dunia luar atau masyarakat masih menerapkan nilai-nilai yang berbeda untuk remaja laki-laki dan perempuan. Kalau remaja laki-laki memiliki banyak teman perempuan, mereka mendapat predikat populer dan mendatangkan kebahagiaan.

Sebaliknya, apabila remaja putri mempunyai banyak teman laki-laki sering dianggap tidak baik atau bahkan mendapat predikat yang kurang baik. Penerapan nilai yang berbeda semacam ini jika tidak disertai dengan pemberian pengertian secara bijaksana dapat menyebabkan remaja bertingkah laku emosional.

vi. Seringkali kekosongan remaja dimanfaatkan oleh pihak luar yang tidak bertanggung jawab, yaitu dengan cara melibatkan remaja tersebut ke dalam kegiatan-kegiatan yang merusak dirinya dan melanggar nilai-nilai moral.

vii. Perubahan interaksi dengan sekolah

Pada masa anak-anak, sebelum menginjak masa remaja, sekolah merupakan tempat pendidikan yang diidealkan oleh mereka. Para guru merupakan tokoh yang sangat penting dalam kehidupan mereka karena selain tokoh intelektual, guru juga merupakan tokoh otoritas bagi para peserta didiknya. Oleh karena itu, tidak jarang anak-anak lebih percaya, lebih patuh, bahkan lebih takut kepada guru daripada kepada orang tuanya. Posisi guru semacam ini sangat strategis apabila digunakan untuk pengembangan emosi anak melalui penyampaian materi-materi yang positif dan konstruktif.

2.4 *Pediatric Symptom Checklist (PSC)*

2.4.1 *Pengertian Pediatric Symptom Checklist (PSC)*

Pediatric symptom checklist (PSC) adalah alat untuk mendeteksi secara dini kelainan psikososial untuk mengenali adanya masalah emosional dan perilaku, didalamnya berisi beberapa pertanyaan tentang kondisi-kondisi perilaku anak yang dikelompokkan dalam 3 masalah yaitu atensi, internalisasi, dan eksternalis. Tujuan dilakukannya *screening* menggunakan PSC yaitu untuk memungkinkan orang tua untuk melakukan intervensi lebih awal dan dengan demikian untuk mencegah beberapa kondisi anak dari menjadi gangguan yang lebih serius. PSC dibagi kedalam dua versi, yaitu :

- a. PSC-17 yang diisi oleh orang tua untuk anak usia 4-16 tahun
- b. PSC-35 yang diisi sendiri oleh remaja (Youth-PSC) untuk remaja usia > 11 tahun (Jellinek *et al*, 1999).

2.4.2 *Penilaian PSC*

PSC terdiri dari 35 item yang dinilai "Tidak pernah," "Kadang-kadang," atau "Sering"

angka 0 = tidak pernah

angka 1 = kadang-kadang

angka 2 = sering

Skor total dihitung dari masing-masing 35 item. Untuk anak-anak dan remaja usia 6 sampai 16, titik potong skor PSC dari 28 atau lebih tinggi yang menunjukkan gangguan psikologis. Untuk anak-anak usia 4 dan 5 tahun, titik potong skor PSC adalah 24 atau lebih tinggi. Titik potong untuk Y-PSC adalah 30 atau lebih tinggi item yang dibiarkan kosong begitu saja diabaikan (yaitu, skor sama dengan 0). Jika empat item atau lebih yang dibiarkan kosong, kuesioner dianggap tidak valid. Nilai positif pada PSC menunjukkan perlunya evaluasi lebih lanjut dengan kesehatan yang berkualitas atau profesional kesehatan mental (Jellinek *et al*, 1999).

2.5 Hubungan Obesitas dengan Perilaku pada Remaja

Perkembangan seorang individu dimulai pada masa remaja. Bagi sebagian orang, masa remaja merupakan masa yang penting dalam hidupnya. Pada masa ini individu tidak lagi termasuk anak-anak, namun tidak pula termasuk dewasa. Seperti yang dikatakan Erikson (dalam Hjelle & Ziegler, 1992) masa remaja adalah masa pencarian identitas dimana seorang remaja harus membentuk citra diri yang positif bagi dirinya dan dapat diterima oleh orang lain. Tugas-tugas perkembangan pada remaja bermacam-macam, salah satu aspek yang cukup menonjol adalah perkembangan fisik yang akan terus berlanjut hingga mencapai kematangan. Penerimaan dan penolakan terhadap perkembangan fisik sangat dipengaruhi oleh bagaimana remaja tersebut memahami dirinya. Pada remaja khususnya, perubahan fisik akan lebih terlihat sehingga diperlukan pemahaman yang sehat terhadap dirinya sendiri.

Brook mengatakan bahwa konsep diri merupakan persepsi mengenai dirinya sendiri, baik yang bersifat fisik, sosial maupun psikologis yang diperoleh melalui pengalaman individu dalam interaksi dengan orang lain. Bagi remaja penilaian kelompok merupakan penting dalam kehidupannya. Respon tersebut akan menjadi dasar bagi seorang remaja dalam memberikan gambaran tentang dirinya. Obesitas merupakan suatu hal yang banyak terjadi pada remaja, karena sangat mudahnya mereka mendapatkan menu makanan yang memiliki kadar karbohidrat dan lemak yang tinggi.

Peningkatan obesitas terjadi karena perubahan pola hidup, pola makan dan gaya hidup. Pola makan pada masa praremaja harus diwaspadai untuk meredam kasus obesitas dikalangan remaja, karena pada saat ini terjadi perubahan banyak ragam gaya hidup, perilaku, juga pola makan. Pada praremaja masalah pemilihan makanan tidak lagi didasarkan pada kandungan gizinya tetapi lebih banyak sekedar sosialisasi dengan teman sebayanya, untuk kesenangan dan agar tidak kehilangan status. Pada masa ini pengaruh teman sebaya lebih menonjol dari pada peran keluarga (Khomsan, 2003).

Praremaja lebih mudah menerima pengaruh globalisasi, pengaruh pola makan “kebarat-baratan” (eropa) dengan tinggi lemak, tinggi kalori dan rendah serat menjadi makanan yang menarik. Melihat sifat praremaja suka mencaoba gaya hidup baru termasuk pola makan. Kehadiran *fast food* dalam industri makanan di Indonesia memengaruhi pola makan. Restoran *fast food* menjadi tempat yang santai bagi kalangan menengah keatas (Khomsan, 2003).

Menurut data Riskesdas tahun 2010 prevalensi nasional gemuk pada usia 13-15 tahun adalah 2,5%. Secara nasional, prevalensi kegemukan pada remaja usia 16-18 tahun sebesar 1,4%. Prevalensi kegemukan secara nasional pada remaja usia 16-18 tahun meningkat di tahun 2013. Dari data Riskesdas tahun 2013, prevalensi gemuk nasional pada remaja usia 16-18 tahun sebanyak 7,3% (5,7% overweight dan 1,6% obesitas) (Kemenkes, 2013).

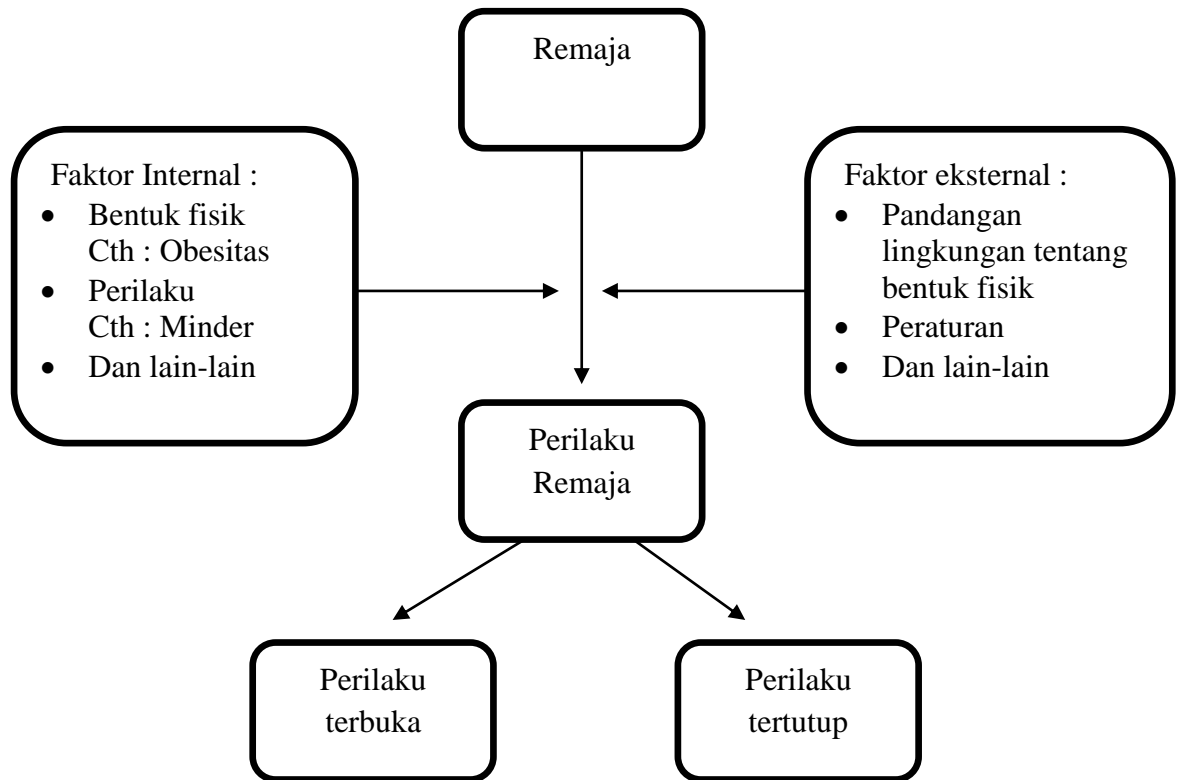
Menurut Kaplan dkk (1993) obesitas atau kegemukan adalah kondisi dimana seseorang memiliki lemak tubuh dalam jumlah yang berlebih. Banyaknya asupan makanan yang memiliki kadar karbohidrat dan lemak yang memiliki kadar yang dibutuhkan oleh tubuh maka dapat menyebabkan kondisi obesitas. Obesitas itu sendiri memiliki efek terhadap diri seorang remaja dalam berinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Remaja yang mengalami obesitas memiliki pandangan berbeda-beda terhadap dirinya. Kehidupan sosial dan interaksi dengan orang lain akan memengaruhi bagaimana seorang remaja mengalami obesitas memahami dan mempersepsikan dirinya.

2.6 SMP 4 Bandar Lampung

SMP Negeri 4 Bandar Lampung terletak di jalan H.O.S Cokroaminoto no 93, Bandar Lampung, Indonesia. SMP 4 Bandar Lampung memiliki jumlah total siswa 965 siswa/siswi, terdiri dari kelas 7,8 dan 9 yang memiliki rata-rata siswi perempuan lebih banyak dari pada siswa laki-laki. Laki-laki sebanyak 408 orang sedangkan perempuan 557 orang.

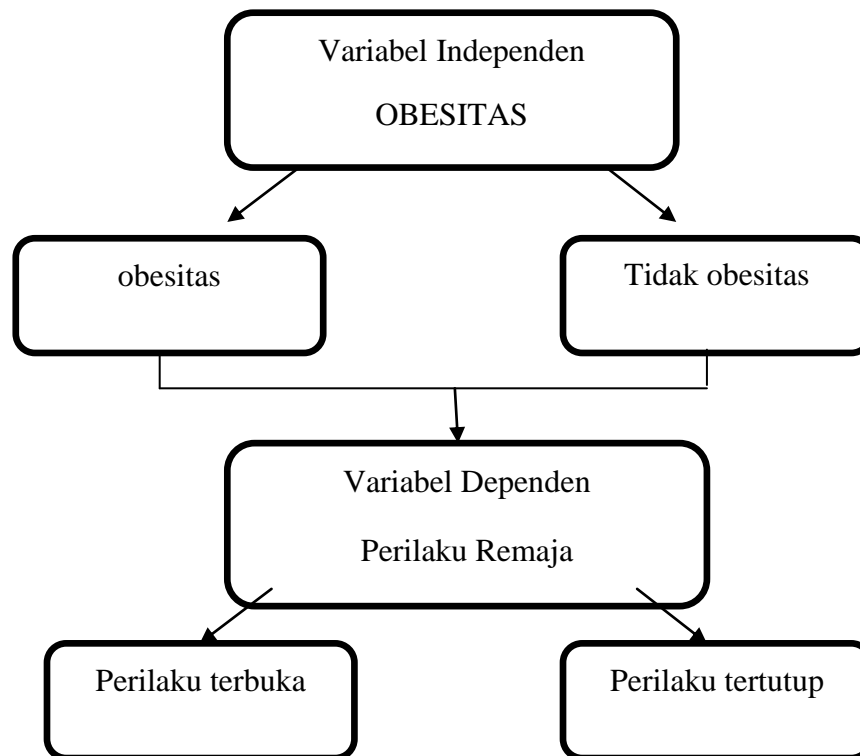
Khusus kelas 8 terdiri dari 12 kelas mulai dari kelas A-L yang memiliki jumlah siswa/siswi 356 dan memiliki rata-rata 30 siswa/siswi dalam satu kelas. Tetapi dalam penelitian saya hanya meneliti 4 kelas di kelas 8 yang saya buat contoh dan responden dalam penelitian saya yaitu kelas A,B,C,D. Menurut pustaka sekolah, kelas tersebut merupakan kelas unggulan di kelas 8. Saya meneliti di SMP karena tingkat ekonomi SMP 4 sangat cukup dan saya mengambil kelas 8 karena kelas tersebut berusia 14-16 tahun yaitu usia anak mulai rentan dengan berat yang lebih dan dapat menimbulkan perilaku-perilaku yang biasanya negatif.

2.7 Kerangka teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

2.8 Kerangka Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka penelitian

2.9 Hipotesis

H1 : Terdapat hubungan antara obesitas dengan perilaku pada remaja di SMP

Negeri 4 Bandar Lampung

H0 : Tidak terdapat hubungan antara obesitas dengan perilaku pada remaja di

SMP Negeri 4 Bandar Lampung

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku

2.1.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau stimulus (Depdiknas, 2005). Pandangan biologis perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Robert Kwick menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari, sedangkan Skinner merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus/rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya organisme, kemudian organisme tersebut merespon, maka teori ini disebut “SOR” atau (stimulus-organisme-respon) (Notoatmodjo, 2003).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2003), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu perilaku tertutup dan terbuka. Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup.

Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas. Perilaku terbuka adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek yang dengan mudah dapat diamati atau dengan mudah dipelajari (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2003), bentuk operasional dari perilaku dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis yaitu:

- a. Perilaku dalam bentuk pengetahuan, yaitu dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar.
- b. Perilaku dalam bentuk sikap yaitu tanggapan psikologis terhadap keadaan atau rangsangan dari luar. Dalam hal ini lingkungan berperan dalam membentuk perilaku manusia yang ada di dalamnya. Lingkungan terdiri dari:
 - i. Lingkungan pertama adalah lingkungan alam yang bersifat fisik dan akan mencetak perilaku manusia sesuai dengan sifat dan keadaan alam tersebut.
 - ii. Lingkungan yang kedua adalah lingkungan sosial budaya yang bersifat non fisik tetapi mempunyai pengaruh yang kuat terhadap pembentukan perilaku manusia.
- c. Perilaku dalam bentuk tindakan yang sudah konkrit, yakni berupa perbuatan terhadap situasi atau rangsangan dari luar.

Klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behaviour*) menurut Becker dalam Notoatmodjo (2003) sebagai berikut:

- a. Perilaku kesehatan, yaitu tindakan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- b. Perilaku sakit, yakni segala tindakan seseorang yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya termasuk juga pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, serta usaha mencegah penyakit tersebut.
- c. Perilaku peran sakit, yakni segala tindakan seseorang yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan.

2.1.3 Faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003), faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu:

- a. Faktor internal

Faktor yang berada dalam diri individu itu sendiri yaitu berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan sebagainya untuk mengolah pengaruh-pengaruh dari luar. Motivasi merupakan penggerak perilaku, hubungan antara kedua konstruksi ini cukup kompleks, antara lain:

- i. Motivasi yang sama dapat saja menggerakkan perilaku yang berbeda demikian pula perilaku yang sama dapat saja diarahkan oleh motivasi yang berbeda.

- ii. Motivasi mengarahkan perilaku pada tujuan tertentu.
 - iii. Penguatan positif/*positive reinforcement* menyebabkan satu perilaku tertentu cenderung untuk diulang kembali.
 - iv. Kekuatan perilaku dapat melemah akibat dari perbuatan itu bersifat tidak menyenangkan.
- b. Faktor eksternal
- Faktor yang berada diluar individu yang bersangkutan yang meliputi objek, orang, kelompok dan hasil-hasil kebudayaan yang disajikan sasaran dalam mewujudkan bentuk perilakunya.

Faktor yang mempengaruhi perilaku adalah menurut Lawrence Green (2006) antara lain:

- a. Faktor predisposisi
- Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.
- b. Faktor pemungkin
- Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat.

c. Faktor penguat

Faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama dan perilaku petugas termasuk petugas kesehatan, suami dalam memberikan dukungannya kepada ibu primipara dalam merawat bayi baru lahir.

2.1.4 Domain Perilaku

Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Bloom membagi perilaku dalam tiga domain yaitu terdiri dari domain kognitif, domain afektif dan domain psikomotor. Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk pengukuran hasil maka ketiga domain ini diukur dari pengetahuan, sikap dan tindakan (Notoatmodjo,2003). Tetapi dalam penelitian ini peneliti hanya meneliti domain kognitif dan domain psikomotor.

a. Pengetahuan (kognitif)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan suatu domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang. Suatu penelitian mengatakan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan mampu bertahan lama daripada yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Sebelum orang berperilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yang dimulai dari kesadaran adanya stimulus kemudian ada rasa tertarik. Setelah itu terjadi pertimbangan dalam batin bagaimana dampak negatif positif dari stimulus. Hasil pemikiran yang positif akan membawa subyek untuk memulai mencoba dan akhirnya dalam dirinya sudah terbentuk suatu perilaku baru. Adopsi perilaku yang didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif terhadap stimulus akan membentuk perilaku baru yang mampu bertahan lama. Domain kognitif pengetahuan dibagi menjadi enam tingkatan yaitu:

i. Tahu

Adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tingkat tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang telah dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, menyatakan dan sebagainya.

ii. Memahami

Adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Kata kerja yang biasa dipakai menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan terhadap suatu objek dan sebagainya.

iii. Aplikasi

Adalah sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah.

iv. Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Misalnya dapat menggambarkan atau membuat bagan, membedakan, mengelompokkan dan sebagainya.

v. Sintetis

Sintetis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian informasi sebagai suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

vi. Evaluasi

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang telah ada.

b. Tindakan (*practice*)

Tindakan atau praktek adalah respon atau reaksi konkret seseorang terhadap stimulus atau objek. Respon ini sudah dalam bentuk tindakan yang melibatkan aspek psikomotor atau seseorang telah mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapi. Tindakan atau perilaku kesehatan terjadi setelah seseorang mengetahui stimulus kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui dan memberikan respon batin dalam bentuk sikap. Proses selanjutnya diharapkan subjek akan melaksanakan apa yang diketahui atau disikapinya (Notoatmodjo,2003).

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk terbentuknya sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Disamping fasilitas juga diperlukan dukungan dari pihak lain. Adapun tingkatan-tingkatan dalam tindakan atau praktek adalah:

i. Persepsi

Adalah mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

ii. Respon terpimpin

Adalah dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat kedua.

iii. Mekanisme

Adalah apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

iv. Adopsi

Adalahsuatupraktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.2 Obesitas

2.2.1 Pengertian Obesitas

Obesitas adalah kelebihan lemak dalam tubuh, yang umumnya ditimbun dalam jaringan subkutan (bawah kulit), sekitar organ tubuh dan kadang terjadi perluasan ke dalam jaringan organnya (Misnadierly, 2007). Obesitas merupakan keadaan yang menunjukkan ketidakseimbangan antara tinggi dan berat badan akibat jaringan lemak dalam tubuh sehingga terjadi kelebihan berat badan yang melampaui ukuran ideal (Sumanto, 2009).

Terjadinya obesitas lebih ditentukan oleh terlalu banyaknya makan, terlalu sedikitnya aktivitas atau latihan fisik, maupun keduanya. Dengan demikian tiap orang perlu memperhatikan banyaknya masukan makanan (d disesuaikan dengan kebutuhan tenaga sehari-hari) dan aktivitas fisik yang dilakukan. Perhatian lebih besar mengenai kedua hal ini terutama diperlukan bagi mereka yang kebetulan berasal dari keluarga obesitas, berjenis kelamin wanita, pekerjaan banyak duduk, tidak senang melakukan olahraga, serta emosionalnya labil (Misnadierly, 2007).

2.2.2 Penentuan Obesitas

Keadaan obesitas ditentukan dengan mengklasifikasikan status gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT), seperti pada tabel 2.1 Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan rumus matematis yang berkaitan dengan lemak tubuh orang dewasa, dan dinyatakan sebagai berat badan dalam kilogram dibagi dengan kwadrat tinggi badan dalam ukuran meter (Arisman,2007).

Rumus menentukan IMT :

$$IMT = \frac{BB}{TB^2}$$

Tabel 2.1 Klasifikasi status gizi berdasarkan IMT

Status Gizi	IMT
KKP I	< 16
KKP II	16,0 –16,9
KKP III	17,0 –18,4
Normal	18,5 –24,9
Obesitas I	25,0 –29,9
Obesitas II	30,0 –40,0
Obesitas III	>40

Sumber: Arisman, 2007

2.2.3 Penyebab Obesitas

A Faktor secara langsung

a. Genetik

Adapun yang dimaksud faktor genetik adalah keturunan yang berasal dari orang tua. Pengaruh tersebut sebenarnya belum terlalu jelas sebagai penyebab kegemukan. Namun demikian, ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa faktor genetik merupakan faktor penguat terjadinya kegemukan (Purwati, 2001). Menurut penelitian, anak-anak dari orang tua yang mempunyai berat badan normal ternyata mempunyai 10 % resiko kegemukan. Bila salah satu orang tuanya menderita kegemukan, maka peluang itu meningkat menjadi 40 –50 %. Dan bila kedua orang tuanya menderita kegemukan maka peluang faktor keturunan menjadi 70–80% (Purwati, 2001).

b. Hormonal

Pada wanita yang telah mengalami menopause, fungsi hormone tiroid didalam tubuhnya akan menurun. Oleh karena itu, kemampuan untuk menggunakan energi akan berkurang. Terlebih lagi pada usia ini juga terjadi penurunan metabolisme basal tubuh, sehingga mempunyai kecenderungan untuk meningkat berat badannya (Wirakusumah, 1997).

Selain hormon tiroid, hormone insulin juga dapat menyebabkan kegemukan karena hormone insulin mempunyai peranan dalam menyalurkan energi kedalam sel-sel tubuh. Orang yang mengalami peningkatan hormone insulin, maka timbunan lemak didalam tubuhnyaapun akan meningkat. Hormon lainnya yang berpengaruh adalah hormone leptin yang dihasilkan oleh kelenjar pituitary, sebab hormone ini berfungsi sebagai pengatur metabolisme dan nafsu makan serta fungsi hipotalmus yang abnormal, yang menyebabkan hiperfagia (Purwati, 2001).

c. Obat-obatan

Saat ini sudah terdapat beberapa obat yang dapat merangsang pusat lapar didalam tubuh. Sehingga orang yang mengkonsumsi obat-obatan tersebut, nafsu makannya akan meningkat, apalagi jika dikonsumsi dalam waktu yang relative lama, seperti dalam keadaan penyembuhan suatu penyakit, maka hal ini akan memicu terjadinya kegemukan (Purwati, 2001).

d. Asupan makanan

Asupan makanan adalah banyaknya makanan yang dikonsumsi seseorang. Asupan energi yang berlebih secara kronis akan menimbulkan kenaikan berat badan, berat badan lebih (over weight), dan obesitas. Makanan dengan kepadatan Energi yang tinggi (banyak mengandung lemak dan gula yang ditambahkan dan kurang mengandung serat) turut menyebabkan sebagian besar keseimbangan energi yang positif ini (Gibney, 2009).

Perlu diyakini bahwa obesitas hanya mungkin terjadi jika terdapat kelebihan makanan dalam tubuh, terutama bahan makanan sumber energi (Moehyi, 1997). Ada tiga hal yang mempengaruhi asupan makan, yaitu kebiasaan makan, pengetahuan, dan ketersediaan makanan dalam keluarga. Kebiasaan makan berkaitan dengan makanan menurut tradisisetempat, meliputi hal-hal bagaimana makanan diperoleh, apa yang dipilih, bagaimana menyiapkan, siapa yang memakan, dan seberapa banyak yang dimakan. Ketersediaan pangan juga mempengaruhi asupan makan, semakin baik ketersediaan pangan suatu keluarga, memungkinkan terpenuhinya seluruh kebutuhan zat gizi (Soekirman, 2000).

Ketersediaan pangan sangat dipengaruhi oleh pemberdayaan keluarga dan pemanfaatan sumberdaya masyarakat. Sedangkan kedua hal tersebut sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan kemiskinan. Kecukupan gizi menurut Recommended dietary Allowanie (RDA) tahun 1989 adalah banyaknya zat gizi yang harus terpenuhi dari makanan mencakup hampir semua orang sehat. Kecukupan gizi dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, aktifitas, berat badan, tinggi badan, genetic, dan keadaan hamil dan menyusui. Kecukupan gizi yang dianjurkan berbeda dengan kebutuhan gizi (Almatsier, 2005).

Kebutuhan energi total untuk orang dewasa diperlukan untuk metabolisme basal, aktivitas fisik, dan efek makanan atau pengaruh dinamik khusus (SDA). Kebutuhan energi terbesar diperlukan untuk metabolisme basal (Almatsier, 2005). Angka kecukupan protein (AKP) orang dewasa menurut hasil penelitian keseimbangan nitrogen yaitu 0,75 gr/kg berat badan, berupa protein patokan tinggi yaitu protein telur. Angka ini dinamakan safe level of intake atau taraf asupan terjamin (Almatsier, 2005).

e. Aktivitas fisik

Obesitas juga dapat terjadi bukan hanya karena makan yang berlebihan, tetapi juga dikarenakan aktivitas fisik yang berkurang sehingga terjadi kelebihan energi. Beberapa hal yang mempengaruhi berkurangnya aktivitas fisik antara lain adanya berbagai fasilitas yang memberikan berbagai kemudahan yang menyebabkan aktivitas fisik menurun seperti kemajuan teknologi diberbagai bidang kehidupan yang mendorong masyarakat untuk menempuh kehidupan yang tidak memerlukan kerja fisik yang berat. Hal ini menjadikan jumlah penduduk yang melakukan pekerjaan fisik sangat terbatas menjadi semakin banyak, sehingga obesitas menjadi lebih merupakan masalah kesehatan (Moehyi, 1997).

B Faktor secara tidak langsung

a. Pengetahuan gizi

Pengetahuan gizi memegang peranan penting dalam menggunakan pangan dengan baik sehingga dapat mencapai keadaan gizi yang cukup. Pengetahuan ibu dipengaruhi oleh pendidikannya. Tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki sangat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Dengan bekal pendidikan yang cukup, seseorang akan lebih banyak memperoleh informasi dalam menentukan pola makan bagi dirinya maupun keluarganya. Menurut Notoatmojo, pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman diri sendiri atau pengalaman orang lain. Pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi mempunyai hubungan yang erat dengan pendidikannya. Pengetahuan tidak hanya diperoleh melalui pendidikan formal, namun juga dari informasi orang lain, media massa atau dari hasil pengalaman orang lain.

b. Pengaturan makan

Hidangan gizi seimbang adalah makanan yang mengandung zat gizi tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur yang dikonsumsi seseorang dalam waktu satu hari sesuai dengan kecukupan tubuhnya (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Makanan sumber karbohidrat kompleks merupakan sumber energi utama. Bahan makanan sumber karbohidrat kompleks adalah padi-padian (beras, jagung, gandum), umbi-umbian (singkong, ubi jalar dan kentang), serta bahan makanan lain yang mengandung banyak karbohidrat seperti pisang dan sagu. Gula tidak mengenyangkan tetapi cenderung dikonsumsi berlebih, konsumsi gula berlebihan menyebabkan kegemukan. Oleh karena itu konsumsi gula sebaiknya dibatasi sampai 5% dari jumlah kecukupan energi atau 3-4 sendok makan setiap harinya. Konsumsi zat tenaga yang melebihi kecukupan dapat mengakibatkan kenaikan berat badan, bila keadaan ini berlanjut akan menyebabkan obesitas yang biasanya disertai dengan gangguan kesehatan lainnya. Berat badan merupakan petunjuk utama apakah seseorang kekurangan atau kelebihan energi dari makanan. Obesitas dapat terjadi jika konsumsi makanan dalam tubuh melebihi kebutuhan dan penggunaan energi yang rendah (Almatsier, 2005).

2.3 Remaja

2.3.1 Pengertian Remaja

Masa remaja adalah masa transisi dalam rentang kehidupan manusia, menghubungkan masa kanak-kanak dan masa dewasa (Santrock, 2003).

Masa remaja disebut pula sebagai masa penghubung atau masa peralihan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Pada periode ini terjadi perubahan-perubahan besar dan esensial mengenai kematangan fungsi-fungsi rohaniyah dan jasmaniah, terutama fungsi seksual (Kartono, 1995). Remaja (*adolescence*) berasal dari bahasa Latin *adolescere* yang artinya “tumbuh atau tumbuh untuk mencapai kematangan”. Bangsa primitif dan orang-orang purbakala memandang masa puber dan masa remaja tidak berbeda dengan periode lain dalam rentang kehidupan. Anak dianggap sudah dewasa apabila sudah mampu mengadakan reproduksi (Ali & Asrori, 2006).

Masa remaja adalah masa peralihan, ketika individu tumbuh dari masa anak-anak menjadi individu yang memiliki kematangan. Pada masa tersebut, ada dua hal penting menyebabkan remaja melakukan pengendalian diri meliputi pertama, hal yang bersifat eksternal, yaitu adanya perubahan lingkungan, dan kedua adalah hal yang bersifat internal, yaitu karakteristik di dalam diri remaja yang membuat remaja relatif lebih bergejolak dibandingkan dengan masa perkembangan lainnya. Menurut Rice (dalam Gunarsa, 2004), masa remaja adalah masa transisi yang ditandai oleh adanya perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja antara usia 12-18 tahun merupakan suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia dan sering disebut masa pubertas. Masa remaja adalah periode peralihan dari masa anak ke masa dewasa (Widyastuti, Rahmawati, Purnamaningrum; 2009).

Pubertas ialah suatu periode di mana kematangan kerangka dan seksual terjadi secara pesat terutama pada awal masa remaja. Akan tetapi, pubertas bukanlah suatu peristiwa tunggal yang tiba-tiba terjadi. Pubertas adalah bagian dari suatu proses yang terjadi berangsur-angsur (gradual). Pubertas adalah periode dalam rentang perkembangan ketika anak-anak berubah dari makhluk aseksual menjadi makhluk seksual. Kata pubertas berasal dari kata latin yang berarti “usia kedewasaan”. Kata ini lebih menunjukkan pada perubahan fisik daripada perubahan perilaku yang terjadi pada saat individu secara seksual menjadi matang dan mampu memperbaiki keturunan (Santrock, 2002).

Santrock (2002) menambahkan bahwa kita dapat mengetahui kapan seorang anak muda mengawali masa pubertasnya, tetapi menentukan secara tepat permulaan dan akhirnya adalah sulit. WHO (*World Health Organization*) memberikan definisi tentang remaja yang lebih bersifat konseptual. Dalam definisi tersebut dikemukakan tiga kriteria, yaitu biologis, psikologis, dan sosial ekonomi, sehingga secara lengkap definisi tersebut berbunyi sebagai berikut. Remaja adalah suatu masa di mana:

- a. Individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual.
- b. Individu mengalami perkembangan psikologis dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa.

- c. Terjadi peralihan dari ketergantungan sosial-ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri (Muangman dalam Sarwono, 2010).

Tahapan perkembangan, remaja menempati posisi setelah masa anak dan sebelum masa dewasa. Adanya perubahan besar dalam tahap perkembangan remaja, baik perubahan fisik maupun perubahan psikis (pada perempuan setelah mengalami menarche dan pada laki-laki setelah mengalami mimpi basah) menyebabkan masa remaja relatif bergejolak dibandingkan dengan masa perkembangan lainnya. Hal ini menyebabkan masa remaja menjadi penting untuk diperhatikan (Sarwono, 2010).

2.3.2 Batasan Usia Remaja

Berdasarkan tahapan perkembangan individu dari masa bayi hingga masa tua akhir, masa remaja dibagi menjadi tiga tahapan yaitu masa remaja awal, masa remaja pertengahan dan masa remaja akhir. Menurut Erickson, kriteria usia masa remaja awal adalah 12 -14 tahun dan pada masa remaja pertengahan adalah 14-16 tahun, sedangkan pada masa remaja akhir adalah 16-18 tahun. Kriteria usia masa remaja pertengahan pada perempuan yaitu 15-18 tahun dan pada laki-laki yaitu 17-19 tahun (Thalib, 2010).

Jahja (2012) menambahkan, karena laki-laki mengalami kematangan lebih lambat daripada perempuan, maka laki-laki mengalami periode awal masa remaja yang lebih singkat, meskipun pada usia 18 tahun ia telah dianggap dewasa seperti halnya anak perempuan. Akibatnya, seringkali laki-laki tampak kurang untuk usianya dibandingkan dengan perempuan. Namun adanya status yang lebih matang, sangat berbeda dengan perilaku remaja yang lebih muda.

2.3.3 Tugas Perkembangan Remaja

Hurlock menjelaskan bahwa semua tugas perkembangan pada masa remaja dipusatkan pada penanggulangan sikap dan pola perilaku yang kekanak-kanakan dan mengadakan persiapan untuk menghadapi masa dewasa. Tugas-tugas tersebut antara lain:

- a. Mencapai hubungan baru dan yang lebih matang dengan teman sebaya, baik pria maupun wanita.
- b. Mencapai peran sosial pria dan wanita.
- c. Menerima keadaan fisiknya dan menggunakan tubuhnya secara efektif.
- d. Mengharapkan dan mencapai perilaku sosial yang bertanggung jawab.
- e. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang-orang dewasa lainnya.
- f. Mempersiapkan karir ekonomi.
- g. Mempersiapkan perkawinan dan keluarga.

- h. Memperoleh perangkat nilai dan sistem etis sebagai pegangan untuk berperilaku mengembangkan ideologi.

Tugas perkembangan masa remaja difokuskan pada upaya meninggalkan sikap dan perilaku kekanak-kanakan serta berusaha untuk mencapai kemampuan bersikap dan berperilaku secara dewasa Ali & Asrori (2006). Tugas-tugas perkembangan masa remaja adalah berusaha:

- a. Mampu menerima keadaan fisiknya;
- b. Mampu menerima dan memahami peran seks usia dewasa;
- c. Mampu membina hubungan baik dengan anggota kelompok yang berlainan jenis;
- d. Mencapai kemandirian emosional;
- e. Mencapai kemandirian ekonomi;
- f. Mengembangkan konsep dan keterampilan intelektual yang sangat diperlukan untuk melakukan peran sebagai anggota masyarakat;
- g. Memahami dan menginternalisasikan nilai-nilai orang dewasa dan orang tua;
- h. Mengembangkan perilaku tanggung jawab sosial yang diperlukan untuk memasuki dunia dewasa;
- i. Mempersiapkan diri untuk memasuki perkawinan;
- j. Memahami dan mempersiapkan berbagai tanggung jawab kehidupan keluarga.

Jahja (2012) mengemukakan tugas-tugas perkembangan remaja adalah sebagai berikut:

- a. Menerima fisiknya sendiri berikut keragaman kualitasnya.
- b. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua atau figur-figur yang mempunyai otoritas.
- c. Mengembangkan keterampilan komunikasi interpersonal dan belajar bergaul dengan teman sebaya atau orang lain, baik secara individual maupun kelompok.
- d. Menemukan manusia model yang dijadikan identitasnya.
- e. Menerima dirinya sendiri dan memiliki kepercayaan terhadap kemampuannya sendiri.
- f. Memperkuat *self-control* (kemampuan mengendalikan diri) atas dasar skala nilai, psinsip-psinsip, atau falsafah hidup. (Weltanschauung).
- g. Mampu meninggalkan reaksi dan penyesuaian diri (sikap/perilaku) kekanak-kanakan.

Hurlock juga menjelaskan sebagian besar orang-orang primitif selama berabad-abad mengenal masa puber sebagai masa yang penting dalam rentang kehidupan setiap orang. Mereka sudah terbiasa mengamati berbagai upacara sehubungan dengan kenyataan bahwa dengan terjadinya perubahan-perubahan tubuh, anak yang melangkah dari masa kanak-kanak ke masa dewasa.

Setelah berhasil melampaui ujian-ujian yang merupakan bagian penting dari semua upacara pubertas, anak laki-laki dan anak perempuan memperoleh hak dan keistimewaan sebagai orang dewasa dan diharap memikul tanggung jawab yang mengiringi status orang dewasa (Notoadmojo, 2003).

2.3.4 Perkembangan Masa Remaja

a. Fisik

Papalia & Olds (dalam Jahja, 2012) menjelaskan bahwa perkembangan fisik adalah perubahan-perubahan pada tubuh, otak, kapasitas sensoris dan keterampilan motorik. Perubahan pada tubuh ditandai dengan penambahan tinggi dan berat tubuh, pertumbuhan tulang dan otot, dan kematangan organ seksual dan fungsi reproduksi. Tubuh remaja mulai beralih dari tubuh kanak-kanak menjadi tubuh orang dewasa yang cirinya ialah kematangan. Perubahan fisik otak strukturnya semakin sempurna untuk meningkatkan kemampuan kognitif. Pada masa remaja itu, terjadilah suatu pertumbuhan fisik yang cepat disertai banyak perubahan, termasuk di dalamnya pertumbuhan organ-organ reproduksi (organ seksual) sehingga tercapai kematangan yang ditunjukkan dengan kemampuan melaksanakan fungsi reproduksi.

Perubahan yang terjadi pada pertumbuhan tersebut diikuti munculnya tanda-tanda seks primer. Semua organ reproduksi wanita tumbuh selama masa puber. Namun tingkat kecepatan antara organ satu dan lainnya berbeda. Berat uterus pada anak usia 11 atau 12 tahun kira-kira 5,3 gram, pada usia 16 tahun rata-rata beratnya 43 gram. Sebagai tanda kematangan organ reproduksi pada perempuan adalah datangnya haid. Ini adalah permulaan dari serangkaian pengeluaran darah, lendir dan jaringan sel yang hancur dari uterus secara berkala, yang akan terjadi kira-kira setiap 28 hari. Hal ini berlangsung terus sampai menjelang masa menopause. Menopause bisa terjadi pada usia sekitar lima puluhan (Widyastuti dkk, 2009).

b. Psikologi

Widyastuti dkk (2009) menjelaskan tentang perubahan kejiwaan pada masa remaja. Perubahan-perubahan yang berkaitan dengan kejiwaan pada remaja adalah perubahan emosi dan perkembangan intelegensia. Perubahan emosi dapat berupa kondisi:

- i. Sensitif atau peka misalnya mudah menangis, cemas, frustrasi, dan sebaliknya bisa tertawa tanpa alasan yang jelas. Utamanya sering terjadi pada remaja putri, lebih-lebih sebelum menstruasi.

- ii. Mudah bereaksi bahkan agresif terhadap gangguan atau rangsangan luar yang mempengaruhinya. Itulah sebabnya mudah terjadi perkelahian. Suka mencari perhatian dan bertindak tanpa berpikir terlebih dahulu.
- iii. Ada kecenderungan tidak patuh pada orang tua, dan lebih senang pergi bersama dengan temannya daripada tinggal di rumah.

Perkembangan intelegensia menyebabkan remaja:

- i. Cenderung mengembangkan cara berpikir abstrak, suka memberikan kritik.
- ii. Cenderung ingin mengetahui hal-hal baru, sehingga muncul perilaku ingin mencoba-coba. Tetapi dari semua itu, proses perubahan kejiwaan tersebut berlangsung lebih lambat dibandingkan perubahan fisiknya.

c. Kognitif

Perkembangan kognitif adalah perubahan kemampuan mental seperti belajar, memori, menalar, berpikir, dan bahasa (Jahja, 2012). Menurut Piaget (dalam Santrock, 2001; dalam Jahja, 2012), seorang remaja termotivasi untuk memahami dunia karena perilaku adaptasi secara biologis mereka.

Dalam pandangan Piaget, remaja secara aktif membangun dunia kognitif mereka, di mana informasi yang didapatkan tidak langsung diterima begitu saja ke dalam skema kognitif mereka. Remaja telah mampu membedakan antara hal-hal atau ide-ide yang lebih penting dibanding ide lainnya, lalu remaja juga mengembangkan ide-ide ini. Seorang remaja tidak saja mengorganisasikan apa yang dialami dan diamati, tetapi remaja mampu mengolah cara berpikir mereka sehingga memunculkan suatu ide baru.

Kekuatan pemikiran remaja yang sedang berkembang membuka cakrawala kognitif dan cakrawala sosial baru. Pemikiran mereka semakin abstrak (remaja berpikir lebih abstrak daripada anak-anak), logis (remaja mulai berpikir seperti ilmuwan, yang menyusun rencana-rencana untuk memecahkan masalah-masalah dan menguji secara sistematis pemecahan-pemecahan masalah), dan idealis (remaja sering berpikir tentang apa yang mungkin. Mereka berpikir tentang ciri-ciri ideal diri mereka sendiri, orang lain, dan dunia), lebih mampu menguji pemikiran diri sendiri, pemikiran orang lain, dan apa yang orang lain pikirkan tentang diri mereka; serta cenderung menginterpretasikan dan memantau dunia sosial (Santrock, 2002). Masa remaja awal merupakan masa transisi keluar dari masa kanak-kanak, menawarkan peluang untuk tumbuh, bukan hanya dalam dimensi fisik, tetapi juga dalam kompetensi kognitif dan sosial (Papalia dkk, 2008).

d. Emosi

Karena berada pada masa peralihan antara masa anak-anak dan masa dewasa, status remaja remaja agak kabur, baik bagi dirinya maupun bagi lingkungannya (Ali & Asrori, 2006). Masa remaja biasanya memiliki energi yang besar, emosi berkobar-kobar, sedangkan pengendalian diri belum sempurna. Remaja juga sering mengalami perasaan tidak aman, tidak tenang dan khawatir kesepian. Kualitas atau fluktuasi gejala yang tampak dalam tingkah laku itu sangat tergantung pada tingkat fluktuasi emosi yang ada pada individu tersebut. Dalam kehidupan sehari-hari sering kita lihat beberapa tingkah laku emosional, misalnya agresif, rasa takut yang berlebihan, sikap apatis, dan tingkah laku menyakiti diri, seperti melukai diri sendiri dan memukul-mukul kepala sendiri. Perubahan yang dapat mempengaruhi perkembangan emosi remaja adalah sebagai berikut:

i. Perubahan jasmani

Perubahan jasmani yang ditunjukkan dengan adanya perubahan yang sangat cepat dari anggota tubuh. Pada taraf permulaan pertumbuhan ini hanya terbatas pada bagian-bagian tertentu saja yang mengakibatkan postur tubuh menjadi tidak seimbang. Ketidakseimbangan tubuh ini sering mempunyai akibat yang tak terduga pada perkembangan emosi remaja.

Tidak setiap remaja dapat menerima perubahan kondisi tubuh seperti itu, lebih-lebih jika perubahan tersebut menyangkut perubahan kulit yang menjadi kasar dan penuh jerawat. Hormon-hormon tertentu mulai berfungsi sejalan dengan perkembangan alat kelaminnya sehingga dapat menyebabkan rangsangan di dalam tubuh remaja dan seringkali menimbulkan masalah dalam perkembangan emosinya.

ii. Perubahan pola interaksi dengan orang tua

Pola asuh orang tua terhadap anak, termasuk remaja, sangat bervariasi. Ada yang pola asuhnya menurut apa yang dianggap terbaik oleh dirinya sendiri saja sehingga ada yang bersifat otoriter, memanjakan anak, acuh tak acuh, tetapi ada juga yang dengan penuh cinta kasih. Perbedaan pola asuh orang tua seperti ini dapat berpengaruh terhadap perbedaan perkembangan emosi remaja. Cara memberikan hukuman misalnya, kalau dulu anak dipukul karena nakal, pada masa remaja cara semacam itu justru dapat menimbulkan ketegangan yang lebih berat antara remaja dengan orang tuanya.

iii. Perubahan pola interaksi dengan teman sebaya

Remaja seringkali membangun interaksi sesama teman sebayanya secara khas dengan cara berkumpul untuk melakukan aktifitas bersama dengan membentuk semacam geng.

Interaksi antar anggota dalam suatu kelompok geng biasanya sangat intens serta memiliki kohesivitas dan solidaritas yang sangat tinggi. Pembentukan kelompok dalam bentuk geng seperti ini sebaiknya diusahakan terjadi pada masa remaja awal saja karena biasanya bertujuan positif, yaitu untuk memenuhi minat mereka bersama.

- iv. Perubahan pandangan luar
- v. Ada sejumlah pandangan dunia luar yang dapat menyebabkan konflik-konflik emosional dalam diri remaja, yaitu sebagai berikut:
 - Sikap dunia luar terhadap remaja sering tidak konsisten. Kadang-kadang mereka dianggap sudah dewasa, tetapi mereka tidak mendapat kebebasan penuh atau peran yang wajar sebagaimana orang dewasa. Seringkali mereka masih dianggap anak kecil sehingga menimbulkan kejengkelan pada diri remaja. Kejengkelan yang mendalam dapat berubah menjadi tingkah laku emosional.
 - Dunia luar atau masyarakat masih menerapkan nilai-nilai yang berbeda untuk remaja laki-laki dan perempuan. Kalau remaja laki-laki memiliki banyak teman perempuan, mereka mendapat predikat populer dan mendatangkan kebahagiaan.

Sebaliknya, apabila remaja putri mempunyai banyak teman laki-laki sering dianggap tidak baik atau bahkan mendapat predikat yang kurang baik. Penerapan nilai yang berbeda semacam ini jika tidak disertai dengan pemberian pengertian secara bijaksana dapat menyebabkan remaja bertingkah laku emosional.

vi. Seringkali kekosongan remaja dimanfaatkan oleh pihak luar yang tidak bertanggung jawab, yaitu dengan cara melibatkan remaja tersebut ke dalam kegiatan-kegiatan yang merusak dirinya dan melanggar nilai-nilai moral.

vii. Perubahan interaksi dengan sekolah

Pada masa anak-anak, sebelum menginjak masa remaja, sekolah merupakan tempat pendidikan yang diidealkan oleh mereka. Para guru merupakan tokoh yang sangat penting dalam kehidupan mereka karena selain tokoh intelektual, guru juga merupakan tokoh otoritas bagi para peserta didiknya. Oleh karena itu, tidak jarang anak-anak lebih percaya, lebih patuh, bahkan lebih takut kepada guru daripada kepada orang tuanya. Posisi guru semacam ini sangat strategis apabila digunakan untuk pengembangan emosi anak melalui penyampaian materi-materi yang positif dan konstruktif.

2.4 *Pediatric Symptom Checklist (PSC)*

2.4.1 *Pengertian Pediatric Symptom Checklist (PSC)*

Pediatric symptom checklist (PSC) adalah alat untuk mendeteksi secara dini kelainan psikososial untuk mengenali adanya masalah emosional dan perilaku, didalamnya berisi beberapa pertanyaan tentang kondisi-kondisi perilaku anak yang dikelompokkan dalam 3 masalah yaitu atensi, internalisasi, dan eksternalis. Tujuan dilakukannya *screening* menggunakan PSC yaitu untuk memungkinkan orang tua untuk melakukan intervensi lebih awal dan dengan demikian untuk mencegah beberapa kondisi anak dari menjadi gangguan yang lebih serius. PSC dibagi kedalam dua versi, yaitu :

- a. PSC-17 yang diisi oleh orang tua untuk anak usia 4-16 tahun
- b. PSC-35 yang diisi sendiri oleh remaja (Youth-PSC) untuk remaja usia > 11 tahun (Jellinek *et al*, 1999).

2.4.2 *Penilaian PSC*

PSC terdiri dari 35 item yang dinilai "Tidak pernah," "Kadang-kadang," atau "Sering"

angka 0 = tidak pernah

angka 1 = kadang-kadang

angka 2 = sering

Skor total dihitung dari masing-masing 35 item. Untuk anak-anak dan remaja usia 6 sampai 16, titik potong skor PSC dari 28 atau lebih tinggi yang menunjukkan gangguan psikologis. Untuk anak-anak usia 4 dan 5 tahun, titik potong skor PSC adalah 24 atau lebih tinggi. Titik potong untuk Y-PSC adalah 30 atau lebih tinggi. Item yang dibiarkan kosong begitu saja diabaikan (yaitu, skor sama dengan 0). Jika empat item atau lebih yang dibiarkan kosong, kuesioner dianggap tidak valid. Nilai positif pada PSC menunjukkan perlunya evaluasi lebih lanjut dengan kesehatan yang berkualitas atau profesional kesehatan mental (Jellinek *et al*, 1999).

2.5 Hubungan Obesitas dengan Perilaku pada Remaja

Perkembangan seorang individu dimulai pada masa remaja. Bagi sebagian orang, masa remaja merupakan masa yang penting dalam hidupnya. Pada masa ini individu tidak lagi termasuk anak-anak, namun tidak pula termasuk dewasa. Seperti yang dikatakan Erikson (dalam Hjelle & Ziegler, 1992) masa remaja adalah masa pencarian identitas dimana seorang remaja harus membentuk citra diri yang positif bagi dirinya dan dapat diterima oleh orang lain. Tugas-tugas perkembangan pada remaja bermacam-macam, salah satu aspek yang cukup menonjol adalah perkembangan fisik yang akan terus berlanjut hingga mencapai kematangan. Penerimaan dan penolakan terhadap perkembangan fisik sangat dipengaruhi oleh bagaimana remaja tersebut memahami dirinya. Pada remaja khususnya, perubahan fisik akan lebih terlihat sehingga diperlukan pemahaman yang sehat terhadap dirinya sendiri.

Brook mengatakan bahwa konsep diri merupakan persepsi mengenai dirinya sendiri, baik yang bersifat fisik, sosial maupun psikologis yang diperoleh melalui pengalaman individu dalam interaksi dengan orang lain. Bagi remaja penilaian kelompok merupakan penting dalam kehidupannya. Respon tersebut akan menjadi dasar bagi seorang remaja dalam memberikan gambaran tentang dirinya. Obesitas merupakan suatu hal yang banyak terjadi pada remaja, karena sangat mudahnya mereka mendapatkan menu makanan yang memiliki kadar karbohidrat dan lemak yang tinggi.

Peningkatan obesitas terjadi karena perubahan pola hidup, pola makan dan gaya hidup. Pola makan pada masa praremaja harus diwaspadai untuk meredam kasus obesitas dikalangan remaja, karena pada saat ini terjadi perubahan banyak ragam gaya hidup, perilaku, juga pola makan. Pada praremaja masalah pemilihan makanan tidak lagi didasarkan pada kandungan gizinya tetapi lebih banyak sekedar sosialisasi dengan teman sebayanya, untuk kesenangan dan agar tidak kehilangan status. Pada masa ini pengaruh teman sebaya lebih menonjol dari pada peran keluarga (Khomsan,2003).

Praremaja lebih mudah menerima pengaruh globalisasi, pengaruh pola makan “kebarat-baratan” (eropa) dengan tinggi lemak, tinggi kalori dan rendah serat menjadi makanan yang menarik. Melihat sifat praremaja suka mencaoba gaya hidup baru termasuk pola makan. Kehadiran fast food dalam industri makanan di Indonesia mempengaruhi pola makan. Restoran fast food menjadi tempat yang santai bagi kalangan menengah keatas (Khomsan,2003).

Menurut data Riskesdas tahun 2010 prevalensi nasional gemuk pada usia 13-15 tahun adalah 2,5%. Secara nasional, prevalensi kegemukan pada remaja usia 16-18 tahun sebesar 1,4%. Prevalensi kegemukan secara nasional pada remaja usia 16-18 tahun meningkat di tahun 2013. Dari data Riskesdas tahun 2013, prevalensi gemuk nasional pada remaja usia 16-18 tahun sebanyak 7,3% (5,7% overweight dan 1,6% obesitas) (Kemenkes, 2013).

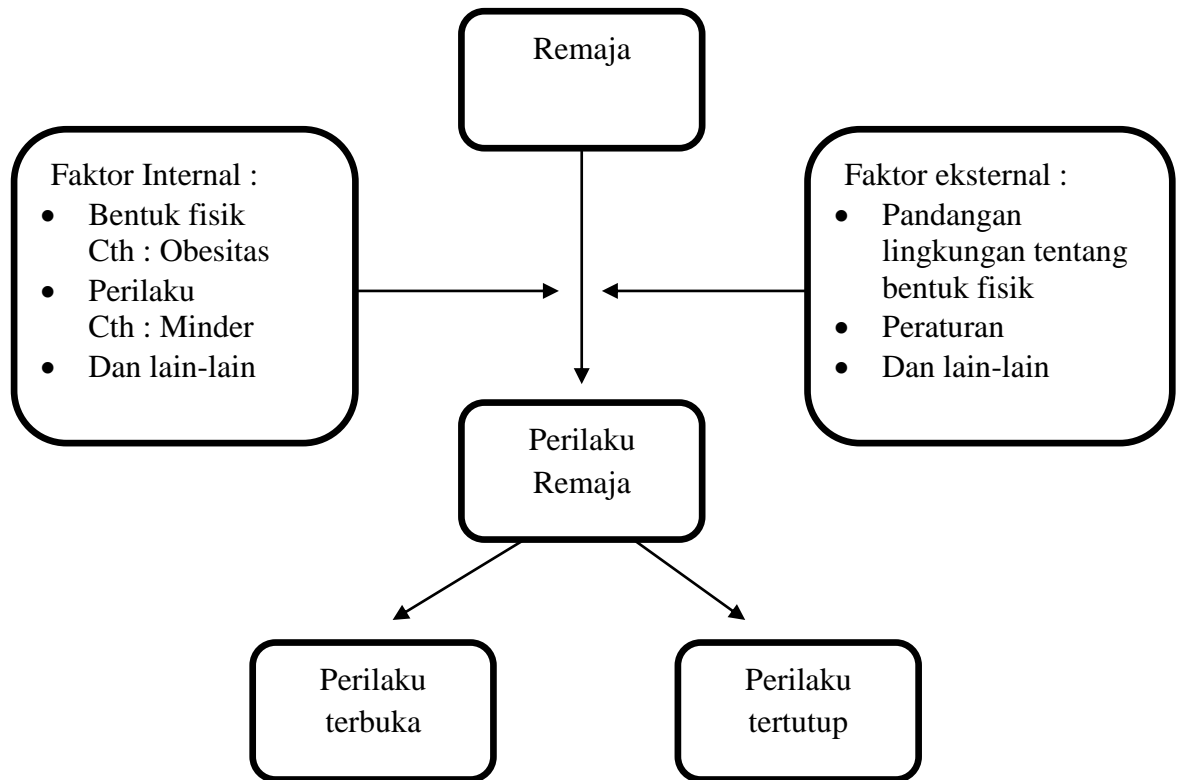
Menurut Kaplan dkk (1993) obesitas atau kegemukan adalah kondisi dimana seseorang memiliki lemak tubuh dalam jumlah yang berlebih. Banyaknya asupan makanan yang memiliki kadar karbohidrat dan lemak yang memiliki kadar yang dibutuhkan oleh tubuh maka dapat menyebabkan kondisi obesitas. Obesitas itu sendiri memiliki efek terhadap diri seorang remaja dalam berinteraksi dengan lingkungan sosialnya. Remaja yang mengalami obesitas memiliki pandangan berbeda-beda terhadap dirinya. Kehidupan sosial dan interaksi dengan orang lain akan mempengaruhi bagaimana seorang remaja mengalami obesitas memahami dan mempersepsikan dirinya.

2.6 SMP 4 Bandar Lampung

SMP Negeri 4 Bandar Lampung terletak di jalan H.O.S Cokroaminoto no 93, Bandar Lampung, Indonesia. SMP 4 Bandar Lampung memiliki jumlah total siswa 965 siswa/siswi, terdiri dari kelas 7,8 dan 9 yang memiliki rata-rata siswi perempuan lebih banyak dari pada siswa laki-laki. Laki - laki sebanyak 408 orang sedangkan perempuan 557 orang.

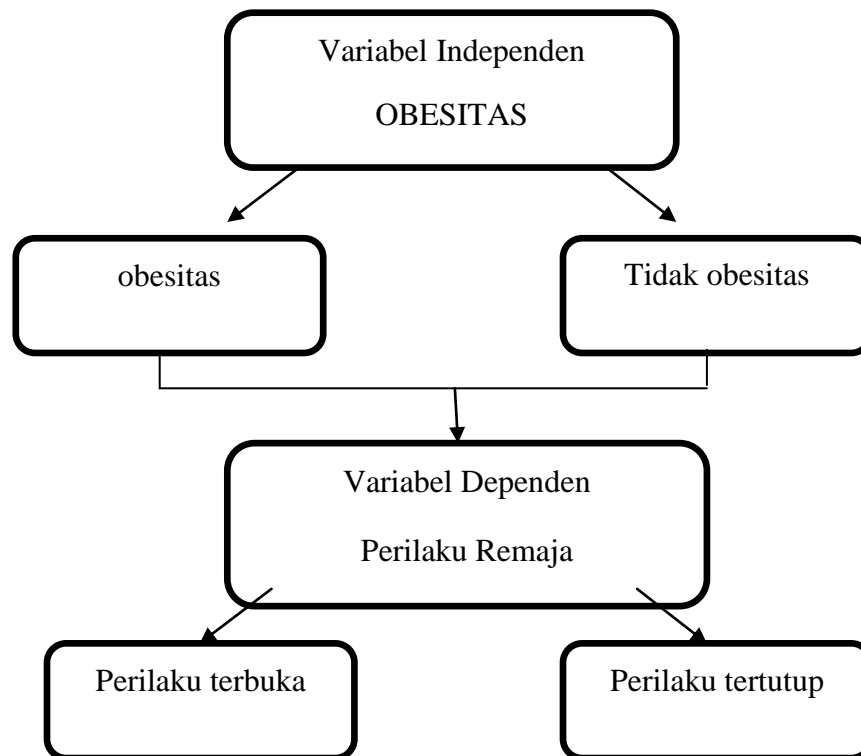
Khusus kelas 8 terdiri dari 12 kelas mulai dari kelas A-L yang memiliki jumlah siswa/siswi 356 dan memiliki rata-rata 30 siswa/siswi dalam satu kelas. Tetapi dalam penelitian saya hanya meneliti 4 kelas di kelas 8 yang saya buat contoh dan responden dalam penelitian saya yaitu kelas A,B,C,D. Menurut pustaka sekolah, kelas tersebut merupakan kelas unggulan di kelas 8. Saya meneliti di SMP karena tingkat ekonomi SMP 4 sangat cukup dan saya mengambil kelas 8 karena kelas tersebut berusia 14-16 tahun yaitu usia anak mulai rentan dengan berat yang lebih dan dapat menimbulkan perilaku-perilaku yang biasanya negatif.

2.7 Kerangka teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

2.8 Kerangka Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka penelitian

2.9 Hipotesis

H1 : Terdapat hubungan antara obesitas dengan perilaku pada remaja di SMP

Negeri 4 Bandar Lampung

H0 : Tidak terdapat hubungan antara obesitas dengan perilaku pada remaja di

SMP Negeri 4 Bandar Lampung

III. METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik komparatif dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu untuk mengetahui hubungan obesitas terhadap perubahan perilaku pada remaja SMP, mengumpulkan data-data mengenai obesitas dan kepercayaan diri.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret sampai April 2016.

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di SMP Negeri 4, Bandar Lampung, Lampung.

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Terikat

Variabel terikat (*dependent variable*) yaitu variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perubahan perilaku pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung.

3.3.2 Variabel Bebas

Variabel bebas (*independent variable*) yaitu variabel yang apabila berubah akan mengakibatkan perubahan variabel lain. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah obesitas.

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi seluruh remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian diambil dari sebagian populasi, jumlah sampel yang diuji dihitung dengan menggunakan rumus *case control*.

Penentuan besar sampel dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{2 (Z\alpha + Z\beta)^2 - (SD)^2}{(U1 - U2)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel tiap kelompok

Z α = nilai pada distribusi normal standar yang sama dengan tingkat kemaknaan α (untuk $\alpha=0,05$ adalah 1,96)

Z β = nilai pada distribusi normal standar yang sama dengan kuasa (*power*) sebesar yang diinginkan (untuk $\beta=0,10$ adalah 1,28)

SD = standar deviasi kesalahan (*outcome*)

U1 = *mean outcome* kelompok tidak terpapar

U_2 = *mean outcome* kelompok terpapar

Jumlah sampel dibulatkan menjadi 77 orang untuk mengantisipasi apabila ada responden yang tidak bisa menjadi sampel. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan *random sampling*. *Random sampling* adalah suatu tipe sampling probabilitas, dimana peneliti dalam memilih sampel dengan memberikan kesempatan yang sama kepada semua anggota populasi untuk ditetapkan sebagai anggota sampel. Dengan teknik ini maka terpilih individu menjadi anggota sampel benar-benar atas dasar faktor kesempatan, dalam arti memiliki kesempatan yang sama, bukan karena adanya pertimbangan dari peneliti.

3.5 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi

3.5.1 Kriteria Inklusi

Sampel penelitian sebanyak 77 responden adalah sebagian dari populasi yang ditentukan dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Siswa - siswi usia 14-16 tahun yang bersekolah di SMP Negeri 4 Bandar Lampung.
- b. Bersedia mengikuti penelitian.
- c. Menandatangani surat persetujuan (*informed consent*) penelitian.

3.5.2 Kriteria eksklusi

Sampel penelitian sebanyak 77 responden adalah sebagian dari populasi yang apabila terdapat kriteria eksklusi tidak dapat menjadi responden dalam penelitian ini. Kriteria eksklusi yang diajukan adalah:

- a. Siswa - siswi yang tidak hadir saat dilakukan penelitian.
- b. Siswa - siswi yang mengundurkan diri

3.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel-variabel secara operasional dan berlandaskan karakteristik yang di amati. Definisi operasional yang terkait dalam penelitian ini :

Tabel 3.1 DefinisiOperasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara Ukur	Skala	Hasil Ukur
Obesitas	Kelebihan lemak dalam tubuh, yang umumnya ditimbun dalam jaringan subkutan (bawah kulit), sekitar organ tubuh dan kadang terjadi perluasan ke dalam jaringan organnya.	<i>Body Mass Index</i> (BMI)	Mengukur berat badan dan tinggi badan peserta, lalu dimasukkan ke dalam rumus BMI	Nominal	0. Obesitas (BMI \geq 25) 1. Tidak obesitas(BMI<25)
Perilaku	Tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau lingkungan berdasarkan skor PSC	Kuesioner PSC	Wawancara	Nominal	0: perilaku bermasalah bila skor \geq 28 1: perilaku tidak bermasalah bila skor < 28

3.7 Instrumen Penelitian, Tata cara Pengukuran Parameter dan Cara Pengumpulan Data

3.7.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan peralatan untuk mendapatkan data sesuai dengan tujuan penelitian. Dalam penelitian ini peralatan yang digunakan untuk pengambilan data beserta pendukungnya adalah:

- a. Timbangan badan dan meteran tinggi badan manual
Digunakan untuk mengukur berat badan dan tinggi badan responden
- b. Kalkulator
Untuk menghitung skor BMI
- c. Alat tulis, yaitu peralatan yang di gunakan untuk mencatat data penelitian.
- d. Formulir *informed consent*
Merupakan formulir yang berisi kesediaan dari responden dalam mengikuti penelitian yang akan dilakukan.
- e. Kuesioner penelitian
Daftar pertanyaan untuk memperoleh data pendukung tersebut oleh peneliti yang dibuat peneliti dengan mengacu pada landasan teori.

3.7.2 Cara Pengumpulan Data

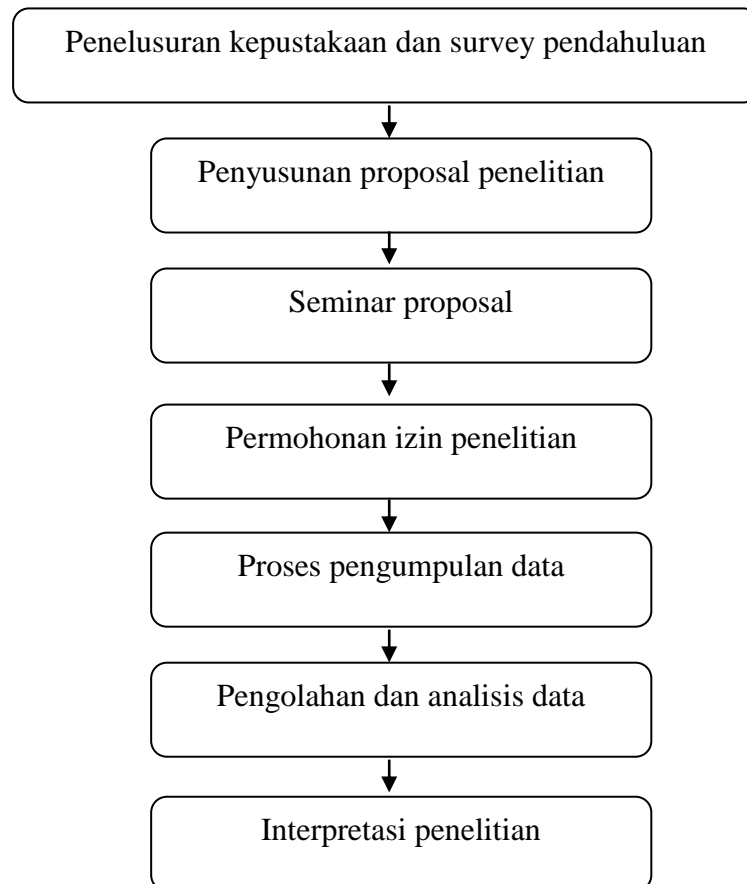
Cara memperoleh data primer yaitu dengan melakukan :

- a. Pengukuran dengan alat, seperti pengukuran berat badan dan tinggi badan

- b. Wawancara dan pemberian kuesioner

3.8 Alur Penelitian

Adapun prosedur penelitian adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Bagan Alur Penelitian

3.9 Pengolahan dan Analisis Data

3.9.1 Pengolahan data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami, dinalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005). Adapun teknik penyajian data yang dilakukan dalam penelitian ini sebagai berikut :

a. Pemeriksaan data (*editing*)

Editing dilakukan sebelum pengolahan data. Data yang telah dikumpulkan dari kuesioner perlu dibaca sekali lagi dan diperbaiki, apabila terdapat hal-hal yang salah atau masih meragukan misalnya, apakah semua pertanyaan sudah terisi, apakah jawaban relevan dengan pertanyaan, apakah jawaban-jawaban pertanyaan konsisten dengan jawaban pertanyaan yang lainnya. Hal ini dilakukan untuk memperbaiki kualitas data serta menghilangkan keraguan data.

b. Pemberian kode (*Coding*)

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau "*coding*", yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data (*data entry*).

c. Pemberian skor (*scoring*)

Kegiatan ini dilakukan untuk memberikan skor atau nilai dari jawaban dengan nilai tertinggi sampai nilai terendah dari kuesioner yang diajukan kepada responden.

d. Tabulasi

Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti.

3.9.2 Analisis data

Analisis statistika untuk mengolah data yang diperoleh akan menggunakan program komputer dimana akan dilakukan 2 macam analisa data, yaitu analisa univariat dan analisa bivariat.

a. Analisa Univariat

Analisa ini digunakan untuk menentukan distribusi frekuensi variabel bebas dan variabel terkait.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan uji statististik uji *Chi Square*. Dengan uji alternatif *Uji Fisher*. Uji *Chi Square* hanya digunakan pada data diskrit (data frekuensi atau data kategori) atau data kontinu yang telah dikelompokkan menjadi kategorik.

Dasar pengambilan keputusan adalah terbukti yang kemudian diolah dan dianalisis menggunakan komputer. Kemaknaan perhitungan stastitika digunakan batas 0,05 terhadap hipotesis, berarti jika $P Value \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Jika $P value > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen yang diuji (Dahlan, 2014).

3.10 Etik Penelitian

Proposal penelitian ini sudah disetujui oleh komisi etik penelitian kesehatan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor *ethical clearance*: 1183/UN26.8/DL/2016.

V. SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Terdapat hubungan antara obesitas dengan perubahan perilaku pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung.
2. Didapatkan distribusi frekuensi perubahan perilaku pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung yaitu responden yang mengalami perilaku bermasalah sebanyak 20 orang (26,0 %), sedangkan responden yang memiliki perilaku tidak bermasalah sebanyak 57 orang (74,0 %).
3. Didapatkan distribusi frekuensi obesitas pada remaja SMP usia 14-16 tahun di SMP 4 Bandar Lampung yaitu responden sebanyak 48 orang (62,3 %) mengalami obesitas, sedangkan terdapat sebanyak 29 orang (37,7 %) yang tidak mengalami obesitas.

5.2 Saran

1. Bagi orang tua dan sekolah agar dapat membimbing dan mendidik anak-anaknya dalam proses perkembangan perilaku.
2. Bagi peneliti lain, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang jenis-jenis perilaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier S. 2005. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Arisman. 2007. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta : EGC
- Bolvin B, Marceau P. 2007. Regional differences in adipose tissue metabolism in obese men. *Metabolism*. 56:533-540.
- Chang VW, Christakis NA. 2003. Self-perception of weight appropriateness in the United States. *Am J Prev Med*. 24:332-339
- Cheung YT, et al. 2011. Who wants a slimmer body? The relationship between body weight status, education level and body shape dissatisfaction among young adults in Hong Kong. *BMC Public Health*. 11:835
- Dahlan MS. 2014. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Daniels SR, et al. 2005. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*. 111:1999-2012
- Depkes RI. 2007. *Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Agrawal P, Gupta, MishraV, AgrawalS. 2012. A study on body-weight perception, future intention and weight-management behaviour among normal-weight, overweight and obese women in india. *Public Health Nutr*. 1-12
- Dietz WH. 2004. Overweight In Childhood And Adolescence. *New Engl J Med*. 350:855-857
- Emslie C, Hunt K, Macintyre S. 2001. Perceptions of body image among working men and women. *J Epidemiol Commun H*. 55:406-407

- Freedman DS, Kettel L, Serdula MK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. 2005. The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*.115:22–27
- Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SA, Berenson GS. 2001. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. 108:712–718.
- Ganong WF. 2003. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Ganong Edisi 22*. Jakarta; EGC.
- Gibney MJ, Margaretts B. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Jellinek MS, et al. 1999. Use of the Pediatric Symptom Checklist (PSC) to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. *Archives of Pediatric and Adolescent Med*. 153(3):254–260.
- Kementrian Kesehatan RI. 2010. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010. Jakarta : Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta : Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI
- Khawaja M, Afifi SRA. 2004. Images of body weight among young men and women: evidence from Beirut, Lebanon. *J Epidemiol Community Health*58:352–353
- Kwick Robert dalam Notoatmodjo. 2003.*Pendidikan Dan PerilakuKesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Lawrence G. 2006. Health and Social Behavior.36: 1–10
- Lynch E, Liu K, Wei GS, Bonnie, Greenland. 2009. The relation between body size perception and change in body mass index over 13 years: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Am J Epidemiol*. 169(7):857–866
- Misnadiarly. 2007.*Obesitas sebagai Resiko beberapa Penyakit*.Jakarta: Pustaka Obor Populer.
- Office of the Surgeon General. 2010. The Surgeon General's Vision for a Healthy and Fit Nation. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services
- Ogden, Cynthia dan Carroll, Margareth. 2010. Prevalence of obesity among children and adolescents: United States, trends 1963-1965 through 2007-2008. CDC Nation Center For Health Statistics.

- Pritchard ME, King SL dan Czajka NDM. 1997. Adolescents body mass indices and self-perception. *Adolescence*.32(128): 863-880
- Purwati S. 2001. *Perencanaan Menu Untuk Penderita Kegemukan*. Jakarta: Penebar Swadaya
- Setas C. 2009. Perceived Body Image, Obesity and Food Intake in 13-Years Old Adolescent. (Thesis). Universidade do Porto
- Skinner dalam Notoatmodjo S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*.
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Sumanto A. 2000. *Tetap Langsing dan Sehat dengan Terapi Diet*. Jakarta: PTAgro Media Pustaka.
- Wan PL, KandiahM, Taib. 2004. Body image perception, dietary practices and physical activity of overweight and normal weight malaysian female adolescents.
- Wang Y, Liang H, Chen X. 2009. Measured body mass index, body weight perception, dissatisfaction and control practices in urban, low-income African American adolescents. *BMC Public Health*. 9:183.
- WardleJ, Griffith J. 2001. Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *J Epidemiol Commun H*. 55:185–190.
- Wardle J, Johnson F. 2002. Weight and dieting: examining levels of weight concern in British adults. *Int J Obesity*. 26(8):1144–1149.