



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGALAMAN MENGELOLA KEBUTUHAN NUTRISI  
KELUARGA DENGAN KELEBIHAN BERAT BADAN DI  
KOTA DEPOK: STUDI FENOMENOLOGI**

**TESIS**

**ROHAYATI  
NPM: 1506707625**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2017**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGALAMAN MENGELOLA KEBUTUHAN NUTRISI  
KELUARGA DENGAN KELEBIHAN BERAT BADAN DI  
KOTA DEPOK: STUDI FENOMENOLOGI**

**TESIS**

**ROHAYATI  
NPM: 1506707625**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JULI 2017**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama** : Rohayati

**NPM** : 1506707625

**Tanda tangan** : 

**Tanggal** : 4 Juli 2017

## LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Rohayati  
NPM : 1506707625  
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Pengalaman Mengelola Kebutuhan Nutrisi  
Keluarga Dengan Kelebihan Berat Badan di  
Kota Depok: Studi Fenomenologi

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji pada Ujian Tesis dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.**

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN.

  
(.....)

Pembimbing : Dr. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN.

  
(.....)

Penguji : Poppy Fitriyani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.Kom.

  
(.....)

Penguji : Ns. Ritanti., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom.

  
(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 4 Juli 2017

**LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI**  
**TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rohayati  
NPM : 1506707625  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan : Keperawatan Komunitas  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**PENGALAMAN MENGELOLA KEBUTUHAN NUTRISI KELUARGA  
DENGAN KELEBIHAN BERAT BADAN DI KOTA DEPOK: STUDI  
FENOMENOLOGI**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalty Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin saya selama tetap masih mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai Pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 4 Juli 2017

Yang menyatakan,



(ROHAYATI)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat rahmat dan kasih sayangNya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengalaman Mengelola Kebutuhan Nutrisi Keluarga Dengan Kelebihan Berat Badan di Kota Depok: Studi Fenomenologi”. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Tesis ini terselesaikan berkat dukungan, bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Dr. Novy Helena CD, S.Kp., M.Sc., selaku Ketua Program Studi Magister dan Spesialis Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN., selaku dosen pembimbing akademik dan pembimbing I yang senantiasa membimbing dan memotivasi penulis dengan penuh kesabaran dalam penyelesaian tesis ini.
4. Ibu Dr. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN., selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
5. Keluarga tercinta yang senantiasa memberikan doa, dukungan dan motivasi kepada penulis sehingga tesis ini dapat terselesaikan.
6. Yayasan Pendidikan Mitra Keluarga yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan studi.
7. Keluarga besar STIKes Mitra Keluarga khususnya Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
8. Keluarga besar mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Komunitas angkatan 2015 yang selalu memotivasi dan memberikan dukungan kepada penulis.

9. Kepala puskesmas Sukatani dan Kepala Puskesmas Kedaung Depok yang sudah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya
10. Seluruh partisipan yang telah menyediakan waktu untuk wawancara sehingga peneliti dapat belajar dari pengalaman partisipan.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini.

Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan.

Depok, Juni 2017

Peneliti

PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juni 2017

Rohayati

Pengalaman mengelola kebutuhan nutrisi keluarga dengan kelebihan berat badan  
di Kota Depok: Studi Fenomenologi

xii + 165 halaman + 11 skema + 10 Lampiran

ABSTRAK

Keluarga memiliki peran yang penting dalam mengelola kebutuhan nutrisi keluarga dengan kelebihan berat badan. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman mendalam tentang makna pengalaman keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi. Penelitian ini menggunakan desain fenomenologi deskriptif. Partisipan adalah *caregiver* keluarga yang didapatkan dengan cara *purposive sampling* sebanyak 7 orang. Pengumpulan data dilakukan secara *indepth interview* menggunakan pertanyaan semi terstruktur. Hasil wawancara dalam bentuk transkrip dianalisa menggunakan teknik Colaizzi. Hasil penelitian mengidentifikasi sembilan tema yaitu dampak fisik dan psikososial yang dipersepsikan; pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan; upaya menurunkan berat badan; sumber dukungan dalam mengelola kelebihan berat badan; upaya pengelolaan nutrisi; keinginan mencapai kondisi normal; frustrasi karena tidak berhasil dengan segala upaya yang dilakukan; puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi. Temuan penelitian ini dapat sebagai acuan bagi praktisi keperawatan untuk mengembangkan program promosi kesehatan yang sesuai karakteristik peserta sehingga masyarakat dapat mengontrol porsi makan yang benar

Kata Kunci: pengalaman keluarga, kelebihan berat badan, nutrisi

Daftar pustaka 111 (2004-2017)

POST-GRADUATE PROGRAM  
FACULTY OF NURSING SCIENCE  
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, June 2017

Rohayati

Experience managing the nutritional needs of overweight families in Depok City:  
Phenomenology Studies

xii + 165 pages + 11 schemes + 10 Attachments

#### ABSTRACT

Families have an important role in managing the nutritional needs of families with overweight. This study aims to gain an in-depth understanding of the meaning of family experience in managing nutritional needs. This research uses descriptive phenomenology design. Participant is a family caregiver obtained by purposive sampling as much as 7 people. Data collection was done indepth interview using semi structured question. The result of interview in transcript form was analyzed using Collaizi technique. The research results identified nine themes: physical and psychosocial impacts perceived; family knowledge about being overweight; efforts to lose weight; a source of support in managing overweight; nutrition management efforts; desire to achieve normal conditions; Frustrated because it did not work with all the effort made; Satisfied because it successfully proves the ability as a manager of nutrition. The findings of this study can be as a reference for nursing practitioners to develop health promotion programs that fit the characteristics of participants so that people can control the correct portion of the meal.

Keywords: family experience, overweight, nutrition

References 111 (2004-2017)

## DAFTAR ISI

COVER.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	iv
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1.Latar Belakang.....	1
1.1.Rumusan Masalah.....	14
1.3. Tujuan Penelitian .....	15
1.4. Manfaat Penelitian .....	16
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	17
2.1. Konsep <i>at risk</i> pada keluarga.....	17
2.2. Populasi Kelebihan berat badan Sebagai Populasi <i>Vulnerable</i> .....	24
2.3. Peran Keluarga dalam Pemenuhan Nutrisi .....	37
2.4.Pencegahan Kelebihan berat badan dalam Intervensi Keperawatan Komunitas ....	50
2.5.Strategi intervensi Keperawatan Komunitas dalam Upaya Pencegahan dan Penanganan Kelebihan berat badan .....	56
2.6.Peran Perawat Komunitas dalam Penanganan Kelebihan berat badan.....	59
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN .....	63
3.1. Desain Penelitian .....	63
3.2. Partisipan.....	65
3.3. Tempat dan Waktu Penelitian .....	67
.4. Pertimbangan Etik.....	68
3.5. Alat Bantu Pengumpulan Data.....	72
3.6. Prosedur Pengumpulan Data.....	74
3.7. Analisis Data.....	77
3.8. Keabsahan Data .....	79
BAB 4 HASIL PENELITIAN .....	82
4.1. Karakteristik Partisipan.....	82
4.2. Analisis Tema .....	84

4.2.1. Dampak fisik dan psikososial yang dipersepsikan keluarga .....	84
4.2.2. Pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan.....	90
4.2.3. Sumber Dukungan Dalam Mengelola Kelebihan berat badan .....	94
4.2.4. Upaya pengelolaan nutrisi.....	96
4.2.5. Menurunkan berat badan.....	100
4.2.6. Pola perilaku nutrisi tidak sehat .....	103
4.2.7. Mencapai kondisi normal .....	109
4.2.8. Frustrasi karena berhasil dengan segala upaya.....	112
4.2.9. Puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi..	113
<b>BAB 5 PEMBAHASAN .....</b>	<b>115</b>
5.1. Interpretasi Hasil dan Analisa Kesenjangan .....	115
5.2. Keterbatasan penelitian .....	143
5.3. Implikasi Hasil Penelitian .....	144
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>150</b>
6.1. Simpulan .....	150
6.2. Saran .....	151
6.2.1. Bagi Pemegang Kebijakan .....	151
6.2.2. Bagi Insititusi Pelayanan Kesehatan .....	152
6.2.3. Bagi Pengembangan Keilmuan Keperawatan komunitas .....	152
6.2.4. Bagi Penelitian Selanjutnya .....	154
6.2.5. Bagi masyarakat.....	154
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>156</b>

## DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1. Porsi makan berdasarkan usia .....	42
Tabel 2.2. Kategori IMT/ U pada anak dan remaja.....	47
Tabel 2.3. IMT pada orang dewasa .....	48
Tabel 2.4. Pilar kerangka penanganan <i>double burden of nutrition</i> .....	51

## DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1. Komponen penting dalam kesuksesan menurunkan berat badan .....	54
Skema 3.1. Ringkasan analisis data kualitatif menggunakan Collaizi.....	78
Skema 4.1 Analisis tema dampak fisik dan psikologis yang dipersepsikan keluarga.....	89
Skema 4.2. Analisis tema pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan	93
Skema 4.3 Analisis tema Sumber dukungan dalam mengelola kelebihan berat badan.....	95
Skema 4.4. Analisis tema upaya pengelolaan nutrisi.....	99
Skema 4.5 Analisis tema upaya menurunkan berat badan.....	102
Skema 4.6. Analisis tema pola perilaku nutrisi tidak sehat.....	108
Skema 4.7. Analisis tema mencapai kondisi normal.....	110
Skema 4.8. Analisis tema frustrasi karena tidak berhasil dengan segala upaya yang dilakukan.....	111
Skema 4.9. Analisis tema puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi.....	113

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Pedoman data demografi
2. Pedoman wawancara
3. Format catatan lapangan
4. Penjelasan penelitian
5. Formulir informed consent
6. Pilihan jenis bahan makanan sesuai takaran rumah tangga
7. Karakteristik partisipan
8. Analisis tematik
9. Surat lolos uji etik
10. Surat izin penelitian

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

Bab ini menggambarkan latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian dan manfaat penelitian. Latar belakang menyajikan fenomena pemenuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan. Rumusan masalah adalah pernyataan mendasar yang menjadi dasar perumusan masalah penelitian. Tujuan penelitian menggambarkan pernyataan yang ingin dicapai peneliti. Manfaat penelitian menggambarkan kemanfaatan hasil penelitian yang difokuskan pada pengembangan keilmuan keperawatan khususnya keperawatan komunitas, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di bidang keperawatan komunitas serta kebijakan yang menyangkut pencegahan obesitas berbasis keluarga

#### **1.1.Latar Belakang**

Indonesia menghadapi beban ganda nutrisi dimana masalah gizi kurang belum tuntas diselesaikan, sementara masalah kelebihan berat badan meningkat pesat (*Indonesia Health Sector Review, 2012*). Peningkatan jumlah masyarakat yang mengalami kelebihan berat badan lebih pesat dibanding penurunan jumlah kasus gizi kurang. Kondisi kelebihan berat badan (gizi lebih) mencakup kategori gemuk (*overweight*) dan obesitas. *World Health Organization (WHO, 2011)* mendefinisikan *overweight* sebagai kondisi dimana indeks massa tubuh lebih dari normal. Kriteria normal ini berbeda untuk usia anak-anak dan orang dewasa. Orang dewasa dikategorikan memiliki kelebihan berat badan jika IMT (Indeks Massa Tubuh) lebih dari 25 (IMT 25-27: *overweight*, sedangkan > 27 dikategorikan obesitas) (Kemenkes RI, 2014). Kriteria lain obesitas pada dewasa adalah obesitas sentral yaitu akumulasi lemak abdomen (Sugondo, 2014). Diagnosa kelebihan berat badan pada anak-anak dan remaja menggunakan kategori IMT/ U berdasarkan persentil. Seorang anak dikatakan *overweight* jika IMT/ U berada pada persentil > 85 sedangkan obesitas ditegakkan jika lebih dari persentil > 95 (WHO, 2011).

Jumlah populasi yang menderita kelebihan berat badan terus meningkat di berbagai belahan dunia. Ng et al (2014) melakukan tinjauan prevalensi kelebihan berat badan sejak tahun 1980-2013 di 188 negara. Hasilnya menunjukkan bahwa persentase kelebihan berat badan secara umum meningkat 47,1% untuk kategori usia di bawah 20 tahun dan 27,5% untuk usia dewasa. Jumlah penduduk *overweight* dan obesitas dari berbagai usia adalah 857 juta pada tahun 1980 meningkat menjadi 2,1 miliar pada tahun 2013. Jumlah tersebut meningkat tiga kali lipat selama dua dekade.

Persentase penduduk kurang dari 20 tahun yang menderita *overweight* dan obesitas di Asia Tenggara adalah 6,8 % untuk laki-laki dan 9 % untuk perempuan, sedangkan untuk penduduk > 20 tahun 22,1% pada laki-laki dan 28,3% pada wanita (Ng et al, 2014). Data tersebut menunjukkan bahwa prevalensi di Asia Tenggara hampir lima kali lipat lebih rendah dibandingkan dengan prevalensi dunia. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan status sosial ekonomi, pendapatan per kapita, sosial dan budaya yang berkaitan dengan perilaku penyebab kelebihan berat badan khususnya perilaku makan dan aktivitas fisik. Indonesia menduduki peringkat ke empat dengan jumlah penduduk *overweight* dan obesitas tertinggi di Asia Tenggara.

Jumlah penduduk *overweight* dan obesitas di Indonesia lebih tinggi dari prevalensi Asia Tenggara untuk wanita usia > 20 tahun yaitu 30,6% dan laki-laki 21,4% sedangkan untuk usia 2-20 tahun 6,0 % laki-laki dan 10% perempuan (Ng et al, 2014). Data tersebut memiliki perbedaan dengan data nasional hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) disebabkan oleh perbedaan pengelompokan usia dan sampel. Data *overweight* dan obesitas berdasarkan Riskesdas tahun 2007 dan 2013 dikelompokkan berdasarkan usia, akan tetapi untuk data Riskesdas tahun 2010 tidak digunakan sebagai pembandingan disebabkan oleh pendekatan laporan yang berbeda dengan dua periode tersebut.

Prevalensi kelebihan berat badan hasil survey Riskesdas tahun 2007 dikelompokkan berdasarkan usia sekolah (6-14 tahun) dan usia dewasa (> 15 tahun). Kelebihan berat badan pada usia sekolah mencapai 9,5% pada laki-laki dan 6,4% pada perempuan. Sedangkan kelebihan berat badan pada usia dewasa mencapai 13,9% pada laki-laki dan 23,8% pada perempuan. Prevalensi obesitas sentral mencapai 18,8%. Sedangkan pengelompokan usia pada laporan hasil survey Riskesdas tahun 2013 terbagi menjadi usia sekolah (5-12 tahun), remaja awal (13-15 tahun), remaja akhir (16-18 tahun) dan dewasa (> 18 tahun). Kelebihan berat badan yang dialami anak usia sekolah mencapai 10,8% *overweight* dan 8% obesitas, usia remaja awal 2,5% obesitas dan 8,3 % *overweight*, usia remaja akhir mencapai 5,7% *overweight* dan 1,5% obesitas, usia dewasa mencapai 10,8% *overweight* dan 8 % obesitas serta obesitas sentral mencapai 26,6% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI, 2013). Kenaikan prevalensi kelebihan berat badan selama 5 tahun tampak cukup signifikan pada berbagai kelompok usia.

Prevalensi kelebihan berat badan di Provinsi Jawa Barat tampak cukup variatif jika dibandingkan dengan nasional menurut Riskesdas tahun 2013. Beberapa kelompok usia lebih rendah tetapi ada yang sama bahkan di atas nasional. Prevalensi kelebihan berat badan pada anak usia sekolah mendekati prevalensi nasional terdiri dari 10,7% *overweight* dan 7,9% obesitas. Sedangkan pada kelompok remaja awal 7,5% *overweight* dan 2,2 % obesitas, usia remaja akhir 6,2% *overweight* dan 1,4% obesitas, usia dewasa 11,7% *overweight* dan 15,2 % obesitas. Sedangkan untuk obesitas sentral mencapai 26,4% lebih rendah 0,2% dari angka nasional. Kelompok *overweight* tampak lebih tinggi dari nasional pada semua kelompok usia.

Kondisi kelebihan berat badan pada penduduk kota Depok cukup memprihatinkan. Obesitas sentral pada dua periode Risesdas tahun 2007 dan 2013 tampak mengalami kenaikan lebih dari 50%. Laki-laki yang mengalami obesitas sentral pada tahun 2007 mencapai 13,7% meningkat menjadi 26,6% pada tahun 2013. Wanita yang mengalami obesitas sentral mencapai 14,8% pada tahun 2007 meningkat menjadi 32,9% pada tahun 2013. Selain itu, beberapa penelitian tentang obesitas pada kelompok remaja nampak melebihi prevalensi Jawa Barat. Hasil penelitian Sinuhaji (2012) jumlah siswa SMP yang mengalami kelebihan berat badan 25,6% terdiri dari 16,14% *overweight* dan 9,45% obesitas. Penelitian lain oleh Haristia (2012) di SMP Negeri 1 Kota Depok didapatkan data prevalensi remaja kelebihan berat badan berjumlah 27,6% terdiri dari 13% *overweight* dan 14,6 % obesitas. Hasil survey mahasiswa residensi keperawatan Komunitas di SDN 3 Curug diperoleh hasil yaitu 23,5% (89 siswa) mengalami kelebihan berat badan. Secara umum, pengunjung puskesmas yang didiagnosa obesitas pada tahun 2015 berjumlah 992 orang dengan 32,10% (296 orang) berada di wilayah kerja Puskesmas Sukatani sedangkan sisanya tersebar di seluruh wilayah kerja puskesmas Kota Depok (Dinkes Kota Depok, 2016).

Kelebihan berat badan dipengaruhi oleh berbagai faktor. *Center of Disease Control* (CDC) menjabarkan bahwa penyebab kelebihan berat badan terdiri dari faktor perilaku dan faktor lingkungan. Faktor perilaku meliputi kebiasaan diet tinggi kalori (Aggarwal, Bhatia, Singh & Sobti, 2008), aktivitas fisik yang kurang (Mistry & Puthussery, 2015; Morton, Atkin, Corder, Suhreke, & van Sluijs, 2016), aktivitas sendentari (Costigan et al, 2013; Cameron et al, 2016; Aggarwal, Bhatia, Singh & Sobti, 2008) serta pola tidur tidak adekuat. Adapun faktor lingkungan yang dapat berkontribusi terhadap kelebihan berat badan adalah lingkungan sekolah, pelayanan kesehatan dan masyarakat; akses terhadap makanan sehat, dukungan dari sebaya dan sosial, promosi dan pemasaran serta kebijakan yang ada di masyarakat (CDC, 2012).

Data lain yang mendukung penyebab kelebihan berat badan adalah pola aktivitas, pola makan sayur dan buah serta makan makanan berisiko. Hasil Riskedas tahun

2013 menunjukkan konsumsi bumbu penyedap (77,3%), makanan dan minuman manis (53,1%), serta makanan berlemak (40,7%) (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI, 2013). Penelitian yang dilakukan Aggarwal, Bhatia, Singh, dan Sobti (2008) di Punjab kepada 1000 siswa di sekolah membuktikan bahwa 82,3% remaja obesitas merupakan non vegetarian.

Akibat yang ditimbulkan oleh kondisi kelebihan berat badan terdiri dari dampak langsung secara fisik, psikologi maupun sosial serta dampak tidak langsung kepada keluarga, masyarakat dan pemerintah. Secara umum dampak fisik mempengaruhi kemampuan fisik sehari-hari. Dampak fisik yang dirasakan akibat obesitas oleh wanita di Egypt salah satunya adalah kekerasan fisik dan seksual (Yount & Li, 2011); keterbatasan untuk melakukan aktivitas (belanja pakaian, ikut perkumpulan sosial, merencanakan liburan, mencari lowongan pekerjaan atau bekerja sukarela, menurunnya kemampuan fisik dalam perawatan diri (mandi, makan dan kontrol blader) dirasakan oleh partisipan dewasa dengan obesitas grade III (Forhan, Law, Vrkljan, & Taylor, 2010). Dampak fisik yang timbul pada remaja antara lain: merasa kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti olahraga, nafas pendek, kelelahan, kesulitan menemukan pakaian dan sepatu yang sesuai serta sering mengalami cedera akibat kelebihan berat badan (Brian, 2011). Dampak fisik tidak saja dirasakan secara langsung tetapi dapat menimbulkan gangguan kesehatan di masa yang akan datang.

Penelitian yang dilakukan Lopez-Garcia, Guallar-Castillón, Garcia-Esquinas, dan Rodríguez-Artalejo, (2016) dan Hajian-Tilak, Heidari, dan Hajian-Tilaki, (2016) membuktikan bahwa obesitas mengakibatkan penurunan kualitas hidup. Kualitas hidup turun diakibatkan oleh berbagai penyakit fisik yang ditimbulkan oleh obesitas. Penyakit fisik yang dapat timbul akibat obesitas adalah hipertensi (Ryoo et al, 2016), penyakit kardiovaskuler (Attard, Herring, Howard, & Gordon-Larsen, 2013), diabetes melitus tipe 2 (Furler, Rudock, Manski-Nankervis, Blackberry & Kennedy, 2016; Ross, You, & Convit, 2015), dislipidemia (More, 2015), sindroma metabolik (Monzavi et al, 2006), komorbiditas pulmonal (More, 2015), komorbiditas gastrointestinal dan komplikasi ortopedik (Ranjani, Pradeepa & Mohan, 2014). Kelebihan berat badan pada wanita dapat menimbulkan keluhan

sistem reproduksi mencakup disfungsi seksual, maturasi, masalah menstruasi, sindrom polikistik ovarium, komplikasi kehamilan dan perinatal (Montemayor, Escobar, Torre, Nieblas & Gómez, 2016). Sedangkan kelebihan berat badan pada lanjut usia dapat meningkatkan prevalensi artritis dan inkontinensia urine (Amarya, Singh, & Sabharwal, 2014).

Dampak psikologis dapat dirasakan oleh seseorang yang mengalami kelebihan berat badan. Orang yang mengalami kelebihan berat badan dapat mengalami gangguan harga diri (Carrard & Kruseman, 2016; Thomas & Irwin, 2009; Gillespie et al., 2015). Selain itu, pada populasi remaja khususnya remaja putri dapat mengalami gangguan psikologis lain. Álvarez-García, García dan Núñez (2015) mengatakan bahwa remaja putri obesitas cenderung lebih sering menjadi korban *bullying* dibanding yang memiliki IMT normal. Korban *bullying* dapat mengalami gangguan psikososial. Gangguan psikososial tersebut antara lain depresi, menarik diri dari lingkungan sekitarnya dan menghindari sekolah (Bookhout, 2015), harga diri rendah (Robertson, Murphy, & Johnson, 2016).

Kelebihan berat badan juga memiliki dampak terhadap kehidupan sosial. Partisipan usia dewasa dengan obesitas grade III merasa kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial khususnya pada saat beraktivitas seperti membutuhkan sabuk pengaman yang lebih panjang pada saat duduk di kursi pesawat dan mobil, merasa inkontinensia akibat penekanan pada bladder sehingga perlu terburu-buru ke toilet dan merasa kesusahan akses pada pintu fasilitas umum yang berukuran sempit (Forhan et al., 2010). Dampak sosial akibat obesitas pada remaja diungkapkan dalam penelitian Brian (2011). Partisipan obesitas merasa dirinya berbeda dengan remaja lain. Perbedaan tersebut mencakup ukuran tubuh dan penampilan. Partisipan laki-laki merasa dirinya berbeda dalam kemampuan aktivitas dibanding sebayanya yang tidak obesitas. Partisipan juga merasa dirinya tidak mampu mengendalikan berat badannya.

Aspek selanjutnya sebagai imbas dari kelebihan berat badan adalah aspek ekonomi. Aspek ekonomi tersebut terdiri dari *direct cost*, *opportunity* dan *indirect*

*cost* (Hadi, 2016). *Direct cost* merupakan biaya yang dikeluarkan oleh seseorang untuk menangani obesitas. *Opportunity cost* yaitu biaya akibat kehilangan kesempatan secara sosial maupun interaksi personal. *Indirect cost* merupakan biaya akibat kehilangan penghasilan karena ketidakhadiran dalam bekerja.

Besaran biaya yang dikeluarkan untuk mengatasi kelebihan berat badan belum banyak diteliti. Biaya untuk penanganan obesitas di Amerika pada wanita usia dewasa akhir sekitar \$ 19 miliar per tahun sedangkan pada anak-anak \$14.3 miliar per tahun. Biaya ini dikeluarkan untuk penanganan medis obesitas serta penyakit yang menyertainya (Hammond & Levine, 2010). Studi lain yang dilakukan Pitayatiennanan et al., (2014) di Thailand menunjukkan bahwa total biaya yang dibutuhkan untuk penanganan penyakit komorbiditas akibat obesitas adalah diabetes mellitus (6,385.7 juta baht), penyakit jantung (2,168.4 juta baht) dan stroke (2,017.6 juta baht), estimasi biaya karena mortalitas prematur akibat obesitas adalah 5,864 juta baht sedangkan akibat absen 694 juta baht. Hasil penelitian Wulansari, Martianto, dan Baliwati (2016) tentang kerugian akibat obesitas pada orang dewasa di Indonesia menunjukkan bahwa biaya yang dibutuhkan untuk perawatan kesehatan sekitar Rp 56.487 miliar/tahun, nilai produktivitas yang hilang akibat kematian dini sebesar Rp 1.597 miliar/tahun, nilai ekonomi akibat produktivitas kerja sebesar Rp 20.394 miliar/tahun. Peneliti mengungkapkan bahwa total kerugian ekonomi akibat obesitas di Indonesia sebesar Rp 78.478 miliar/tahun atau setara dengan 0,9% Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia. Tingginya kerugian secara ekonomi akibat obesitas tentu saja memiliki dampak kepada keluarga, masyarakat dan pemerintah.

Keluarga merupakan sistem yang paling kecil yang terkena dampak akibat obesitas. Dampak langsung yang dirasakan oleh keluarga akibat obesitas adalah meningkatnya biaya yang harus disediakan untuk pengobatan dan perawatan obesitas serta penyakit yang menyertainya. Jika mencermati hasil penelitian Wulansari, Martianto dan Baliwati (2016) dimana biaya untuk perawatan kesehatan pada orang dewasa obesitas mencapai Rp 56.487 miliar/tahun. Berdasarkan penelitian tersebut dapat diperkirakan estimasi biaya yang harus

ditanggung oleh keluarga jika ada keluarga yang menderita obesitas sebesar Rp 1.293.592,055/ orang (obesitas dewasa sebesar 26,6 % dari total penduduk dewasa 164.160.828 jiwa) (Kemenkes RI, 2013).

Dampak yang dirasakan akibat meningkatnya prevalensi obesitas juga dirasakan oleh masyarakat. Kerugian secara ekonomi dan produktivitas kerja secara langsung dapat dirasakan oleh masyarakat. Produktivitas kerja menurun disebabkan oleh tingginya absensi pada karyawan obesitas (Pitayatiennan et al., 2014). Hal ini tentu berdampak pada tingkat produksi perusahaan jika orang yang bersangkutan adalah karyawan atau pekerja. Tingginya ketidakhadiran bagi remaja obesitas tentu berpengaruh kepada prestasi dan ketuntasan belajar di sekolah. Penelitian cross-sectional yang dilakukan oleh Sulastri (2009) di Kota Yogyakarta tentang obesitas dan prestasi belajar pada 140 siswa sekolah menengah pertama terdapat perbedaan nilai rata-rata prestasi belajar antara siswa obesitas dengan siswa yang tidak obesitas. Prestasi belajar siswa yang obesitas tampak lebih rendah dibandingkan siswa yang tidak obesitas.

Peningkatan prevalensi obesitas berdampak pada perekonomian sebuah negara. Dobbs et al (2014) dalam publikasinya di McKinsey Global Institute (MGI) memaparkan dampak obesitas yang cukup mencengangkan bagi perekonomian dunia yaitu mencapai 2 triliun dollar AS per tahun atau sekitar 2,8 persen dari PDB dunia. Pemerintah Indonesia melalui sistem Jaminan Kesehatan Nasional harus meningkatkan anggaran untuk mencegah dan mengatasi obesitas dan penyakit yang ditimbulkannya. Depkes RI (25 Oktober 2016) menjelaskan bahwa saat ini beban pembiayaan penyakit tidak menular mencapai 57%. Hasil evaluasi pembiayaan dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ditemukan bahwa Rp.16,9 Triliun atau 29,67% dari beban biaya jaminan kesehatan digunakan untuk biaya mengatasi PTM seperti stroke dan penyakit jantung.

Prevalensi kelebihan berat badan yang terus meningkat serta dampak yang ditimbulkan cukup serius membutuhkan penanganan dan pencegahan sejak dini. Pencegahan membutuhkan kerja sama multisektor mencakup deteksi dini,

diagnosis dan penatalaksanaan (Seidell & Halbersadt, 2015). WHO (2012) merekomendasikan beberapa strategi dalam menurunkan prevalensi *overweight* dan obesitas dengan intervensi berbasis komunitas. Intervensi di tataran komunitas dapat dilakukan melalui pelayanan primer melalui penyelenggaraan posbindu Penyakit Tidak Menular (PTM) untuk usia > 15 tahun, posyandu (Ibu hamil, bayi dan balita) dan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) untuk sasaran anak usia sekolah dan remaja.

Tindakan deteksi dini dan pencegahan *overweight* dan obesitas di tingkat masyarakat dilakukan oleh pemerintah dengan dibentuknya program Posbindu PTM (Kemenkes RI, 2012). Sasaran kegiatan Posbindu PTM adalah warga masyarakat usia 15 tahun ke atas. Tindakan pengendalian faktor resiko yang dilakukan satu bulan sekali di Posbindu PTM yang berkaitan dengan pengendalian *overweight* dan obesitas adalah pemeriksaan IMT, aktivitas fisik serta perilaku makan sayur dan buah. Posbindu PTM diselenggarakan terintegrasi dengan kegiatan masyarakat yang sudah ada baik di masyarakat maupun di sekolah.

Salah satu kegiatan yang dilakukan baik di Posyandu maupun Posbindu PTM adalah skrining berat badan melalui penimbangan. Jumlah kunjungan bayi ke Posyandu melebihi target yaitu 95,5% dan balita 53,5% (Dinkes Kota Depok, 2016). Partisipasi masyarakat terhadap kegiatan posbindu masih kurang terbukti dari hasil penelitian Umayana dan Cahyati (2015) terlihat bahwa keaktifan masyarakat 52,3% kurang baik dalam partisipasi posbindu PTM. Hal ini menunjukkan bahwa deteksi dini kelebihan berat badan mencakup penimbangan juga masih kurang. Hasil penelusuran elektronik menunjukkan belum ada pelaporan secara khusus tentang efektifitas pengendalian obesitas yang diselenggarakan di Posbindu PTM.

Program pemantauan status gizi dan pencegahan kelebihan berat badan di tingkat sekolah berada di bawah naungan UKS dan Puskesmas. Penjaringan kesehatan siswa dilakukan pada saat siswa memasuki kelas 1, 7 dan 10 dengan salah satu

komponen yang diperiksa adalah status gizi anak (Kemenkes RI, 2010). Kemenkes RI (2016) melaporkan hasil penjarangan kesehatan kelas 7 tahun 2015 secara nasional sudah melebihi target yaitu 48% dari target 30%. Cakupan penjarangan kesehatan anak usia sekolah di kota Depok sudah melebihi nasional yaitu 92,1% di tingkat SD/ MI tahun 2015 (Dinkes Kota Depok, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Sulistiyani (2013) menemukan bahwa penjarangan status gizi sudah dilakukan serta pelaporan dicatat untuk setiap sekolah yang dilakukan kegiatan penjarangan. Hal ini sejalan dengan hasil evaluasi trias UKS di sepuluh provinsi dengan hasil temuan yang mendukung program gizi adalah kantin sekolah dan madrasah yang tidak sehat, belum memiliki kader remaja, belum ada buku pedoman materi kesehatan untuk guru, media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) masih kurang (Kemenkes RI, 2016).

UKS memiliki program pendidikan kesehatan sebagaimana tercantum dalam trias UKS. Oleh karena itu program pendidikan kesehatan tentang gizi dan penyediaan kantin sehat seharusnya sudah menjadi kegiatan yang dilakukan di UKS. Secara spesifik dari hasil penelusuran elektronik belum ditemukan laporan menyeluruh tentang efektifitas pelaksanaan trias UKS terutama dikaitkan dengan program gizi dan pencegahan obesitas. Penelitian yang dilakukan oleh Umam dan Pujasari (2013) di SMAN 97 Jakarta Selatan tentang pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan obesitas didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan upaya pencegahan obesitas. Oleh karena itu, tingginya pengetahuan tidak menjamin upaya pencegahan obesitas dilakukan dengan baik. Perlu upaya yang menyeluruh untuk menanamkan kebiasaan hidup sehat di sekolah mengingat sebagian besar waktu siswa dihabiskan di lingkungan sekolah. Sekolah harus menciptakan lingkungan dan suasana yang mendukung untuk mencegah kelebihan berat badan pada siswanya.

Intervensi obesitas yang membutuhkan waktu cukup lama, disiplin yang tinggi, pendekatan multisektor dapat menurunkan tingkat kepatuhan terhadap upaya yang dilakukan. Dhaliwal et al., (2016) menjelaskan alasan tidak melanjutkan upaya

manajemen obesitas pada remaja dalam studinya di Kanada dengan menggunakan desain kualitatif. Faktor keluarga merupakan salah satu yang menghambat program tersebut diteruskan. Dhaliwal memaparkan bahwa ketika hasil terapi tidak sesuai yang diharapkan, remaja mengalami kebosanan, serta frustrasi yang dirasakan remaja akibat kemajuan program yang lambat membuat upaya penanganan obesitas tidak tuntas. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian lain mengungkapkan alasan rendahnya pelaksanaan manajemen berat badan mencakup rendahnya motivasi, tidak mengetahui bahwa berat badannya sudah *overweight*, tidak mengetahui resiko akibat obesitas (Atkinson, French, Ménage, & Olander, 2016).

Peneliti melakukan studi pendahuluan di Depok pada bulan Oktober – Desember 2016 kepada 30 orang remaja dan orang tua di Kelurahan Curug, Cimanggis Depok menggunakan angket dan wawancara personal. Hasil studi pendahuluan dengan menggunakan angket didapatkan data bahwa tingkat pengetahuan tentang konsep kelebihan berat badan, manajemen nutrisi dan aktivitas sebesar 44% berada pada kategori kurang, tingkat perilaku 53,33% berada pada kategori kurang baik serta dukungan keluarga 50% kurang baik. Hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa partisipan menganggap kelebihan berat badan bukan merupakan masalah kesehatan tetapi lebih kepada masalah penampilan sehingga menurunkan rasa percaya diri, belum mengetahui bagaimana cara menurunkan dan menjaga berat badan ideal, belum ada jadwal penimbangan rutin, partisipan mengungkapkan bahwa orang tua jarang memasak sayur dan menyediakan buah di rumah, tidak memiliki jadwal makan yang tetap serta orang tua tidak pernah meningkatkan untuk menimbang berat badan. Data hasil skrining mahasiswa residensi Keperawatan Komunitas tahun 2016 di SDN 3 Curug diperoleh hasil bahwa 23,8% siswa memiliki pola makan lebih dari 3x sehari, 66,6% siswa sering mengkonsumsi makanan dan minuman manis serta makanan siap saji, 61,9% siswa sering menonton TV dan bermain *game* lebih dari 2 jam per hari.

Wawancara dilakukan kepada orang tua dan keluarga yang mengalami kelebihan berat badan di Kelurahan Curug, Cimanggis. Hasil wawancara dengan orang tua

dapat disimpulkan bahwa orang tua tidak tahu komposisi dan kebutuhan nutrisi yang sesuai untuk setiap keluarganya, orang tua mengatakan menu makanan yang penting ada nasi dan lauk. Kelompok usia dewasa yang mengalami kelebihan berat badan menganggap kelebihan berat badan bukan masalah kesehatan yang serius sehingga tidak membatasi jumlah dan jenis makanan tertentu. Selain itu, masyarakat usia dewasa mengatakan tidak pernah memantau berat badan secara khusus kecuali jika berobat ke klinik/ puskesmas/ rumah sakit karena sakit. Keluarga mengatakan jarang memasak sayur karena merepotkan serta keluarga jarang yang suka makan sayur, jarang menyediakan buah karena buah-buahan mahal, sering membeli lauk pauk di warung makan.

Keluarga merupakan salah satu yang memiliki kontribusi penting dalam peningkatan angka kelebihan berat badan. Salah satu fungsi keluarga sebagai pemberi perawatan kesehatan dapat dilakukan melalui pemenuhan nutrisi keluarga. Pelaksanaan peran tersebut dapat mencegah terjadinya gangguan gizi termasuk kelebihan berat badan. Keluarga dapat melakukan peran ini sesuai pedoman gizi seimbang yang dikeluarkan oleh pemerintah. Hal ini sesuai dengan penelitian Hariyadi, Damanik dan Ekayanti (2010) menunjukkan bahwa 52,6% responden masih belum menerapkan pesan umum gizi seimbang. Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Marlissa, Pandelaki dan Ratag (2015) kepada orang tua yang memiliki anak dengan kelebihan berat badan melalui wawancara diperoleh hasil bahwa pengetahuan partisipan masih kurang dan sikap positif partisipan masih kurang.

Penelitian kuantitatif tentang peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara memasak makan malam di rumah dengan peningkatan intake makanan mencakup intake makanan rendah gula. Peneliti menjelaskan konsumsi makanan cepat saji satu minggu sekali erat kaitannya dengan meningkatnya prevalensi *overweight*/ obesitas (Taillie & Poti, 2017). Penyediaan makanan juga dapat dipengaruhi oleh beban tanggung jawab dan komitmen atau efikasi diri orang tua yang rendah, tantangan khusus manajemen waktu mencakup komitmen kerja dan ketersediaan waktu yang

kurang, kurangnya dukungan baik dari keluarga maupun lingkungan (Perry, Daniels, Bell & Magarey, 2016). Hambatan penyediaan makanan di rumah antara lain faktor personal mencakup kurang pengetahuan dan *personal taste*, komunikasi dan modeling mencakup orang lain dan media/ iklan, modernisasi mencakup transisi nutrisi dan peran wanita, akses yang kurang terhadap makanan sehat mencakup kepercayaan tidak adekuat, resiko yang dipersepsikan, tingginya harga dan keterbatasan waktu (Farahmand et al., 2015).

Permasalahan kesehatan yang teridentifikasi dapat diselesaikan melalui intervensi pada tataran pelayanan primer. Perawat komunitas memiliki peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan kepada populasi baik resiko maupun rentan dengan melakukan upaya pencegahan baik primer, sekunder maupun tersier (Nies & McEwen, 2001; Stanhope & Lancaster, 2016). Pencegahan primer dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang pencegahan kelebihan gizi. Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan skrining, deteksi dini dan penanganan segera pada keluarga yang memiliki masalah kelebihan berat badan sehingga masalah kesehatan lanjut yang diakibatkan oleh kondisi tersebut dapat dicegah sejak dini. Pencegahan tersier dapat dilakukan dengan meminimalkan ketidakmampuan fisik serta meningkatkan dukungan psikologis pada keluarga yang mengalami kelebihan berat badan.

Upaya pencegahan dapat dilakukan perawat jika perawat memiliki data dasar yang lengkap dan komprehensif. Anderson dan McFarland (2011) menjelaskan bahwa seorang perawat komunitas dapat dianalogikan sebagai mata, telinga dan hidung dari setiap peristiwa di komunitas. Hal tersebut dibutuhkan guna memahami setiap fenomena yang ada di komunitas termasuk fenomena kelebihan berat badan di masyarakat. Pemahaman terkait tantangan dan hambatan yang dirasakan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga yang mengalami kelebihan berat badan merupakan langkah awal agar upaya pencegahan dapat tercapai secara optimal. Data yang mendalam dan komprehensif terkait topik tersebut sangat dibutuhkan dalam perencanaan sebuah program pencegahan dan penanganan kelebihan berat badan pada tatanan keluarga. Selain itu,

terkumpulnya data yang komprehensif dapat dijadikan bekal untuk mengkaji kekuatan dan kelemahan sebuah program yang akan dirancang dalam rangka penanganan kelebihan berat badan di masyarakat. Data tersebut diharapkan mampu membuahkan program yang tepat sasaran dan tepat guna agar program yang digulirkan dapat dicapai secara maksimal. Pengumpulan data menggunakan pendekatan kualitatif dibutuhkan untuk memperoleh data yang kaya dan mendalam sesuai kondisi yang dirasakan masyarakat.

Pendekatan kualitatif memungkinkan peneliti memahami keterkaitan sebuah konsep atau teori sesuai pengalaman, lingkungan dan sosial budaya. Pemahaman setiap individu dapat beragam tergantung dari faktor-faktor tersebut. Data tersebut dapat dikumpulkan menggunakan desain yang sesuai untuk penggalian data yang rinci, komprehensif dan mendalam. Desain penelitian yang dapat digunakan untuk menggali hal tersebut adalah desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Desain ini merupakan pilihan yang paling baik dalam menggambarkan dan memahami pengalaman kehidupan (Creswell, 2007). Penelitian dengan menggunakan desain kualitatif mengenai pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga dengan kelebihan berat badan dapat memunculkan pemahaman yang mendalam tentang fenomena tersebut. Hasil penelitian ini akan memberikan gambaran pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga dengan kelebihan berat badan.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Prevalensi kelebihan berat badan di kota Depok diatas rata-rata nasional membutuhkan perhatian khusus mengingat dampak yang ditimbulkan akibat kondisi tersebut cukup serius. Kelebihan berat badan menimbulkan dampak pada kehidupan seseorang baik secara fisik, psikologis, sosial maupun ekonomi. Dampak tersebut tidak hanya dirasakan oleh keluarga yang mengalami obesitas tetapi juga keluarga dalam bentuk beban finansial akibat penyakit yang ditimbulkan dan menurunnya produktifitas, serta masyarakat maupun pemerintah.

Program skrining status gizi belum menunjukkan dampak yang signifikan terhadap penurunan prevalensi kelebihan berat badan. Perilaku diet sehat keluarga masih cenderung rendah sehingga prevalensi kelebihan berat badan terus meningkat. Oleh karena itu, diperlukan penggalan data yang mendalam tentang pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga yang mengalami kelebihan berat badan. Hal ini dibutuhkan agar perawat komunitas dapat merencanakan program sesuai pendekatan yang tepat berdasarkan permasalahan yang dirasakan partisipan. Berdasarkan fenomena tersebut peneliti merumuskan pertanyaan penelitian yaitu: bagaimanakah pengalaman mengelola nutrisi keluarga yang mengalami kelebihan berat badan di Kota Depok?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman tentang makna pengalaman mengelola kebutuhan nutrisi keluarga yang mengalami kelebihan berat badan.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya:

- 1.3.2.1. Respon keluarga dalam menghadapi keluarga dengan kelebihan berat badan
- 1.3.2.2. Dukungan yang digunakan keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan
- 1.3.2.3. Hambatan yang dialami keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan
- 1.3.2.4. Harapan keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan
- 1.3.2.5. Makna pengalaman keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Aplikatif**

#### **1.4.1.1. Bagi Pemegang Kebijakan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan dalam merumuskan program promosi kesehatan untuk pencegahan dan penanganan kelebihan berat badan. Sasaran program promosi melibatkan peran keluarga dan masyarakat secara luas.

#### **1.4.1.2. Bagi Insitusi Pelayanan Kesehatan**

Penelitian ini dapat memberikan informasi bagi petugas kesehatan baik pada tatanan pelayanan primer maupun rujukan tentang pengalaman keluarga mengelola nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan. Informasi juga diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas pada keluarga dengan kelebihan berat badan.

### **1.4.2. Pengembangan Keilmuan**

Penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga yang mengalami kelebihan berat badan. Hal tersebut dapat dijadikan acuan dalam pengembangan asuhan keperawatan komunitas pada populasi dengan kelebihan berat badan dengan pendekatan nutrisi berbasis keluarga.

### **1.4.5. Metodologi**

Data hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar bagi penelitian tentang nutrisi pada tatanan keluarga dalam rangka program pencegahan dan penanganan obesitas.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan menguraikan konsep-konsep yang terkait dengan penelitian. Konsep tersebut antara lain: keluarga sebagai populasi *at risk*, keluarga dengan kelebihan berat badan sebagai populasi *vulnerable*, peran keluarga dalam pemenuhan nutrisi, pencegahan kelebihan berat badan dalam intervensi keperawatan komunitas, strategi intervensi keperawatan komunitas dalam pencegahan kelebihan berat badan serta peran perawat komunitas dalam penanganan kelebihan berat badan.

#### **2.1. Konsep *at risk* pada keluarga**

Nies dan McEwen (2015) menjabarkan *at risk* (resiko) sebagai kemungkinan terhadap terjadinya suatu kondisi yang lebih buruk (sebagai contoh orang sehat yang terpapar resiko sehingga meningkatkan kemungkinan terjangkit penyakit tertentu). Definisi lain tentang *at risk* dikemukakan oleh Stanhope dan Lancaster (2016) yaitu kondisi yang terjadi dalam periode waktu tertentu.

*At risk* dapat terjadi baik level individu, keluarga maupun populasi. Stanhope dan Lancaster (2016) mendefinisikan populasi *at risk* sebagai populasi yang memiliki kemungkinan faktor resiko terhadap kondisi tertentu walaupun kecil. Hal ini sesuai dengan pernyataan Hitchcock, Schubert dan Thomas (2003) yang menjabarkan populasi *at risk* sebagai sekumpulan orang yang telah memiliki kemungkinan dan teridentifikasi secara jelas akan munculnya suatu peristiwa walaupun kemungkinannya kecil. Populasi *at risk* yaitu sekelompok orang yang berpotensi mengalami faktor resiko atau paparan yang mengancam status kesehatan meskipun dalam kondisi kecil.

Beberapa faktor dapat mengakibatkan seseorang berada dalam kondisi *at risk*. Faktor tersebut yaitu resiko biologi yang diwariskan (termasuk resiko yang ditimbulkan akibat usia), resiko lingkungan (baik aspek sosial, ekonomi maupun fisik) dan resiko perilaku (Stanhope & Lancaster, 2016). Berikut ini akan menguraikan masing-masing faktor tersebut berdasarkan kajian yang dihubungkan dengan karakteristik populasi.

### 2.1.1. Resiko biologi berkaitan dengan usia perkembangan dan genetik

Stanhope dan Lancaster (2016) menjabarkan faktor resiko biologis sebagai faktor biologis atau kondisi fisik yang dapat mengakibatkan seseorang menderita sakit. Kondisi ini juga dapat disebabkan oleh karakteristik pertumbuhan dan perkembangan seseorang yang menempatkan orang tersebut lebih beresiko terkena masalah kesehatan. Selain itu, transisi tahapan perkembangan keluarga dapat merupakan potensial resiko terhadap perubahan status kesehatan keluarga. Setiap tahapan perkembangan membutuhkan kemampuan keluarga untuk melaksanakan tugas perkembangan. Hubungan antara tugas perkembangan keluarga erat kaitannya dengan status kesehatan sebagai contoh memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga pada tahapan keluarga pra sekolah.

Kelompok usia tertentu memiliki kerentanan lebih tinggi menderita kelebihan gizi dibandingkan kelompok usia lainnya. Kelompok usia anak dan remaja lebih rentan menderita kelebihan berat badan disebabkan oleh perkembangan fisik dan psikososial yang dialaminya (Hockenberry, 2007; Rudolph, Hoffman & Rudolph, 2014). Kelompok usia lansia dapat mengalami obesitas seiring dengan penurunan aktivitas fisik akibat usia (Asp, Simonsson, Larm, & Molarius, 2017), intake makanan dan komposisi tubuh (Oh, Jho, No, & Kim, 2015), seiring peningkatan usia terjadi peningkatan akumulasi lemak akibat perubahan struktur dan fungsi organ tubuh (Cintosun, 2014).

Bottcher dan Kovacs (2015) menjelaskan bahwa keturunan memiliki kecenderungan menyebabkan kelebihan berat badan sebesar 0,7. Ranjani, Pradeepa dan Mohan (2014) menjelaskan bahwa obesitas pada orang tua merupakan prediktor kuat sebagai penyebab kelebihan berat badan pada dewasa. Penelitian lain oleh Noh, Kim, Park, Oh, dan Kwon (2014) kepada 9411 remaja dan dewasa muda kelebihan

berat badan di Korea menunjukkan bahwa bentuk tubuh orang tua berpengaruh signifikan terhadap bentuk tubuh anak. Studi literatur yang dilakukan Fernandez, Klimentidis, Dulin-keita, dan Casazza (2012) yang menelaah 79 artikel tentang genetik yang berhubungan dengan kejadian kelebihan berat badan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh genetik terhadap kejadian kelebihan berat badan walaupun interaksinya tidak tunggal, tetapi melibatkan peran lingkungan.

Selain itu, pertumbuhan janin selama di dalam kandungan diduga dapat mempengaruhi kejadian kelebihan berat badan. Hal ini disebabkan oleh modifikasi lemak dan massa tubuh, mekanisme pengontrolan nafsu makan oleh sistem neuroendokrin dan kapasitas fungsi pankreas. Sebuah penelitian membuktikan bahwa terdapat hubungan antara berat badan lahir dan IMT pada usia selanjutnya. Bayi yang lahir dengan berat badan kurang menunjukkan transisi adiposa dan resistensi insulin lebih cepat. Pertumbuhan yang cepat dan pertumbuhan jaringan adiposa pada masa anak-anak secara signifikan meningkatkan kemungkinan anak-anak untuk menderita kelebihan berat badan (Jornayvaz et al., 2016).

Beberapa kasus kelebihan berat badan pada usia anak-anak disebabkan oleh defisiensi leptin atau penyebab medis lain seperti hipotiroidisme, defisiensi hormon pertumbuhan, efek samping pengobatan seperti steroid (Reilly et al, 2005). Adipositokin disekresikan oleh jaringan adiposa. Leptin akan mengirimkan sinyal kepada hipotalamus yang mengatur perilaku pencarian makanan dan intake makanan. Resistensi leptin relatif memicu resistensi insulin yang memicu diabetes tipe 2 pada orang kelebihan berat badan (Kiess, Wabitsch & Sharma, 2015).

Resiko biologi yang dapat memicu kelebihan berat badan disebabkan oleh pertumbuhan dan perkembangan serta pengaruh genetik. Resiko

obesitas berkaitan erat dengan perubahan struktur dan komposisi tubuh seiring pertumbuhan baik pada usia anak, remaja, dewasa maupun lanjut usia. Bentuk dan ukuran tubuh orang tua dapat diturunkan kepada anaknya sehingga orang tua yang gemuk kemungkinan memiliki anak gemuk lebih besar.

#### 2.1.2. Resiko lingkungan (aspek sosial, ekonomi dan fisik)

Stanhope dan Lancaster (2016) mengatakan resiko lingkungan mencakup tiga aspek yaitu lingkungan sosial, ekonomi dan fisik. Aspek sosial sebagai keadaan lingkungan sosial yang dapat memicu terjadinya masalah kesehatan. Kondisi ini berbeda-beda untuk semua kelompok usia.

*Bonding* atau ikatan kasih sayang antara orang tua dan anak akan mempengaruhi perilaku anak. Penelitian yang dilakukan oleh Anderson et al (2012) menunjukkan bahwa sentuhan dan sensitivitas yang kurang dari seorang ibu dapat memicu peningkatan kelebihan berat badan pada saat menginjak remaja serta meningkatkan frekuensi konsumsi makanan cepat saji pada saat usia dewasa. Selain itu, beberapa penelitian menunjukkan pemberian ASI pada bayi dapat menurunkan kejadian obesitas pada kehidupan selanjutnya (Green, 2012; Marseglia et al., 2015). Lingkungan sosial lain yang berkontribusi terhadap prevalensi obesitas adalah praktek pemenuhan nutrisi di keluarga. Dalle Molle et al. (2017) menjelaskan bahwa praktek pemberian makan seperti memberikan *reward* dalam bentuk makanan, memaksa makanan tertentu serta akses terhadap makanan tinggi kalori dan gula dapat meningkatkan resiko obesitas.

Pengaruh lingkungan sosial pada anak sekolah dan remaja adalah tekanan dari teman sebaya. Keinginan untuk diterima dalam lingkungan mengakibatkan anak-anak dan remaja mengikuti pola konsumsi jajanan teman sebayanya. Kondisi ini cukup

mengkhawatirkan karena mayoritas anak tidak memahami jajanan yang sehat (Wijaya, Ardiana, & Kurniawati, 2014).

Faktor lingkungan selanjutnya adalah aspek ekonomi. Aspek ekonomi didefinisikan sebagai ketidakseimbangan pendapatan ekonomi di dalam keluarga dibandingkan dengan pengeluaran (Stanhope & Lancaster, 2016). Taran et al (2016) menjelaskan bahwa semakin tinggi status sosial ekonomi, semakin banyak anak-anak yang menderita kelebihan berat badan disebabkan peningkatan daya beli orang tua. Hal ini mengakibatkan keanekaragaman makanan meningkat, pemberian uang jajan kepada anak meningkat sehingga anak mampu membeli makanan yang diinginkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Jin dan Lu (2017) tentang hubungan status sosial ekonomi dengan kelebihan berat badan di empat sekolah di Texas menunjukkan bahwa prevalensi kelebihan berat badan pada anak sekolah berhubungan secara signifikan dengan status sosial ekonomi keluarga dan tetangga di empat regional di Texas yaitu San Antonio, Dallas-Fort Worth, Houston, dan Lubbock. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Parengkuan, Mayulu, dan Ponidjan (2013) tentang hubungan pendapatan keluarga dengan kejadian kelebihan berat badan di anak usia sekolah di Manado dengan hasil terdapat hubungan antara pendapatan keluarga dengan kejadian kelebihan berat badan pada anak SD di kota Manado.

Pengaruh lingkungan komunitas merupakan faktor berikutnya yang berkontribusi terhadap insiden kelebihan berat badan pada remaja. Restoran cepat saji yang tumbuh pesat diiringi iklan makanan cepat saji mempengaruhi keputusan pemilihan makanan. Selain itu, pesatnya pembangunan infrastruktur membuat ketersediaan ruang publik untuk aktivitas seperti berjalan, bersepeda atau olahraga menjadi sangat terbatas. Dukungan transportasi yang semakin mempermudah pergerakan masyarakat memiliki pengaruh yang

kurang baik terhadap tingkat aktivitas masyarakat (Appelhans, French, Pagoto, & Sherwood, 2016; Kiess, Wabitsch, & Sharma, 2015).

Hasil survey pendahuluan pada saat praktek aplikasi keperawatan komunitas menunjukkan faktor lingkungan yang ada di kota Depok memiliki persamaan dengan literatur. Kota Depok merupakan kota urbanisasi yang berada dekat dengan ibu kota negara. Penduduk kota Depok rata-rata memiliki penghasilan di atas Upah Minimum Regional (UMP). Hal ini berakibat pada pola belanja termasuk belanja kebutuhan nutrisi keluarga. Selain itu, padatnya pemukiman penduduk mengakibatkan terbatasnya sarana terbuka dan tempat olahraga bagi masyarakat.

### 2.1.3. Resiko perilaku (gaya hidup)

CDC menjelaskan faktor perilaku yang dapat mengakibatkan seseorang menderita kelebihan berat badan antara lain: makan makanan tinggi kalori, makanan dan minuman yang rendah kadar nutrisinya (mikronutrien), aktivitas fisik yang kurang, aktivitas sendentari meliputi aktivitas menonton TV atau aktivitas berada di depan layar lainnya dan pola tidur tidak adekuat.

Pola diet yang mencakup makanan tinggi kalori dan rendah kandungan nutrisi (mikronutrien) terbukti merupakan salah satu yang dapat menyebabkan peningkatan berat badan. Hal ini sejalan dengan studi Ranjani et al (2014) yang menggali faktor determinan kelebihan berat badan di negara berkembang seperti India dengan hasil bahwa kelebihan berat badan disebabkan oleh tingginya intake diet yang tinggi lemak dan gula tetapi memiliki kandungan mikronutrien yang sedikit. Penelitian yang dilakukan Aggarwal, Bhatia, Singh, dan Sobti (2008) di Punjab kepada 1000 siswa di sekolah membuktikan bahwa 82,3% remaja kelebihan berat badan merupakan non vegetarian. Selanjutnya peneliti mengatakan bahwa kejadian kelebihan berat

badan ditemukan lebih tinggi pada remaja yang sering makan di luar rumah dan sering ngemil.

Salah satu faktor yang mengakibatkan meningkatnya konsumsi makanan tinggi kalori adalah meningkatkan persediaan makanan dan minuman cepat saji dengan kadar kalori tinggi baik di sekolah maupun di masyarakat. Peningkatan pendapatan perkapita penduduk juga mengakibatkan kemampuan daya beli meningkat termasuk makanan *fast food*. Selain itu, bagi ibu yang bekerja atau orang tua tunggal memiliki sedikit waktu untuk menyediakan makanan bagi keluarga. Tingkat kelelahan setelah bekerja sangat mempengaruhi pemilihan rencana makanan serta aktivitas menyiapkan makanan (Malhotra et al., 2013; Storfer-Isser & Musher-Eizenman, 2013).

Penyebab peningkatan berat badan selanjutnya adalah aktivitas sendentari yaitu aktivitas berada di depan layar (Sreevatsava, Narayan, Cunningham, 2013). Aktivitas ini tidak hanya mencakup menonton TV tetapi juga aktivitas berada di depan komputer, bermain video game, menggunakan internet dan smartphone. Studi Costigan et al (2013) membuktikan bahwa aktivitas di depan layar memiliki pengaruh terhadap peningkatan berat badan. Hal ini sejalan dengan studi Cameron et al (2016) yang menjelaskan durasi aktivitas di depan layar lebih dari 6-8 jam per hari merupakan faktor penyebab terjadinya kelebihan berat badan. Penelitian yang dilakukan oleh Jago et al. (2011) menemukan bahwa lebih dari 75% orang tua dan 62 % anak-anak menonton TV lebih dari dua jam setiap hari. Penelitian lain yang dilakukan oleh Aggarwal, Bhatia, Singh, dan Sobti (2008) menunjukkan bahwa lebih dari 50% remaja menonton TV atau duduk di depan layar jenis lainnya sekitar 1-4 jam. Hal tersebut sudah melebihi anjuran yang dikeluarkan oleh *American Academy of Pediatrics* (2014) bahwa durasi menonton TV pada anak-anak seharusnya sekitar 1-2 jam.

Pola tidur yang tidak adekuat dapat mengakibatkan kelebihan berat badan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa durasi tidur yang pendek berdampak pada fungsi metabolik dan endokrin. Hal ini mengakibatkan penurunan kadar leptin, peningkatan kadar grelin, peningkatan jumlah sitokin, penurunan tingkat toleransi terhadap glukosa serta peningkatan level kortisol (Chaput, Klingenberg, Astrup, & Sjodin, 2011). Perubahan zat-zat tersebut diluar nilai normal dapat memicu peningkatan berat badan.

Penelitian Chaput et al (2011) menunjukkan bahwa tidur teratur setiap malam berefek pada regulasi hormon dan metabolisme. Hasil observasi selama tidur memperlihatkan penurunan kadar glukosa otak, penurunan denyut jantung, penurunan temperatur tubuh, penurunan aktivitas saraf simpatik dan penurunan tekanan darah.

Gaya hidup masyarakat kota Depok memiliki persamaan dengan literatur sebelumnya. Hasil studi pendahuluan pada saat praktek aplikasi keperawatan komunitas menunjukkan bahwa masyarakat kota Depok memiliki kebiasaan olahraga yang kurang baik. Selain itu, pola konsumsi makanan menunjukkan kebiasaan makan makanan tinggi kalori dalam bentuk *fast food* serta kebiasaan membeli makanan jadi tanpa memperhatikan kadar gizi dan porsi yang sesuai. Masyarakat kota Depok juga memiliki kebiasaan perilaku *sedentary* yang kurang baik seperti menonton TV dalam waktu yang lama, bermain *game* atau *smartphone*.

## **2.2. Populasi Kelebihan berat badan Sebagai Populasi *Vulnerable***

Kelebihan berat badan baik *overweight* maupun obesitas dapat menempatkan seseorang yang semula berada dalam kondisi *at risk* menjadi *vulnerable*. Populasi rentan didefinisikan sebagai sekelompok orang yang memiliki resiko lebih tinggi terhadap status kesehatan yang buruk dan memiliki akses pelayanan kesehatan yang terbatas. Kelompok populasi rentan cenderung

lebih mudah mengalami masalah kesehatan jika terkena paparan terhadap faktor resiko. Resiko tersebut merupakan kondisi dimana seseorang atau sekelompok orang memiliki kemungkinan lebih tinggi terserang penyakit dibanding populasi lainnya (Stanhope & Lancaster, 2016).

*Vulnerability* didefinisikan sebagai kerentanan atau penolakan atau berada pada resiko kondisi sosial, psikososial dan kesehatan fisik yang buruk. Kelompok ini memiliki tingkat mortalitas lebih tinggi, memiliki akses yang rendah terhadap pelayanan kesehatan (kesenjangan dalam kualitas pelayanan), tidak memiliki asuransi, memiliki harapan hidup yang rendah dan memiliki kualitas hidup yang buruk. Selain itu, kelompok ini juga mengalami masalah perkembangan, kapasitas personal yang kurang baik, status sosial tidak menguntungkan, jaringan interpersonal dan dukungan tidak adekuat, dikucilkan dari lingkungan maupun tetangga (Allender, Rector & Warner, 2010). Definisi lain tentang populasi rentan adalah kelompok masyarakat yang memiliki kondisi kesehatan baik psikologis, fisik dan sosial yang buruk seperti kelompok ibu resiko tinggi, bayi resiko tinggi, orang dengan penyakit kronik dan kelompok disabilitas (Aday, 1994 dalam Fitzpatrick, Nyamati, Griffin, 2007).

WHO (2011) menyatakan kondisi kelebihan berat badan merupakan kondisi penyakit kronis. WHO (2011) mendefinisikan kelebihan berat badan sebagai penumpukkan lemak yang abnormal maupun berlebihan yang dapat mengganggu kesehatan. Kelebihan berat badan merupakan kondisi kelebihan berat badan dengan nilai IMT/ U lebih dari persentil 95 sedangkan *overweight* pada anak dan remaja merupakan kondisi dimana IMT/ U lebih dari persentil 85. Sedangkan pada orang dewasa memiliki IMT lebih dari 25 atau lingkaran abdomen lebih dari 80 cm untuk perempuan dan 90 cm untuk laki-laki pada obesitas sentral.

Kondisi obesitas khususnya obesitas sentral dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit kardiovaskuler karena erat kaitannya dengan kondisi

sindrom metabolik atau sindrom resistensi insulin, intoleransi glukosa, dislipidemia dan hiperurisemia (Sugondo, 2014). Kondisi tersebut disebabkan oleh kelebihan lemak visceral. Persentasi lemak tubuh pada dewasa muda > 25% dan perempuan > 35%.

Selanjutnya Sugondo (2014) menjelaskan bahwa pada orang kelebihan berat badan sentral, lemak di daerah abdomennya terdiri dari lemak subkutan dan lemak intraabdominal. Lemak intraabdominal terdiri dari lemak visceral atau peritoneal terutama lemak omental, mesenterial serta retroperitoneal. Oleh karena aliran saluran sirkulasi darah melalui vena porta hepatica, aliran lemak visceral akan lebih banyak dibandingkan lemak subkutan.

Kelompok rentan merupakan kelompok masyarakat yang memiliki resiko lebih tinggi mengalami status kesehatan yang buruk sehingga menyebabkan tingginya mortalitas akibat interaksi berbagai faktor baik sosial, fisik, psikologis di sepanjang daur kehidupan. Anderson dan McFarland (2011) menjabarkan karakteristik kesehatan kronis mencakup progresif, irreversibel, kompleks, terapi diarahkan untuk mengontrol gejala, masalah keluarga dan kesedihan kronis. Masalah kesehatan tersebut dikatakan progresif jika masalah kesehatan tersebut cenderung lebih parah. Irreversibel merupakan kondisi dimana masalah kesehatan cenderung tidak dapat disembuhkan. Kondisi penyakit kronis salah satu karakteristiknya adalah kompleks karena masalah ini mempengaruhi berbagai sistem.

Kondisi *vulnerable* memiliki banyak aspek mencakup resiko kesehatan, ketidakberdayaan, menjadi korban, status yang tidak menguntungkan, keterbatasan kontrol dan *disfranchisement* (merasa terpisah) (Stanhope & Lancaster, 2016). Populasi yang mengalami kelebihan berat badan dapat mengalami aspek-aspek tersebut. Di bawah ini akan dipaparkan aspek *vulnerability* yang berkaitan dengan kondisi kelebihan berat badan.

### 2.2.1. Resiko kesehatan

Penelitian yang dilakukan Lopez-Garcia, Guallar-Castillón, Garcia-Esquinas, Rodríguez-Artalejo (2016) dan Hajian-Tilak, Heidari, Hajian-Tilaki (2016) membuktikan bahwa kelebihan berat badan mengakibatkan penurunan kualitas hidup. Kualitas hidup turun diakibatkan oleh berbagai penyakit fisik yang ditimbulkan. Di bawah ini akan dipaparkan penyakit fisik yang dapat terjadi akibat kelebihan berat badan.

#### 2.2.1.1. Resistensi insulin dan diabetes tipe 2

Kelebihan berat badan merupakan faktor utama pemicu resistensi insulin. Resistensi insulin terjadi akibat resistensi otot skelet dan hati terhadap metabolisme glukosa. Pada akhirnya resistensi insulin akan mengakibatkan menurunnya *uptake* dan penggunaan glukosa oleh sel, meningkatnya produksi glukosa hepatic dan memfasilitasi lipolisis jaringan adiposa (Weiss, Cali & Caprio, 2010). Hal ini disebabkan penumpukan massa lemak diduga kuat memicu terjadinya resistensi insulin. Kondisi tersebut dipicu oleh resistensi leptin relatif yang mengakibatkan munculnya penyakit diabetes tipe 2 (Kiess, Wabitsch & Sharma, 2015).

Studi kualitatif dengan desain triangulasi yang dilakukan oleh Furler, Rudock, Manski-Nankervis, Blackberry dan Kennedy (2016) dengan partisipan remaja usia 13-15 di daerah dengan status sosial ekonomi rendah, kepulauan Torres Strait dan Aborigin, kepulauan Pasifik dengan etnis Asia menunjukkan bahwa semakin tinggi IMT remaja maka resiko terkena diabetes tipe dua juga meningkat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ross, Yau, dan Convit (2015) kepada 71 remaja kelebihan berat badan dan 51 remaja non kelebihan berat badan dengan hasil bahwa kelebihan berat

badan sangat mempengaruhi terjadinya sensitivitas insulin pada remaja. Pada remaja usia 15 tahun dengan peningkatan IMT dapat menyebabkan munculnya penyakit diabetes melitus tipe 2 pada usia 27 tahun (Attard et al., 2013; Brian, 2011).

Studi pada kelompok lanjut usia dilakukan oleh Murphy, Chevalier, Gougeon, Goulet dan Morais (2015) tentang akibat obesitas dan diabetes tipe 2 pada lanjut usia wanita terhadap respon anabolik insulin kepada 10 lansia sehat, 8 lansia obesitas dan 8 lansia obesitas dengan diabetes tipe 2. Studi menunjukkan bahwa pada usia yang lebih tua, kerusakan anabolisme protein terjadi sebagai respon terhadap insulin karena obesitas tidak diperburuk dengan adanya diabetes tipe 2. Inefisiensi anabolisme protein menyumbang terjadinya peningkatan obesitas sarcopenic akibat penuaan. Penelitian lain pada lanjut usia menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan munculnya penyakit diabetes melitus (Tyrovolas et al., 2015). Studi lain di China kepada responden dengan rentang usia 35 -74 tahun untuk melihat insiden diabetes melitus tipe dua berhubungan dengan *overweight* dan obesitas. Studi menunjukkan bahwa 3,32 juta (95% CI: 2.47, 4.24) insiden DM tipe 2 disebabkan oleh *overweight* dan obesitas.

#### 2.2.1.2. Penyakit kardiovaskuler

Kelebihan berat badan dapat memicu terjadinya gangguan kardiovaskuler. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya volume darah, kardiak output dan beban jantung (Ranjani et al, 2014). Kelebihan berat badan pada anak-anak dapat mengakibatkan perubahan struktur pada ventrikel kiri dan dapat mengakibatkan hipertensi. Kelebihan berat badan pada masa anak-anak memiliki kemungkinan tiga kali lipat menderita

hipertensi daripada anak-anak yang tidak menderita kelebihan berat badan. Resiko hipertensi berbanding lurus dengan kenaikan IMT (Hunley & Kon, 2010).

Hal ini sejalan dengan penelitian Attard et al (2013) dengan menggunakan desain kohort kepada remaja menunjukkan bahwa peningkatan IMT antara usia 15-20 tahun memiliki pengaruh yang kuat terhadap munculnya penyakit hipertensi. Penelitian lain yang dilakukan kepada anak-anak usia 6-17 tahun di Kanada menunjukkan bahwa kelebihan berat badan memiliki hubungan yang signifikan dengan peningkatan sistole dan diastole (Shi, De Groh, & Morrison, 2012).

Selain peningkatan tekanan darah, kelebihan berat badan juga dapat mengakibatkan terjadinya abnormalitas kadar lipid. Kondisi ini erat kaitannya dengan adiposit visceral, dipicu oleh resistensi insulin dan kadar lemak bebas yang tinggi di dalam darah. Dislipidemia secara klinis dapat dievaluasi berdasarkan triad abnormalitas mencakup elevasi trigliserida, penurunan level HDL dan perubahan LDL secara kualitatif (McCordle, 2010).

Dislipidemia merupakan sekumpulan gejala penyakit asimtomatik yang disebabkan oleh abnormalitas level lipoprotein di dalam darah. Orang yang mengalami dislipidemia biasanya juga menderita hipertrigliseridemia (Ra, Angélica Gómez-Díaz, & Wachter-Rodarte, 2014). Studi yang dilakukan oleh Barja Yáñez et al. (2015) kepada anak usia sekolah di Santiago menunjukkan bahwa kelebihan berat badan dapat menyebabkan terjadinya dislipidemia. Studi lain yang dilakukan oleh Rinkuniene et al. (2015) di Lithuania menunjukkan bahwa kelebihan berat badan sentral merupakan salah satu faktor resiko dislipidemia.

Kelebihan berat badan pada masa anak-anak dan remaja juga erat kaitannya dengan penebalan tunika intima. Penebalan tunika intima dapat memicu terjadinya aterosklerosis (McGill Jr., McMahan, & Gidding, 2010). Dalam studi literatur yang dilakukan oleh Lamotte, Iliescu, Libersa, dan Gottrand (2011) menunjukkan bahwa 22 literatur dari total 67 literatur melaporkan peningkatan ketebalan tunika intima pada anak-anak dan remaja kelebihan berat badan. Aterosklerosis pada masa anak-anak akan berlanjut hingga remaja dan dewasa sehingga memicu terjadinya obstruksi arteri dan cedera pada organ tubuh akibat iskemia jaringan pada usia dewasa.

Penelitian yang dilakukan oleh Song et al., (2015) kepada responden rentang usia 24-99 tahun di Eropa menunjukkan bahwa obesitas sentral berhubungan linear secara positif dengan mortalitas CVD. Hal ini sejalan dengan studi lain yang menunjukkan bahwa obesitas pada lanjut usia erat kaitannya dengan munculnya hipertensi (Tyrovolas et al., 2015).

#### 2.2.1.3. *Fatty liver disease* (Perlemakan hati)

*Fatty liver disease* atau dinamakan juga hepatic steatosis memiliki karakteristik akumulasi lemak dalam sel hati. Salah satu gangguan ini disebabkan oleh kelebihan berat badan yaitu *non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD)*. Selain kelebihan berat badan, penyebab NAFLD yang paling sering ditemukan lainnya adalah sindroma metabolik. Akumulasi lemak merupakan konsekuensi dari tiga kondisi yang berbeda yaitu akumulasi trigliserida yang berlebihan yang disebabkan oleh diet, sintesis lipid dalam hepar (*denovo lipogenesis*) dan ketidakseimbangan *influx* (resistensi insulin). Diet tinggi lemak, kolesterol dan karbohidrat dapat menyebabkan

perlemakan hati. Pada remaja dengan kelebihan berat badan peningkatan kadar trigliserida intrahepatik erat kaitannya dengan dislipidemia dan resistensi insulin (Alisi, Manco, Devito, Nobili, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Jorge et al., (2015) pada pasien dengan obesitas grade III rentang usia 22 – 63 tahun menunjukkan bahwa obesitas tidak hanya memiliki dampak terhadap jaringan adiposa tetapi juga organ yang memegang peran penting terhadap metabolisme tubuh yaitu hati. Inflamasi kronis pada sel-sel hati dapat mengakibatkan terjadinya NAFLD.

#### 2.2.1.4. Sindrom polikistik ovarium

Remaja perempuan yang menderita kelebihan berat badan dapat mengakibatkan munculnya sindrom polikistik ovarium dan gangguan siklus menstruasi (Brian, 2011). Akumulasi jaringan adiposa yang terlalu dini memicu hiperandrogenemia selanjutnya kelebihan androgen ini dapat memicu terjadinya *adiposity* sentral dan sindrom polikistik ovarium. Faktor lain yang berkontribusi adalah diet tinggi lemak.

Penelitian lain dilakukan di China kepada wanita obesitas baik yang menderita sindroma metabolik maupun yang tidak untuk melihat perbedaan prevalensi sindrom polikistik ovarium. Hasilnya menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan prevalensi sindrom polikistik ovarium baik pada wanita obesitas dengan sindrom metabolik maupun obesitas tanpa sindrom metabolik (Liang et al., 2017). Hal tersebut menunjukkan bahwa sindrom polikistik ovarium dapat diderita oleh wanita obesitas tanpa memperhatikan status metaboliknya.

#### 2.2.1.5. Kanker

Kelebihan berat badan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya kanker. Hasil penelitian terhadap kultur kultur ASCs (Adiposity stems cells) dengan jumlah sampel 24 dianalisa peningkatan proliferasi, perubahan ekspresi gen. Hasilnya menunjukkan sel kanker payudara setelah dilakukan kultur ASCs, khususnya reseptor alpha estrogen (ESR1) dan reseptor progesteron. Perubahan ini meningkatkan ER<sup>+</sup>/PR<sup>+</sup> pertumbuhan sel cancer mammae melalui *estrogen dependent pathways* (Boutelle et al., 2015).

#### 2.2.1.6. *Sleep apneu*

Obesitas dapat mengakibatkan terjadinya *sleep apneu*. Hal ini disebabkan oleh penurunan fungsi otot jalan nafas bagian atas atau perubahan struktur otot disebabkan oleh deposit lemak di dalam jaringan otot. Pada anak dan remaja kelebihan berat badan, hipertropi limfoid dan *adiposity* dapat mengakibatkan penyempitan jalan nafas atas (Verhulst, 2010). Kondisi tersebut mengakibatkan obstruksi jalan nafas atas selama fase tidur. Selain sebagai komplikasi kelebihan berat badan, *sleep apneu* sendiri dapat memperburuk kondisi kelebihan berat badan karena perubahan kualitas tidur, mengantuk pada saat siang hari dan gangguan terhadap metabolisme (Ranjani, Pradeepa & Mohan, 2014).

Penelitian lain dilakukan oleh Thorn et al., (2017) kepada laki-laki yang menderita obesitas dengan rata-rata IMT BMI  $32.7 \pm 4.0 \text{ kg/m}^2$ . Studi menunjukkan bahwa aliran darah ke jaringan adiposa meningkat pada responden yang mengalami *sleep apneu*. Hasil identifikasi ekspresi gen menyimpulkan *sleep apneu* memiliki hubungan dengan kondisi kelebihan berat badan. Studi literatur menunjukkan bahwa salah satu

penyebab *sleep apneu* pada semua populasi adalah kelebihan berat badan (Senaratna et al., 2016). Palm, Janson dan Lindberg (2015) menjelaskan bahwa peningkatan berat badan merupakan resiko independen untuk peningkatan masalah tidur dan mengantuk di siang hari.

#### 2.2.1.7. Arthritis

Kondisi obesitas pada lanjut usia dapat mengakibatkan terjadinya arthritis. Prevalensi arthritis pada dewasa dilaporkan berkisar antara 0,5% hingga 3,8% pada wanita sedangkan pada laki-laki antara 0,15% hingga 1,37%. Kondisi ini semakin meningkat seiring peningkatan usia (Amarya et al., 2014).

#### 2.2.1.8. Inkontinensia urine

Inkontinensia urine merupakan masalah perkemihan yang sering terjadi pada lanjut usia. Obesitas memiliki kontribusi dalam peningkatan prevalensi inkontinensia urine pada lanjut usia, semakin tinggi IMT maka prevalensi inkontinensia urine semakin tinggi (Amarya et al., 2014).

#### 2.2.2. *Disfrenchisement* (merasa terpisah)

Perasaan terpisah atau berbeda dengan yang lain dapat dirasakan oleh orang dengan kelebihan berat badan. Hasil penelitian Brian (2011) mendeskripsikan bahwa remaja merasa dirinya berbeda dengan teman-teman lainnya dari sisi penampilan fisik. Partisipan perempuan merasakan penampilannya berbeda dari segi fisik karena ukuran abdomen, lengan dan bagian tubuh lain yang menonjolkan penumpukkan lemak. Partisipan laki-laki merasa berbeda dengan temannya baik dalam hal penampilan maupun aktivitas fisik. Mereka mengatakan tidak bisa berolahraga seperti teman-temannya yang tidak gemuk karena cepat lelah. Selain itu, para partisipan merasa frustrasi dengan kesulitan dalam mengelola berat badan.

*Disfrenchisement* juga terlihat dari *relational bullying* yang dirasakan partisipan. Partisipan mengatakan sering ditolak untuk masuk ke kelompok sebaya. Penolakan tersebut tidak hanya dalam konteks bermain dan bergaul tetapi juga dalam mengerjakan tugas sekolah. Partisipan mengatakan sering memperoleh giliran paling terakhir dalam menentukan kelompok proyek untuk tugas sekolah maupun kelompok olahraga. Partisipan juga mengungkapkan penolakan yang diterima dari hubungan pertemanan yang lebih akrab (Brian, 2011).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Rogerson, Soltani dan Copeland (2016) kepada 8 partisipan tentang pengalaman menurunkan berat badan menunjukkan bahwa salah satu hal yang membuat partisipan merasa terpisah dirumuskan dalam tema tekanan sosial. Tekanan sosial ini salah satunya adalah kesulitan dalam hal memilih makanan pada saat bersosialisasi dengan lingkungannya. Kesulitan ini juga disebabkan oleh tekanan dari keluarga dan teman. Partisipan menyampaikan bahwa keluarga dapat melakukan sabotase makanan meskipun mereka mengetahui program penurunan berat badan yang sedang dilakukan.

### 2.2.3. Ketidakberdayaan dan menjadi korban

Orang yang mengalami kelebihan berat badan cenderung menjadi olok-olokan dari sebayanya karena penampilan fisiknya. *Bullying* biasanya dirasakan oleh penderita kelebihan berat badan terutama pada rentang usia anak sekolah dan remaja. Ketidakberdayaan dan perasaan ini digambarkan dalam hasil penelitian Brian (2011). Partisipan menyampaikan *bullying* yang dirasakan tidak hanya dari teman sebaya, bahkan dari guru, keluarga, media sosial maupun lingkungan yang lebih luas.

Jenis *bullying* yang diterima partisipan bermacam-macam tetapi yang paling sering adalah *bullying* secara verbal. Salah satunya adalah memanggil nama yang identik dengan mengolok-olokan kondisi badan partisipan. Partisipan mengatakan bahwa seringkali teman dekat atau *peer groupnya* menjadikan kondisi kelebihan berat badan sebagai bahan bercanda dengan ungkapan yang lebih menyakitkan dibanding bukan teman dekat (Brian, 2011). Partisipan juga merasakan konsekuensi sosial yang tidak menyenangkan akibat obesitas berbentuk ejekan dan diingatkan untuk mengontrol berat badan (Gayatri & Basuki, 2013). Korban *bullying* dapat mengalami gangguan psikososial. Gangguan psikososial tersebut antara lain depresi, menarik diri dari lingkungan sekitarnya dan menghindari sekolah (Bookhout, 2015), harga diri rendah (Robertson, Murphy, & Johnson, 2016) dan kecemasan (Pryor et al, 2016). Remaja yang mengalami isolasi sosial dan stress dapat mengalami gangguan belajar yang akan berlanjut pada rendahnya prestasi.

Selain masalah psikologis tersebut, kelebihan berat badan sebagai kondisi kronis dapat menimbulkan perasaan negatif pada pelaku rawat. Perasaan lelah, frustrasi dan putus asa dapat dialami oleh pelaku rawat. Hal ini diungkapkan oleh Tan, Lim, Kuek, Kua, dan Mahendran (2015) bahwa pelaku rawat dapat dipengaruhi oleh cara pandang pasien terhadap kondisi kronisnya dimana pasien yang memaknai penyakit kronis secara positif dapat memberikan pengaruh positif pada pelaku. Selain itu, kondisi kesehatan pelaku rawat juga dapat mempengaruhi ketidakberdayaan yang dialaminya. Kozier (2004) menyampaikan bahwa penanganan penyakit kronis dibutuhkan konsep spiritualitas agar klien dapat beradaptasi dengan kondisinya. Hal ini sesuai dengan Drutchas dan Anandarajah (2014) menyampaikan bahwa spiritual merupakan kekuatan yang mendukung anak-anak dengan penyakit kronis untuk menghadapi kondisi kesakitannya.

#### 2.2.4. Keterbatasan kontrol

Keterbatasan kontrol dalam konteks populasi *vulnerable* dengan kelebihan berat badan mencakup kontrol porsi dan jenis makanan. Partisipan dalam penelitian Brian (2011) mengatakan merasa sulit untuk mengontrol kenaikan berat badan. Partisipan merasa kesulitan dalam mengendalikan diet sehari-hari baik dari segi jumlah, frekuensi maupun porsi. Partisipan mengungkapkan kesulitan dalam memilih makanan. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Rogerson, Soltani dan Copeland (2016) yang menyampaikan bahwa partisipan merasa kesulitan pada saat berada di lingkungan sosial karena harus membatasi jumlah maupun jenis agar program penurunan berat badan yang dijalannya berhasil.

#### 2.2.5. Status yang tidak menguntungkan

Kelebihan berat badan mempengaruhi keadaan ekonomi baik keluarga, masyarakat maupun pemerintah. Hadi (2016) melakukan penelitian tentang biaya yang dibutuhkan dalam menangani kelebihan berat badan. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 3 jenis biaya yang akan ditanggung yaitu *direct cost* (biaya langsung untuk menangani kelebihan berat badan), *opportunity* (biaya akibat kehilangan kesempatan) dan *indirect cost* (biaya akibat kehilangan penghasilan).

Beberapa penelitian menunjukkan tingginya biaya yang harus dikeluarkan akibat kelebihan berat badan. Biaya dikeluarkan untuk penanganan medis kelebihan berat badan serta penyakit yang menyertainya di Amerika pada wanita usia dewasa akhir sekitar \$ 19 miliar per tahun sedangkan pada anak-anak \$14.3 miliar per tahun (Hammond & Levine, 2010). Studi lain yang dilakukan Pitayatiennanan et al., (2014) di Thailand menunjukkan bahwa total biaya yang dibutuhkan untuk penanganan penyakit komorbiditas akibat kelebihan berat badan adalah diabetes mellitus (6,385.7 juta baht), penyakit jantung (2,168.4 juta baht) dan stroke (2,017.6 juta

baht), estimasi biaya karena mortalitas prematur akibat kelebihan berat badan adalah 5,864 juta baht sedangkan akibat absen 694 juta baht.

Hasil penelitian Wulansari, Martianto, dan Baliwati (2016) tentang kerugian akibat kelebihan berat badan pada orang dewasa di Indonesia menunjukkan bahwa biaya yang dibutuhkan untuk perawatan kesehatan sekitar Rp 56.487 miliar/tahun, nilai produktivitas yang hilang akibat kematian dini sebesar Rp 1.597 miliar/tahun, nilai ekonomi akibat produktivitas kerja sebesar Rp 20.394 miliar/tahun. Peneliti mengungkapkan bahwa total kerugian ekonomi akibat kelebihan berat badan di Indonesia sebesar Rp 78.478 miliar/tahun atau setara dengan 0,9% Produk Domestik Bruto Indonesia. Tingginya kerugian secara ekonomi akibat kelebihan berat badan tentu saja memiliki dampak kepada keluarga, masyarakat dan pemerintah. Depkes RI (25 Oktober 2016) menjelaskan bahwa saat ini beban pembiayaan penyakit tidak menular mencapai 57%. Hasil evaluasi pembiayaan dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ditemukan bahwa Rp.16,9 Triliun atau 29,67% dari beban biaya jaminan kesehatan digunakan untuk pembiayaan penyakit tidak menular seperti penyakit jantung dan stroke.

### **2.3. Peran Keluarga dalam Pemenuhan Nutrisi**

Keluarga didefinisikan sebagai dua individu atau lebih yang memiliki ketergantungan satu sama lain baik emosional, fisik maupun dukungan finansial (Hanson, 2005 dalam Stanhope & Lancaster, 2016). Definisi lain tentang keluarga dikemukakan oleh teori ilmu sosial dari Burgess dan Locke tahun 1953 sebagaimana dikutip oleh Kaakinen (2010) yaitu sekelompok orang yang disatukan oleh hubungan pernikahan, darah, atau adopsi serta tinggal dalam satu rumah tangga, berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain sesuai dengan peran sosial suami dan istri, ibu dan ayah, anak-anak dan saudara serta menciptakan dan mempertahankan kebudayaan. Kesimpulan dari kedua definisi tersebut yaitu keluarga merupakan dua individu atau lebih

yang disatukan oleh pernikahan, hubungan darah atau adopsi yang tinggal dalam satu rumah kemudian memiliki peran sosial sesuai dengan posisi masing-masing dan saling tergantung baik emosional, fisik maupun finansial untuk menciptakan dan mempertahankan tradisi keluarga.

Keluarga memiliki fungsi yang sangat penting dalam mempertahankan status kesehatan keluarganya. Salah satu fungsi keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan dimana di dalamnya terdapat komponen promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit (Kaakinen, 2010; Stanhope & Lancaster, 2016). Pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit dapat dilakukan melalui upaya pemenuhan kebutuhan nutrisi keluarga melalui diet yang seimbang. Keluarga terutama ibu berperan dalam memilih, mengolah dan menyajikan makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi keluarga. Gizi seimbang merupakan susunan pangan sesuai dengan kebutuhan gizi menurut usia perkembangan tertentu berdasarkan empat pilar yaitu keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan memantau berat badan secara teratur (Kemenkes RI, 2014).

Pemerintah Indonesia melalui Kemenkes RI (2014) menetapkan kebutuhan gizi sesuai dengan empat pilar gizi seimbang. Keempat pilar ini tidak hanya melihat asupan nutrisi tetapi keseimbangan antara asupan dan energi yang dikeluarkan. Hal ini sesuai untuk pencegahan dan penanganan prevalensi kelebihan berat badan yang semakin meningkat pada semua kelompok usia. Keempat pilar gizi seimbang tersebut adalah mengonsumsi keanekaragaman makanan, memantau berat badan secara teratur, melakukan aktivitas fisik dan membiasakan perilaku hidup bersih dan sehat. Pada penelitian ini peneliti memfokuskan topik tentang pemenuhan keanekaragaman makanan dan pemantauan berat badan secara teratur pada keluarga yang mengalami kelebihan berat badan.

### 2.3.1. Konsumsi keanekaragaman makanan

Keluarga dapat mengkonsumsi lima kelompok pangan setiap hari atau setiap kali makan untuk memenuhi pilar konsumsi keanekaragaman makanan. Kelompok pangan tersebut adalah makanan pokok, lauk-pauk, sayuran, buah-buahan dan minuman. Keanekaragaman juga dapat dipenuhi dengan mengkonsumsi lebih dari satu jenis untuk setiap kelompok makanan tersebut (Kemenkes RI, 2014).

Keanekaragaman yang dimaksud di dalam pedoman gizi seimbang yang dikeluarkan Kemenkes RI (2014) tidak hanya semata-mata dalam bentuk jenis makanan, tetapi juga porsi dan jumlahnya. Jenis makanan yang diberikan diharapkan beraneka ragam agar kebutuhan zat gizi baik makronutrien maupun mikronutrien dapat terpenuhi. Jumlah dan porsi disesuaikan dengan tahapan pertumbuhan artinya porsi untuk anak tentu perhitungannya berbeda dengan orang dewasa. Oleh karena itu, keluarga harus memahami kandungan makanan, jenis-jenis makanan, porsi dan jumlah makanan.

Kelompok pangan yang pertama adalah makanan pokok. Keanekaragaman makanan pokok dapat dipenuhi dengan mengkonsumsi berbagai jenis makanan pokok. Contoh pangan mengandung karbohidrat yang sering dikonsumsi masyarakat Indonesia adalah beras, jagung, singkong, ubi, talas, garut, sorgum, jewawut, sagu dan produk olahannya (Kemenkes RI, 2014). Selain itu, masih banyak jenis karbohidrat lain seperti bihun, biskuit, havermut, jagung segar, kentang, kentang hitam, maizena, makaroni, mie basah, mie kering, nasi beras giling putih, nasi giling beras merah, nasi beras giling hitam, nasi beras ½ giling, nasi ketan putih, roti putih, roti warna coklat, singkong, sukun, talas, tape beras ketan, tape singkong, tepung tapioca, tepung beras, tepung hunkwe, tepung sagu, tepung singkong, tepung terigu, ubi jalar kuning, kerupuk udang/ ikan.

Jenis makanan yang kedua adalah sayur dan buah. Jumlah konsumsi sayur dan buah adalah 400 gram/ hari sesuai anjuran WHO. Porsi ini terbagi menjadi 250 gr sayur (setara 2,5 porsi atau gelas sayur masak) dan 150 gr buah. Sayur dibagi menjadi 3 golongan yaitu golongan A yang memiliki kadar kalori rendah antara lain: gambas, ketimun, selada, oyong, jamur kuping, labu air, lobak, tomat sayur selada air dan daun bawang. Golongan selanjutnya adalah golongan B dengan takaran 1 porsi sayuran adalah satu gelas sayuran setelah dimasak dan ditiriskan. Jenis sayuran ini adalah bayam, bit, labu, waluh, genjer, kapri muda, kol, daun talas, jagung muda, brokoli, daun kecipir, pepaya muda, sawi, kembang kol, buncis, labu siam, rebung, kemangi, daun kacang panjang, pare, taoge, kangkung, terong, kacang panjang dan wortel. Golongan yang terakhir adalah golongan C dengan takaran satu porsi sayuran adalah 1 gelas setelah dimasak dan ditiriskan. Sayuran tersebut antara lain: bayam merah, mangkogan, nagka muda, daun pepaya, daun katuk, kacang kapri, mlinjo, tauge, kedelai, daun melinjo, daun talas, kluwih dan daun singkong (Kemenkes RI, 2014).

Jumlah kebutuhan sayuran bervariasi untuk usia pertumbuhan tertentu. Anak usia sekolah dan balita dianjurkan mengkonsumsi sayur dan buah sebanyak 300-400 gram/ hari. Sedangkan porsi untuk remaja dan orang dewasa adalah 400-600 gram/ hari dengan pembagian 2/3 porsi adalah sayuran (Kemenkes RI, 2014).

Kelompok pangan yang ketiga adalah lauk pauk. Lauk pauk dapat berasal dari protein hewani maupun nabati. Contoh lauk pauk dari golongan hewani antara lain daging (sapi, kambing, domba dan hewan sejenis lainnya), daging unggas (ayam, bebek, merpati dan jenis unggas lainnya), ikan, susu, telur serta produk olahan dari bahan-bahan tersebut. Pedoman gizi seimbang mengelompokkan susu kedalam protein hewani, sedangkan sumber protein hewani antara lain produk olahan kacang kedelai (tempe, tahu), kacang tanah, kacang hijau,

kacang merah dan jenis kacang-kacangan lainnya (Kemenkes RI, 2014). Porsi kebutuhan protein berbeda untuk setiap tahap pertumbuhan atau kondisi tertentu (misalnya hamil atau sakit). Secara umum porsi kebutuhan protein hewani adalah 2-4 porsi/ hari (Kemenkes RI, 2014).

Kelompok pangan selanjutnya adalah makanan yang mengandung lemak. Anjuran mengonsumsi lemak tidak boleh lebih dari 25% kebutuhan energi. Lemak dapat berupa lemak jenuh berasal dari hewan dan minyak kelapa serta lemak tak jenuh berasal dari sumber pangan nabati. Secara umum satu porsi lemak setara dengan 5 gram (Kemenkes RI, 2014).

Bahan pangan yang harus dibatasi menurut pedoman gizi seimbang adalah gula dan garam. Hal ini disebabkan konsumsi gula dan garam yang tinggi dapat memicu berbagai gangguan kesehatan. Batasan konsumsi gula adalah 4 sendok makan sedangkan garam satu sendok teh (Kemenkes RI, 2014).

Rangkuman porsi setiap jenis makanan disajikan pada tabel di bawah ini. Porsi tersebut dirangkum dari Pedoman Gizi Seimbang yang dipublikasikan oleh Kementerian Kesehatan RI.

Tabel 2.1.  
Jumlah dan jenis makanan dalam porsi berdasarkan usia

Usia/ tahapan perkembangan/ jumlah kalori	Jenis makanan										
	Nasi	Sayuran	Buah	Tempe	Ikan segar	Daging	Susu	Susu rendah lemak	Minyak	Gula	ASI*
Ibu hamil 2500 kkal	6p	4p	4p	4p		3p	1p		6p	2p	
Ibu menyusui 2500 kkal	6p	4p	4p	4p		3p	1p		6p	2p	
Anak Usia 1-3 tahun 1125 kkal	3p	1,5p	3p	1p		1p	1p		3p	2p	Dianjurkan sampai 2 tahun
Anak usia 4-6 tahun 1600 kkal	4p	2p	3p	2p		2p	1p		4p	2p	
Anak usia 7-9 tahun 1850 kkal	4,5 P	3p	3p	3p		2p	1p		5p	2p	
Anak laki-laki usia 10-12 tahun 2100 kkal	5p	3p	4p	3p		2,5p	1p		5p	2p	
Anak perempuan usia 10-12 tahun 2000 kkal	4p	3p	4p	3p		2p	1p		5p	2p	
Anak laki-laki usia 13-15 tahun 2475 kkal	6,5p	3p	4p	3p		3p	1p		6p	2p	
Anak perempuan usia 13-15 tahun 2125 kkal	4,5p	3p	4p	3p		3p	1p		5p	2p	

Anak laki-laki usia 16-18 tahun 2675 kkal	8p	3p	4p	3p		3p			6p	2p	
Anak perempuan usia 16-18 tahun 2125 kkal	5p	3p	4p	3p		3p			5p	2p	
Laki-laki usia 19-29 tahun 2725 kkal	8p	3p	5p	3p		3p			7p	2p	
Wanita usia 19-29 tahun 2250 kkal	5p	3p	5p	3p		3p			5p	2p	
Laki-laki usia 30-49 tahun 2625 kkal	7,5p	3p	5p	3p		3p			6p	2p	
Wanita usia 30-49 tahun 2125 kkal	4,5p	3p	5p	3p		3p			5p	2p	
Laki-laki usia 50-64 tahun 2325 kkal	6,5p	4p	5p	3p		3p	1p		6p	1p	
Wanita usia 50-64 tahun 1900 kkal	4,5p	4p	5p	3p		3p	1p		4p	2p	
Laki-laki usia > 65 tahun 1900 kkal	5p	4p	4p	3p	3p			1p	4p	2p	
Wanita usia > 65 tahun 1550 kkal	3,5p	4p	4p	3p	3p			1p	4p	2p	

Keterangan p= porsi

Nasi = 1 porsi = 100 gr =  $\frac{3}{4}$  gelas

Sayuran = 1 porsi = 100 gr = 1 gelas

Buah = 1 porsi = 1 pisang ambon ukuran sedang = 50 gr

Tempe = 2 potong = 50 gr

Ikan segar  $\frac{1}{3}$  potong = 35 gr

Daging = 1 potong = 35 gr

Susu cair = 1 gelas = 200 gr

Susu rendah lemak = 1 porsi = 4 sendok makan = 20 gr

Minyak 1 porsi = 1 sendok teh = 5 gr

Gula 1 porsi = 1 sendok makan = 20 gr

Keanekaragaman pangan sesuai dengan porsi masing-masing di atas dapat mencegah dan menurunkan prevalensi kelebihan berat badan. Akan tetapi prakteknya di masyarakat tampak belum begitu baik. Penelitian yang dilakukan oleh Hariyadi, Damanik dan Ekayanti (2010) menunjukkan bahwa 52,6% masih belum menerapkan pesan umum gizi seimbang. Secara detail penelitian tersebut menunjukkan bahwa 76,5% belum menerapkan pesan tentang konsumsi lemak dan minyak, 66,3% belum menerapkan makanan karbohidrat setengah dari kebutuhan energi dan 74,1% tidak menimbang berat badan secara teratur.

Pemenuhan nutrisi keluarga dapat dilakukan dengan cara mengolah bahan makanan di rumah atau membeli bahan makanan yang sudah siap dimakan. Penelitian tentang hubungan memasak di rumah dengan intake nutrisi pada orang obesitas menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara memasak makan malam di rumah dengan peningkatan intake makanan mencakup intake makanan rendah gula dan mengurangi prevalensi obesitas ( $p < 0.05$ ) (Taillie & Poti, 2017).

Banyak faktor yang mempengaruhi optimalisasi peran orang tua dalam menerapkan diet sehat. Penelitian yang dilakukan Perry, Daniels, Bell dan Magarey (2016) tentang *Parenting Eating and Activity for Child Health (PEACH)* kepada 95 orang tua yang memiliki anak *overweight*. Beberapa tema yang dihasilkan sebagai barrier pelaksanaan PEACH antara lain: kontrol lokus internal orangtua mencakup beban tanggung jawab dan komitmen atau efikasi diri orang tua yang rendah, kontrol lokus eksternal orangtua mencakup teman sebaya anak dan ketersediaan makanan di sekolah, faktor anak mencakup kebiasaan makan anak, pemeliharaan dan mengelola kesempatan, tantangan khusus manajemen waktu mencakup komitmen kerja dan ketersediaan waktu yang kurang serta tema yang terakhir adalah inkonsistensi atau kurangnya dukungan baik dari keluarga maupun lingkungan .

Penelitian kualitatif menggunakan metode FGD. yang dilakukan oleh Farahmand et al., (2015) mengenai hambatan dalam melakukan kebiasaan diet pemenuhan nutrisi sehat keluarga kepada 98 partisipan dengan usia 25-65 tahun. Hambatan yang paling dirasakan dalam memenuhi makanan sehat keluarga adalah faktor personal mencakup sub tema kurang pengetahuan dan *personal taste*, komunikasi dan modeling mencakup dua subtema yaitu orang lain dan media/ iklan, modernisasi mencakup sub tema transisi nutrisi dan peran wanita, akses yang kurang terhadap makanan sehat mencakup subtema kepercayaan tidak adekuat, resiko yang dipersepsikan, tingginya harga dan keterbatasan waktu.

Sub tema media/ iklan pada penelitian di atas sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Strasburger (2011) menyatakan bahwa kebiasaan diet yang buruk sangat dipengaruhi oleh iklan yang ditampilkan di media. Pendapat ini didukung oleh Malhotra et al (2013) yang menemukan bahwa orang tua sering menonton TV pada saat makan bersama anak-anaknya. Hal ini mengakibatkan paparan terhadap berbagai jenis iklan makanan seperti *fast food*, cemilan dan makan manis meningkat. Anak-anak dan remaja sekurang-kurangnya melihat 11 jenis iklan makanan komersial jika menonton TV dengan durasi satu jam. Sebagian besar makanan yang diiklankan merupakan makanan yang mengandung kadar garam, gula dan lemak yang tinggi. Selain hal tersebut, remaja menerima iklan promo atau kupon *fast food* melalui *smartphone* (Strasburger, 2011).

Beberapa penelitian kualitatif tentang pentingnya peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga dan berkontribusi terhadap kelebihan berat badan. Studi literatur tentang perilaku dan motivasi orang tua dalam menyiapkan makanan pada anak pra sekolah dilakukan oleh Rylatt dan Cartwright (2016). Penelitian tersebut menghasilkan tema perilaku yang terbagi ke dalam sub tema *modelling*, *reward*,

tekanan dan dorongan, paparan berulang, kreativitas, pembatasan *intake*. Sedangkan tema motivasi terbagi ke dalam sub tema keterlibatan anak, ikatan orang tua anak dan tanggung jawab, promosi kesehatan yang baik, seimbang dan bervariasi, mengontrol berat badan, membangun hubungan yang positif, hambatan praktek, waktu biaya dan kurang kemampuan memasak, tekanan dan fleksibilitas dan emosional motivasi, menghindari masalah dan simpanan motivasi. Penelitian menekankan orang tua sebagai *role model* dalam tema *modelling* ditunjukkan dengan anak dalam meniru perilaku makan orang tua serta rendahnya kemampuan memasak orang tua.

Penelitian Thomas et al (2014) tentang penyebab dan konsekuensi obesitas menggunakan desain fenomenologi kepada 75 keluarga sebagai partisipan. Tema hasil penelitian diantaranya adalah berat badan sebagai indikator utama kesehatan, moralisasi berat badan dan pilihan gaya hidup, berat badan dan perdagangan makanan/ aktivitas. Penelitian lain dilakukan oleh Malhotra et al (2013) menggunakan desain *grounded theory* tentang keuntungan dan tantangan bagi ibu-ibu dari kalangan ekonomi rendah dalam menyiapkan makanan bagi keluarga dengan anak usia pra sekolah. Penelitian ini menghasilkan beberapa konsep antara lain: memori ibu tentang makanan keluarga pada saat anak-anak, membangun hubungan yang kuat dengan anak melalui aktivitas makan bersama dan tantangan dalam memberikan makanan pada keluarga.

### 2.3.2. Memantau berat badan secara teratur

Pemantauan berat badan secara teratur diperlukan untuk memantau status gizi keluarga. Kelebihan berat badan baik *overweight* maupun obesitas dapat dinilai dengan mengukur IMT (Herman et al 2011; CDC, 2012) . CDC (2012) memaparkan bahwa pengukuran IMT merupakan alat untuk *screening* tetapi bukan untuk tes diagnostik. Pengukuran ini dilakukan untuk mengukur rasio berat badan dan tinggi badan, tetapi

tidak menggambarkan persentase lemak tubuh. Beberapa studi menyatakan bahwa pengukuran IMT tidak hanya mengukur massa lemak, tetapi juga menggambarkan massa otot dan tulang. Metode pengukuran ini di masyarakat merupakan cara yang cukup mudah dan dapat dilakukan baik oleh petugas kesehatan maupun kader kesehatan.

Rumus untuk menghitung nilai IMT yaitu

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan}^2 \text{ (m)}}$$

Penentuan status gizi menentukan IMT pada remaja berbeda dengan orang dewasa. Kelebihan berat badan pada anak dan remaja ditentukan dengan IMT berdasarkan persentil. Remaja dikatakan *overweight* jika IMT berada pada persentil > 85 sedangkan obesitas dinilai jika IMT berada pada persentile > 95 (WHO, 2011; CDC, 2012). Di bawah ini merupakan diagram IMT untuk anak dan remaja baik laki-laki maupun perempuan.

Di bawah ini disajikan tabel penilaian IMT pada orang dewasa.

Tabel 2.2. Kategori IMT/U pada anak dan remaja

Kategori	IMT/ U
Sangat kurus	< -3 SD
Kurus	-3 SD sampai -2 SD
Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
Gemuk ( <i>overweight</i> )	> 1 SD
Obese I	> 2 SD
Obesitas II	> 3 SD

Tabel 2.3 Kategori IMT pada orang dewasa

Kategori	IMT
Sangat kurus	< 17,0
Kurus	17 - 18,5
Normal	18,5 – 25,0
Gemuk ( <i>overweight</i> )	25 - 27,0
Obesitas	>27

(Sumber: Kemenkes RI, 2014)

Pemantauan berat badan secara teratur dapat mencegah peningkatan berat badan. *Self weighing* memiliki dampak cukup baik dalam mempertahankan status nutrisi yang normal. Madigan et al (2014) melakukan penelitian tentang efektifitas *self weighing* dengan desain RCT. Partisipan melakukan pengukuran berat badan sendiri setiap hari atau paling sedikit satu minggu sekali. Hasilnya pada kelompok perlakuan mengalami penurunan berat badan 0,5 kg setelah 3 bulan tetapi hal ini tidak terjadi pada kelompok kontrol.

Penelitian lain tentang *self weighing* dengan menggunakan CTM (*caloric titration method*) secara elektronik menggunakan wifi scale dan email (Pacanowski, Bertz, & Levitsky, 2014). Pada penelitian tersebut partisipan dianjurkan melakukan pengukuran berat badan sendiri setiap hari, kemudian didokumentasikan ke dalam grafik. Grafik tersebut dikirimkan kepada peneliti melalui email. Apabila partisipan tidak mengirimkan grafik dalam waktu tiga hari, maka peneliti akan mengirimkan pesan notifikasi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa *self weighing* dengan menggunakan CTM terbukti efektif mencegah peningkatan berat badan setelah intervensi selama satu tahun.

Penelitian dengan desain kualitatif tentang *self weighing* sebagai strategi untuk mempertahankan penurunan berat badan dilakukan oleh Carrard

dan Krusman (2016) kepada 36 partisipan. Pertanyaan tentang *self weighing* sebagai strategi dalam mempertahankan penurunan berat badan diawali dengan mengidentifikasi kebiasaan *self weighing* yang dilakukan partisipan. Rata-rata partisipan melakukan pengukuran berat badan 2-4x/minggu. Partisipan menyampaikan bahwa *self-weighing* dapat mendorong motivasi ketika berat badan stabil atau menurun.

Selanjutnya peneliti mengidentifikasi dampak *self weighing* terhadap perilaku partisipan. Partisipan menyatakan kategori “kesadaran hidup” yang ditunjukkan dengan partisipan lebih hati-hati dalam membeli makanan, tidak menyimpan cemilan di rumah, tidak makan coklat serta melakukan olahraga bersama keluarga, partisipan mengingatkan keluarga tentang makanan pantangannya. Kategori selanjutnya adalah “kompensasi drastis”. Kategori ini dilakukan partisipan pada saat mengalami peningkatan berat badan. Partisipan akan kembali melakukan diet ketat dan menerapkan disiplin yang ketat untuk dietnya seperti satu hari hanya mengkonsumsi protein, 2-3 hari mengkonsumsi makanan rendah lemak atau mengkonsumsi lebih banyak sayuran dan tidak mengkonsumsi karbohidrat. Kategori perilaku yang terakhir adalah “tetap tenang dan kembali ke rutinitas”. Partisipan menyampaikan perilaku ini terjadi jika mereka telah melanggar aturan dietnya pada acara tertentu misalnya pada saat natal sehingga mengakibatkan kenaikan berat badan. Partisipan akan kembali menjalankan diet ketat dan frekuensi olahraga ditingkatkan.

Keluarga memiliki peranan yang sangat penting dalam mencegah mengendalikan berat badan. Peran keluarga dalam menyediakan makanan yang sehat sesuai dengan pedoman gizi seimbang untuk semua kelompok usia harus diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Selain itu, peran keluarga dalam memotivasi keluarga untuk melakukan pemantauan secara berkala cukup penting dalam meningkatkan kesadaran mengendalikan berat badan agar selalu berada dalam rentang normal.

## 2.4. Pencegahan Kelebihan berat badan dalam Intervensi Keperawatan Komunitas

Perawat spesialisasi komunitas merupakan tenaga profesional yang memiliki peran besar dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat. Banyaknya faktor resiko yang dapat mengganggu status kesehatan individu, kelompok dan masyarakat memerlukan upaya pencegahan sejak dini. Pencegahan yang sesuai dengan siklus perjalanan penyakit lebih tepat dilakukan agar kondisi tidak semakin memburuk. Pencegahan tersebut adalah pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Nies & McEwen, 2001; Stanhope & Lancaster, 2016). Perawat komunitas diharapkan lebih fokus dalam upaya pencegahan primer tanpa mengesampingkan pencegahan sekunder dan tersier (Pender, Murdaugh & Parson, 2002).

### 2.4.1. Pencegahan Primer

Upaya pencegahan primer dalam bentuk promosi kesehatan dan perlindungan terhadap ancaman kesehatan. Pencegahan primer dapat dilakukan pada kelompok populasi *at risk* sebelum masalah kesehatan berkembang (Stanhope & Lancaster, 2016). Strategi yang dapat dilakukan dalam upaya pencegahan primer antara lain: promosi kesejahteraan dan kesehatan sebelum terjadinya masalah kesehatan melalui upaya pendidikan kesehatan yang berkelanjutan dan proteksi kesehatan melalui pelayanan kesehatan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003; Stanhope & Lancaster, 2016). Allender, Rector dan Warner (2010) menyampaikan bahwa upaya pencegahan primer seharusnya mencakup advokasi, lobi dan negosiasi serta meningkatkan dukungan dari masyarakat dan *stakeholder* terkait.

Strategi yang pertama dapat dilakukan melalui promosi kesehatan menggunakan advokasi, negosiasi, lobi dan pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan kelebihan berat badan melalui edukasi gizi seimbang, aktivitas fisik dan mengurangi perilaku sendentari kepada

kelompok masyarakat yang sehat. Strategi yang kedua dapat dilakukan melalui pelayanan kesehatan dalam pencegahan kelebihan berat badan meliputi skrining status gizi baik di sekolah maupun pelayanan kesehatan primer (Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003; Stanhope & Lancaster, 2016; Allender, Rector & Warner, 2010).

Beberapa kegiatan upaya pencegahan primer dapat diadopsi dari *Scaling up nutrition* (SUN) dan Gillespie dan Haddad tahun 2001 yaitu:

Tabel 2.4

Pilar kerangka penanganan *double burden of nutrition*

No	Sektor	Pilar kebijakan gizi			
		Keamanan pangan yang berkelanjutan	Keamanan pangan	Pola hidup sehat	Gizi
1	Kesehatan		Peraturan terkait keamanan pangan dan hygiene Inspeksi makanan Standar pangan	Promosi makan sehat Promosi olahraga Pengendalian infeksi KB	Suplementasi mikronutrien Pendidikan gizi Pedoman pola makan Kewaspadaan gizi
2	Pekerjaan umum dan perencanaan urban	Jalan desa Irigasi	Air bersih dan sanitasi	Jalur sepeda perkotaan Jalur pejalan kaki	
3	Pertanian	Ketersediaan pangan	Standar pangan		
4	Pendidikan	Kebun sekolah Makanan sekolah	Pendidikan hygiene	Olahraga Pendidikan keterampilan hidup sehat	Pendidikan gizi Pengendalian anemia
5	Kesejahteraan/ jaminan sosial	Akses pangan			
6	Industri dan perdagangan	Ketersediaan pangan	Standar pangan		Fortifikasi pangan
7	Informasi publik			Pemasaran makanan pada anak-anak	Peraturan tentang pemasaran produk pengganti ASI
8	Keuangan dan ekonomi	- Subsidi pangan - Pembatasan ekspor/ impor			Pajak pangan

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa upaya pencegahan primer melibatkan berbagai sektor yang berkaitan dengan gizi dan kesehatan. Perawat komunitas tidak dapat bekerja sendiri, tetapi bergabung dalam tim multidisiplin untuk mencegah permasalahan kelebihan berat badan. Perlu bekerjasama di dalam tim multidisiplin dalam mencegah peningkatan prevalensi kelebihan berat badan melalui peningkatan perilaku pemenuhan nutrisi sesuai kebutuhan.

#### 2.4.2. Pencegahan Sekunder

Upaya pencegahan sekunder dengan melakukan diagnosis dini dan mengatasi masalah pada saat faktor resiko sudah ada tetapi masalah kesehatan belum nampak. Program dimulai ketika paparan faktor penyebab sudah ada, tetapi gejala belum nampak. Target populasi merupakan populasi yang beresiko (*at risk*). Upaya ini untuk menangani kelebihan berat badan dapat berbentuk deteksi dini dan pengobatan untuk mencegah kondisi kesehatan ke arah yang lebih buruk (Stanhope & Lancaster, 2016). Deteksi dini dilakukan melalui tindakan skrining untuk mengetahui gejala awal penyakit yang diderita. Skrining status gizi dapat dilaksanakan di berbagai tatanan masyarakat sesuai dengan kelompok usianya seperti di Posyandu untuk usia bayi dan balita, di UKS untuk usia sekolah dan remaja, di posbindu PTM untuk usia lebih dari 15 tahun dan fasilitas kesehatan lain

#### 2.4.3. Pencegahan Tersier

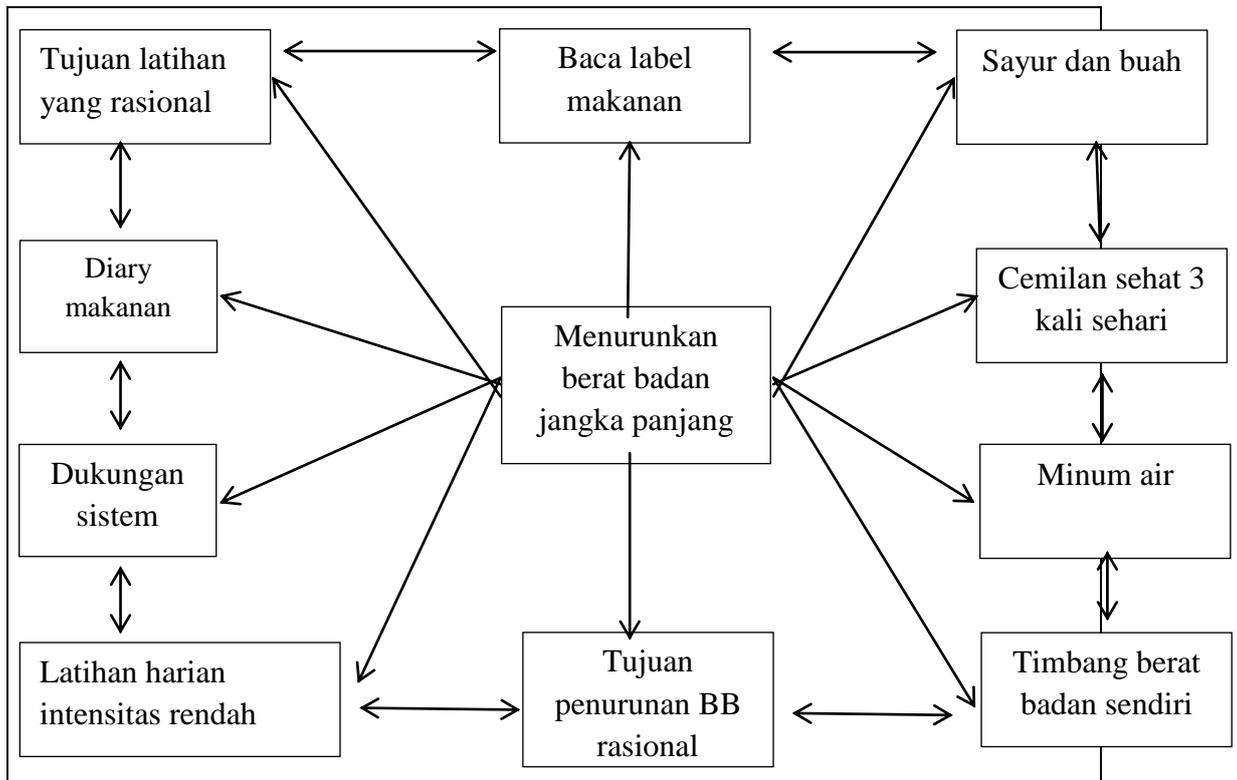
Upaya pencegahan tertier merupakan upaya mencegah masalah yang ada bertambah buruk. Upaya ini dilakukan untuk program kelebihan berat badan pada populasi *vulnerable* yang sudah mengalami kelebihan berat badan. Program lebih ditekankan untuk mencegah dampak buruk yang mungkin timbul akibat kelebihan berat badan (Stanhope & Lancaster, 2016). Strategi yang dapat digunakan dalam upaya pencegahan tersier adalah pendidikan kesehatan berhubungan

dengan pengobatan kelebihan berat badan, penerimaan klien terhadap prosedur perawatan dan perawatan lanjutan yang harus dilakukan. Perawat dapat melakukan tindakan konseling dan edukasi pada kelompok masyarakat yang menderita kelebihan berat badan (Stanhope & Lancaster, 2016; Hitchcock, Schubert & Thomas, 2003).

Pencegahan tersier pada kasus kelebihan berat badan meliputi aktivitas fisik, diet dan mengurangi perilaku sendentari (Kushner, Lawrence, Kumar, 2013; More, 2013; Wills & Lawton, 2015; Kader, Sundblom, & Elinder, 2015; Hindle & Carpenter, 2011; Robinson et al., 2013). Ross et al, 2010 dalam More (2013) mengatakan bahwa belum ditemukan cara yang paling efektif untuk menurunkan BMI. Penurunan berat memiliki dampak yang baik terhadap komorbiditas kelebihan berat badan Tujuan awal manajemen berat badan adalah menurunkan berat badan 5-10% dari berat badan awal (Lawrence & Kushner, 2013). Persentasi penurunan berat badan tersebut sudah cukup efektif untuk menurunkan faktor resiko metabolik, mengontrol tekanan darah dan kadar lipid. Tujuan ini dapat dicapai dengan intervensi selama 6 bulan (Sugondo, 2014).

Beberapa faktor yang diduga berkontribusi untuk mempertahankan berat badan antara lain: mengatur ritme makan, sarapan, mengkonsumsi makanan rendah lemak, mengurangi frekuensi kudapan, mengontrol kelebihan makan secara fleksibel, *self monitoring*, *health narcissism*, aktivitas fisik teratur, kemampuan menahan keinginan, menggunakan strategi koping yang efektif, efikasi diri dan otonomi (Kushner, Lawrence, Kumar, 2013). Pemenuhan diet sehat merupakan bagian penting yang dapat dicapai dalam mempertahankan berat badan ideal. Di bawah ini akan digambarkan bagaimana komponen yang dapat mempengaruhi manajemen berat badan dalam jangka panjang.

Skema 2.1 Komponen penting dalam kesuksesan menurunkan berat badan



(Diadaptasi dari James, 2009)

Diet sehat mencakup perubahan kebiasaan diet untuk mengurangi asupan energi tetapi mempertahankan diet bernutrisi yang seimbang. Diet merupakan komponen yang paling penting dalam penanganan kelebihan berat badan (Kushner, Lawrence, Kumar, 2013). Sugondo (2014) menyatakan penurunan kalori 300 hingga 300 kkal/ hari akan menyebabkan penurunan berat badan sebesar  $\frac{1}{2}$  sampai 1 kg/ minggu dan penurunan 10% dalam 6 bulan. Apabila penurunan berat badan dibutuhkan lebih banyak, penyesuaian terhadap anjuran diet dan aktivitas fisik dilakukan. Apabila klien tidak mampu mencapai target penurunan berat badan yang signifikan, dianjurkan untuk mencegah kenaikan berat badan. Diet yang dianjurkan mencakup diet rendah karbohidrat dan tinggi protein terdiri dari 20% protein, 40% karbohidrat, protein 1,5 gr/ kg dan karbohidrat 200 gr per hari.

Kushner, Lawrence dan Kumar (2013) menyarankan praktek diet yang harus dilakukan oleh orang kelebihan berat badan. Praktek tersebut antara lain: gunakan piring yang kecil untuk makan; jangan melewatkan waktu makan; jangan memakan makanan lebih banyak dari kebutuhan kalori dengan segera atau lebih sedikit dengan pelan-pelan; gunakan *diary food*, catat setiap perilaku makan yang tidak sesuai; makan pelan-pelan dan berhenti segera sesaat setelah merasa kenyang; jangan meminum minuman berkalori pada saat haus, minumlah air; hindari perasaan terlalu lapar atau terlalu kenyang; jangan pergi belanja makanan pada saat lapar; jangan menyimpan makanan tidak sehat atau cemilan di rumah dan coba cara mengurangi densitas kalori dari makanan yang dimakan. Pendekatan keluarga untuk menangani remaja kelebihan berat badan merupakan hal yang penting. Konseling perilaku keluarga dan pelatihan pada keluarga merupakan metode yang efektif untuk merubah perilaku diet (Myers & Barbera, 2009).

Penelitian intervensi berbasis sekolah untuk memperbaiki pola diet memiliki peran besar dalam mencari strategi yang tepat untuk membentuk pola diet sehat. Penelitian yang dilakukan oleh Safdie et al., (2013) tentang perilaku sehat mencakup diet dan aktivitas selama 18 bulan menggunakan desain RCT dengan jumlah sampel 830 siswa kelas 4 dan 5. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan ketersediaan makanan sehat dan peningkatan intake makanan sehat meskipun siswa tidak menunjukkan peningkatan pada aktivitas fisik sedang atau berat.

Penelitian yang dilakukan oleh Sweeting, Smith, Neary dan Wright (2016) tentang cara mengelola kelebihan berat badan kepada 35 partisipan. Partisipan menggunakan beberapa cara untuk menurunkan kelebihan berat badannya antar lain olahraga yang konsisten, *self monitoring* olahraga, perubahan gaya hidup, klub diet serta dukungan

dari tim profesional (klub *slimming*, kelas fitness dan konsultasi dengan praktisi).

## **2.5. Strategi intervensi Keperawatan Komunitas dalam Upaya Pencegahan dan Penanganan Kelebihan berat badan**

Intervensi yang dilakukan melalui upaya pencegahan dapat dituangkan dalam strategi intervensi keperawatan komunitas meliputi pendidikan kesehatan, proses kelompok, *empowerment* (pemberdayaan) dan kemitraan (Ervin, 2002; Stanhope & Lancaster, 2016; Hitchcock, Scubert & Thomas, 2003). Dibawah ini akan diuraikan masing – masing strategi intervensi keperawatan komunitas:

### **2.5.1. Pendidikan kesehatan**

Strategi pendidikan kesehatan dapat dilakukan pada level upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier. Kegiatan ini dilakukan melalui penyebaran informasi kesehatan menggunakan berbagai metode sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik masyarakat. Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kondisi kesehatan dan akibat pola hidup yang tidak sehat (Stanhope & Lancaster, 2016). Pendidikan kesehatan pada remaja dapat dilakukan berbasis sekolah (Leme et al., 2016; Morton, Atkin, Corder, Suhrcke, & van Sluijs, 2016; Safdie et al., 2013; Greaney et al., 2014) , komunitas (Bolton et al., 2016; Pate, Flynn, & Dowda, 2016; Romney, Thomson, & Kash, 2011), melibatkan peran orang tua (More, 2013; Avery, Pallister, Allan, Stubbs, & Lavin, 2012).

Pendidikan kesehatan yang variatif dan interaktif dapat meningkatkan ketertarikan keluarga dalam memperoleh informasi kesehatan. Pendidikan kesehatan berbasis teknologi seperti internet, *smart phone*, *game*, video dapat meningkatkan aksesibilitas informasi. Selain itu, metode pendidikan kesehatan menggunakan *small group discussion (SGD)*, *role playing* dan diskusi tanya jawab

memungkinkan materi dapat diinternalisasi keluarga lebih baik (Stanhope & Lancaster, 2016).

Pendidikan kesehatan pada level pencegahan primer diberikan kepada kelompok *at risk* tentang perilaku hidup sehat mencakup diet, aktivitas fisik, perilaku sendentari dan konsep kelebihan berat badan. Pendidikan kesehatan pada level pencegahan sekunder meliputi mengenal konsep kelebihan berat badan dan monitoring IMT/ U secara periodik. Pendidikan kesehatan pada level pencegahan tersier mencakup terapi diet (Kushner, Lawrence, Kumar, 2013; Sugondo, 2014), aktivitas fisik dan olahraga (Kushner, Lawrence, Kumar, 2013), pengurangan aktivitas sendentari serta pengenalan gejala-gejala awal yang mungkin muncul pada penyakit penyerta serta penanganannya, manajemen stress dan terapi perilaku (Sugondo, 2014).

#### 2.5.2. Proses kelompok

Strategi intervensi keperawatan komunitas selanjutnya adalah proses kelompok. Proses kelompok bertujuan untuk memperoleh dukungan baik dari dalam kelompok maupun dari luar anggota kelompok. Stanhope dan Lancaster (2016). menyampaikan bahwa sebuah kelompok merupakan cara yang cukup efektif yang dapat memicu dan merubah perilaku sehat baik individu, keluarga maupun masyarakat. Sebuah kelompok menggambarkan kepentingan kolektif, kebutuhan dan nilai-nilai individual. Kelompok akan mempengaruhi anggotanya dalam berfikir, membuat keputusan, nilai-nilai dan perilaku.

Proses kelompok lebih tepat dilakukan pada upaya pencegahan sekunder dan tersier. Perawat dapat menginisiasi pembentukan kelompok, baik itu dari sesama penderita kelebihan gizi dalam bentuk *self help group* atau *peer group* maupun *support group*.

Stanhope dan Lancaster (2016) memberikan beberapa contoh tujuan yang dapat dicapai kelompok seperti penurunan berat badan, latihan, dan lain-lain. Salah satu cara untuk menurunkan berat badan yang diungkapkan oleh Sweeting, Smith, Neary dan Wright (2016) adalah membentuk klub diet serta klub *slimming*.

### 2.5.3. *Empowerment* (pemberdayaan)

*Empowerment* didefinisikan sebagai kemampuan masyarakat dalam mengatasi permasalahan dengan berfokus pada masalah *Empowerment* memiliki keberlanjutan baik dalam pelayanan primer maupun promosi kesehatan. Pelayanan kesehatan primer menekankan keterlibatan individu dan masyarakat baik dalam inisiatif, upaya kolaboratif maupun kesamaan nilai-nilai (Ervin, 2002).

Stanhope dan Lancaster (2016) mendeskripsikan tiga karakteristik *empowerment* upaya keluarga dalam pencarian status kesehatan meliputi: akses dan kontrol sumber-sumber yang diperlukan, kemampuan memecahkan masalah dan mengambil keputusan dan kemampuan untuk mengkomunikasikan kebutuhan akan sumber-sumber. Tujuan yang diharapkan dari strategi *empowerment* adalah *self esteem* yang positif, kemampuan dalam menentukan dan meraih tujuan, kemampuan mengontrol kehidupan dan proses perubahan serta perasaan yang positif akan masa depan.

Contoh yang dikemukakan Stanhope dan Lancaster (2016) menggunakan strategi *empowerment* dalam penanganan kelebihan berat badan untuk pencegahan primer adalah pengkajian genogram keluarga untuk mengetahui resiko kesehatan yang dimiliki keluarga serta melakukan kontrak untuk meningkatkan aktivitas fisik. Pencegahan sekunder dilakukan dengan melakukan survey bersama

keluarga untuk mengetahui perilaku yang beresiko kesehatan pada keluarga dan faktor yang dapat menimbulkan kelebihan berat badan. Pencegahan tersier dilakukan dengan melakukan perjanjian untuk mengubah pola diet dalam rangka pencegahan komplikasi kelebihan berat badan.

#### 2.5.4. Kemitraan (*partnership*)

Kemitraan adalah bagian yang sangat penting dalam keperawatan komunitas. Kemitraan merupakan hubungan kerjasama antara perawat komunitas, pemerintah, organisasi yang ada di masyarakat, pengusaha, tokoh, guru, sekolah dan elemen masyarakat lain. Kemitraan yang terjalin dimulai pada saat pengkajian, perumusan masalah, perencanaan program, pelaksanaan program hingga evaluasi program (Ervin, 2002).

Kemitraan dalam pencegahan kelebihan berat badan dapat dilakukan untuk setiap level pencegahan baik primer, sekunder maupun tersier. Pada level primer, perawat dapat mengadvokasi baik pemerintah maupun swasta dalam pengembangan kebijakan yang mendukung pencegahan kelebihan berat badan seperti ketersediaan ruang hijau, sarana olahraga, jalur sepeda, taman kota, kantin sehat, aturan tentang makanan sehat berikut implementasinya serta ketersediaan pangan sehat baik melalui kerjasama dalam pengadaan maupun dalam konsep perlindungan konsumen (*World Bank*, 2012).

#### **2.6. Peran Perawat Komunitas dalam Penanganan Kelebihan berat badan**

Stanhope dan Lancaster (2016) menjabarkan peran perawat komunitas dalam penanganan populasi rentan antara lain: manajer kasus, pendidik, konselor, pemberi perawatan, advokat, perencana program kesehatan, partisipan dalam mengembangkan kebijakan. Dibawah ini akan diuraikan masing-masing peran tersebut.

### 2.6.1. Peran sebagai edukator

Perawat bekerja sebagai pendidik yang akan melakukan transfer pengetahuan tentang kesehatan sesuai kebutuhan populasi. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan tentang diet sesuai pedoman gizi seimbang, aktivitas fisik sesuai usia pertumbuhan remaja, cara mengetahui status gizi, komplikasi akibat kelebihan berat badan, cara penanganan kelebihan berat badan mencakup manajemen stress.

### 2.6.2. Peran sebagai manajer kasus

Perawat komunitas berperan sebagai manajer kasus di lapangan berkoordinasi dengan berbagai tim disiplin ilmu yang berkaitan atau unsur lain yang terlibat dalam program penanganan kelebihan berat badan. Oleh karena itu, sebagai manajer kasus perawat komunitas tidak saja memperhatikan komponen proses keperawatan, tetapi juga bertanggung jawab sebagai manajer yang akan mengelola pelayanan dengan melibatkan berbagai tim. Perawat komunitas sebagai manajer harus memiliki kemampuan komunikasi dan kepemimpinan agar mampu mengelola dan menyelesaikan kasus di dalam tim yang sudah dibentuk.

Peran sebagai manajer kasus dalam pemberian asuhan keperawatan pada keluarga yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan dapat mencakup pelaksanaan terapi diet, aktivitas dan olahraga melibatkan keluarga, lingkungan masyarakat, sekolah, kader atau organisasi masyarakat lain di komunitas. Perawat dapat menjadi manajer bagi tim yang terlibat dalam terapi diet dan aktivitas melalui komunikasi dan pertemuan yang dirancang untuk merumuskan, melaksanakan dan mengevaluasi program yang dilakukan.

### 2.6.3. Peran sebagai perencana program dan pengembangan kebijakan

Perawat komunitas memiliki peran sebagai perencana program dan pengembangan kebijakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada populasi rentan. Intervensi yang dapat dilakukan sebagai peran perencana program dan pengembangan kebijakan melalui kerja sama dengan stakeholder, pemerintah dan legislatif dalam rangka mengembangkan kebijakan dalam penanganan kelebihan berat badan pada pada semua kelompok usia.

### 2.6.4. Peran sebagai advokat

Perawat komunitas dapat memfasilitasi individu, keluarga dan masyarakat untuk mendapat akses terhadap pelayanan kesehatan profesional tanpa diskriminasi. Hubungan perawat komunitas dan masyarakat sebagai klien dilandasi oleh kepercayaan sehingga perawat dapat memfasilitasi kelompok masyarakat yang mengalami disparitas dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Dalam pemberian pelayanan kepada keluarga yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan, perawat komunitas dapat berperan sebagai advokat. Perawat dapat melakukan tindakan sebagai advokat meliputi pemberian informasi tentang penanganan kelebihan berat badan di tatanan pelayanan kesehatan, membantu remaja untuk memperoleh akses terhadap pembiayaan kesehatan melalui keikutsertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan membentuk kelompok pendukung (swabantu) dalam penanganan kelebihan berat badan.

### 2.6.5. Peran sebagai konselor

Perawat komunitas dapat berperan sebagai konselor bagi keluarga yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan. Perawat mendampingi klien sebagai konselor untuk menggali permasalahan yang dirasakan terkait kelebihan berat badan kemudian bersama klien

mendiskusikan alternatif pemecahan masalahnya. Perawat membantu klien untuk mengungkapkan dan mengeksplorasi perasaan selama sesi konseling berlangsung.

#### 2.6.6. Peran sebagai pelaksana

Perawat komunitas juga bekerja sebagai pemberi perawatan langsung kepada populasi rentan yang membutuhkan penanganan masalah kesehatan. Perawat komunitas berperan sebagai pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga dengan kelebihan berat badan. Sebagai pelaksana, perawat komunitas menempatkan keluarga sebagai mitra dalam menentukan program dalam menangani masalah kelebihan berat badan (Anderson & McFarland, 2011). Perawat komunitas dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan strategi intervensi keperawatan komunitas.

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

Bab ini akan menjabarkan metode penelitian yang digunakan untuk menggali pengalaman keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi keluarga dengan kelebihan berat badan di Kota Depok. Metode penelitian yang akan dideskripsikan di dalam bab ini terdiri dari: desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, pertimbangan etik, teknik pengambilan sampel, cara pengambilan data, prosedur pengumpulan data, analisis data dan *trustworthinnes of data* (keabsahan data).

#### **3.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Penelitian kualitatif bertujuan untuk memahami atau mengeksplorasi fenomena atau pengalaman individu (Creswell, 2007). Fenomena dalam penelitian kualitatif dapat berupa perilaku, persepsi, motivasi, dan tindakan. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang akan menggali fenomena melalui jawaban atau persepsi seseorang secara naratif dan tidak dapat dinilai secara statistik. Peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif dengan alasan bahwa peneliti ingin menggali pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga yang memiliki kondisi berat badan *overweight* atau obesitas. Selanjutnya Polit dan Beck (2010) menyatakan bahwa kondisi kronis seperti nyeri kronis atau kondisi kronis lainnya dapat diteliti menggunakan pendekatan fenomenologi. Kondisi kelebihan berat badan yang bersifat kronis menurut Brian (2011) dapat diteliti dengan metode kualitatif menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif.

Fenomenologi merupakan metode ilmiah untuk menggambarkan fenomena tertentu sebagai pengalaman hidup yang digali secara sistematis. Fenomenologi deskriptif merupakan bagian dari penelitian fenomenologi dimana persepsi peneliti akan distimuli melalui kekayaan, kedalaman dan keluasan hidup partisipan (Speziale & Carpenter, 2011). Desain penelitian fenomenologi digunakan peneliti untuk menggali pengalaman keluarga dalam

memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan dengan tujuan untuk melihat dan menggali pengalaman, persepsi serta perasaan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga yang mengalami *overweight* dan obesitas.

Proses penelitian fenomenologi deskriptif memiliki empat tahapan menurut Polit dan Beck (2010) yaitu *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing*. *Bracketing* dan *intuiting* telah dilakukan peneliti sejak mengumpulkan fenomena awal. Proses *intuiting* telah dilakukan peneliti dengan menelaah fenomena-fenomena terkait penelitian pendukung. Sedangkan proses *analyzing* dan *describing* telah dilakukan mulai data penelitian terkumpul dan dianalisis.

*Bracketing* mengacu pada proses dimana peneliti mengabaikan pengetahuan, kepercayaan dan opini yang sudah dimiliki sebelumnya tentang fenomena yang diteliti. Proses *bracketing* dilakukan sejak awal mengumpulkan fenomena penelitian (Cresswell, 2007). Proses ini mencakup persiapan, evaluasi dan *review* literatur terkait fenomena yang diteliti oleh peneliti. Peneliti melakukan proses *bracketing* untuk menjaga agar hasil penelitian diperoleh secara alami berdasarkan pengalaman partisipan. Peneliti menerapkan proses *bracketing* selama melakukan tahap ini.

*Intuiting* adalah tahap dimana seorang peneliti masuk secara total ke dalam fenomena yang sedang diteliti. Proses ini dilakukan peneliti dengan cara tidak mengkritisi, mengevaluasi dan memberikan pendapat terhadap pernyataan partisipan. Tindakan yang sudah dilakukan peneliti pada tahap *intuiting* adalah menanyakan pengalaman keluarga mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat. Selama proses wawancara peneliti melakukan pencatatan lapangan dan merekam semua pernyataan yang disampaikan partisipan.

Tahapan selanjutnya adalah *analyzing*. Tahap ini dilakukan peneliti dengan cara menyatu dengan data untuk menelaah data-data yang disampaikan

partisipan sesuai fenomena yang telah diteliti. Peneliti telah membaca transkrip wawancara sekitar 4-5 kali untuk setiap transkrip. Selanjutnya peneliti mengidentifikasi intisari fenomena dengan mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan antar elemen (kata kunci, kode, sub tema, tema) dengan fenomena yang sedang diteliti.

Tahapan terakhir adalah *describing* dimana peneliti membuat sebuah narasi yang luas dan mendalam tentang fenomena yang sedang diteliti. Hasil telaah data dalam bentuk kata kunci, kode, kategori, sub tema dan tema telah dideskripsikan dalam bentuk narasi.

Fenomena keluarga yang memiliki pengalaman memberikan nutrisi pada keluarga yang memiliki kelebihan berat badan telah diteliti menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi. Fenomena tersebut telah diteliti melalui beberapa tahapan yaitu *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing* hingga akhirnya menghasilkan deskripsi fenomena sesuai pengalaman partisipan.

### **3.2. Partisipan**

Partisipan dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki keluarga dengan *overweight* atau obesitas. Partisipan dipilih dengan tehnik *purposive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai dengan kriteria dan tujuan penelitian (Sugiyono, 2012). Pada penelitian ini, peneliti bebas memilih partisipan sesuai dengan tujuan penelitian dan kriteria inklusi yang ditetapkan. Kriteria partisipan yang ditetapkan pada penelitian ini antara lain: keluarga yang memiliki keluarga *overweight* atau obesitas, dapat berkomunikasi dengan baik, bersedia menjadi partisipan dan dibuktikan dengan mengisi lembar persetujuan *informed consent*. Sedangkan kriteria eksklusi penelitian ini adalah orang yang mengalami *overweight* dan obesitas dengan penyakit kronis yang dibuktikan dengan catatan medis.

Jumlah partisipan tidak ditentukan dari awal tapi tergantung saturasi data (Afiyanti & Rachmawati, 2014; Cresswel, 2007). Saturasi data tercapai

apabila terjadi pengulangan informasi oleh partisipan yang menunjukkan telah terjadi kejenuhan data. Partisipan yang digunakan pada penelitian fenomenologi minimal 3 sampai dengan 10 partisipan dalam satu fenomena (Dukkes tahun 1984 dalam Creswell, 2007). Roberts (2016) menggunakan 8 partisipan dalam melakukan penelitian tentang pengalaman dietisi dalam melakukan konseling dengan anak obesitas dan keluarganya dengan desain fenomenologi. Penelitian lain di Indonesia yang dilakukan oleh Akhmadi (2011) tentang pengalaman orang tua merawat anak dengan obesitas dengan menggunakan desain fenomenologi menggunakan 8 partisipan. Berdasarkan hal tersebut, peneliti menetapkan rentang partisipan dalam penelitian ini berjumlah 7-11 orang.

Data karakteristik partisipan di dalam penelitian ini diperoleh dari Bidan atau Perawat pembina wilayah RW di wilayah kerja Puskesmas Sukatani. Langkah peneliti selanjutnya setelah memperoleh daftar nama Partisipan adalah melakukan pengecekan kepada partisipan dan keluarga dengan menanyakan dan melakukan pemeriksaan langsung kepada keluarga untuk mengetahui kebenaran kasus kelebihan berat badan pada keluarga serta kemungkinan penyakit kronik yang diderita. Jumlah Partisipan yang terdata 14 calon dengan karakteristik lima Partisipan memiliki anak dan orang dewasa dengan kelebihan berat badan, dua Partisipan memiliki remaja dengan kelebihan berat badan, dua partisipan memiliki orang dewasa dan lansia dengan kelebihan berat badan, dan lima Partisipan merupakan keluarga lansia dengan kelebihan berat badan. Partisipan yang menolak diwawancara terdiri dari satu Partisipan yang memiliki anak gemuk, satu Partisipan yang memiliki remaja gemuk dan lima Partisipan lansia keluar dari kriteria inklusi karena setelah dilakukan skrining sudah memiliki penyakit kronik seperti diabetes melitus, hipertensi dan penyakit jantung.

Partisipan terdiri dari tujuh orang pelaku rawat yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan. Enam orang partisipan merupakan ibu atau istri dari keluarga yang mengalami kelebihan berat badan dan satu orang

partisipan adalah nenek dari keluarga yang mengalami kelebihan berat badan. Semua partisipan berjenis kelamin perempuan dengan variasi usia antara 29 tahun hingga 65 tahun. Tingkat pendidikan partisipan bervariasi mulai dari SD hingga SMA. Lima orang partisipan adalah ibu rumah tangga dan dua orang sebagai pekerja.

### **3.3. Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.3.1. Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan di Kota Depok khususnya Wilayah Kerja Puskesmas Sukatani. Pemilihan kota Depok sebagai tempat penelitian berdasarkan beberapa pertimbangan yaitu: peningkatan prevalensi obesitas sentral di kota Depok cukup signifikan jika membandingkan data hasil Riskedas dua periode yaitu 2007 dan 2013 dimana terjadi kenaikan 18,8% secara umum. Prevalensi obesitas sentral pada wanita meningkat dari 14,8% menjadi 32,9% selama kurun waktu 5 tahun. Sedangkan obesitas sentral pada laki-laki meningkat dari 13,7% menjadi 26,6%. Adapun wilayah kerja Puskesmas yang akan diambil oleh peneliti adalah wilayah kerja Puskesmas Sukatani. Alasan pengambilan wilayah kerja puskesmas tersebut disebabkan puskesmas tersebut memiliki jumlah pengunjung obesitas lebih tinggi dibanding puskesmas lainnya di kota Depok tahun 2015 (Dinas Kesehatan kota Depok, 2016).

#### **3.3.2. Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan pada bulan Januari-Juli 2017. Peneliti telah melakukan penelitian sesuai dengan rencana waktu penelitian yang disusun pada saat proposal. Waktu penelitian tersebut mengalami perubahan sesuai dengan kondisi yang ditemukan di lapangan.

Penyusunan proposal yang semula terjadwal pada bulan Januari hingga minggu kedua Maret mengalami perpanjangan waktu hingga akhir Maret. Selanjutnya rencana ujian proposal yang semula dijadwalkan

akan dilakukan pada minggu ketiga bulan Maret mengalami perubahan hingga mundur ke minggu pertama bulan April. Pengajuan uji etik kepada Komite Etik dilakukan pada minggu kedua April dan selesai pada minggu keempat April. Untuk mengantisipasi lamanya waktu uji etik, pada minggu ketiga bulan April, peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada Program Studi Ilmu Keperawatan. Perizinan ke lapangan dilakukan pada minggu keempat bulan April hingga minggu pertama bulan Mei. Pengambilan data dan analisis data dilakukan dari minggu pertama bulan Mei hingga Minggu pertama bulan Juni.

### **3.4. Pertimbangan Etik**

Dalam melaksanakan kegiatan penelitian, peneliti menggunakan prinsip etika penelitian keperawatan. Peneliti menggunakan beberapa prinsip etik yang sesuai dengan pedoman etika penelitian yang dikemukakan oleh Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2007) serta Speziale dan Carpenter (2011) antara lain: *respect for persons* (termasuk otonomi), *beneficence* (termasuk *non maleficence*) dan *justice*.

#### **3.4.1. *Respect of persons* (menghormati harkat martabat manusia)**

Prinsip menghormati martabat manusia terbagi menjadi dua yaitu menghormati otonomi partisipan dengan menghormati kemampuan mengambil keputusan sendiri (*self determination*) serta hak untuk diberikan perlindungan terhadap kerugian (Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2007). Prinsip otonomi memberikan kebebasan kepada Partisipan membuat keputusan untuk dirinya secara sadar sesuai dengan informasi yang dipahami, Partisipan memiliki kebebasan untuk ikut atau tidak dalam proses penelitian atau berhenti selama proses penelitian (Polit & Beck, 2010).

Partisipan dalam penelitian ini diberikan kebebasan untuk mengikuti atau tidak proses penelitian. Sebelum partisipan memutuskan keikutsertaan dalam penelitian, peneliti menjelaskan proses penelitian

terlebih dahulu berdasarkan lembar penjelasan penelitian. Calon partisipan yang tidak bersedia ikut serta maka tidak diberikan sanksi apa pun. Jika partisipan bersedia, partisipan dipandu untuk menandatangani lembar *informed consent*.

#### 3.4.2. Prinsip *Beneficence* dan *nonmaleficence*

Prinsip ini dilakukan untuk mencegah kerugian dan ketidaknyamanan yang dialami partisipan selama proses penelitian (Polit & Beck, 2010; Cresswel, 2007). Partisipan dalam penelitian ini adalah pelaku rawat di keluarga yang bertanggung jawab menyediakan kebutuhan nutrisi bagi keluarga. Wawancara dapat menyita waktu partisipan dalam melaksanakan perannya. Oleh karena itu, peneliti menawarkan tempat dan waktu wawancara dengan partisipan sesuai keinginan partisipan. Mayoritas partisipan memilih rumah sebagai tempat wawancara, kecuali partisipan enam yang menolak di rumah dengan alasan terganggu dengan pembeli yang belanja ke warungnya. Setelah koordinasi dengan kader, akhirnya wawancara dilakukan di ruang konsultasi posyandu yang kebetulan dekat dengan rumah partisipan. Rata-rata partisipan memilih waktu senggang setelah memasak atau menyelesaikan tugas rumah untuk dilakukan wawancara.

Selain itu, prinsip *beneficence* dilakukan peneliti dengan cara pada saat penjelasan awal penelitian, peneliti menyampaikan bahwa partisipan yang ikut serta akan diberikan pendidikan kesehatan dan booklet tentang mengelola nutrisi untuk kelebihan berat badan dan menentukan status nutrisi. Kegiatan ini akan direncanakan sekitar pertengahan Juli setelah laporan tesis selesai disusun.

Wawancara dilakukan selama 20-60 menit (Gill, Stewart, Treasure, & Chadwick, 2008), sedangkan menurut Mack, Woodsong, McQueen, Guest dan Namey (2011) wawancara dilaksanakan selama 1-2 jam. Rata-rata durasi wawancara dalam penelitian ini adalah 30-60 menit.

Sebelum sesi wawancara partisipan ditawarkan untuk ke kamar mandi agar proses wawancara tidak terganggu. Selama proses wawancara, partisipan diperbolehkan untuk minum.

Selain itu, untuk memenuhi prinsip *non maleficence* peneliti menghindari topik atau pertanyaan yang akan menimbulkan ketidaknyamanan. Sebagai contoh, pada saat membahas respon kelebihan berat badan bersama partisipan lima. Partisipan mulai menangis pada saat menceritakan kondisi keluarganya dimana kelebihan berat badan membuat tidak bisa hidup seperti orang lain hingga tidak menikah. Peneliti sudah menyampaikan dari awal jika ada hal yang membuat tidak nyaman, partisipan boleh tidak menceritakannya tetapi partisipan masih mau bercerita.

#### 3.4.3. Prinsip *Justice* (keadilan)

Peneliti tidak membeda-bedakan perlakuan antara partisipan satu dengan partisipan lainnya (Polit & Beck, 2010; Cresswel, 2007). Prinsip keadilan dalam penelitian ini dibagi menjadi dua, yaitu :

##### 3.4.3.1. Hak untuk mendapatkan penatalaksanaan yang adil (*right to fair treatment*)

Peneliti memperlakukan adil semua Partisipan tanpa adanya diskriminasi. Setiap populasi yang telah memenuhi kriteria inklusi mendapat kesempatan yang sama untuk menjadi partisipan tanpa melihat latar belakang sosial, budaya, suku maupun agama.

##### 3.4.3.2. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Data dalam penelitian ini diambil menggunakan metode wawancara. Pada saat wawancara nama panggilan partisipan muncul disebutkan dalam rekaman, sehingga sebelum

wawancara dimulai, peneliti telah menawarkan penggunaan nama panggilan atau nama partisipan untuk melindungi identitas partisipan. Hal ini untuk memenuhi salah satu prinsip *confidentiality*. Selain identitas, data partisipan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Data-data tersebut hanya digunakan untuk kepentingan penelitian (Polit & Beck, 2010; Cresswel, 2007). Data dan identitas partisipan hanya dituliskan dalam bentuk kode partisipan yaitu P1-P10 atau nama samaran sesuai dengan kesepakatan partisipan. Kode ini dilakukan untuk menjamin anonimitas partisipan sehingga partisipan leluasa dalam mengungkapkan fenomena sesuai dengan tujuan penelitian (*privacy and dignity*).

Prinsip *Privacy* dan *dignity* meningkatkan keleluasaan pada partisipan untuk dihargai. Selain itu, partisipan dapat menentukan kapan dan bagaimana informasi tentang partisipan dapat diketahui orang lain (Polit & Beck, 2010; Cresswel, 2007). Peneliti mewujudkan prinsip ini dengan mematuhi keinginan partisipan untuk menjaga data yang disampaikannya hanya untuk kepentingan penelitian.

Peneliti telah menyimpan data penelitian dalam suatu dokumen rahasia yang dilindungi oleh *password* kemudian disimpan dalam *drive* dan *cloud* yang hanya bisa diakses oleh peneliti. Peneliti menyimpan dokumen tersebut selama lima tahun untuk menjaga jika ada data yang harus dikonfirmasi validitas keasliannya sesuai sumber data. Apabila dokumen diperlukan dalam konteks hukum, maka peneliti memberikan data tersebut kepada pihak yang berwajib setelah sebelumnya peneliti memperoleh surat permintaan dari pihak berwajib. Dokumen tersebut akan dimusnahkan setelah lima tahun.

Prinsip-prinsip etika diatas disusun ke dalam *informed consent*. Tujuan *informed consent* sebagai bukti aspek legal kesediaan partisipan dalam untuk berpartisipasi dalam proses penelitian (Speziale & Carpenter, 2011). Selain itu, dengan adanya dokumen *informed consent* peneliti memiliki bukti yang sah tentang persetujuan keikutsertaan pada proses penelitian yang diberikan partisipan.

### **3.5. Alat Bantu Pengumpulan Data**

Peneliti merupakan alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian kualitatif (Cresswel, 2007). Alat pengumpulan data lainnya yang menunjang proses penelitian adalah pedoman wawancara, catatan lapangan dan alat perekam suara MP4. Selain itu, peneliti juga membutuhkan alat untuk melakukan skrining awal yaitu timbangan dan microtoise.

Peneliti sebagai instrumen utama pengumpulan data telah melakukan uji coba wawancara, alat perekam suara serta mengisi catatan lapangan pada Partisipan uji coba di wilayah kerja Puskesmas Kedaung Kota Depok. Puskesmas Kedaung dipilih sebagai wilayah uji coba dengan pertimbangan tingginya jumlah pengunjung puskesmas dengan obesitas, kemiripan karakteristik wilayah dan budaya dengan tempat penelitian.

Peneliti melakukan uji coba wawancara pada minggu keempat bulan April kepada empat orang partisipan. Partisipan pertama adalah pelaku rawat yang memiliki pra sekolah, remaja dan dewasa obesitas. Hasil rekaman dan verbatim wawancara dikonsultasikan dengan pembimbing untuk memperoleh masukan. Peneliti disarankan melakukan uji wawancara kepada partisipan berikutnya karena belum semua tujuan khusus digali lebih mendalam, masih ada pernyataan yang diluar konteks penelitian, masih terdapat pertanyaan tertutup dan pertanyaan yang mengarahkan jawaban melalui contoh yang diberikan.

Partisipan kedua adalah pelaku rawat yang memiliki remaja *overweight* dan orang dewasa obesitas. Partisipan uji yang kedua dilanjutkan masuk tahap analisis sesuai saran pembimbing. Berdasarkan hasil analisis, masih banyak topik yang belum tergali lebih mendalam disebabkan pada saat wawancara partisipan sering mengalami distraksi oleh anaknya yang usia pra sekolah. Oleh karena itu, uji coba dilanjutkan kepada partisipan ketiga.

Partisipan ketiga adalah pelaku rawat yang memiliki remaja orang dewasa obesitas. Pada wawancara partisipan ketiga masih terdapat pertanyaan tertutup dan pernyataan yang mengarahkan jawaban. Selain itu, dari latihan analisis tema topik belum tergali lebih dalam. Oleh karena itu, uji coba dilanjutkan dengan partisipan ke empat.

Partisipan keempat merupakan pelaku rawat yang memiliki anak usia pra sekolah dengan obesitas. Kesimpulan hasil uji wawancara dan latihan analisis partisipan ke empat, peneliti sudah dinyatakan boleh untuk melakukan pengambilan dan analisis data lebih lanjut.

Pedoman wawancara merupakan panduan tidak baku yang akan memfokuskan wawancara sesuai tujuan penelitian. Pedoman wawancara telah diuji coba dan mengalami revisi pada pertanyaan ke dua, keti,a keempat dan kelima. Pertanyaan kedua ditambahkan kata bantuan setelah kata dukungan sehingga peneliti memberikan pertanyaan bagaimana bantuan atau dukungan. Pertanyaan ketiga hambatan ditambahkan kata kesulitan, pertanyaan ke empat harapan ditambahkan kata keinginan dan pertanyaan ke lima makna ditambahkan kata hikmah. Penambahan kata-kata tersebut bertujuan untuk memperjelas pertanyaan karena berdasarkan hasil uji coba, partisipan merasa kebingungan menjawab pertanyaan sehingga peneliti harus mengarahkan.

Uji coba alat perekam suara/ MP4 telah dilakukan pada saat uji coba wawancara. Hasil uji coba menunjukkan jarak microphone dengan mulut antara 20.30 cm, volume perekam diatur antara setengah sampai tiga perempat

sehingga tidak terlalu keras. Timbangan dan mikrotoise yang digunakan peneliti dipinjam dari laboratorium tempat institusi peneliti bekerja dan dari FIK dan telah dicek akurasinya.

### **3.6. Prosedur Pengumpulan Data**

Cresswell (2007) menjabarkan tahap pengumpulan data ke dalam beberapa kegiatan meliputi penentuan tempat partisipan, membuat akses hubungan dengan tempat penelitian, pengambilan partisipan sesuai dengan teknik purposif *sampling*, pengumpulan data, melakukan rekaman dan catatan lapangan dan terakhir penyimpanan data. Kegiatan tersebut dikelompokkan ke dalam tiga tahap yaitu yaitu persiapan, pelaksanaan dan terminasi. Di bawah ini akan dijelaskan untuk masing-masing tahapan tersebut.

#### **3.6.1. Persiapan**

Tahap persiapan meliputi penentuan tempat partisipan, membuat akses hubungan dengan tempat penelitian, pengambilan partisipan sesuai dengan teknik purposif *sampling*. Penentuan tempat dan membuat akses dengan tempat penelitian telah dilakukan. Peneliti telah mengurus proses perizinan kepada pihak terkait. Peneliti telah meminta surat pengantar izin penelitian kepada Fakultas Ilmu Keperawatan kemudian diajukan ke Dinas Kesehatan Kota Depok dan Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik (Kesbangpol) Kota Depok. Surat izin penelitian yang sudah diperoleh disampaikan peneliti kepada puskesmas Kedaung sebagai tempat uji coba penelitian dan Puskesmas Sukatani sebagai tempat penelitian.

Setelah peneliti memperoleh izin kemudian peneliti bekerja sama dengan bidan pembina wilayah dan ketua POKJA IV untuk mengidentifikasi partisipan yang sesuai kriteria penelitian. Peneliti mengikuti kegiatan Posyandu untuk melakukan skrining calon partisipan. Setelah partisipan diperoleh peneliti melakukan perkenalan dengan partisipan kemudian menjelaskan proses penelitian sesuai dengan lembar penjelasan penelitian, menyepakati waktu dan tempat

wawancara serta diakhiri dengan penandatanganan lembar *informed consent*.

Berikut digambarkan kesepakatan waktu wawancara. Partisipan satu sepakat dilakukan wawancara di rumah sekitar pukul 14 atau 15, partisipan dua sepakat dilakukan wawancara di rumah selepas ashar, partisipan tiga sepakat dilakukan wawancara di rumah selepas ashar, partisipan empat sepakat dilakukan wawancara di rumah setelah ashar pada hari minggu, partisipan lima sepakat dilakukan wawancara di rumah setelah ashar, partisipan enam sepakat dilakukan wawancara di tempat lain sekitar jam 10 atau 11 dengan alasan rumahnya adalah warung jadi takut terganggu pembeli, partisipan tujuh sepakat diwawancara pada hari Jumat setelah menjemput anak sekolah pukul 11 di rumah.

### 3.6.2. Tahap Pelaksanaan

Tahapan selanjutnya yang telah dilakukan peneliti adalah tahap pelaksanaan. Peneliti membagi tahapan ini menjadi tiga fase yaitu fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Aktivitas pada setiap fase dilakukan secara berkesinambungan.

Fase pertama pada tahap pelaksanaan adalah fase orientasi. Peneliti mengidentifikasi kesiapan partisipan dalam melakukan wawancara serta mengidentifikasi tempat wawancara sesuai dengan keinginan partisipan. Peneliti menyampaikan permohonan izin untuk merekam semua ungkapan partisipan. Peneliti dan partisipan telah menyepakati kode atau nama samaran untuk memenuhi aspek etik *confidentiality* dan *anonymity*.

Selanjutnya, peneliti mengatur posisi duduk peneliti, partisipan dan alat perekam. Selain itu, peneliti juga menyiapkan alat tulis untuk mencatat semua respon non verbal partisipan pada saat wawancara. Peneliti dan

partisipan akan duduk berhadapan, alat perekam diletakkan di tengah-tengah antara peneliti dan partisipan. Microphone akan diletakkan dalam jarak 20-30 cm dari mulut partisipan agar kualitas suara terdengar dengan baik.

Fase selanjutnya dari tahapan pelaksanaan adalah fase kerja. Pada fase ini peneliti dilakukan dengan mengajukan pertanyaan sesuai pedoman wawancara yang sudah dibuat. Wawancara dilakukan secara semi terstruktur dengan menggunakan pertanyaan terbuka untuk menggali kedalaman makna pengalaman yang dirasakan (Streubert & Carpenter, 2011). Pertanyaan ini peneliti tuangkan dalam panduan wawancara (Cresswell, 2007).

Peneliti memulai wawancara dengan mengajukan pertanyaan pembuka sesuai tujuan khusus yaitu bagaimana tanggapan atau perasaan Bapak/Ibu dalam menghadapi keluarga dengan kelebihan berat badan. Selanjutnya, dari jawaban partisipan ditanya lebih lanjut sesuai pedoman wawancara dan jawaban partisipan sampai tidak ada lagi ide baru yang muncul. Pertanyaan telah dikembangkan sesuai dengan proses yang berlangsung selama wawancara. Peneliti menguraikan maksud pertanyaan secara rinci kepada partisipan yang tidak memahami konteks pertanyaan yang diajukan peneliti. Peneliti tidak memberikan penilaian terhadap jawaban partisipan.

Peneliti menggunakan catatan lapangan yang penting pada saat wawancara sesuai dengan tujuan penelitian. Catatan lapangan diperlukan untuk melengkapi data non verbal yang ditemukan seperti suasana, cahaya, ekspresi wajah dan semua respon non verbal partisipan. Catatan lapangan ditulis pada saat wawancara berlangsung.

Fase yang terakhir dari tahap pelaksanaan adalah fase terminasi. Fase ini dilakukan dengan mengucapkan terima kasih, memberikan

*reinforcement* positif, menyepakati waktu untuk memberikan pendidikan kesehatan setelah proses analisis data selesai. Terminasi dilakukan saat data yang sudah didapatkan sudah mendalam dan lengkap sesuai tujuan penelitian.

### 3.6.3. Tahap terminasi

Peneliti telah melakukan validasi transkrip akhir kepada partisipan. Peneliti menjelaskan dan mengklarifikasi jika ada partisipan yang tidak memahami tema yang terdapat di dalam transkrip. Selanjutnya peneliti melakukan terminasi kepada partisipan dan menyampaikan bahwa proses pengambilan data penelitian sudah berakhir.

## 3.7. Analisis Data

Proses analisis data pada studi kualitatif tidak berdiri sendiri dalam arti tidak menunggu seluruh proses pengumpulan data selesai dilakukan. Analisis data dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data, pengolahan data sesegera mungkin setelah peneliti selesai memperoleh data dari partisipan (Cresswell, 2007). Hal ini dilakukan untuk melihat kedalaman data yang diperoleh dan kesesuaian dengan tujuan penelitian yang dilakukan.

Cresswell (2007) menjelaskan bahwa sebelum analisis dimulai, peneliti perlu mengorganisasikan data (mengolah data) kemudian dilanjutkan dengan analisis data. Penelitian ini melakukan analisis data menggunakan langkah-langkah dari Colaizzi (1978 dalam Streubert dan Carpenter, 2011) yaitu sebagai berikut :

### 3.7.1 Membuat transkrip data

Hasil wawancara tentang pengalaman keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan telah dibuat transkrip yang diperkuat dengan catatan lapangan (*field note*).

### 3.7.2. Transkrip hasil wawancara telah dibaca berulang-ulang

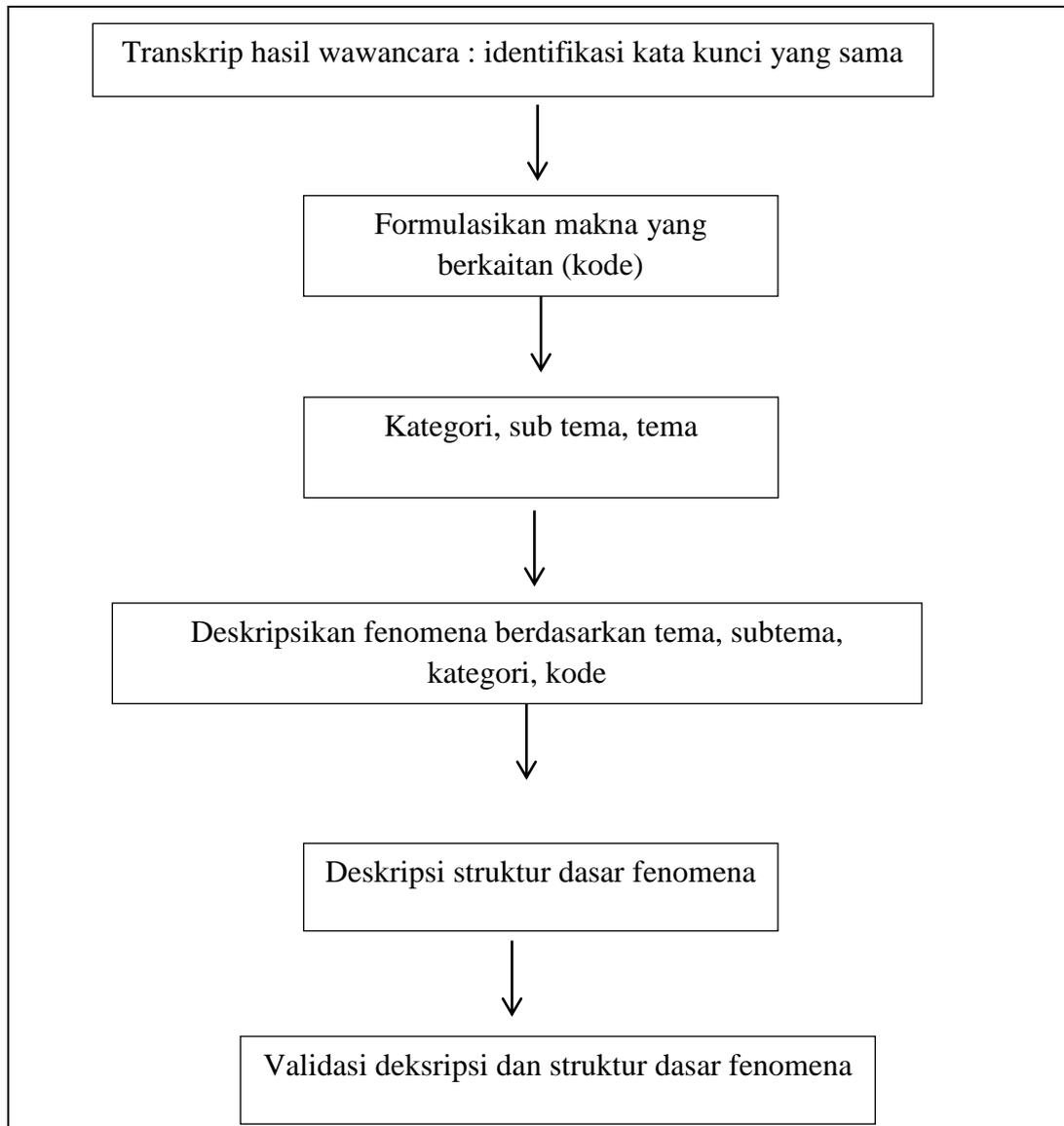
Peneliti telah membaca transkrip untuk mengidentifikasi kata-kata kunci yang bermakna sekitar 4-5 kali untuk satu transkrip. Pernyataan

partisipan yang bermakna lalu disalin dalam halaman yang berbeda untuk dianalisis lebih lanjut. Peneliti memilih kutipan kata dan pernyataan yang bermakna yang mengacu pada tujuan penelitian.

- 3.7.3. Formulasi pernyataan-pernyataan yang sama menjadi kata kunci  
Kata kunci yang sudah dikumpulkan kemudian dibuat menjadi kode. Kode yang disimpulkan dapat berupa kata, frasa maupun kalimat (Saldana, 2009). Kode yang memiliki makna mirip dikelompokkan dengan kode yang sama. Setelah dikelompokkan kode tersebut dimasukkan ke tahap analisis selanjutnya.
- 3.7.4. Pembentukan kategori, sub tema dan tema dari makna yang sama atau hampir sama  
Selanjutnya beberapa kode yang secara makna memiliki kesamaan atau kemiripan dikelompokkan menjadi kategori. Kategori yang memiliki pernyataan bermakna dan saling berhubungan dijadikan sub tema. Sub tema yang memiliki kemiripan dan saling berkaitan dirumuskan menjadi tema.
- 3.7.5. Tema-tema yang sudah terbentuk secara terintegrasi ke dalam kajian fenomena deskripsi yang lengkap
- 3.7.6. Struktur dasar fenomena dideskripsikan.  
Tahapan berikutnya dilakukan peneliti dengan mengintegrasikan hasil penelitian ke dalam bentuk deskripsi naratif yang lengkap, sistematis dan jelas. Analisis dilakukan untuk setiap tema didukung subtema (jika ada), kategori, kode dan kata kunci yang diungkapkan partisipan. Deskripsi yang jelas diharapkan mampu menggambarkan fenomena secara utuh.
- 3.7.7. Tahapan terakhir adalah validasi hasil temuan peneliti dengan partisipan untuk membandingkan hasil deskripsi yang diperoleh peneliti dengan pengalaman partisipan.

Di bawah ini merupakan bagan kesimpulan tahapan analisa data kualitatif menggunakan pendekatan Collaizi (Shosha, 2012).

Skema 3.1. Ringkasan analisis data kualitatif menggunakan Collaizi



(Diadaptasi dari Shosha, 2012).

### 3.8. Keabsahan Data

Keabsahan data diperlukan untuk menjamin bahwa data yang disampaikan akurat sesuai dengan tujuan penelitian. Keabsahan data pada penelitian kualitatif berdasarkan pada empat hal yaitu prinsip kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*defendability*) dan kepastian (*confirmability*) (Afiyanti & Rachmawati, 2014; Streubert & Carpenter, 2011).

#### 3.8.1. *Credibility* (kredibilitas)

*Credibility* merupakan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa hasil penelitian sesuai dengan fenomena yang terjadi di lapangan. Hal ini dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu melakukan observasi terus menerus, melakukan triangulasi (sumber data, metode, peneliti lain), pengecekan melalui anggota peneliti dan *peer review* serta pengecekan terhadap kecukupan referensi yang menunjang penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014; Streubert & Carpenter, 2011).

Kredibilitas data salah satunya dilakukan peneliti dengan memutarakan kembali hasil wawancara bersama partisipan segera setelah wawancara selesai dilaksanakan. Peneliti menyampaikan kepada partisipan sebelum mendengarkann rekaman kembali bahwa partisipan diperbolehkan untuk menambah atau memberikan informasi baru. Tetapi semua partisipan mengatakan bahwa itulah pengalaman yang dirasakannya dan sudah diceritakan semuanya.

Selain itu peneliti melakukan konsultasi dengan pembimbing untuk memeriksa kesesuaian data, kode, kategori, sub tema dan tema yang dihasilkan dari partisipan. Kemudian peneliti mengembalikan data kepada partisipan untuk memastikan akurasi data. Partisipan diberikan kesempatan jika ada data yang mau ditambahkan atau dikurangi. Selanjutnya peneliti menyampaikan transkrip wawancara kepada

partisipan, partisipan dapat menambahkan atau mengurangi sebelum memberikan persetujuan.

### 3.8.2. *Transferability*

*Transferability* merupakan validitas eksternal dimana hasil penelitian kualitatif ini dapat diterapkan pada orang lain yang memiliki fenomena atau kondisi yang sama (Streubert & Carpenter, 2011). Validitas eksternal dilakukan peneliti dengan memberikan hasil analisis tema kepada keluarga yang memiliki karakteristik yang sama dengan partisipan di wilayah Depok. Keluarga yang bersangkutan diminta untuk membaca dan memahami tema-tema hasil penelitian. Selain itu, peneliti juga melakukan review dan perbandingan dengan penelitian sebelumnya untuk menjamin terpenuhinya *transferability*.

### 3.8.3. *Defendability* (kebergantungan)

*Defendability* merupakan kondisi dimana data yang dihasilkan tetap stabil pada kondisi maupun waktu yang berbeda. Hal ini dapat dilakukan dengan melibatkan peneliti eksternal untuk menelaah dan menganalisis data yang dihasilkan oleh peneliti. Reviewer eksternal yang menelaah data hasil penelitian ini adalah pembimbing tesis peneliti.

### 3.8.4. *Confirmability*

Aspek terakhir yang dilakukan peneliti untuk menjaga keabsahan data adalah dengan melakukan *confirmability*. Aspek ini merupakan situasi peneliti menjaga data agar tetap objektif yaitu melakukan konfirmasi dengan eksternal.

Hal ini dilakukan dengan cara meminta pandangan dan persetujuan dari beberapa orang. Peneliti melakukan diskusi dengan pakar (pembimbing), mengembalikan data kepada partisipan, *peer review* melalui presentasi hasil penelitian. Data dikatakan obyektif jika semua pihak telah sepakat dan menyetujui data yang diperoleh oleh peneliti.

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini akan membahas tentang karakteristik partisipan dan analisis tema yang diperoleh berdasarkan wawancara dan catatan lapangan selama proses penelitian berlangsung.

#### **4.1. Karakteristik Partisipan**

Partisipan dalam penelitian ini merupakan warga Kelurahan Sukatani yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan tetapi tidak memiliki penyakit kronis dengan rentang usia partisipan antara 29 tahun sampai 60 tahun, pendidikan terendah SD dan tertinggi sarjana, jumlah keluarga yang mengalami kelebihan berat badan 1 sampai tiga orang, rentang usia perkembangan keluarga yang mengalami kelebihan berat badan antara pra sekolah hingga lansia, lima partisipan tidak bekerja atau ibu rumah tangga sedangkan dua partisipan bekerja sebagai karyawan dan buruh. Deskripsi lengkap partisipan dijelaskan di bawah ini dengan tabel deskripsi lengkap terlampir pada lampiran 7.

Partisipan satu dengan jenis kelamin perempuan, usia 29 tahun, suku bangsa Betawi, pendidikan SMA dan pekerjaan ibu rumah tangga. Partisipan satu memiliki tiga orang keluarga yang gemuk termasuk dirinya, yaitu suaminya IMT 27,27 (*overweight*), partisipan satu memiliki IMT 30,42 (obesitas) dan satu orang anak usia pra sekolah dengan IMT 23,15 ( $> 2 \text{ SD} / > \text{persentil } 95$  sehingga disimpulkan obesitas).

Partisipan dua dengan jenis kelamin perempuan, usia 36 tahun, suku bangsa Sunda, pendidikan SMA dengan pekerjaan ibu rumah tangga. Partisipan dua memiliki dua orang keluarga dengan kelebihan berat badan yaitu anaknya usia prasekolah dengan IMT 44,44 ( $> 2 \text{ SD} / > \text{persentil } 95$  sehingga disimpulkan obesitas) dan suaminya dengan IMT 31,55 (obesitas).

Partisipan tiga dengan jenis kelamin perempuan, usia 60 tahun, pendidikan SD, suku bangsa Betawi. Partisipan tiga adalah nenek dari anak usia sekolah dengan IMT 27,47 ( $> 2$  SD,  $>$  persentil 95 sehingga disimpulkan obesitas) yang telah merawat cucunya sejak usia satu tahun.

Partisipan empat seorang perempuan usia 39 tahun, pendidikan sarjana, pekerjaan karyawan swasta. Partisipan empat memiliki dua orang keluarga dengan kelebihan berat badan yaitu suaminya dengan IMT 28,39 (obesitas) dan anaknya usia prasekolah dengan IMT 31,25 ( $> 2$  SD,  $>$  persentil 95 sehingga disimpulkan obesitas).

Partisipan lima seorang perempuan usia 47 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan IRT, belum menikah, tinggal bersama ibunya usia 63 tahun, suku bangsa Sunda. Partisipan empat memiliki keluarga obesitas yaitu ibunya dengan obesitas usia lansia (IMT 47,92). Partisipan empat juga menderita obesitas dengan IMT 39,84.

Partisipan enam seorang perempuan usia 31 tahun, pendidikan SMP, pekerjaan ibu rumah tangga, suku bangsa Jawa. Partisipan enam memiliki anak usia sekolah dengan IMT 29,59 ( $> 2$  SD,  $>$  persentil 95 sehingga disimpulkan obesitas).

Partisipan tujuh seorang perempuan usia 40 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, suku bangsa Betawi. Partisipan tujuh memiliki tiga orang keluarga yang obesitas yaitu anak pertama usia remaja dengan IMT 29,41 dan anak kedua usia sekolah dengan IMT 26,66.

## 4.2. Analisis Tema

Penelitian tentang pengalaman keluarga mengelola nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan di Kota Depok: studi fenomenologi telah dianalisis menggunakan metode Collaizi dan menghasilkan sembilan tema. Proses lengkap analisis data dimulai dari penemuan kata kunci, kategori, sub tema dan tema tergambar pada lampiran 8.

Tema yang dihasilkan di dalam penelitian ini akan dibahas secara terpisah sesuai tujuan khusus untuk memahami berbagai pengalaman hidup partisipan dalam mengelola kebutuhan nutrisi untuk keluarga dengan kelebihan berat badan. Setiap tema memiliki keterkaitan satu sama lain yang akan menggambarkan esensi pengalaman yang dimiliki oleh partisipan walaupun ditampilkan secara terpisah.

### 4.2.1. Dampak fisik dan psikososial yang dipersepsikan keluarga

Respon merupakan penilaian terhadap stimulus yang terdapat di lingkungan sekitarnya. Stimulus internal dapat berasal dari diri sendiri. Penilaian terhadap stimulus yang diterima disesuaikan dengan pengalaman seseorang. Partisipan menceritakan respon menghadapi keluarga dengan kelebihan berat badan sesuai dengan pengalamannya terkait menghadapi, merawat dan memenuhi kebutuhan nutrisi.

Hasil penelitian ini menguraikan respon partisipan sebagai bentuk reaksi terhadap stimulus kelebihan berat badan yang dialami keluarga. Respon ini dapat dipahami sebagai bentuk pengalaman yang disampaikan oleh partisipan dalam menjawab tujuan respon keluarga. Respon yang dirasakan keluarga diuraikan dalam tema **dampak fisik dan psikososial yang dipersepsikan keluarga**.

Tema ini dibentuk dari sub tema **akibat fisik kelebihan berat badan** dan **akibat psikologi kelebihan berat badan**. Akibat fisik kelebihan berat badan menggambarkan respon yang dihasilkan oleh stimulus kelebihan berat badan baik yang dirasakan oleh pelaku rawat yang menderita

kelebihan berat badan maupun atas penilaian pelaku rawat terhadap keluarga lain yang mengalami kelebihan berat badan. Respon fisik kelebihan berat badan tergambar melalui respon partisipan yang menyatakan keluhan akibat kelebihan berat badan, kesulitan mencari baju dan penilaian berat badan.

Partisipan mengungkapkan dua perasaan akibat kelebihan berat badan antara lain **cape** dan **sakit**. **Cape** diungkapkan partisipan untuk menggambarkan kondisi keluarga dalam berespon terhadap aktivitas. Hal ini menunjukkan bahwa aktivitas fisik sejenis pada orang yang tidak mengalami kelebihan berat badan tidak menimbulkan kelelahan tetapi pada orang dengan kelebihan berat badan cenderung memicu kelelahan. Hal ini terlihat dari ungkapan yang disampaikan partisipan satu, dua dan lima berikut ini:

*“...Gampang **cape**. kayak kita kan gemuk sendiri gampang **cape**, jalan sedikit **cape**,.....” (P1)*

*“...aduh **capek**, gitu loh kayak **lelah** gitu **capek** ..” (P2)*

*“...naik tangga ya paling engap doang sih, **capek** kan, turun naik turun naik...” P5)*

Akibat selanjutnya adalah **rasa sakit**. Partisipan lima mengungkapkan sakit di dengkulnya setiap berubah posisi dari duduk ke berdiri, berlari, perubahan posisi pada saat solat dan menaiki tangga. Sedangkan partisipan dua menyampaikan anaknya sering mengeluh sakit kaki setiap kelelahan bermain. Berikut kutipannya:

*“..kalau **capek** gitu selalu merintih **kesakitan**...(P2)*

*“...dengkul dua-duanya nih ya **sakit**” (P5)*

Cape dan rasa sakit yang dialami oleh keluarga mengakibatkan terjadinya penyesuaian aktivitas terhadap kelelahan dan sakit. Partisipan satu dan lima yang memiliki anak dengan obesitas menyampaikan penyesuaian aktivitas akibat kelelahan. Partisipan satu menyampaikan anaknya tidak

mau ikut berlari-lari seperti pada umumnya anak usia pra sekolah sedangkan partisipan lima menyampaikan menyesuaikan posisi solat dengan cara duduk. Ungkapan tersebut terlihat pada kutipan partisipan berikut:

*“...ngga mau ikutan temennya lari-lari..\_kalau ditempat ngaji, udah duduk aja, diem..” (P1)*

*“...Makanya saya sekarang sholat juga **gak bisa berdiri**, duduk, karena ini uda gak bisa ditekuk nih kaki..dua-duanya udah sakit...” (P5)*

Selain kelelahan dan sakit yang dirasakan, partisipan juga mengeluhkan **kesulitan mencari baju** yang sesuai ukurannya. Partisipan lima mengungkapkan rasa tidak percaya diri pada saat memilih baju tidak menemukan ukuran yang pas untuk tubuhnya. Sedangkan partisipan enam mengatakan pada saat ada acara di sekolah, kesulitan mencari baju untuk anaknya. Kutipan berikut menggambarkan kondisi di atas:

*“...kalau gemuk **nyari baju susah**, nyari celana susah...” “ (P5)*

*“...nyari baju kemana-mana **ngga dapet** saya.. “ (P6)*

Selain mengungkapkan tentang keluhan di atas, partisipan juga menyampaikan pendapat yang disampaikan orang lain tentang ukuran berat badan ideal pada keluarganya yang terlihat dalam sub sub tema **penilaian ukuran tubuh yang dipersepsikan**. Penilaian berat badan disampaikan oleh keluarga lain atau orang sekitar keluarga partisipan. Mereka memberikan komentar bahwa kondisi keluarga partisipan **terlihat makin gemuk** seperti pada kutipan yang disampaikan partisipan satu dan dua berikut ini:

*“..orang tua saya ngomong kok sekarang **gemuk banget**...”(P1)*

“..... *kayaknya agak gemukan...*”(P2)

Partisipan juga menyampaikan bahwa pada saat keluarganya dinilai lebih gemuk oleh orang lain, partisipan berfikir tentang **berat badan ideal** yang seharusnya. Partisipan dua dan enam mengungkapkan pendapatnya tentang berat badan ideal seperti di bawah ini:

“..temannya kan pantaran seumuran **badannya** yang ya **standarlah..** dia kok gemuk sendiri..” (P6)

“**Usianya segini** harusnya **beratnya segini**, **segini gitu loh...**”  
(P2)

Selain mengungkapkan akibat yang dirasakan secara fisik, partisipan juga mengungkapkan akibat psikologi kelebihan berat badan. Hal ini diungkapkan dalam sub sub **tema labelling, respon labelling serta perasaan dalam merespon kelebihan berat badan**. Labelling diungkapkan partisipan untuk menunjukkan **julukan atau sebutan** yang diterima keluarganya disebabkan kondisi kelebihan berat badannya. Partisipan satu, dua dan lima mengungkapkan **panggilan gendut** yang diterima dari teman, lingkungan dan keluarga seperti terlihat pada kutipan di bawah ini:

“...**manggil kadang gendut...cadut...cadut** (P1)

“...**dipanggil gendutlah....**” (P2)

“..**ngatain doang gitu...kayak yang diteve ada yang gemuk itu kan, misalnya namanya yang gemuk itu kan, misalnya namanya ceu ida...dipanggil-panggil ceu ida...** (P6)

Partisipan merasa panggilan tersebut tidak seharusnya diterima oleh keluarganya. Meskipun menyadari bahwa kelebihan berat badan yang dialami adalah fakta, tetapi partisipan merasa **kesal dan sakit hati** sebagai bentuk respon terhadap labelling. Kutipan di bawah ini menggambarkan situasi tersebut:

“..**kesel...tapi emang begitu adanya..**”(P1)

“...ada rasa **sakit hati** ...” (P5)

“...**balik ngatain** sama orang yang ngata-ngatainnya...” (P6)

Partisipan menanggapi kelebihan berat badan dengan perasaan yang berbeda-beda. Partisipan satu menanggapi kelebihan berat badan pada anaknya dengan respon **bingung** seperti kutipan berikut ini:

“...Tanggapannya paling **bingung**..” (P1)

Partisipan tiga dan partisipan tujuh **menerima** kelebihan berat badan merupakan hal yang wajar, karena asupan makanan cukup banyak seperti terlihat pada kutipan di bawah ini:

“..**Wajar aja**, jajannya cukup makannya cukup..” (P3)

“...saya merasa **masih nyaman** dengan kondisi mereka...” (P7)

Sedangkan partisipan dua menyampaikan perasaan **senang** yang dialami karena memiliki keluarga yang kelebihan berat badan. Partisipan dua pernah memiliki anak kedua yang menderita obesitas tetapi meninggal pada usia 5 tahun dengan kondisi badan obesitas. Perasaan senang diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“...sebenarnya **seneng** sih ya...” (P2)

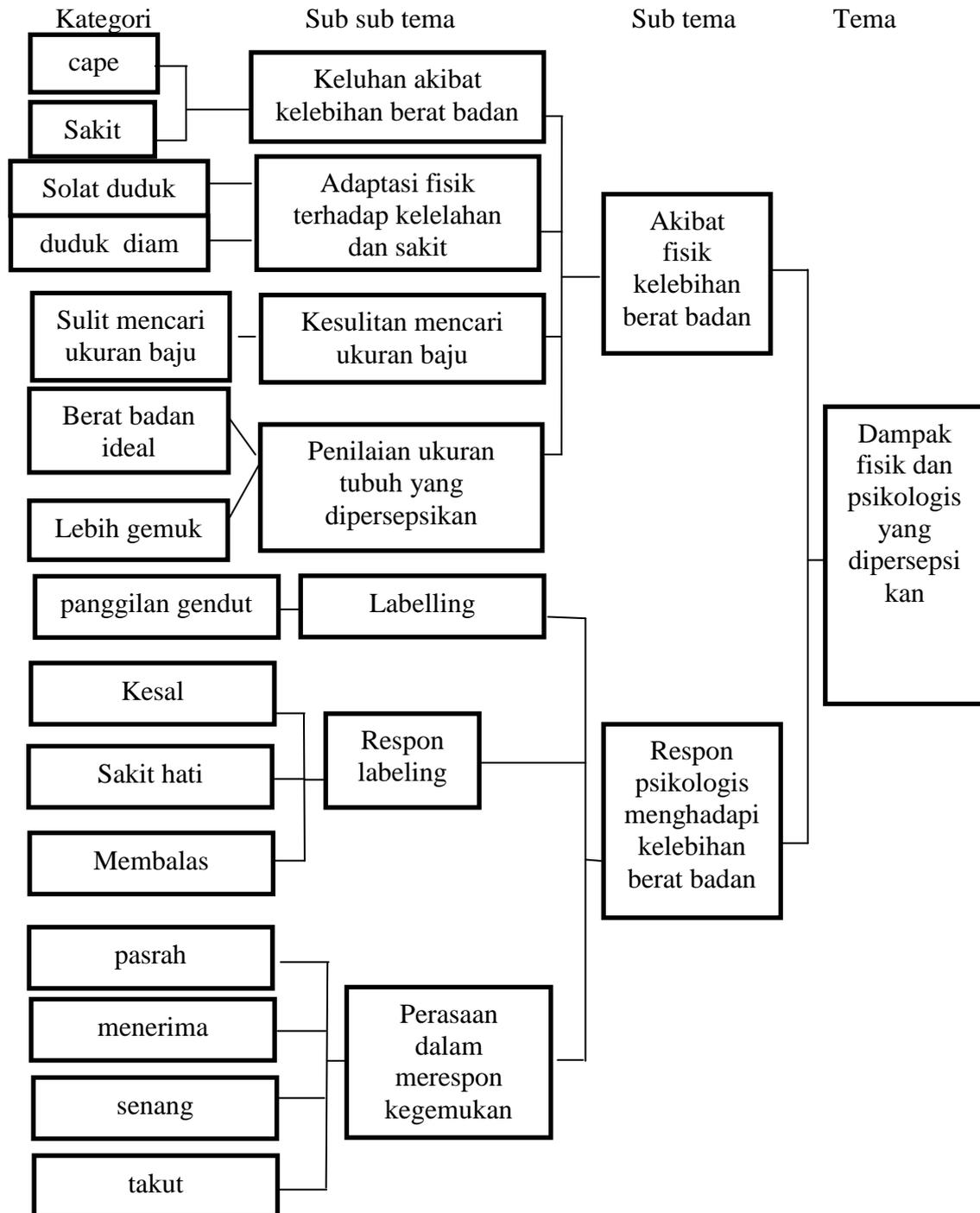
Akan tetapi partisipan empat dan enam menyampaikan **ketakutan** akan akibat yang mungkin ditimbulkan oleh obesitas. Kutipan di bawah ini menggambarkan perasaan takut tersebut:

“...Kadang pernah sih **takut** gitu....” (P4)

“**Takutnya** ada apa-apa atau apa penyakit atau apa gitu, kadang katanya kalau gemuk juga kurang sehat...” (P6)

Pembentukan kata kunci menjadi kategori, tema, sub tema, sub tema dan tema dampak fisik dan psikologis yang dipersepsikan keluarga dapat dilihat dari skema 4.1 berikut ini:

Skema 4.1. Analisis tema Dampak fisik dan psikologis yang  
dipersepsikan keluarga



#### 4.2.2. Pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan

Pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan menggambarkan pemahaman keluarga tentang proses terjadinya kelebihan berat badan khususnya penyebab dan standar berat badan. Pengetahuan ini muncul dari ungkapan partisipan pada saat proses wawancara mendalam tentang penggalan respon keluarga. Partisipan menyampaikan rasa ingin tahu tentang kondisi kelebihan berat badan yang diderita keluarganya mengakibatkan ia banyak bertanya dan menggali informasi. Partisipan menyampaikan bahwa pengetahuan ini diperoleh dari informasi baik dari lingkungan sekitar, pelayanan kesehatan, buku, media cetak maupun elektronik.

Pengetahuan tentang kelebihan berat badan memiliki dua sub tema yaitu **penyebab kelebihan berat badan** dan **standar berat badan**. Pengetahuan tentang penyebab kelebihan berat badan merupakan ungkapan partisipan yang menyatakan kecurigaan atau dugaan terhadap suatu hal yang mengakibatkan berat badan keluarganya meningkat. Lima hal yang menurut partisipan dapat menimbulkan kelebihan berat badan antara lain: makanan tinggi lemak, hormon, makan malam, susu formula dan kelebihan berat badan.

Partisipan satu mengungkapkan bahwa salah satu yang diketahui mengakibatkan peningkatan berat badan adalah **makanan tinggi lemak**. Partisipan mengungkapkan hal ini berdasarkan hasil pengamatan dan informasi yang diperolehnya. Ungkapan partisipan satu dikutip seperti di bawah ini:

*“..Ya itu mie, sama daging-daging kayak burger gitu, ya makanan pokoknya **makanan berlemak** deh “ (P1)*

Partisipan satu dan empat mengungkapkan penyebab kelebihan berat badan selanjutnya yaitu **makan malam**. Kedua partisipan memiliki kebiasaan makan malam di atas jam delapan. Keduanya pernah mencoba

menghentikan kebiasaan itu dengan menggeser waktu makan malam sebelum jam 6 sore dan terbukti berat badannya mengalami penurunan. Partisipan mengungkapkan pernah mencari informasi mengenai hal tersebut dan akhirnya menyimpulkan bahwa salah satu penyebab kelebihan berat badan yang dialaminya akibat kebiasaan makan malam. Berikut ungkapan yang mewakili partisipan:

*“...lama-lama kok naik jadi 102, wah ini, **karena makan malam nih...**” (P5)*

Selain hal yang sudah dipaparkan di atas, menurut partisipan kelebihan **hormon** dapat memicu terjadinya peningkatan berat badan. Partisipan dua mengatakan hal tersebut atas informasi yang diperolehnya pada saat konsultasi masalah obesitas yang diderita anaknya. Berikut kutipsn yang disampaikan oleh partisipan:

*“...**karena udah ngelebin, hormonnya udah terlalu banyak gitu...**” (P2)*

Partisipan satu dan empat memiliki anak yang mempunyai riwayat konsumsi susu formula sejak lahir dengan alasan yang berbeda. Partisipan satu menyampaikan kesulitannya memberikan ASI karena puting yang *inverted* sedangkan partisipan empat menyampaikan alasan berkarier membuatnya merasa khawatir anaknya kekurangan ASI. Kedua partisipan merasa konsumsi susu formula yang terlalu berlebihan mengakibatkan anak-anaknya menjadi gemuk. Berikut kutipan yang mewakili pernyataan keduanya:

*“.....**Kelebihan susu.....**” (P1)*

*“...**susu formula...**” (P4)*

*“...**kalo anak yang susu formula...larinya kebadan katanya gemuk gitu....**” (P7)*

Penyebab selanjutnya yang diungkapkan partisipan adalah **keturunan**. Partisipan lima merasa bahwa di dalam keluarganya mulai dari kakek nenek, orang tua hingga saudara kandungnya hampir semua mengalami

kelebihan berat badan seperti dirinya. Sedangkan partisipan enam menyampaikan bahwa anaknya yang gemuk mungkin menurun dari kondisi dirinya, karena ia pun pada saat dulu kecil agak gemuk walaupun posturnya tidak sebesar anaknya. Hal senada juga disampaikan oleh partisipan tujuh yang menilai bahwa kedua anaknya menjadi gemuk karena memang suaminya pun gemuk. Pernyataan- pernyataan tersebut terwakili oleh kutipan di bawah ini:

*“..... udah **keturunan** gemuk... “ (P5)*

*“..dari **keturunannya** dari saya juga gede-gede..(P6)*

*“...faktor **keturunan**..kayaknya dari postur ikut ayah (P7)*

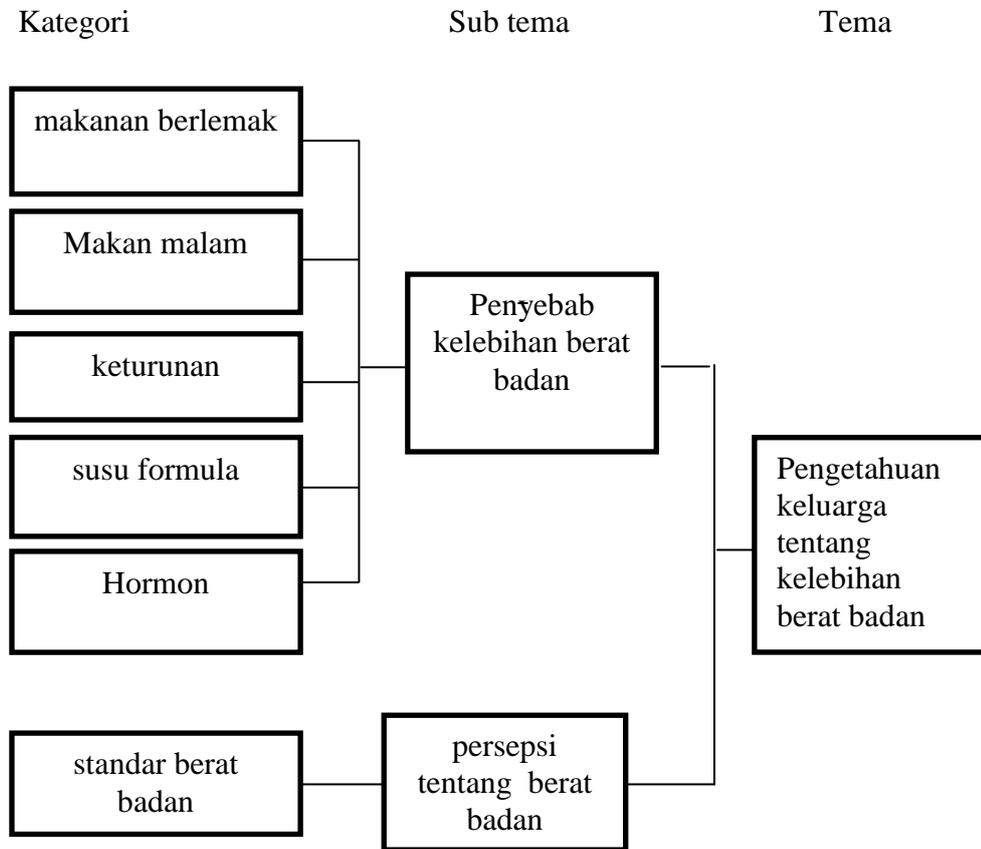
Sub sub tema yang selanjutnya adalah **standar berat badan**. Hal ini diungkapkan partisipan pada saat wawancara mendalam tentang respon keluarga. Partisipan mengatakan sering mendengar tentang obesitas tetapi belum tahu seperti apa ukurannya sesuai dengan usia keluarganya. Kutipan di bawah ini menunjukkan ungkapan yang disampaikan oleh partisipan satu dan dua:

*“belum ngerti apa gimana itu yang **gemuk**, gimana yang besar, **standar sama umurnya** ngga tau.....”(P1)*

*“**Belumnya** itu... dari porsi **berat badannya**.....” (P2)*

Pembentukan kategori, tema, sub sub tema, sub tema dan tema pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan dapat dilihat dari skema 4.2 berikut ini:

Skema 4.2. Analisis tema pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan



#### 4.2.3. Sumber Dukungan Dalam Mengelola Kelebihan berat badan

Dukungan merupakan bentuk penghargaan atau bantuan yang diterima baik untuk seseorang ataupun sekelompok orang. Dukungan dapat berasal dari keluarga maupun orang di luar keluarga. Dukungan diberikan dalam rangka membantu seseorang atau sekelompok orang untuk mencapai suatu tujuan.

Sumber dukungan merupakan asal dukungan yang diperoleh oleh partisipan dalam mengelola kebutuhan nutrisi bagi keluarga dengan kelebihan berat badan. Sumber dukungan tergambar dari respon partisipan yang menggambarkan pihak mana saja yang memberikan saran atau peringatan terkait kelebihan berat badan pada keluarga.

Dukungan yang berasal dari keluarga diungkapkan partisipan datang dari keluarga selain keluarga inti. Dukungan ini diperoleh terkait dengan usaha melakukan penimbangan berat badan secara rutin pada keluarga pada saat usia anak-anak. Partisipan satu mengungkapkan bahwa penimbangan lebih sering didampingi oleh **nenek** sedangkan partisipan tiga menyampaikan bahwa penimbangan cucunya yang gemuk dibantu oleh **mantunya**. Berikut kutipan yang mendukung hal tersebut:

*“.....kalau saya kan kadang ke posyandu jarang... paling sama neneknya kalau itu, ikut...” (P1)*

*“.....Mantu emak suka nimbangin...” (P3)*

Dukungan selanjutnya berasal **bukan dari keluarga**. Partisipan empat menyampaikan bahwa bantuan dari guru untuk mengingatkan perilaku makan anaknya sangat berguna untuk keluarga. Anak-anak cenderung lebih menuruti nasihat gurunya dibandingkan peringatan dari orang tuanya. Di bawah ini merupakan kutipan pernyataan partisipan empat:

*“kita bilang ke bu gurunya..agak nurut..” (P4)*

Selain pernyataan di atas, partisipan empat juga menyampaikan dukungan dari masyarakat di sekitar rumahnya yang selalu mengingatkan kondisi anaknya yang gemuk. Masyarakat menyampaikan bahwa pembatasan makanan dan susu tidak terlalu penting selama anaknya masih sehat. Di bawah ini merupakan pernyataan partisipan empat berikutnya:

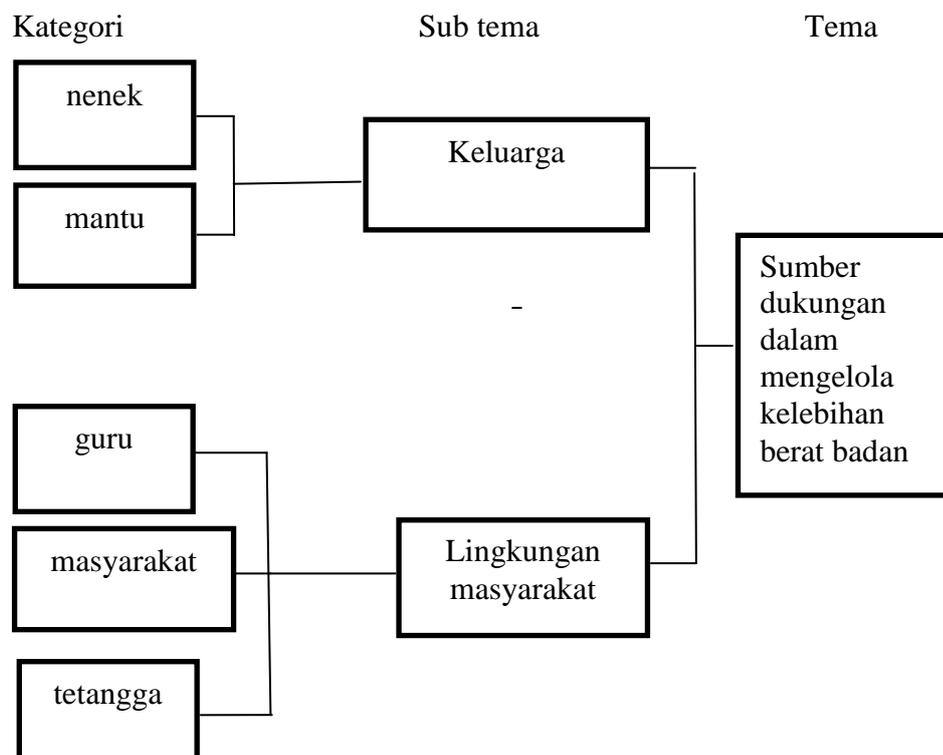
*“Orang orang juga bilang ya udah biarin mbak mau makan apa yang penting anaknya sehat “ (P4)*

Partisipan lima menyampaikan kepedulian tetangganya terhadap kondisi badan keluarganya yang obesitas. Menurut partisipan tetangga sering menasihati untuk mengurangi asupan makannya seperti kutipan di bawah ini:

*“Kayak tetangga sebelah situ tuh, ngomong .dikurangin makannya...” (P5)*

Pembentukan kategori, tema, sub tema dan tema sumber dukungan dalam mengelola kelebihan berat badan dapat dilihat dari skema 4.3 berikut ini:

Skema 4.3. Analisis tema 3 sumber dukungan



#### 4.2.4. Upaya pengelolaan nutrisi

Upaya pengelolaan nutrisi merupakan upaya keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi khususnya keluarga yang kelebihan berat badan. Tema ini dibentuk dari sub tema **mengatur porsi makanan untuk kelebihan berat badan, cara menyediakan makanan di rumah, cara memasak untuk keluarga gemuk dan kebiasaan menimbang.**

Sub tema **mengatur porsi makanan untuk kelebihan berat badan** terdiri dari dua kategori yaitu **mengurangi porsi lauk** dan **mengurangi porsi makanan**. Porsi makan dideskripsikan partisipan sebagai ukuran atau jumlah makanan untuk setiap jenis makanan dalam satu kali makan. Partisipan mengungkapkan bahwa porsi yang disediakan berdasarkan perkiraan karena tidak mengetahui porsi yang seharusnya.

Kategori **mengurangi porsi lauk** digambarkan partisipan untuk membatasi asupan lauk atau protein bagi keluarga yang mengalami kelebihan berat badan. Partisipan menyatakan sudah berusaha mengurangi porsi makanan tersebut dari porsi biasanya sebelum peningkatan berat badan dialami seperti sekarang. Partisipan dua menggambarkan upaya mengurangi porsi ikan yang dikonsumsi anaknya yang obesitas usia 4,5 tahun sebagai berikut:

*“...ikan dari, satu ekor itu, tak kurangi setengah seperti itu..”  
(P2)*

Pernyataan ini didukung oleh pernyataan partisipan enam yang sering menyembunyikan lauk pada saat dia pergi untuk mengurangi porsi makan anaknya yang mengalami kelebihan berat badan. Berikut kutipannya:

*“...kadang lauknya saya umpetin biar dia ngga nambah mungkin begitu ..” (P6)*

Kategori selanjutnya adalah **mengurangi porsi makanan**. Porsi makan yang dimaksud partisipan ini adalah semua jenis makanan yang biasa dimakan.

*“...saya uda berusaha, **udah ngurangin makan** ..(P4)”*

*“**Porsi makannya....ya segitu biasa ngga terlalu banyak. Cuma kalau diituin banyak,..(P1)***

Perilaku partisipan berikutnya adalah **cara menyediakan makanan di rumah**. Perilaku ini sangat bervariasi. Partisipan satu, dua dan enam mengungkapkan memasak dengan konsisten sedangkan partisipan empat dan tujuh menyediakan makanan dengan cara memasak jika sempat atau membeli masakan matang dari warung. Satu partisipan yaitu partisipan tiga menyediakan makanan dengan cara membeli makanan matang. Kutipan berikut menggambarkan situasi di atas:

*“...**masak di rumah....**” (P1, P2, P6)*

*“...Uwak kadang **masak..tukang sayur lewat, beli..**” (P4)*

*“Kalo siang biasanya saya **masak**, tapi kadang kadang juga saya **beli mateng**” (P7)*

*“**Beli..kita mah beli...**” (P3)*

Jika partisipan lain memasak hanya untuk makanan utama, partisipan dua menyampaikan bahwa ia memasak makanan selingan (cemilan) sendiri di rumah untuk anaknya yang obesitas. Adapun camilan yang dimasak biasanya adalah cilok ubi dan agar-agar buah. Berikut kutipannya:

*“...**Jajanan aku suka bikin cilok...sama ager....**” (P2)*

Selanjutnya partisipan menggambarkan cara memasak untuk keluarga gemuk. Partisipan menyampaikan bahwa tidak memasak makanan bersantan untuk mereka. Sayur bening merupakan cara memasak yang disampaikan partisipan berikut ini:

*“...sayur bayem, **bening** saja sama masako...” (P1, P3)*

“...*bumbunya bawang merah, bawang putih, gula garam.*”(P4)

Sub tema yang kedua adalah **kebiasaan menimbang**. Partisipan menyampaikan kebiasaan menimbang berat badan untuk mengetahui status gizi. Kebiasaan penimbangan rutin dilakukan pada partisipan yang memiliki keluarga gemuk usia preschool, tetapi untuk usia sekolah, remaja dan dewasa jarang dilakukan. Partisipan dua yang memiliki anak usia pra sekolah menyampaikan rutin menimbang anaknya di Posyandu.

“..*kalau penimbangan rutin...*(P2)

Sedangkan partisipan tiga yang memiliki cucu usia sekolah mengungkapkan jarang menimbang karena cucunya sudah besar seperti terlihat pada kutipan berikut ini:

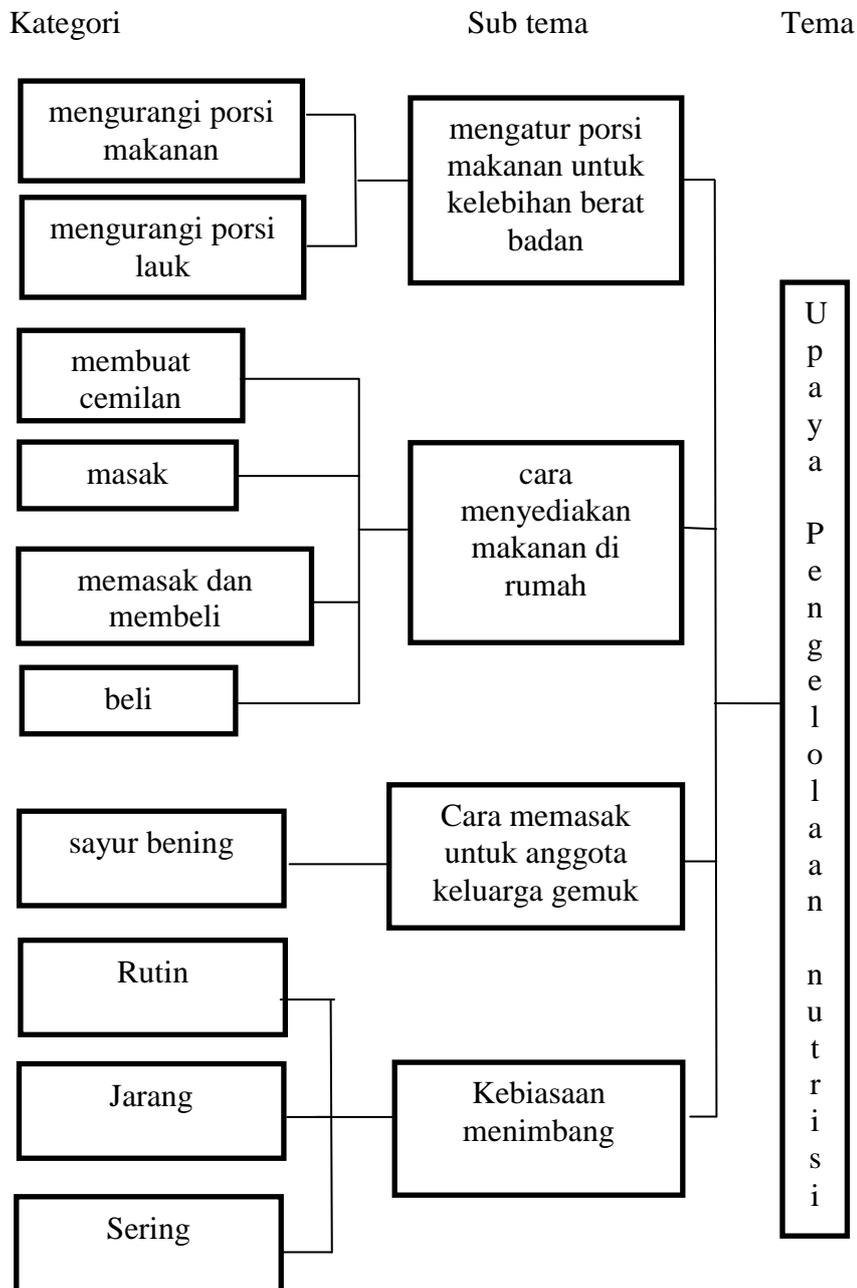
“..*Udah gede, jarang nimbangnyanya...* “(P3)

Partisipan tujuh yang memiliki anak usia sekolah dan remaja mengungkapkan sering menimbang karena memiliki timbangan di rumah seperti terlihat pada kutipan berikut ini:

“..*Saya nimbang, agak lumayan sering*” (P7)

Pembentukan kata kunci menjadi kategori, tema, sub tema dan tema dapat dilihat dari skema 4.4 berikut ini:

Skema 4.4. Analisis tema Upaya pengelolaan nutrisi



#### 4.2.5. Upaya menurunkan berat badan.

Tema terakhir dari tujuan khusus dua adalah upaya menurunkan berat badan. Tema ini diungkapkan partisipan atas pengalamannya melihat dan membantu keluarga dengan kelebihan berat badan melakukan pilihan tindakan untuk menurunkan berat badan. Partisipan menyampaikan beberapa tindakan yang dipilih antara lain terapi obat, membatasi makanan tertentu dan olahraga.

Partisipan satu dan lima mengungkapkan pengalamannya mengkonsumsi obat untuk menurunkan berat badan. Obat yang dipilih bukanlah hasil dari pemeriksaan kesehatan tetapi membeli berdasarkan anjuran teman atau orang lain. Partisipan menyampaikan meskipun terapi itu sanggup menurunkan 2-3 kg berat badan, tetapi efek samping yang dirasakan membuatnya takut untuk melanjutkan konsumsi. Berikut pernyataan terapi obat yang disampaikan partisipan:

*“beliin saya **obat kurus**...obat cuma buat ngurangin makan ...(P5)*

Metode penurunan berat badan yang pernah dilakukan keluarga selanjutnya adalah membatasi makanan tertentu baik jenis maupun jumlahnya. Beberapa kutipan partisipan berikut menggambarkan bagaimana keluarga melakukan pembatasan makanan. Partisipan satu menyampaikan bahwa ia pernah menjalani diet karbohidrat di bawah satu bulan dan terbukti berhasil menurunkan berat badan. Tetapi dengan alasan kondisi fisiknya menurun akibat lemas, pusing dan terlalu cape partisipan tidak melanjutkan usaha dietnya.

*“...diet ngga **karbo**...” (P1)*

Selain itu, partisipan lima, enam dan tujuh berusaha mengurangi porsi makan serta jenis makanan protein seperti terlihat pada kutipan di bawah ini:

*“...**Makan dikurangin**....” (P5, P7)*

*“...**Lauknya** saya **umpetin**...” (P6)*

Partisipan empat menyampaikan upaya yang dilakukannya untuk mengurangi berat badan adalah dengan membatasi es krim seperti terlihat pada kutipan berikut ini:

*“Es krim paling tidak **dikasih satu....**”(P4)*

Partisipan satu, empat dan enam menyampaikan usaha untuk mengurangi susu sebagai salah satu tindakan untuk menurunkan berat badan pada keluarganya yang masih anak-anak. Berikut kutipannya:

*“...**Susu** aja yang **dikurangi...** “ (P1,*

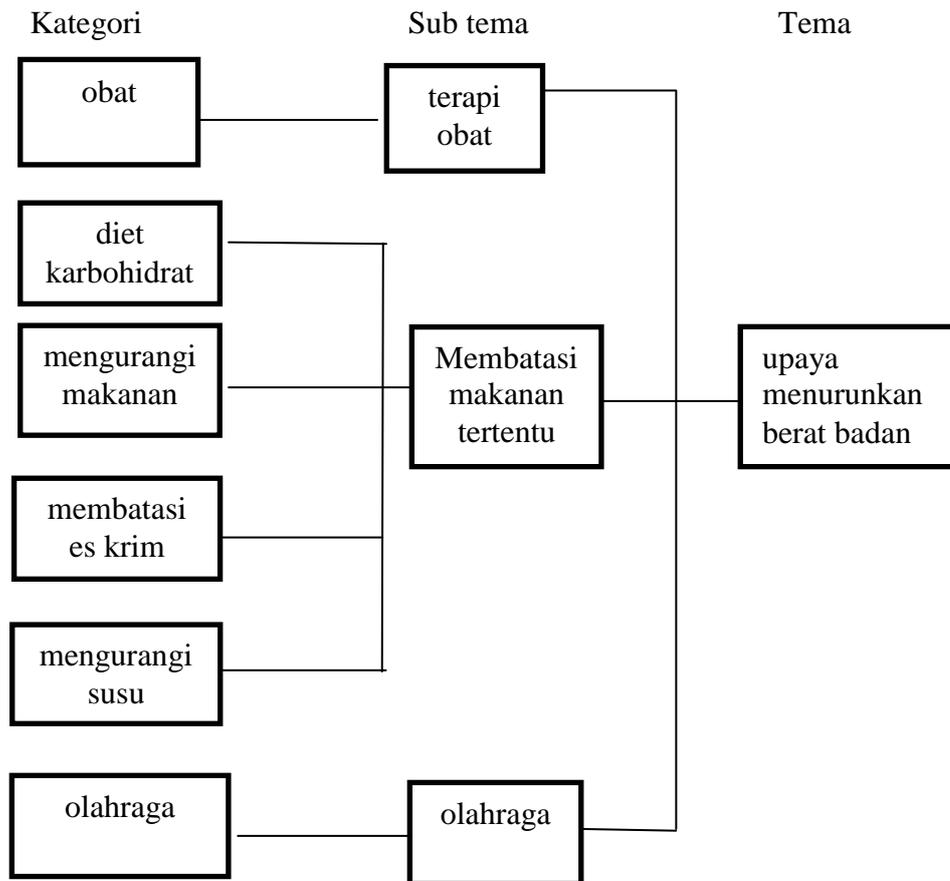
*“**Susunya...bisa tiga... kalau sekarang dia paling malem. Pas mau bobo gitu, satu botol** (P6)*

Sub tema yang terakhir adalah olahraga. Partisipan lima mengatakan bahwa salah satu yang pernah dicoba adalah olahraga yaitu jalan setiap pagi sejauh 7 km. Berikut pernyataannya:

*“....paling **olahraga** “ (P5)*

Pembentukan kata kunci menjadi kategori, tema, sub tema dan tema sumber dukungan dapat dilihat dari skema 4.5 berikut ini:

Skema 4.5. Analisis tema upaya menurunkan berat badan



#### 4.2.6. Pola perilaku nutrisi tidak sehat

Hasil penelitian ini menggambarkan hambatan yang dialami keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan dengan menghasilkan satu tema yaitu **pola perilaku nutrisi tidak sehat**. Tema tersebut menghasilkan delapan sub tema yaitu **tidak sempat masak, pola makan minum tidak sehat, pengaruh orang terdekat untuk makan, tidak disiplin untuk mengontrol nafsu dan waktu makan, ketersediaan makanan beku, alasan tidak menyediakan sayur buah dan menyukai sayur buah tertentu**.

Sub tema yang menghambat pembentukan berat badan ideal yang pertama berhubungan dengan kebiasaan keluarga dalam memasak yaitu **tidak sempat memasak**. Partisipan tiga dan empat lebih memilih membeli makanan matang yang tersedia di warung atau penjual makanan matang yang lewat di depan rumah mereka. Proses pemilihan jenis makanan tidak memperhatikan kebersihan penjualnya maupun penyajian makanan (tertutup atau terbuka, dikerumuni lalat atau tidak). Alasan partisipan lebih memilih membeli dibanding memasak di rumah adalah **kerja** dan **malas**. Pernyataan partisipan yang mendukung hal tersebut antara lain:

*“...Emak orang **kerja**...” (P3)*

*“...Jarang masak, **males**...” (P4)*

Kebiasaan keluarga yang dirasakan menghambat pembentukan berat badan ideal selanjutnya tergambar dari sub tema **pola makan minum tidak sehat** dalam mengendalikan berat badan. Enam dari tujuh partisipan menyampaikan kebiasaan untuk mengkonsumsi makanan tersebut pada keluarga yang gemuk. Partisipan lima dan enam menyampaikan bahwa **gorengan** merupakan makanan yang wajib ada setiap hari sebagai penambah nafsu makan. Di bawah ini pernyataan partisipan yang menggambarkan hal tersebut:

*“...Kalau saya senang **gorengan**....kayak bakwan, tahu isi...kadang 5, kadang 4 paling banyak 5...(P5)*

*“Nggak ada **gorengan** yo nggak enak...” (P6)*

**Pola makan minum tidak sehat** selanjutnya yang sering dikonsumsi adalah **minuman manis**. Empat dari tujuh partisipan menyampaikan kebiasaan keluarga dalam mengonsumsi minuman manis, baik yang rasanya manis saja atau minuman manis yang diberi es. Partisipan menyampaikan kesulitan untuk mengontrol karena jenis minuman ini banyak tersedia di warung. Berikut ini kutipan partisipan yang menyatakan hal tersebut:

*“sering es.....macam-macam ada **pop ice**, es yang didorong...”*  
(P6)

*“**Teh. manis..** Biasanya sih bisa tiga botol, kan pake botol..”*(P4)

Makanan berikutnya yang sering dikonsumsi adalah **fast food**. Partisipan menyampaikan bahwa ketersediaan waktu untuk memasak makanan dan cemilan yang sehat bagi keluarga yang terbatas mengakibatkan makanan cepat saji menjadi pilihan keluarga. Selain itu, kegiatan keluarga di akhir pekan seperti jalan-jalan ke mall atau makan siang di luar merupakan salah satu penyebab konsumsi fast food. Permintaan keluarga pada saat memilih makan siang di luar rumah cenderung memilih jenis fast food. Berikut kutipan yang disampaikan partisipan satu dan empat:

*“..**ayam krispi.. kentang, burger, pizza...**”*(P1)

*“..**Nugget, sosis, kentang...**”* (P4)

**Jajanan** merupakan jenis makanan selanjutnya yang mengacaukan program penurunan berat badan keluarga. Jajanan yang dimaksud adalah jajanan yang mengandung kadar gula tinggi atau kalori tinggi. Partisipan satu, tiga dan empat menyampaikan jenis-jenis jajanan yang biasa dibeli oleh keluarganya antara lain terlihat pada ungkapan berikut ini:

*“**Wafer, permen, biskuit kelapa..susu kotak** (P1)*

*“**Permen...chiki bisa 5...**”* (P3)

*“..Bakso, siomay, biskuit, astor, coklatos, es krim, coklat..”(P4)*

**Pengaruh orang terdekat untuk makan** disampaikan partisipan sebagai salah satu faktor yang menghambat program penurunan berat badan selanjutnya. Orang terdekat tersebut adalah **teman** dan **suami**. Partisipan menyampaikan kesulitan menolak ajakan teman atau suami untuk membeli makanan atau jajanan di luar. Pada partisipan yang memiliki anak gemuk juga menyampaikan sering kali jajanan atau makanan selingan yang dibeli anaknya karena melihat teman-temannya. Partisipan merasa kesulitan membatasi karena jika dilarang, anak-anak mereka akan marah, nangis dan mengamuk. Berikut ungkapan partisipan yang menggambarkan pengaruh orang terdekat:

*“...ada aja **temen**...makan yuk makan...” (P1)*

*“..**Temen** beli, dia suka ngikut...” (P4)*

*“..**Suami**, ngajak keluarga makan..” (P1)*

Sub tema selanjutnya adalah **tidak disiplin untuk mengontrol waktu dan nafsu makan**. Hambatan ini digambarkan sebagai kesulitan dalam mengendalikan hasrat untuk makan baik dari segi pemilihan menu maupun pengaturan waktu makan. Dua kategori yang mendukung penegakan sub tema tersebut adalah kesulitan mengontrol nafsu makan dan kebiasaan makan malam.

Kategori **kesulitan mengontrol waktu dan nafsu makan** digambarkan partisipan sebagai kesulitan dalam mengontrol hasrat makan baik dalam terkait jumlah makanan maupun jenis makanan. Baik pada partisipan yang menggambarkan kebiasaan keluarga anak, remaja maupun dewasa memiliki kesulitan yang sama. Berikut ini pernyataan partisipan yang mendukung penegakan kategori tersebut:

*“...**nahan nafsu makannya susah**..”(P1)*

*“ Kadang-kadang meraka itu **susah dikontrolnya**..(P7)*

Selain sulit mengontrol nafsu makan, partisipan menyampaikan kesulitan dalam mengatur waktu pemberian makan terutama waktu makan malam. Partisipan menyampaikan meskipun sudah dicoba menarik jam makan malam menjadi sebelum waktu magrib, tetapi rasa lapar sering datang kembali di malam hari. Pada akhirnya keluarga akan makan kembali dalam rentang waktu jam 8.00 sampai jam 10.00 malam.

Kutipan berikut menggambarkan situasi yang dialami partisipan dalam mengatur waktu makan malam.

*“...mungkin udah biasa **makan malem**, mau coba makan sore tuh ngga bisa untuk makan sore ngga bisa. Jadi maunya malem terus...” (P1)*

*(Jam 8 pas embunnya pulang tuh minta nasi goreng ... udah beli roti gitukan ...ini kan bukan nasi bun aku masih laper katanya (P4)*

*“...jam setengah 9 apa jam 8 gitu, baru terasa lapar lagi, baru makan, makanya kan **sering makan malam** nih...( P5)*

Sub tema **ketersediaan makanan beku** merupakan sub tema terakhir yang menghambat upaya menurunkan berat badan. Partisipan empat dan tujuh menyampaikan kebiasaan menyimpan makanan beku dalam kategori **stok makanan beku**. Alasan partisipan adalah sebagai persiapan jika keluarga meminta makanan selingan sementara partisipan tidak sempat membuat makanan selingan. Berikut kutipan yang mendukung pernyataan tersebut:

*“...Suka siapin kentang... “(P4)*

Kebiasaan yang menghambat penurunan berat badan selanjutnya digambarkan dalam sub tema **menyukai sayur buah tertentu**. Partisipan menyampaikan bahwa keluarganya terkadang cenderung memilih buah dan sayur yang sejenis, sehingga ketika merasa bosan tidak ada pengganti. Tetapi jika dibelikan atau dibuatkan sayur yang lain, sayur tersebut tidak dimakan dengan alasan tidak suka. Partisipan menyampaikan **pilihan jenis sayuran** yang disukai seperti di bawah ini:

*“..Kalau sayur doyan semua kecuali buncis...” (P1)*

*“..Maunya bayam doang, oyong pake bahun..” (P3)*

*“...Bayam, kangkung...” (P6)*

*“..Brokoli, wortel, buncis, kangkung...” (P7)*

Partisipan menyampaikan jenis **buah yang disukai** keluarganya seperti berikut ini:

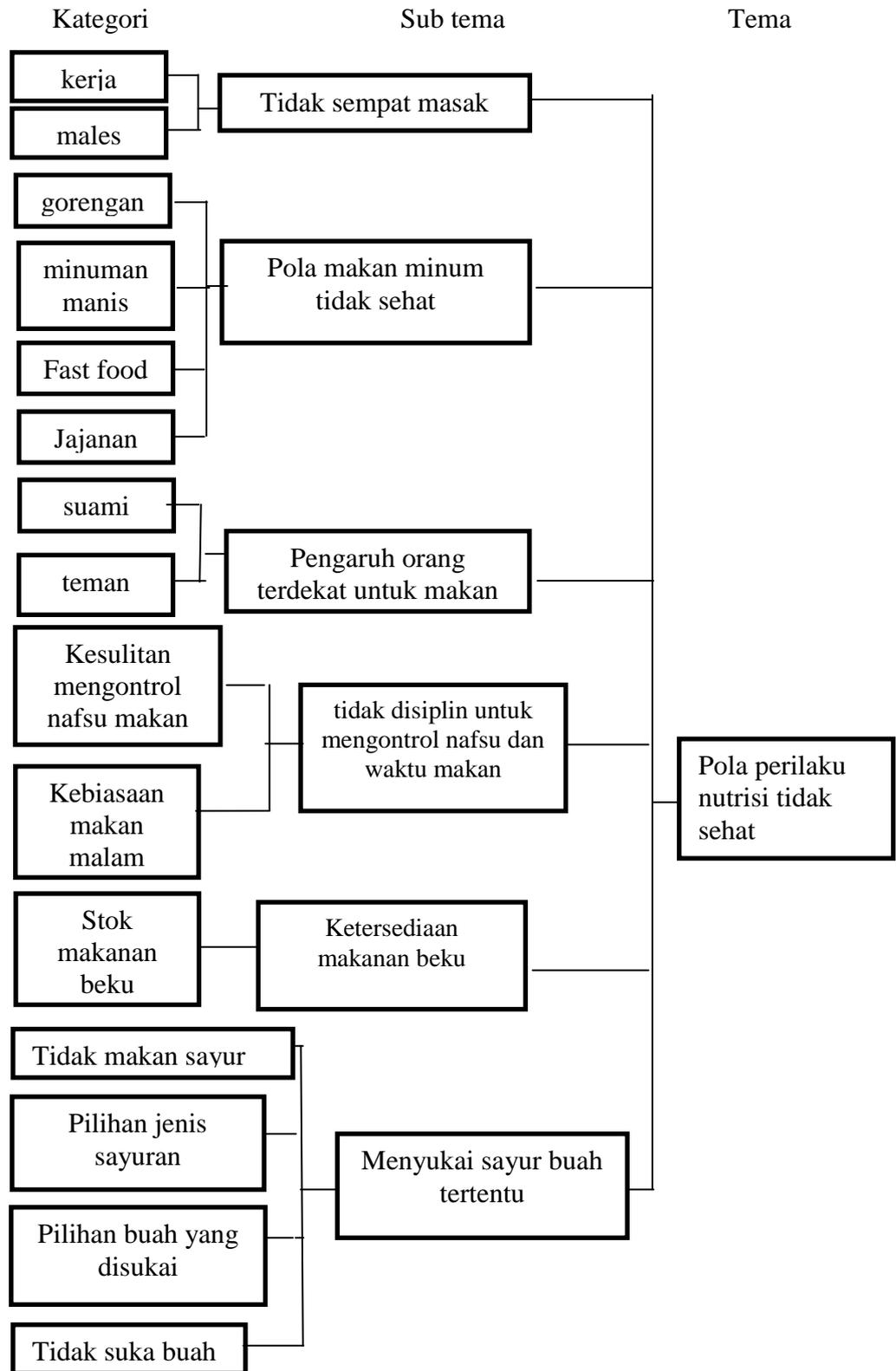
*“.....Paling melon mangga...pepaya..”(P4)*

*“...Kelengkeng, jambu...”(P3)*

*“..Jeruk, melon, semangka, pepaya... “ (P2)*

Pembentukan kategori, tema, sub tema dan tema dapat dilihat dari skema 4.6 berikut ini:

Skema 4.6 Analisis tema Pola perilaku nutrisi tidak sehat



#### 4.2.7. Keinginan mencapai kondisi normal

Tema yang dihasilkan menjawab tujuan khusus harapan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan adalah **keinginan mencapai kondisi normal**. Tema ini menggambarkan keinginan keluarga baik terhadap keluarga yang mengalami kelebihan berat badan. Tiga kategori yang mendukung perumusan tema adalah **pola makan sesuai kebutuhan, memiliki berat badan ideal dan tidak ada penyakit penyerta**.

Partisipan satu, empat dan enam menyampaikan harapannya kepada masyarakat yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan bahwa **pola makan sesuai kebutuhan** merupakan hal yang penting untuk mengendalikan berat badan agar tidak terjadi kelebihan berat badan.

Kutipan dibawah ini menggambarkan situasi tersebut:

*“...dijaga makan anaknya, yang penting ya gitu deh, bisa mengatur pola makan anaknya ... “ (P1)*

*“... batasin aja makannya yang sesuai anak anak “(P4)*

*“...dijaga makannya, dikurangi makannya, jangan terlalu banyak makan.”(P6)*

Partisipan mengharapkan keluarganya **memiliki berat badan ideal**. Partisipan empat, lima dan enam mengungkapkan keinginannya untuk memiliki berat badan ideal bagi seluruh keluarganya. Berikut ungkapan yang disampaikan partisipan:

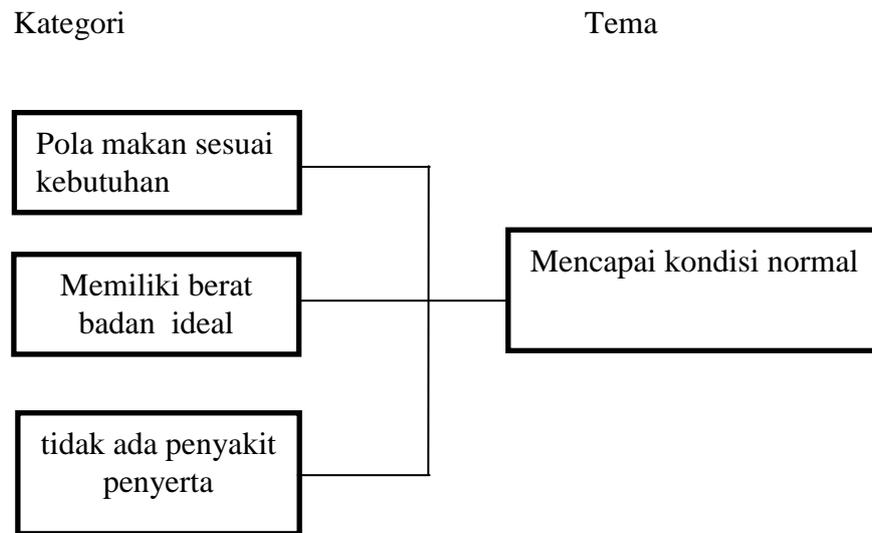
*“...pinginnya sih normal “ (P4)*

*“...Pengennya tuh dia tuh bisa ngurangin berat badan itu lho..”.(P6)*

Partisipan lima menyatakan harapannya selain mampu menurunkan berat badan juga memiliki harapan **tidak ada penyakit penyerta**. Berikut kutipannya:

*“...yang penting saya dikasih sehat, gak dikasih penyakit macam-macam yang parah... “(P5)*

Skema 4.7. Analisis tema keinginan mencapai kondisi normal



#### 4.2.8. Frustrasi karena tidak berhasil dengan segala upaya yang dilakukan

Hasil penelitian ini menggambarkan makna pengalaman yang dirasakan keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan yaitu **frustrasi karena tidak berhasil dengan segala upaya yang dilakukan**. Tema tersebut terbagi ke dalam sub tema yaitu ketidakberdayaan. Hal ini menggambarkan bagaimana pelaku rawat di keluarga memaknai perannya sebagai penyedia nutrisi bagi keluarga khususnya bagi yang mengalami kelebihan berat badan. Kategori yang dihasilkan dari sub tema ini adalah stress dan putus asa

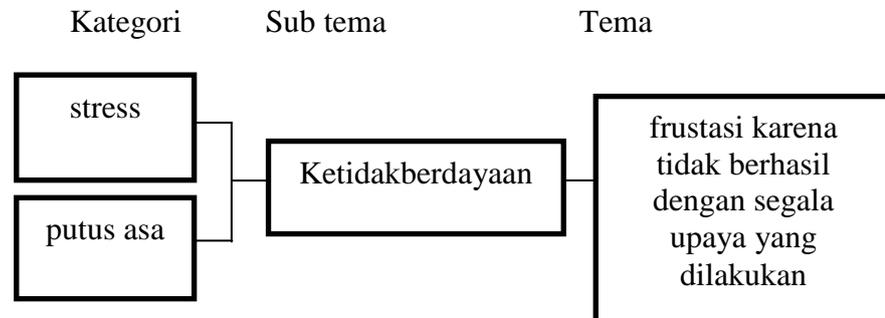
Partisipan satu (usia 29 tahun, *overweight*, memiliki anak pra sekolah obesitas) dan partisipan lima (usia 47 tahun, obesitas, memiliki lansia obesitas) menggambarkan rasa **stress** dan **putus asa** yang dialaminya atas semua usaha yang sudah dilakukan tetapi tidak menggambarkan hasil yang sesuai. Kategori ini memiliki kaitan dengan beberapa tema sebelumnya yaitu tema satu, tema tiga dan tema lima. Partisipan satu dan lima mengungkapkan keinginan untuk menurunkan berat badan dan sudah berusaha mengurangi makan, mengurangi susu, diet serta mengkonsumsi obat. Tetapi semuanya tidak tampak signifikan dalam menurunkan berat badan keluarganya. Berikut kutipan yang mendukung kategori tersebut:

“.....**Stress**, turuin berat badan ngga bisa.....”(P1)

“ ....saya uda sampe **putus asa aja**, uda pasrah.....” (P5)

Proses pembentukan tema, sub tema, kategori dan kata kunci pada tema 8 dapat dilihat pada skema 4.8.

Skema 4.8. Analisis tema tidak ada harapan



#### 4.2.9. Puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi

Makna selanjutnya yang dihasilkan dari penelitian ini menggambarkan hal yang berbanding terbalik dengan tema delapan yaitu **puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi**. Tema tersebut terbagi ke dalam kategori yaitu **berhasil merawat keluarga gemuk dan rasa syukur melakukan peran memenuhi kebutuhan nutrisi**.

Partisipan dua (usia 36 tahun dengan anak obesitas usia pra sekolah), partisipan empat (usia 39 tahun dengan anak obesitas usia pra sekolah dan tujuh (usia 40 tahun dengan anak obesitas usia sekolah dan remaja) merasa puas melakukan peran sebagai penyedia dan pengatur nutrisi bagi keluarga yang gemuk. Partisipan empat sebelumnya pernah merawat anak keduanya yang obesitas dan akhirnya meninggal. Berdasarkan pengalaman merawat anak pertama, partisipan empat benar-benar memperhatikan jenis makanan, pola makan, istirahat serta keluhan yang dialami anaknya. Meskipun pernah mengalami kehilangan, tetapi partisipan dua tetap merasa senang karena dengan anaknya gemuk menunjukkan bahwa ia terampil merawat dan memberi makan anak.

Partisipan empat juga mengungkapkan rasa senang karena keberhasilan merawat keluarga dengan kelebihan berat badan seperti halnya partisipan dua. Dengan alasan kesibukan bekerjanya yang membuat ia harus mempercayakan perawatan anaknya kepada asisten rumah tangga, ia menilai bahwa anaknya dapat tumbuh dengan baik, tampak sehat dan gemuk walaupun sering ditinggalkan oleh ibunya.

Begitupun dengan partisipan tujuh. Pengalaman merawat dua anak, yang pertama remaja dan yang kedua usia sekolah membuatnya merasa **berhasil merawat keluarga**. Pada saat anak pertama masih kecil, partisipan tujuh menjadi wanita karier dan mempercayakan anaknya kepada asisten rumah tangga. Saat ini ia bisa merawat keduanya sehingga ia tidak mau terlalu membatasi kebutuhan makan anaknya. Dengan alasan mumpung anaknya mau makan, maka apa pun yang anaknya inginkan maka ia sebagai ibu akan memenuhinya. Kelebihan berat badan yang dialami anaknya merupakan bukti bahwa ia sebagai ibu dapat memfasilitasi anak-anaknya untuk tumbuh dengan baik.

Di bawah ini salah satu kutipan yang menunjukkan makna yang dirasakan partisipan dua, empat dan tujuh:

*“.....kalau mereka bilang, di kasih apa sih anaknya sehat banget usia segini sampe badannya sekel...walaupun gemuk..gituloh tetap berisi.....” (P2)*

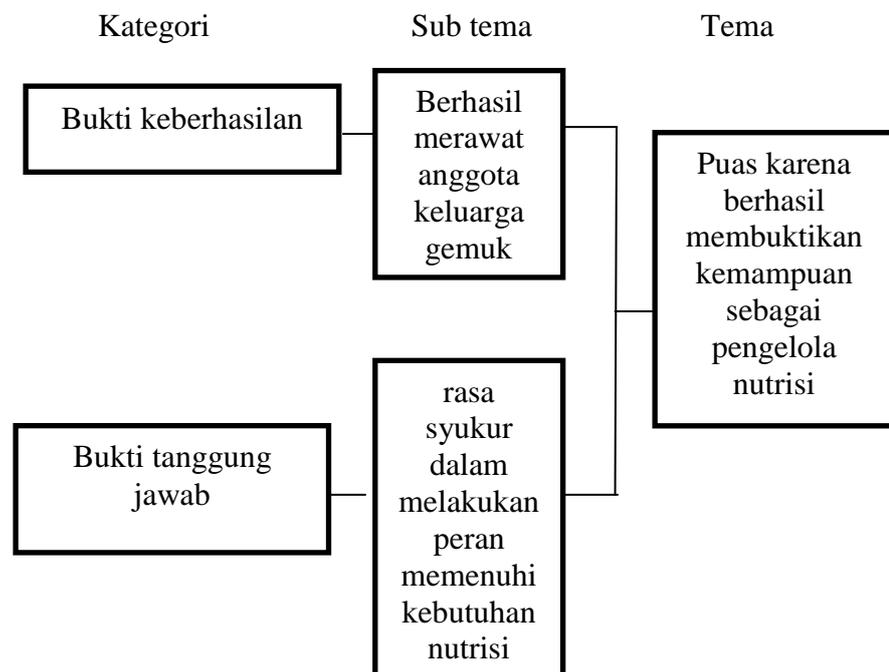
*“...sebenarnya senang sih ya punya anak seperti itu....” (P7)*

Kategori yang kedua adalah rasa syukur dalam melakukan peran pengelola nutrisi yang diwakili oleh kategori bukti tanggung jawab . Partisipan satu menyampaikan bahwa ia merasa mampu menunaikan tanggung jawabnya dengan mengatur menu keluarga, membatasi makanan atau minuman yang dikonsumsi oleh keluarga. Hal ini disampaikan oleh partisipan satu sebagai berikut:

“*.Senang bisa ngontrol makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan.....*” (P1)

Proses pembentukan tema, sub tema, kategori dan kata kunci pada tema 9 dapat dilihat pada skema 4.9.

Skema 4.9. Analisis tema 9 Puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi



## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini akan membahas uraian mengenai interpretasi hasil penelitian, analisa kesenjangan, keterbatasan penelitian dan implikasi. Kesenjangan akan memaparkan perbedaan antara hasil penelitian dengan hasil penelitian sebelumnya yang relevan. Keterbatasan penelitian akan menguraikan perbandingan proses penelitian dengan rencana penelitian yang sudah disusun sebelumnya. Implikasi hasil penelitian akan membahas tentang dampak hasil penelitian yang diperoleh.

#### **5.1. Interpretasi Hasil dan Analisa Kesenjangan**

Penelitian ini fokus pada pengalaman keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan. Peneliti mengidentifikasi sembilan tema sesuai tujuan khusus yang akan dibahas berikut ini.

##### **5.1.1. Dampak Fisik dan Psikososial yang dipersepsikan keluarga**

Respon merupakan reaksi yang dihasilkan dari sejumlah stimulus yang dirasakan oleh seseorang. Kelebihan berat badan merupakan stimulus yang dirasakan oleh yang bersangkutan. Keluarga akan mempersepsikan reaksi yang ditunjukkan keluarganya dalam menghadapi kelebihan berat badan.

Dampak fisik dan psikologis yang dipersepsikan partisipan diuraikan berdasarkan pengalaman partisipan terkait keluhan yang dialami keluarga baik keluhan yang mengarah kepada perubahan fisik maupun keluhan psikologis akibat kelebihan berat badan. Keluhan fisik yang dirasakan keluarga muncul sebagai akibat berat badan di atas normal. Partisipan mengidentifikasi keluhan-keluhan ini antara lain cape atau mudah lelah, sakit dan kesulitan mencari ukuran baju. Keluhan cape dan mudah lelah disampaikan oleh partisipan dengan keluarga usia pra sekolah (IMT/ U > persentil 96 atau > 2 SD) dan dewasa (usia 49 tahun, IMT 39,84). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Brian (2011) yang

mengungkapkan bahwa partisipan sering mengeluhkan nafas pendek dan kelelahan.

Cape atau kelelahan akibat kelebihan berat badan dialami partisipan merupakan bentuk adaptasi anatomi dan fisiologi tubuh terhadap peningkatan berat badan. Partisipan mengungkapkan bahwa keluarga yang gemuk mengeluh sering capek hanya dengan melakukan aktivitas yang biasa dengan durasi waktu tidak terlalu lama. Keluarga mengatakan sering melihat keluarganya yang kelebihan berat badan terengah-engah saat naik tangga atau berlari dan sering mendengar keluhan cape walaupun hanya berjalan sebentar di sekitar rumah.

Seseorang yang mengalami obesitas cenderung mengalami nafas pendek disebabkan oleh perubahan sistem kardiovaskuler. Bobot tubuh yang besar akan berimbas pada kerja jantung. Jantung akan bekerja lebih keras untuk memenuhi oksigenasi jaringan di seluruh tubuh. Kompensasi yang muncul akibat permintaan ini adalah peningkatan denyut jantung yang berakibat pada peningkatan volume dan sirkulasi darah. Pada saat ritme aktivitas meningkat dari biasanya, kerja jantung akan meningkat sehingga berakibat pada permintaan ketersediaan oksigen. Oleh karena itu, tubuh akan melakukan kompensasi dengan cara meningkatkan frekuensi nafas dan denyut nadi (Mehta, 2015).

Hasil-hasil penelitian diatas sesuai dengan hasil kajian literatur yang dilakukan oleh Dill et al., (2016) bahwa obesitas mengakibatkan gangguan pada fungsi paru khususnya volume dan kapasitas paru pada anak-anak dan remaja. Gangguan yang ditimbulkan khususnya penurunan kapasitas residual, volume residual dan volume cadangan ekspirasi. Peningkatan jaringan adiposa pada area dada dan abdomen mengakibatkan peningkatan tekanan intraabdominal. Hal ini berdampak pada penurunan *compliance* paru dan pergerakan dinding dada.

Hasil penelitian dengan menggunakan disain kuantitatif yang dilakukan oleh Littleton dan Tulaimat (2017) kepada 118 pasien menunjukkan bahwa terjadi penurunan level oksigen seiring dengan peningkatan IMT. Semakin tinggi tingkat IMT seseorang maka semakin menurun level oksigen. Hal ini tentu saja semakin memperberat kondisi kelelahan yang dirasakan oleh partisipan obesitas. Partisipan usia pra sekolah dengan IMT 23,15 dan 44,44 (keduanya obesitas karena melebihi persentil 95) dan usia dewasa dengan IMT 39,84 (obesitas) sering mengalami nafas pendek.

Peningkatan beban kerja jantung diiringi penurunan *compliance* paru, penurunan kadar oksigen serta pergerakan dinding dada menghasilkan efek berikutnya selain terengah-engah dan nafas yang cepat. Konsekuensi akhir dari ketidakseimbangan antara jumlah oksigen yang dibutuhkan oleh jaringan tubuh dengan kemampuan tubuh menyediakan oksigen mengakibatkan munculnya keluhan mudah lelah pada orang obesitas. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Brian (2011) yang menyatakan bahwa orang yang gemuk cenderung mengalami kelelahan.

Kelelahan yang muncul pada orang bukan hanya semata-mata akibat perubahan sistem kardiovaskuler dan respirasi, tetapi juga disebabkan oleh perubahan sistem muskuloskeletal. Bollinger (2017) menjelaskan bahwa pada orang yang mengalami obesitas, struktur muskuloskeletal mengalami adaptasi seiring peningkatan IMT. Akumulasi lemak terjadi pada jaringan otot dan serat otot mengakibatkan penurunan fungsi otot yang berakibat pada munculnya respon mudah mengalami kelelahan. Kelelahan dialami bukan hanya disebabkan oleh peningkatan IMT, tetapi juga disebabkan peningkatan usia (Alexander, et al, 2010). Partisipan lima dengan usia pra lansia dan keluarganya dengan usia lansia menunjukkan mengalami kelelahan walaupun dengan aktivitas ringan.

Studi lain yang dilakukan oleh Barat et al. (2016) kepada anak-anak obesitas non diabetes untuk melihat kelelahan menunjukkan bahwa tingkat kelelahan dipengaruhi oleh tingginya IMT dan resistensi insulin. Kelelahan yang terjadi dapat menyebabkan rendahnya konsentrasi. Selain itu, kelelahan dapat memicu rendahnya motivasi pada keluarga yang mengalami kelebihan berat badan.

Penurunan fungsi kardiovaskuler, respirasi serta muskuloskeletal yang memicu kelelahan mengakibatkan tubuh melakukan adaptasi fisik terhadap kelelahan dalam bentuk mengurangi bentuk aktivitas salah satunya adalah jenis permainan pada anak. Kemampuan fisik yang mengalami penurunan merupakan kemampuan yang biasa dilakukan sehari-hari misalnya pada anak kemampuan bermain yang melibatkan anggota gerak seperti berjalan dan berlari. Sedangkan pada remaja dan orang dewasa penurunan kemampuan fisik dapat dilihat dari ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara optimal. Contoh aktivitas yang mengalami penurunan misalnya berjalan, berlari, olahraga atau aktivitas lain seperti belanja mengelilingi supermarket dan kemampuan perawatan diri. Kondisi ini sesuai dengan hasil penelitian Forhan, Law, Vrkljan, dan Taylor (2010) dan Brian (2011) keterbatasan untuk melakukan aktivitas, merasa kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti olahraga, nafas pendek dan kelelahan.

Akibat lanjut dari kelelahan adalah perubahan pola aktivitas pada keluarga yang mengalami kelebihan berat badan. Mereka cenderung mengurangi aktivitas fisik dengan cara banyak berdiam diri, pada anak-anak pengurangan aktivitas fisik ini dapat terlihat dari permainan yang dipilih yang menuntut mereka untuk duduk, diam atau tiduran lebih banyak. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa kelebihan berat badan mengakibatkan terjadinya perubahan aktivitas sehari-hari (Forhan, Law, Vrkljan, & Taylor, 2010; Brian, 2011).

Perubahan aktivitas fisik ini dapat dipicu oleh kondisi perubahan beberapa sistem tubuh seperti yang sudah dibahas sebelumnya. Bollinger (2017) menjelaskan bahwa peningkatan massa otot dapat mengakibatkan menurunnya kekuatan atau kemampuan kerja otot pada orang obesitas. Peningkatan massa otot pada orang dengan kelebihan berat badan diakibatkan oleh peningkatan kelebihan jaringan adiposa. Tingginya level massa lemak berakibat munculnya resistensi terhadap stimulus latihan selama aktivitas. Hal ini dapat memicu terjadinya hipertropi pada otot yang terbebani. Oleh karena itu, orang yang mengalami obesitas dapat menerima stimulus yang berlebihan meskipun melakukan aktifitas fisik yang ringan sehingga memicu kelelahan.

Dampak yang dirasakan selanjutnya oleh keluarga yang mengalami kelebihan berat badan dalam penelitian ini adalah kesulitan mencari ukuran baju yang pas. Partisipan usia sekolah dengan IMT/ U 29,59 ( $> 2$  SD atau  $>$  persentil 95) dan *caregiver* dengan IMT 39,84 mengungkapkan sering kali kesulitan dalam mencari baju untuk keluarga yang mengalami kelebihan berat badan karena baju yang tersedia di pasaran tidak sesuai dengan ukuran badannya. Tidak hanya itu, partisipan juga mengungkapkan terkadang model baju yang diinginkannya tidak ada yang pas sesuai ukuran tubuhnya sehingga partisipan akhirnya mencari ukuran baju yang sesuai meskipun modelnya tidak seperti yang diinginkannya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Brian (2011) yang menyatakan bahwa partisipan mengungkapkan kesulitan menemukan pakaian dan sepatu yang sesuai.

Dampak fisik yang ditemukan pada keluarga selanjutnya adalah penilaian ukuran tubuh yang dipersepsikan. Hal ini berbeda dengan penelitian sebelumnya. Pada penelitian sebelumnya, partisipan adalah orang yang mengalami kelebihan berat badan. Perbedaan ini disebabkan oleh karakteristik partisipan di dalam penelitian ini. Partisipan di dalam penelitian ini adalah pelaku rawat yang menyediakan nutrisi bagi anggota

keluarga. Oleh karena itu, situasi dari lingkungan merupakan salah satu hal yang akan mempengaruhi persepsi partisipan termasuk pendapat, dan situasi dari lingkungan tentang berat badan keluarganya.

Sebagai contoh, penilaian berat badan yang diterima oleh partisipan satu berasal dari orang tuanya yang memperhatikan kondisi partisipan setiap mengunjungi rumahnya. Ungkapan yang menunjukkan tubuhnya lebih besar dari sebelumnya dinilai oleh partisipan sebagai bentuk penilaian orang tuanya terhadap kondisi berat badannya saat ini.

Kelebihan berat badan tidak saja berakibat terhadap penurunan fungsional sistem tubuh, tetapi juga memiliki dampak terhadap kondisi psikologis seseorang. Kondisi psikologis melibatkan perasaan seseorang dalam berespon terhadap sebuah stimulus yang dialami. Tindakan yang diterima dari lingkungan yang berdampak pada kondisi psikologis orang dengan kelebihan berat badan pada penelitian ini berbentuk labelling. Labelling yang diterima sesuai dengan penelitian Brian (2011). Sedangkan Puhl dan Heuer (2009) menyampaikan persepsi tentang obesitas dalam bentuk stigma dan atribut negatif yang berkaitan dengan obesitas termasuk labelling.

Seseorang yang mengalami obesitas dapat menerima atribut negatif yang tergambar dalam respon emosional dalam penelitian Sikorski, et al (2012). Atribut obesitas sebagai hasil kontrol internal seseorang merupakan dasar terjadinya stigma terhadap berat badan (Puhl & Heuer, 2009). Brian (2011). menyatakan bahwa partisipan yang mengalami obesitas sering menerima *bullying* verbal dalam bentuk julukan atau panggilan yang identik dengan berat badannya. Panggilan tersebut diberikan dengan maksud mengolok-olok kondisi kelebihan berat badan yang dialami (Gayatri & Basuki, 2013). Puhl dan Heuer (2009) selanjutnya memberikan contoh stigma yang diperoleh pada orang dewasa di tempat kerja mencakup sasaran humor dan komentar peyoratif baik dari teman maupun atasan. Hal ini sesuai dengan

yang pernah dirasakan oleh partisipan lima dimana rekan kerja dan pelanggannya memanggilnya gendut sambil tertawa-tawa.

Sumber *bullying* berasal dari teman sebaya, guru, media sosial maupun lingkungan masyarakat yang dinyatakan Brian (2011). Akan tetapi pada penelitian ini *labelling* atau *bulying verbal* yang diterima keluarga dalam penelitian ini berasal dari teman, tetangga dan keluarga.

Labelling mengakibatkan seseorang berespon dan membatasi aktivitas dari lingkungan sekitarnya. Hal ini mengakibatkan seseorang merasa terpisah dari lingkungan sekitarnya. Situasi diatas sesuai dengan aspek kerentanan yang diungkapkan oleh Stanhope dan Lancaster (2016) yaitu *disfrenchisement*. Aspek ini menunjukkan bahwa seseorang yang berada dalam kondisi rentan merasakan dirinya terpisah atau berbeda dari lingkungan sekitarnya. Aspek tersebut didukung oleh hasil penelitian dari Brian (2011) yang menyatakan bahwa remaja yang mengalami obesitas merasa dirinya berbeda dengan orang lain dari sisi penampilan fisik. Postur tubuh yang lebih besar, ukuran abdomen yang lebih besar serta bagian tubuh lain yang memiliki ukuran berbeda dari orang seusianya menempatkan seseorang yang mengalami kelebihan berat badan dalam situasi yang berbeda.

Reaksi keluarga dalam merespon labeling bermacam-macam. Sebagian mengungkapkan rasa kesal, sakit hati tapi ada juga yang tidak terlalu mempedulikan julukan yang diterimanya. Respon ini mengalami perbedaan sesuai usia keluarga yang mengalami kelebihan berat badan. Anak-anak usia sekolah dasar dan pra sekolah cenderung tidak terlalu mempedulikan labeling yang diterimanya. Akan tetapi orang dewasa menyikapi labelling dengan cara yang berbeda. Mereka mengungkapkan keluhan baik kesal maupun sakit hati terhadap julukan yang diterimanya.

Perbedaan reaksi ini salah satunya dapat disebabkan oleh konsep diri yang ada pada orang tersebut. Griffiths, Dezateux, dan Hill (2011) dan Scott et al (2008) menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara kelebihan berat badan dan gangguan psikologis pada remaja. Transisi masa remaja menjadi dewasa sangat dipengaruhi oleh hubungan interpersonal dan aspek budaya. Oleh karena itu, hal-hal yang bersifat mengancam pada orang obesitas dapat memiliki dampak terhadap gambaran diri dan konsep diri. Hasil penelitian Scott et al (2008) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara obesitas (khususnya obesitas berat) dengan gangguan emosional pada wanita.

Pandangan tentang konsep diri menggambarkan bagaimana seseorang memandang dirinya secara fisik, sosial dan spiritual. Nilai-nilai yang ada di masyarakat sangat mempengaruhi perkembangan konsep diri seseorang (Scott et al, 2008). Konsep diri berkembang sesuai dengan timbal balik atas respon sosial yang diterima dan kemampuan seseorang untuk menangkap ide dan keberhasilan secara personal (Serassuel Junior, Cavazzotto, Paludo, Zambrin, & Simões, 2015). Seseorang yang obesitas mengevaluasi kelebihan berat badan sebagai sesuatu hal yang tidak diinginkan, memalukan dan merasa inferior. Gibson et al. (2008) menjelaskan bahwa anak dengan skor IMT lebih tinggi dibandingkan yang lebih rendah memiliki harga diri yang rendah.

Korban *bullying* verbal dapat mengalami gangguan psikososial. Gangguan tersebut berbeda-beda sesuai dengan respon seseorang pada saat menerimanya. Pada partisipan mengungkapkan respon selanjutnya yang ditunjukkan dari keluarga dalam bentuk ungkapan tidak percaya diri serta cenderung membatasi diri dari interaksi dengan lingkungan. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Robertson, Murphy dan Johnson (2016) yang menyatakan bahwa akibat lanjut dari *bullying* adalah harga diri rendah. Penelitian lain yang sesuai dengan hasil penelitian ini diungkapkan oleh Bookhout (2016) yang menyatakan akibat lanjut yang lainnya adalah menarik diri dari lingkungan sosial.

Kesimpulan dari paparan tersebut bahwa dampak fisik dan psikologis yang dipersepsikan keluarga sesuai dengan literatur sebelumnya hanya sub sub tema penilaian berat badan yang diterima keluarga berbeda dengan literatur sebelumnya. Perawat perlu mengajarkan kepada keluarga tentang menilai status berat badan yang benar, menghadapi dampak fisik serta psikologis yang mungkin terjadi pada keluarga dengan meningkatkan mekanisme coping

## **Tema 2 Pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan**

Pengetahuan tentang kelebihan berat badan dalam penelitian ini dibagi menjadi dua sub tema yaitu penyebab kelebihan berat badan dan persepsi tentang berat badan. Penyebab kelebihan berat badan yang diungkapkan partisipan adalah makanan berlemak, hormon, keturunan, makan malam dan susu formula.

Partisipan dalam penelitian ini menyampaikan makanan berlemak sebagai salah satu penyebab kelebihan berat badan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Aggarwal, Bhatia, Singh dan Sobti (2008) yang menyatakan bahwa konsumsi makanan tinggi kalori merupakan salah satu penyebab terjadinya kelebihan berat badan. Kemudahan akses terhadap konsumsi makanan cepat saji memungkinkan meningkatnya frekuensi mengkonsumsi makanan cepat saji. Dalle Molle et al (2017) menyampaikan bahwa konsumsi makanan cepat saji dipengaruhi oleh praktek pemberian makan di keluarga baik dalam bentuk *reward* maupun kebiasaan bepergian pada akhir pekan atau periode tertentu untuk makan di restoran cepat saji.

Akses terhadap makanan cepat saji tidak hanya dipengaruhi oleh kebiasaan keluarga, tetapi juga oleh pengaruh lingkungan atau teman

sebaya. Salah satu keluarga mengungkapkan bahwa usaha dietnya seringkali gagal karena ajakan teman untuk pergi makan ke restoran cepat saji. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa konsumsi makanan dan jajanan sangat dipengaruhi oleh teman di lingkungannya (Wijaya, Ardiana, & Kurniawati, 2014).

Penyebab kelebihan berat badan yang dirasakan keluarga selanjutnya adalah kondisi hormon. Keluarga mengatakan bahwa ia sudah berusaha membatasi makanan untuk anaknya, akan tetapi berat badannya tidak pernah turun bahkan cenderung naik terus. Hasil konsultasi dengan dokter menunjukkan bahwa kadar hormon tertentu pada anak tersebut melebihi ambang batas normal.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang membuktikan bahwa kelebihan berat badan pada usia anak-anak disebabkan oleh defisiensi leptin atau penyebab medis lain seperti hipotiroidisme, defisiensi hormon pertumbuhan (Reilly et al, 2005). Kondisi kelebihan hormon tersebut akan memicu sekresi adipositokin oleh jaringan adiposa. Efek selanjutnya akan memicu peningkatan kadar leptin. Leptin akan mengirimkan sinyal kepada hipotalamus yang mengatur perilaku pencarian makanan dan intake makanan. Oleh karena itu, seseorang yang mengalami kelebihan hormon dapat menunjukkan perilaku dan intake makanan melebihi porsi yang dianjurkan sesuai usianya.

Keturunan atau faktor genetik disampaikan keluarga sebagai penyebab kelebihan berat badan berikutnya. Keluarga mengamati bahwa kecenderungan kelebihan berat badan yang terjadi di dalam keluarganya berulang antar generasi. Keluarga mengatakan terkadang saudara, orang tua, sepupu atau keluarga yang lain memiliki postur yang sama atau bahkan lebih besar.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil beberapa penelitian sebelumnya. Penelitian yang dilakukan oleh Bottcher dan Kovacs (2015) menunjukkan bahwa sebesar 0,7 kasus kelebihan berat badan disebabkan oleh keturunan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Ranjani, Pradeepa dan Mohan (2014) menjelaskan bahwa obesitas pada orang tua merupakan prediktor kuat sebagai penyebab kelebihan berat badan pada saat usia dewasa. Penelitian lain oleh Noh, Kim, Park, Oh, dan Kwon (2014) kepada 9411 remaja dan dewasa muda kelebihan berat badan di Korea menunjukkan bahwa bentuk tubuh orang tua berpengaruh signifikan terhadap bentuk tubuh anak. Studi literatur yang dilakukan Fernandez, Klimentidis, Dulin-keita, dan Casazza (2012) yang menelaah 79 artikel tentang genetik yang berhubungan dengan kejadian kelebihan berat badan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh genetik terhadap kejadian kelebihan berat badan walaupun interaksinya tidak tunggal, tetapi melibatkan peran lingkungan.

Partisipan mengungkapkan bahwa konsumsi susu formula yang berlebihan merupakan salah satu pemicu terjadinya kelebihan berat badan. Ungkapan ini disampaikan partisipan atas informasi yang diperolehnya pada saat konsultasi kepada petugas kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Sartika (2011) yang menyatakan bahwa salah satu faktor terjadinya obesitas pada anak usia 5-15 tahun adalah konsumsi protein yang berlebihan. Susu dikelompokkan ke dalam kelompok pangan sumber protein berdasarkan pedoman gizi seimbang (Kemenkes RI, 2014).

Penyebab kelebihan berat badan yang terakhir diungkapkan partisipan adalah kebiasaan makan malam. Keluarga mengungkapkan bahwa kebiasaan makan malam menjelang waktu tidur kemungkinan mengakibatkan berat badannya terus meningkat. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Karatzi, Moschonis, Choupi, Manios, (2017) yang menunjukkan bahwa pada anak-anak yang terbiasa

mengonsumsi makan malam antara jam 08.00-10.00 beresiko mengalami peningkatan indeks masa tubuh. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa seseorang yang makan malam lebih larut dapat melewatkan waktu sarapan pada keesokan harinya.

Partisipan yang terbiasa makan larut malam pada penelitian ini menyampaikan selalu melewatkan waktu sarapan. Partisipan lima dengan obesitas tidak pernah sarapan setiap hari, begitu pun partisipan satu biasanya akan sarapan di atas jam 10 pagi. Studi lain menjelaskan bahwa melewatkan waktu sarapan beresiko memicu peningkatan indeks massa tubuh (Szajewska & Ruszczyński, 2010).

Pengetahuan tentang standar berat badan merupakan sub tema kedua yang muncul. Semua partisipan menilai keluarganya mengalami kelebihan berat badan berdasarkan pengamatan fisik dimana postur tubuh tidak seimbang antara tinggi dan berat. Partisipan belum mengetahui cara menentukan status berat badan ideal berdasarkan hasil penimbangan. Hal ini sesuai dengan tema yang dihasilkan oleh Akhmadi (2011) dimana partisipan memiliki persepsi baik dengan mengungkapkan hasil pengamatan terhadap kondisi berat badan yang tidak seimbang dengan tinggi badan.

Kesimpulan dari penjelasan tersebut semua penyebab kelebihan berat badan yang diungkapkan partisipan sesuai dengan penelitian sebelumnya. Penyebab tersebut adalah makanan tinggi lemak, hormon, susu formula, kebiasaan makan malam dan keturunan. Sedangkan untuk penilaian terhadap standar berat badan belum diketahui oleh partisipan. Oleh karena itu, perawat perlu melakukan pendidikan kesehatan agar keluarga mampu mengetahui penyebab serta standar berat badan yang ideal sesuai usianya.

### **Tema 3 Sumber Dukungan Dalam Mengelola Kelebihan berat badan**

Sumber dukungan di dalam penelitian ini berasal dari keluarga dalam hal ini menantu dan nenek serta lingkungan masyarakat baik tetangga maupun guru. Sumber dukungan berasal dari keluarga ini sesuai dengan hasil penelitian George dan Wilson (2012) yang menyampaikan bahwa dukungan yang diberikan oleh keluarga dalam mengingatkan kondisi berat badannya yang kelebihan. Dukungan ini dapat meningkatkan motivasi dan keinginan untuk merubah pola hidup sehat agar berat badan bisa mengalami penurunan sesuai harapan. Hasil penelitian lain dari Bastianello, Epkey, dan McMullin, (2012) menunjukkan bahwa dukungan dalam manajemen berat badan berasal dari keluarga dan teman. Hal ini sesuai dengan penelitian Wang, Pbert, dan Lemon, (2014) bahwa dukungan keluarga baik dalam aktifitas fisik maupun diet merupakan hal yang penting dalam keberhasilan program.

Guru merupakan salah satu elemen masyarakat yang mendukung terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang kelebihan berat badan dan diet sehat. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aminie al (2014) kepada anak sekolah dasar dengan hasil tema barrier psikologi. Siswa menjelaskan bahwa kemampuan guru memberi tahu dan menjelaskan dengan cara yang menarik baik topik diet maupun memperagakan nutrisi sangat mendukung keberhasilan penyampaian informasi terkait pencegahan kelebihan berat badan.

Sumber dukungan dapat berasal dari keluarga maupun dari lingkungan masyarakat. Sumber dukungan membantu orang dengan kelebihan berat badan untuk lebih konsisten dalam melakukan upaya menurunkan berat badan. Oleh karena itu, intervensi keperawatan dengan melibatkan sumber dukungan perlu dilakukan.

## **Tema 4 Upaya Pengelolaan Nutrisi**

Pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit dapat dilakukan melalui upaya pengelolaan nutrisi keluarga melalui pemenuhan diet gizi seimbang. Hasil penelitian menunjukkan sub tema yang menunjang upaya pengelolaan nutrisi adalah mengatur porsi makanan untuk kelebihan berat badan, cara menyediakan makanan di rumah, cara memasak untuk keluarga gemuk dan kebiasaan menimbang.

Pengelolaan nutrisi terdapat di dalam salah satu intervensi keperawatan yaitu *Nursing Intervention Classification (NIC)* dengan nomenklatur manajemen nutrisi. Intervensi ini memiliki dua sub kegiatan besar. Kegiatan yang pertama fokus tentang nutrisi mulai persiapan, identifikasi kebutuhan klien dan kesukaan klien hingga memberikan nutrisi sesuai dengan kebutuhan. Kegiatan besar yang kedua adalah melakukan pemantauan berat badan untuk menilai penurunan berat badan setelah pemberian nutrisi. Bisogni, Jastran, Seligson, dan Thompson (2012) menjabarkan makanan sehat sebagai istilah yang erat kaitannya dengan menghasilkan, memproses dan menyiapkan (misalnya natural makanan rumah, organik). Kebiasaan makan sehat menurut referensi tersebut juga merujuk pada cara makan (mencakup keseimbangan, variasi, moderasi dan makan teratur).

Upaya pengelolaan nutrisi yang pertama adalah mengatur porsi makanan untuk kelebihan berat badan. Porsi makan yang dikurangi adalah jenis protein dan jenis makanan lain. Perubahan dalam pola diet mencakup pilihan makanan sehat dan gaya hidup sehat dapat menjaga penurunan berat badan berkelanjutan (Sherwood et al, 2013). Hasil studi ini sesuai dengan temuan Soeliman dan Azadbakht (2014) bahwa baik penggantian makanan maupun manipulasi komposisi makanan memiliki efek yang positif terhadap penurunan berat badan.

Partisipan dalam penelitian ini menunjukkan upaya untuk mengelola nutrisi bagi kelebihan berat badan salah satunya dengan mengurangi porsi protein tetapi tidak mengurangi porsi nasi. Hal ini tentu saja mengakibatkan usaha menurunkan berat badannya belum maksimal. Hasil penelitian terhadap orang dewasa obesitas di Eropa yang menunjukkan peningkatan moderat kandungan protein dan penurunan porsi makanan indeks glikemik rendah dapat mempertahankan penurunan berat badan (Larsen et al, 2010). Oleh karena itu, partisipan harus mengurangi porsi karbohidrat dan mengganti dengan karbohidrat yang memiliki kadar indeks glikemik rendah.

Perilaku yang dapat berkontribusi terhadap pengelolaan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan selanjutnya adalah cara menyediakan makanan di rumah. Cara menyediakan makanan yang dimaksud adalah cara atau metode pengolahan bahan mentah menjadi bahan jadi yang siap makan. Kebiasaan ini memiliki perbedaan untuk setiap partisipan.

Partisipan tiga dan partisipan empat lebih memilih membeli makanan yang sudah jadi ketimbang memasak di rumah. Hal ini dipilih partisipan berdasarkan alasan bahwa dirinya bekerja sehingga tidak memiliki waktu dan malas karena sudah terlalu cape di tempat kerja. Meskipun demikian, karena partisipan empat memiliki asisten, terkadang asisten memasak di rumah. Hasil penelitian kuantitatif yang dilakukan oleh Taillie dan Poti (2017) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara memasak makan malam di rumah dengan peningkatan intake makanan mencakup intake makanan rendah gula yang pada akhirnya mengurangi prevalensi obesitas.

Hasil penelitian kualitatif lain yang sesuai dengan hasil studi literatur yang dilakukan oleh Rylatt dan Cartwright (2016) yang tertuang dalam tema motivasi. Peneliti mengurai tema motivasi ke dalam kategori ikatan orang tua anak dan tanggung jawab.

Penelitian lain yang serupa dilakukan oleh Perry, Daniels, Bell dan Magarey (2016) yang menyampaikan bahwa kontrol lokus internal orang tua mencakup beban tanggung jawab dan komitmen atau efikasi diri orang tua yang rendah dapat mengakibatkan perilaku diet sehat tidak dilakukan. Tanggung jawab dalam hal ini adalah tanggung jawab melakukan peran sebagai penyedia nutrisi di rumah. Rasa malas menunjukkan bahwa internalisasi konsep tanggung jawab yang dirasakan partisipan belum terlalu maksimal sehingga memilih alternatif lain untuk menyediakan nutrisi daripada memasak di rumah. Penelitian tersebut juga menyampaikan sub tema yang mengakibatkan tanggung jawab tidak dilakukan secara maksimal yaitu waktu, biaya dan kurang kemampuan memasak. Alasan pekerjaan yang diungkapkan partisipan tiga sesuai dengan yang diungkapkan oleh penelitian tersebut.

Perilaku lain yang mendukung pengelolaan nutrisi untuk kelebihan berat badan pada penelitian ini adalah cara memasak untuk keluarga. Tiga dari tujuh partisipan yaitu partisipan satu, tiga dan empat menyampaikan bahwa sayur bening merupakan sayur favorit yang disukai keluarga. Komposisi pembuatan sayur yang hanya terdiri dari bumbu dasar seperti bawang merah, bawang putih, garam dan gula memungkinkan sayur tersebut tidak memiliki kandungan lemak dalam bentuk minyak. Pada orang yang memiliki berat badan ideal, anjuran konsumsi minyak goreng harian bervariasi berdasarkan usia. Kemenkes (2014) menjelaskan bahwa konsumsi minyak harian paling sedikit 3 porsi (setara 3 sendok teh) dan paling banyak 7 porsi (setara 7 sendok teh). Variasi ini terjadi disebabkan kebutuhan lemak berdasarkan masing-masing usia tumbuh kembang.

Sub tema kebiasaan menimbang merupakan upaya selanjutnya dalam mengelola nutrisi keluarga. Terdapat tiga kategori partisipan berdasarkan kebiasaan menimbang pada penelitian ini yaitu sering, jarang, rutin. Kelompok partisipan yang sering melakukan penimbangan merupakan

kelompok partisipan yang memiliki anak usia pra sekolah karena usia ini masih melakukan penimbangan di Posyandu. Untuk kelompok usia sekolah, remaja, dewasa dan lansia jarang melakukan penimbangan. Satu dari tujuh partisipan memiliki timbangan sendiri di rumah yaitu partisipan tujuh. Oleh karena itu, partisipan tujuh termasuk sering melakukan penimbangan untuk memantau kondisi berat badan keluarga.

Pemantauan status gizi merupakan hal yang penting untuk dilakukan oleh keluarga. Penimbangan berat badan secara rutin adalah cara yang paling mudah dan murah untuk memantau status gizi. Partisipan dalam penelitian ini menyampaikan bahwa penimbangan selalu rutin dilakukan pada keluarga yang berusia lima tahun ke bawah di Posyandu. Akan tetapi kebiasaan penimbangan ini mulai berubah pada saat anak memasuki usia sekolah, remaja dan pada keluarga usia dewasa.

Selanjutnya partisipan menyampaikan bahwa setiap kali melakukan penimbangan berat badan keluarganya selalu meningkat minimal 1 (satu) kg. Dalam kondisi sakit sekalipun, keluarganya tidak mengalami penurunan berat badan. Partisipan menyampaikan bahwa pada saat mengetahui timbangan keluarganya sudah bergeser melebihi normal, tindakan mengurangi asupan makanan dan susu mulai dilakukan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Carrard dan Krusman (2016). Penimbangan berat badan secara rutin dapat mendorong motivasi untuk menurunkan berat badan. Frekuensi penimbangan berbeda dengan penelitian dimana rata-rata partisipan menimbang sebulan sekali untuk keluarga yang masih di bawah lima tahun dan frekuensi tidak menentu untuk keluarga dengan usia di atasnya. Sedangkan frekuensi penimbangan yang dilakukan pada penelitian Carrard dan Krusman (2016) 2-4x/minggu. Perbedaan ini disebabkan oleh tempat penimbangan yang dilakukan. Partisipan pada penelitian ini menimbang berat badan pada pelayanan kesehatan seperti posyandu atau klinik, sedangkan partisipan

pada penelitian Carrard dan Krusman melakukan penimbangan sendiri (*self-weighing*).

Partisipan akan melakukan tindakan koreksi pada saat mengetahui berat badan keluarganya melebihi ambang batas normal. Hal ini sesuai dengan dampak *self weighing* terhadap perilaku partisipan pada penelitian Carrard dan Krusman (2016). Partisipan akan kembali melakukan diet ketat dan menerapkan disiplin yang ketat untuk dietnya setelah mengetahui berat badannya meningkat.

Keseluruhan perilaku yang ada di dalam tema mengelola nutrisi bagi keluarga sesuai dengan penelitian sebelumnya. Perilaku-perilaku yang tergambar dalam sub tema dan kategori telah dilakukan oleh partisipan dalam mengelola status nutrisi keluarga.

### **Tema 5 Upaya menurunkan berat badan**

Partisipan sudah melakukan upaya farmakologi maupun non farmakologi dalam menurunkan berat badan. Upaya non farmakologi yang dilakukan oleh keluarga partisipan adalah membatasi makanan tertentu diantaranya diet karbohidrat, mengurangi makanan, membatasi es krim, mengurangi jumlah susu dan melarang makan ciki. Partisipan mengungkapkan bahwa diet karbo dilakukan dalam bentuk mengurangi karbohidrat dalam bentuk nasi. Jenis karbohidrat diganti dengan yang lain yaitu kentang. Diet diungkapkan sebagai salah satu cara menurunkan berat badan seperti diungkapkan oleh Wills dan Lawton, (2015).

Diet yang dilakukan untuk menurunkan berat badan identik dengan pengurangan kalori. Sugondo (2014) menyatakan penurunan kalori sebesar 300 kcal/ hari akan menyebabkan penurunan berat badan sebesar ½ sampai 1 kg/ minggu. Diet yang dianjurkan adalah diet rendah karbohidrat dan tinggi protein dengan komposisi 20 % protein, 40% karbohidrat.

Diet karbohidrat yang dilakukan oleh partisipan bertujuan untuk mengurangi jumlah kalori yang masuk. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Kushner, Lawrence dan Kumar (2013) yang menyarankan praktek diet yang harus dilakukan oleh orang kelebihan berat badan. salah satunya adalah coba cara mengurangi densitas kalori dari makanan yang dimakan.

Metode lain yang digunakan partisipan adalah mengurangi makanan. Contoh partisipan tujuh menyampaikan pengurangan jumlah porsi makanan terutama nasi dilakukan agar berat badan menurun. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Kushner, Lawrence dan Kumar (2013) bahwa salah satu yang berkontribusi mempertahankan berat badan ideal adalah mengontrol kelebihan makan secara fleksibel.

Metode selanjutnya yang dilakukan adalah membatasi konsumsi makanan manis seperti es krim. Contoh pernyataan ini diungkapkan oleh partisipan empat dimana pelan-pelan mengurangi jumlah es krim yang diberikan hingga menjadi satu es krim untuk beberapa hari. Upaya ini diiringi dengan mengubah kebiasaan menyimpan es krim dalam kulkas sebagai persediaan. Hasil penelitian ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Myers dan Barbera (2009) bahwa salah satu yang dapat dilakukan untuk mengurangi berat badan adalah jangan menyimpan makanan tidak sehat atau cemilan di rumah dan coba cara mengurangi densitas kalori dari makanan yang dimakan. Es krim merupakan makanan manis yang memiliki kalori cukup tinggi. Oleh karena itu, berdasarkan literatur tersebut es krim harus dikurangi untuk menurunkan densitas kalori.

Metode lain yang diungkapkan partisipan yang memiliki anak yang gemuk adalah mengurangi jumlah susu. Partisipan satu dan empat menyampaikan secara pelan-pelan mulai menurunkan jumlah konsumsi susu dalam sehari. Penurunan jumlah susu formula terbukti dapat mengurangi peningkatan

berat badan. Susu formula mengandung kadar gula cukup tinggi dan dikelompokkan ke dalam jenis protein hewani. Pengurangan jenis pangan ini terbukti dapat menurunkan berat badan (Kushner, Lawrence, Kumar, 2013).

Metode lain yang diungkapkan partisipan adalah olahraga. Partisipan lima menyampaikan bahwa ia pernah melakukan olah raga secara rutin dengan melakukan lari pagi sehari 7 km. Partisipan menyampaikan berat badannya sempat mengalami penurunan sekitar 1-2 kg. Kushner, Lawrence dan Kumar (2013) mengungkapkan bahwa aktivitas fisik yang teratur dapat mengurangi berat badan. Olah raga harus dilakukan secara rutin agar hasil yang dicapai maksimal. Sweeting, Smith, Neary dan Wright (2016) menyampaikan bahwa olahraga yang konsisten dapat menurunkan berat badan pada orang dengan kelebihan berat badan.

Upaya farmakologi diberikan jika dengan diet dan aktivitas fisik tidak dapat mencapai penurunan berat badan (Yanovski & Yanovski, 2014). Peneliti menyampaikan bahwa penggunaan obat dapat dievaluasi keberhasilannya setelah digunakan dalam jangka waktu minimal satu tahun. Partisipan dalam penelitian ini menggunakan obat dalam jangka waktu maksimal satu bulan, sehingga efek penurunan berat badan belum dapat dievaluasi. Alasan yang disampaikan partisipan selain karena merasa efek obat tidak terlalu maksimal, tetapi juga merasa jantung lebih berdebar-debar. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Yanovski dan Yanovski (2014) bahwa salah satu efek samping obat yang dirasakan adalah keluhan pada sistem kardiovaskuler.

Berdasarkan paparan di atas dapat disimpulkan bahwa semua hasil kategori dan sub tema sesuai dengan penelitian sebelumnya. Akan tetapi, partisipan dalam penelitian ini masih kurang disiplin sehingga capaian target penurunan berat badan belum dapat diraih dengan optimal.

## **Tema 6 Pola perilaku nutrisi tidak sehat**

Hambatan yang dirasakan oleh partisipan dalam mengelola kebutuhan nutrisi untuk menurunkan berat badan tergambar dalam tema pola perilaku nutrisi tidak sehat. Tema ini dijabarkan dalam delapan sub tema yaitu alasan tidak memasak, pola makan minum tidak sehat, pengaruh orang terdekat untuk makan, ketidakberdayaan, tidakdisiplin untuk mengontrol waktu dan nafsu makan, ketersediaan makanan beku di rumah dan menyukai sayur dan buah tertentu.

Alasan tidak memasak diungkapkan oleh partisipan tiga dan empat. Partisipan mengungkapkan bahwa rasa lelah akibat bekerja dan rasa malas membuat keinginan untuk masak tidak ada. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rylatt dan Cartwright (2016) yang tertuang dalam tema motivasi. Peneliti menjabarkan tema motivasi ke dalam beberapa kategori diantaranya yang mendukung hasil penelitian ini adalah ikatan orang tua anak dan tanggung jawab, hambatan praktek, waktu biaya dan kurang kemampuan memasak, tekanan fleksibilitas dan emosional motivasi. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku memasak di rumah sangat ditentukan oleh motivasi pelaku rawat serta perasaan akan tanggung jawab yang diembannya. Selain itu, tingkat kelelahan setelah bekerja sangat mempengaruhi pemilihan rencana makanan serta aktivitas menyiapkan makanan (Storfer-Isser & Musher-Eizenman, 2013).

Hambatan yang dirasakan kedua adalah pola makan minum tidak sehat. Partisipan menyampaikan bahwa kebiasaan makanan *fast food*, gorengan, minuman manis dan jajanan sangat sulit dikurangi atau dihilangkan dari kebiasaan keluarga.

Partisipan satu dan empat menyampaikan kebiasaan mengonsumsi *fast food* terutama jika di akhir pekan. Partisipan empat menambahkan sering

menyimpan makanan beku seperti nugget, sosis dan kentang beku di rumah sebagai antisipasi jika anak-anaknya merasa lapar pada saat malas memasak. Hasil penelusuran beberapa literatur menunjukkan bahwa *fast food* merupakan makanan yang memiliki kadar kalori dan lemak tinggi sehingga dapat memicu peningkatan berat badan (Storfer-Isser & Musher-Eizenman, 2013).

Hambatan yang selanjutnya adalah pengaruh orang terdekat. Partisipan mengungkapkan bahwa pengaruh teman dan suami dalam memilih makanan dan jajanan di luar yang tidak sesuai dengan program dietnya sangat besar. Kondisi ini menjadi tekanan tersendiri bagi keluarga dimana satu sisi memahami bahwa makanan tersebut tidak sesuai, tetapi di sisi lain menghormati ajakan teman dan keluarganya.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Rogerson, Soltani dan Copeland (2016) menyampaikan tema tekanan sosial. Tekanan sosial ini salah satunya adalah kesulitan dalam hal memilih makanan pada saat bersosialisasi dengan lingkungannya. Kesulitan ini juga disebabkan oleh tekanan dari keluarga dan teman. Partisipan menyampaikan bahwa keluarga dapat melakukan sabotase makanan meskipun mereka mengetahui program penurunan berat badan yang sedang dilakukan.

Hambatan selanjutnya yang menghambat pemberian nutrisi yang sesuai adalah ketidakberdayaan. Ungkapan partisipan enam sebagai contoh, mengatakan bahwa jika anaknya terlalu dibatasi dalam segi makanannya takut mengalami gangguan psikologis. Sedangkan partisipan satu dan lima menyampaikan rasa pasrah setelah melihat usaha menurunkan berat badannya tidak sesuai dengan hasil. Perasaan takut dan pasrah ini membuat partisipan berada pada kondisi tidak berdaya. Ketidakberdayaan yang dirasakan partisipan sesuai dengan konsep yang diungkapkan oleh Stanhope dan Lancaster (2016) dalam aspek-aspek kerentanan.

Hambatan yang dirasakan selanjutnya adalah keterbatasan kontrol waktu dan nafsu makan. Sub tema ini terbagi menjadi dua kategori yaitu kesulitan mengontrol nafsu makan dan kebiasaan makan malam. Partisipan satu menyampaikan bahwa hal yang paling sulit adalah mengendalikan kebiasaan keluarga mengkonsumsi es dan mie instan. Partisipan tujuh menyampaikan kesulitan menghentikan keinginan anaknya untuk makan pada saat ia meminta menambah porsi makanan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Brian (2011) yang mengatakan bahwa partisipan mengungkapkan kesulitan dalam mengontrol porsi dan jenis makanan yang dapat meningkatkan berat badan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Cullen et al (2017) tentang adiksi makanan dimana partisipan mengungkapkan kesulitan menghentikan makanan *fast food* karena rasanya yang enak.

Hambatan yang dirasakan terakhir adalah ketersediaan makanan beku di rumah. Partisipan empat memiliki kebiasaan menyediakan makanan beku di rumah sebagai stok makanan selingan bagi anaknya. Makanan beku tersebut antara lain kentang beku, sosis dan nugget. Kushner, Lawrence dan Kumar (2013) menyampaikan salah satu prinsip diet untuk menurunkan berat badan adalah tidak menyediakan cemilan dan makanan beku di rumah.

Hambatan selanjutnya adalah menyukai sayur dan buah tertentu yang dijabarkan ke dalam kategori pilihan jenis sayuran, pilihan buah yang disukai. Partisipan menyampaikan keluarga cenderung menyukai sayuran atau buah yang itu-itu saja, sehingga pada saat tidak ada yang menjual atau bukan musim, makan tidak mengkonsumsi buah. Hal ini sesuai dengan penelitian Farahmand et al (2015) yang menyampaikan bahwa salah satu faktor personal yang mendukung pemilihan jenis makanan adalah *personal taste*.

Kemenkes (2014) menganjurkan jumlah konsumsi sayur dan buah adalah 400 gram/ hari sesuai anjuran WHO. Porsi ini terbagi menjadi 250 gr sayur (setara 2,5 porsi atau gelas sayur masak) dan 150 gr buah. Jumlah

kebutuhan sayuran bervariasi untuk usia pertumbuhan tertentu. Anak usia sekolah dan balita dianjurkan mengonsumsi sayur dan buah sebanyak 300-400 gram/ hari. Sedangkan porsi untuk remaja dan orang dewasa adalah 400-600 gram/ hari dengan pembagian 2/3 porsi adalah sayuran. Jika mengacu pada pedoman, jumlah sayur dan buah yang dikonsumsi oleh partisipan masih jauh dari cukup.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, semua hambatan yang ditemukan dalam penelitian ini sesuai dengan literatur sebelumnya. Oleh karena itu,, perawat sebagai praktisi kesehatan di lapangan perlu merumuskan program sama rencana tindakan yang sesuai untuk meminimalisir hambatan-hambatan tersebut.

### **Tema 7 Keinginan mencapai kondisi normal**

Tema **keinginan mencapai kondisi normal** menunjukkan keinginannya untuk mencapai berat badan ideal, mengontrol pola makan dan terhindar dari penyakit penyerta. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Thomas et al (2014) yang menghasilkan tema berat badan sebagai indikator utama kesehatan. Peneliti menyampaikan bahwa partisipan menilai kondisi sehat atau tidak dari penilaian terhadap status gizi yang ditunjukkan dengan berat badan. Penelitian tersebut sesuai dengan hasil yang disampaikan oleh Culen et al (2017) bahwa harapan dari semua upaya yang ditempuh untuk menangani obesitas adalah menurunkan berat badan sehingga mencapai berat badan normal.

Selain itu, harapan untuk masyarakat sekitarnya agar mampu mengontrol pola makan disampaikan partisipan dalam penelitian ini. Harapan ini sesuai dengan hasil penelitian Van Ostrand (2015) yang menyatakan bahwa untuk mengurangi berat badan dibutuhkan kontrol eksternal. Bentuk kontrol eksternal yang dilakukan salah satunya adalah dengan mengontrol pola makan.

Harapan selanjutnya adalah terhindar dari penyakit penyerta. Penyakit penyerta yang dimaksud disini adalah komplikasi yang timbul akibat obesitas. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Akinrinlola (2012) bahwa pada saat kelebihan berat badan susah diturunkan menjadi ideal, maka harapan agar terhindar dari penyakit yang ditimbulkan akibat obesitas merupakan satu-satunya harapan yang dimiliki.

Berdasarkan paparan tersebut diperlukan pemahaman tentang harapan realistis yang dapat dicapai oleh partisipan sesuai dengan kondisi kelebihan berat badannya. Penurunan berat badan hingga mencapai batas normal sangat dipengaruhi oleh status IMT awal karena maksimal penurunan hanya 20% dari IMT awal. Oleh karena itu, edukasi dan bantuan strategi koping sangat dibutuhkan untuk mendukung partisipan baik secara fisik maupun psikologis.

### **Tema 8 Frustrasi karena tidak berhasil dengan segala upaya yang dilakukan**

Makna pengalaman keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi untuk keluarga yang mengalami kelebihan berat badan merupakan esensi perasaan yang paling mendalam yang dirasakan keluarga. Manusia sebagai makhluk yang unik dan holistik memiliki penilaian dan pemaknaan yang berbeda-beda terhadap suatu fenomena . Oleh karena itu, sebuah fenomena dapat memiliki banyak makna sesuai dengan karakteristik orang yang menilainya. Pernyataan ini sesuai dengan definisi fenomenologi deskriptif dimana persepsi peneliti akan distimuli melalui kekayaan, kedalaman dan keluasan hidup partisipan (Speziale & Carpenter, 2011).

Perbedaan dalam memaknai fenomena yang beragam sangat dipengaruhi oleh pengalaman, lingkungan dan cara pandang keluarga terhadap suatu peristiwa (Cresswell, 2007). Hal ini sesuai dengan pernyataan yang

disampaikan oleh Ab Ghani, Ainuddin dan Dahlan (2016) bahwa setiap pengalaman dan makna dalam merawat sangat dinamis dan dapat berubah seiring waktu. Partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan makna yang dirasakan dari pengalaman dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dalam tema **frustasi karena tidak berhasil dengan segala upaya yang dilakukan.**

Perasaan frustasi diungkapkan oleh *caregiver* yang merawat pasien dengan penyakit kronis sebagai akibat kelelahan yang dialami dan upaya yang tidak membuahkan hasil. Pasien yang memaknai kondisi penyakit kronis secara positif dapat memberi pengaruh positif kepada kesehatan *caregiver* (Tan, Lim, Kuek, Kua, & Mahendran, 2015). Oleh karena itu, perasaan negatif yang timbul dari keluarga yang dirawat sangat mempengaruhi makna yang dialami oleh partisipan.

Keputusan yang dialami *caregiver* menempatkan posisinya dalam situasi tidak berdaya. Kondisi tidak berdaya ini sesuai dengan aspek kerentanan yang disampaikan oleh Stanhope dan Lancaster (2016). *Caregiver* merasa tidak berdaya karena tidak berhasil menurunkan berat badan dengan berbagai upaya. Hasil penelitian Dhaliwal et al (2016) menunjukkan bahwa kegagalan tersebut disebabkan faktor keluarga, faktor logistik dan pelayanan kesehatan. Kegagalan program menurunkan berat badan pada penelitian ini disebabkan oleh ketidakdisiplinan keluarga dalam mengontrol gaya hidup.

Hal yang mempengaruhi frustasi akibat kegagalan selanjutnya adalah kondisi *caregiver* (Tan, Lim, Kuek, Kua, & Mahendran, 2015). Kondisi *caregiver* yang sama-sama mengalami kelebihan berat badan mengakibatkan makna yang diungkapkan tidak hanya terkait makna upaya untuk mengurangi kelebihan berat badan untuk keluarganya tetapi juga untuk dirinya sendiri. Oleh karena itu, terapi-terapi untuk mengurangi kondisi ketidakberdayaan dan mengurangi rasa frustasi perlu dilakukan untuk menurunkan resiko gangguan psikososial pada pelaku rawat.

Spiritualitas merupakan konsep yang dapat membantu klien dengan penyakit kronis berdamai dengan kondisi penyakitnya. Frustrasi yang dirasakan keluarga merupakan manifestasi hilangnya harapan akan perbaikan kondisinya. Kozier (2004) menyampaikan bahwa spiritualitas memungkinkan seseorang mempercayai bahwa ada kekuatan yang lebih hebat dari dirinya yang akan membantu menjadi lebih baik dan berdamai dengan penyakitnya.

Keyakinan akan spiritualitas sangat mempengaruhi kehidupan seseorang baik kesehatan maupun kehidupan secara umum. Keyakinan ini dapat membuat seseorang merasa memiliki dukungan dalam menghadapi kondisi kronis. Dukungan ini dapat terlihat dalam bentuk doa, praktek keagamaan maupun ungkapan spiritualitas yang disampaikan klien (Kozier, 2004).

Seseorang yang memiliki spiritualitas yang baik dapat menggunakan spiritualitas sebagai mekanisme koping. Drutchas dan Anandarajah (2014) menyampaikan bahwa spiritual merupakan kekuatan yang mendukung anak-anak dengan penyakit kronis untuk menghadapi kondisi kesakitannya.

### **Tema 9 Puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi**

Rasa puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi untuk keluarga gemuk mencerminkan cara keluarga memaknai tanggung jawabnya. Salah satu tugas keluarga dalam merawat keluarga adalah memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga sesuai dietnya masing-masing (Friedman, Bowden, Jones, 2010). Partisipan dalam penelitian ini merasa puas karena telah berusaha memenuhi tanggung jawab sebagai pengelola nutrisi. Kepuasan ini mengakibatkan partisipan salah mempersepsikan kelebihan berat badan. Kesalahan persepsi ini sesuai dengan hasil penelitian Eli, Howell, Fisher, dan Nowicka (2014) mengungkapkan bahwa baik

*caregiver* adalah ibu atau nenek cenderung menghindari pembahasan tentang kondisi berat badan.

Hal ini sangat mempengaruhi makna yang dirasakan oleh partisipan. Sebagaimana diungkapkan pada beberapa literatur bahwa kelebihan berat badan adalah kondisi kronis (Brian, 2011; Stanhope & Lancaster, 2016), maka upaya-upaya yang dilakukan keluarga akan memunculkan makna yang berbeda-beda sesuai cara pandang keluarga terhadap fungsi dan perannya.

Memaknai sebuah tanggung jawab dapat dipengaruhi oleh cara atau mekanisme coping seseorang (Folkman & Moskowitz, 2000). Respon coping terhadap kejadian di sepanjang daur kehidupan dapat membawa seseorang merasakan makna yang positif, yang pada akhirnya meningkatkan rasa penerimaan diri terhadap situasi tersebut (Park, 2010).

Perasaan puas terhadap beban tanggung jawab yang dilakukan dengan baik menunjukkan bahwa Caregiver telah mencurahkan kasih sayangnya dalam menjalankan kewajiban dan tanggung jawab untuk merawat keluarga. Oleh karena itu, kegagalan memenuhi peran tanggung jawab dapat menimbulkan rasa bersalah pada diri Caregiver (Zang & Lee, 2016).

Perasaan bangga dan senang yang diungkapkan oleh partisipan dalam tema puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi untuk keluarga gemuk yang sudah dilakukan pada penelitian ini memiliki kesamaan dengan beberapa penelitian sebelumnya. Zhang dan Lee (2016) menjelaskan bahwa *caregiver* yang sehari-hari merawat klien stroke mengungkapkan kepuasan dan peningkatan makna dalam melakukan perawatan. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Ab Ghani, Ainuddin dan Dahlan (2016) menjabarkan bahwa *caregiver* memaknai pengalaman lebih ke arah sudut pandang positif dari pada negatif. *Caregiver* memiliki pandangan bahwa mereka merasa memiliki pengertian yang cukup baik

untuk memahami masalah orang lain ketika mampu menerima tantangan untuk merawat keluarga yang menderita penyakit terminal.

Penelitian ini menunjukkan bahwa *caregiver* yang memiliki perasaan senang dan bangga karena telah melakukan perannya rata-rata sudah merawat keluarga dengan kelebihan berat badan lebih lama dibandingkan yang tidak senang. Hal ini sesuai dengan pernyataan Rehnsfeldt dan Eriksson (2004) bahwa *caregiver* pasien stroke memperoleh makna positif setelah merawat keluarga stroke lebih dari satu tahun. Perjuangan dan pemahaman yang baik terhadap sebuah fenomena kehidupan mengakibatkan seseorang memaknai penderitaan yang pada awalnya sebagai sesuatu yang menyakitkan menjadi sesuatu yang memiliki makna menyenangkan.

Paparan diatas menunjukkan bahwa makna positif *caregiver* dalam merawat klien dengan penyakit kronis sangat tergantung pada mekanisme koping. Selain itu, lamanya kontak memberikan perawatan memungkinkan *caregiver* mampu menginternalisasi setiap makna yang muncul dari perannya merawat keluarga. Oleh karena itu, mekanisme koping *caregiver* merupakan hal yang cukup signifikan yang harus digali seorang perawat dalam memberdayakan keluarga sebagai pelaku rawat.

## **5.2. Keterbatasan penelitian**

Peneliti telah melakukan penelitian sesuai dengan metode penelitian kualitatif. Walaupun begitu peneliti mengalami keterbatasan terkait penelitian yang dilakukan sesuai dengan kondisi di lapangan sebagai berikut:

- 5.2.1. Kebijakan administrasi perizinan penelitian yang membutuhkan waktu cukup panjang antara lain surat menyurat di FIK membutuhkan waktu 2-3 minggu dan Dinas Kesehatan 3-5 hari serta penerbitan rekomendasi oleh Dinas Kesehatan setelah ada bukti penerimaan dari tempat penelitian membutuhkan waktu dan alur birokrasi yang cukup panjang sehingga waktu penelitian bergeser dari rencana awal.

- 5.2.2. Partisipan dalam penelitian ini adalah pelaku rawat yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan. Pada saat pengumpulan data, hasil skrining awal calon partisipan menunjukkan bahwa tidak hanya keluarga tetapi juga calon partisipan mengalami kelebihan berat badan. Hal tersebut berakibat respon yang dipersepsikan tidak utuh semata-mata hanya persepsi karena beberapa partisipan mengalami sendiri respon tersebut.
- 5.2.3. Usia partisipan dalam penelitian ini berada dalam rentang dewasa hingga lanjut usia. Wawancara yang dilakukan dengan partisipan lanjut usia membutuhkan teknik komunikasi khusus pada lansia. Hal ini sangat berpengaruh kepada kedalaman wawancara, kategori dan tema yang dihasilkan.
- 5.2.4. Penyebab kelebihan berat badan yang tereksplorasi dalam penelitian ini masih terbatas pada penyebab secara fisik, tetapi belum menyentuh aspek psikologis. Peneliti selanjutnya diharapkan mampu menggali lebih mendalam aspek-aspek psikologis terkait kelebihan berat badan.

### 5.3. Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi di dalam penelitian memiliki beberapa implikasi antara lain bagi pengambil kebijakan, bagi pelayanan keperawatan, bagi pendidikan, bagi penelitian keperawatan selanjutnya dan bagi masyarakat yang memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan. Penelitian ini dapat menjadi gambaran pengalaman mengelola nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan.

#### 5.3.1. Implikasi bagi pelayanan keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan dampak fisik dan psikologis kelebihan berat badan cukup mengganggu kehidupan sehari-hari. **Keluhan fisik** yang dirasakan partisipan mengakibatkan partisipan mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, dibutuhkan *support system* bagi keluarga dan individu yang mengalami obesitas untuk **meningkatkan pengetahuan dampak obesitas**

terhadap kegiatan sehari-hari melalui edukasi kesehatan dan pemantauan berat badan.

Hasil penelitian menunjukkan akibat kelebihan berat badan secara **kondisi psikologis** baik individu maupun keluarga yang bersangkutan. *Labelling*, cara merespon terhadap *labelling* serta perasaan keluarga memiliki keluarga dengan kelebihan berat badan menunjukkan perlunya **pendampingan kepada keluarga dan masyarakat** dalam **mengurangi stigma negatif** kepada orang dengan kelebihan berat badan.

**Pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan** menunjukkan masih terbatas pada penyebab. Selain itu, persepsi tentang berat badan yang normal masih sebatas pengamatan. Peran perawat sebagai **edukator** sangat diperlukan untuk memberikan **pendidikan kesehatan** dengan strategi dan pendekatan yang sesuai karakteristik masyarakat.

Keluarga membutuhkan **dukungan** dari berbagai pihak untuk menjalankan program penurunan berat badan. Sesama **keluarga, tetangga dan komponen masyarakat** merupakan sistem dukungan yang dapat digunakan oleh perawat dalam memantau kondisi kelebihan berat badan.

Penelitian menunjukkan **upaya keluarga dalam mengelola nutrisi** masih sebatas pengurangan porsi makan tetapi belum sesuai pedoman yang sudah dibuat oleh Kemenkes RI, mengatur frekuensi makan, menyediakan makanan di rumah, cara memasak dan memilih menu yang sesuai untuk mengurangi kelebihan berat badan. Berdasarkan temuan tersebut, pelayanan kesehatan khususnya keperawatan dapat menggunakan **tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan** lain misalnya ahli gizi untuk mensosialisasikan porsi

makan sesuai kebutuhan berdasarkan usia baik pada tatanan keluarga, masyarakat maupun setting khusus seperti sekolah.

Penelitian juga menunjukkan **kebiasaan menimbang berat badan** pada keluarga masih belum sesuai untuk semua tingkat usia perkembangan orang dengan kelebihan berat badan. Masyarakat belum maksimal dalam melakukan penimbangan pada usia anak sekolah hingga lanjut usia. Hal ini dapat mengakibatkan kesadaran keluarga akan upaya pencegahan kelebihan berat badan tidak maksimal disebabkan ketidaktahuan keluarga akan kondisi status gizi saat ini. Selain itu, perawat sebagai **pelaksana dapat secara aktif bersama kader di masyarakat** memantau kondisi status gizi masyarakat secara berkala. Sedangkan **di sekolah**, perawat dapat melakukan **pemantauan status gizi bekerja sama dengan tim UKS, dokter kecil (pada tatanan SD) dan KKR (Kader Kesehatan Remaja) pada tatanan sekolah menengah**.

Metode menurunkan berat badan menunjukkan pengetahuan partisipan yang masih kurang terkait keberhasilan usaha menurunkan berat badan mengakibatkan mayoritas partisipan kembali ke kebiasaan sebelumnya. Perawat dapat melakukan peran sebagai perawat pelaksana dengan memberikan tindakan keperawatan mandiri dalam **bentuk edukasi** tentang **metode menurunkan berat badan**. Perawat dapat melakukan peran sebagai **manajer kasus** dengan melakukan kolaborasi bersama tim kesehatan lain untuk menangani kasus kelebihan berat badan.

Hambatan dalam pengelolaan nutrisi bagi orang dengan kelebihan berat badan merupakan hasil penelitian berikutnya. Kesibukan, rasa malas, faktor personal keluarga, kesulitan makan buah dan sayur serta kesulitan mengontrol nafsu makan, porsi makan dan waktu makan merupakan kesulitan-kesulitan yang dihadapi partisipan. Dukungan dari sistem yang lebih luas dalam menyediakan nutrisi yang sesuai untuk

penurunan berat badan dalam **bentuk kantin sehat atau catering** dibutuhkan bagi para pelaku rawat yang sibuk. Selain itu, perawat dapat melakukan **promosi kesehatan** dengan metode yang variatif untuk meningkatkan motivasi memasak, makan buah dan sayur, menurunkan frekuensi jajan makanan penyebab kelebihan berat badan.

Harapan terhadap kondisi badan yang sehat merupakan hasil penelitian selanjutnya. Keinginan memperoleh berat badan ideal serta terhindar dari penyakit komplikasi diungkapkan partisipan. Untuk mencapai harapan itu, perawat perlu melakukan tindakan pencegahan sekunder dan tersier dalam **bentuk monitoring IMT**, dan tindakan mandiri untuk menurunkan berat badan sesuai kewenangan dan kompetensi, serta **tindakan kolaborasi** sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Pelaku rawat memaknai peran sebagai pengelola nutrisi dengan dua hal yaitu frustrasi dan puas. Pelaku rawat yang merawat belum terlalu lama dan kondisi badannya kurang sehat/ gemuk cenderung mengalami rasa frustrasi. Untuk mengatasi agar tidak terjadi masalah psikologi lebih lanjut, diperlukan dukungan untuk meningkatkan **penerimaan diri dan strategi coping pelaku rawat**.

Pelaku rawat dengan berat badan normal dan sudah cukup lama merawat keluarga gemuk cenderung puas dengan peran yang dilakukannya. Meskipun begitu, kepuasan tersebut merupakan persepsi negatif karena pada dasarnya keluarga masih mengalami kelebihan berat badan. Oleh karena itu, diperlukan **edukasi kesehatan** tentang pencegahan dan penanganan kelebihan berat badan untuk semua level usia secara berkesinambungan. Untuk usia bayi dan balita dapat terintegrasi dengan program KIA, usia anak sekolah hingga remaja dapat diintegrasikan dengan UKS, untuk usia dewasa dapat diintegrasikan dengan UKK atau posbindu PTM dan untuk lansia dapat terintegrasi dengan posbindu.

### **.3.2. Implikasi bagi pendidikan keperawatan**

Tema-tema yang dihasilkan dalam penelitian ini dapat dijadikan bahan tambahan pengetahuan bagi perawat komunitas dalam merancang program pencegahan sesuai dengan level upaya pencegahan melalui promosi kesehatan.

khususnya asuhan keperawatan pada populasi rentan dengan pendekatan asuhan keperawatan keluarga. Kajian tentang obesitas ke dalam konsep penyakit kronis pada populasi rentan dapat diperdalam. Intervensi-intervensi yang sesuai dengan level upaya pencegahan dapat ditambahkan sesuai dengan level kewenangan perawat komunitas baik generalis maupun spesialis.

### **5.3.3. Implikasi bagi penelitian selanjutnya**

Partisipan dalam penelitian ini adalah pelaku rawat yang bertugas memberikan nutrisi. Mayoritas partisipan yang ditemukan adalah ibu rumah tangga dan hanya dua yang bekerja. Oleh karena itu, kesulitan-kesulitan tentang mengelola nutrisi termasuk pembelian makanan di luar, kesulitan mendelegasikan tugas mengelola nutrisi kepada asisten rumah tangga belum tergambarkan dengan baik. Diharapkan partisipan dalam penelitian selanjutnya memperhatikan karakteristik tersebut agar tergambar hasil yang lebih bervariasi.

Selain itu, partisipan sebagai pelaku rawat tidak semuanya memiliki IMT yang normal. Sehingga beberapa data yang dipersepsikan tidak murni dipersepsikan karena partisipan mengalami kondisi tersebut secara langsung. Oleh karena itu, diperlukann penelitian lanjutan dengan topik yang sama pada partisipan yang memiliki IMT normal tetapi merawat keluarga yang mengalami kelebihan berat badan.

Selain hal yang dipaparkan diatas, klarifikasi data melalui triangulasi sumber data dapat menjadi bahan penelitian selanjutnya tentang topik yang sama. Asisten serta tempat membeli makanan jadi dapat menjadi partisipan yang mendukung untuk menggambarkan pengalaman mengelola nutrisi baik oleh ibu sendiri maupun oleh pihak lain.

### **5.3.3. Implikasi bagi masyarakat**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa salah satu yang mendukung dalam pengelolaan nutrisi pada tingkat sekolah adalah guru. Anak lebih tertarik dan menurut diberikan nasihat oleh guru dibanding oleh orang tuanya. Oleh sebab itu promosi kesehatan di sekolah sebaiknya melibatkan guru yang sudah dilatih sebelumnya.

Hasil penelitian juga menunjukkan kekhawatiran orang tua akan berbagai jajanan yang tinggi gula dan tidak aman yang di jajakan di lingkungan sekolah. Oleh karena itu, pihak sekolah perlu membuat kantin sehat dan bekal sehat .

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini menjelaskan simpulan dan saran yang menggambarkan hasil penelitian dan saran berdasarkan masalah penelitian yang muncul. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran pengalaman keluarga dalam mengelola nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan.

#### **6.1. Simpulan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga dapat mengalami dua respon dalam menghadapi keluarga dengan kelebihan berat badan. Respon yang pertama adalah dampak fisik dan psikologis yang dipersepsikan keluarga. Menurut penelitian sebelumnya, dampak ini disebabkan oleh adaptasi anatomi fisiologi tubuh serta reaksi terhadap tanggapan dari lingkungan. Respon yang kedua adalah pengetahuan tentang kelebihan berat badan meliputi penyebab dan standar berat badan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan hal yang penting dimiliki keluarga agar dapat memberikan nutrisi sesuai kebutuhan.

Hasil penelitian berikutnya adalah sumber dukungan dalam mengelola kelebihan berat badan. Dukungan diperoleh baik dari keluarga maupun lingkungan masyarakat. Upaya pengelolaan nutrisi termasuk mengatur porsi makan untuk kelebihan berat badan, cara menyediakan makanan di rumah, cara memasak untuk keluarga gemuk dan kebiasaan menimbang. Upaya menurunkan berat badan dalam penelitian ini dapat dalam bentuk terapi obat, membatasi makanan tertentu dan olahraga.

Hasil penelitian mengidentifikasi hambatan yang dirasakan partisipan. Hambatan tersebut antara lain: alasan tidak memasak, pola makan minum tidak sehat, pengaruh orang terdekat untuk makan, menyukai sayur buah tertentu, keterbatasan kontrol nafsu dan waktu makan serta kesediaan makanan beku. Harapan keluarga yaitu mencapai kondisi normal terdiri dari berat badan ideal, mengontrol makanan dan terhindar dari penyakit penyerta.

Berbagai tema yang dihasilkan mendukung terhadap disimpulkannya tema terakhir yaitu makna pengalaman keluarga. Makna yang diperoleh dalam penelitian ini adalah frustrasi karena tidak berhasil dengan segala upaya yang dilakukan dan puas karena berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi.

## **6.2. Saran**

### **6.2.1. Bagi Pemegang Kebijakan**

Kondisi gizi lebih cenderung dirasakan oleh masyarakat bukan suatu penyakit yang berbahaya sehingga tingkat pengetahuan dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan untuk deteksi dini dan skrining cenderung rendah. Para pemegang kebijakan diharapkan dapat menyelesaikan permasalahan tentang gizi lebih melalui pendekatan upaya promotif dan preventif. Upaya ini dapat diterapkan baik pada tatanan individu, keluarga, masyarakat maupun setting sekolah.

Pendidikan kesehatan pada tatanan individu dapat dilaksanakan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan lain seperti di klinik, rumah sakit dan posyandu PTM. Oleh karena itu, pemerintah harus melatih tenaga kesehatan pada tatanan tersebut agar mampu mengedukasi warga tentang bahaya kelebihan berat badan. Selain pelatihan, pemerintah juga harus menyediakan media interaktif yang menarik baik cetak maupun elektronik agar edukasi yang disampaikan tepat sasaran. Promosi kesehatan dapat memanfaatkan teknologi informasi baik internet dalam hal ini website yang dimiliki wilayah, video, *game* maupun bentuk teknologi lain yang banyak diakses masyarakat.

Pemerintah perlu menyediakan regulasi khusus tentang restoran atau warung makan agar makanan yang disediakan atau dijual dapat mendukung program penurunan berat badan. Selain itu, pendampingan dan pemantauan penjual makanan secara berkala dapat dilakukan sebagai salah satu bentuk pencegahan peningkatan prevalensi obesitas.

Kebijakan pencegahan dan penanganan gizi lebih harus dibuat pada tatanan sekolah dengan melibatkan tim pembina UKS. Pendidikan kesehatan tentang gizi lebih diharapkan dimasukkan kepada mata pelajaran yang berhubungan serta merupakan bagian yang harus dikuasai oleh siswa.

### **6.2.2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan**

Upaya peningkatan cakupan dan jangkauan pelayanan kesehatan berdasarkan hasil penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:

- 6.2.2.1. Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelaksanaan program pendidikan kesehatan untuk pencegahan dan penanganan gizi lebih. Kedalaman materi promosi kesehatan perlu ditingkatkan mencakup konsep dasar kelebihan berat badan, pedoman mengukur status gizi secara sederhana di rumah, akibat lanjut atau komplikasi yang dapat timbul akibat kelebihan berat badan, jenis dan porsi makanan untuk mencegah dan menangani kelebihan berat badan berdasarkan usia, serta metode untuk menurunkan berat badan berdasarkan kategori kelebihan berat badan.
- 6.2.2.2. Meningkatkan kemampuan petugas kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan melalui pelatihan tentang metode promosi kesehatan yang interaktif dan topik kelebihan berat badan
- 6.2.2.3. Melaksanakan program pendidikan kesehatan menggunakan azas keterpaduan lintas program dan lintas sektor pada tatanan pelayanan primer. Azas keterpaduan lintas program dapat dilakukan dengan mengintegrasikan pesan-pesan pencegahan kelebihan berat badan pada pelaksanaan program lain misalnya program pelayanan KIA, Pengobatan, program PTM, UKS, UKK dan sebagainya. Sedangkan keterpaduan lintas sektor dapat dilaksanakan dengan menjalin kerjasama dengan sektor lain misalnya perusahaan dan sekolah.
- 6.2.2.4. Meningkatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi dampak psikologis serta mengaktifkan dukungan bagi keluarga dengan kelebihan berat badan. Dukungan psikologis dalam bentuk terapi

baik individu maupun keluarga sangat diperlukan untuk mengurangi efek psikologis akibat stigma negatif terhadap kelebihan berat badan. Oleh karena itu, terapi psikologis dalam bentuk *cognitive behaviour therapy (CBT)*, psikoedukasi, terapi penerimaan diri dapat diberikan kepada keluarga dan individu dengan kelebihan berat badan.

- 6.2.2.5. Pelatihan petugas kesehatan di lapangan untuk menangani masalah psikologis dan bekerja sama dengan institusi pendidikan keperawatan yang memiliki ahli keperawatan jiwa untuk meningkatkan cakupan pelayanan pada keluarga dan individu yang mengalami masalah psikologis akibat kelebihan berat badan.
- 6.2.2.6. Meningkatkan dukungan sosial kepada keluarga dan individu dengan kelebihan berat badan melalui proses kelompok baik dengan pembentukan *support group* maupun *self help group*.
- 6.2.2.7. Pelatihan petugas kesehatan di lapangan untuk meningkatkan kemampuan tindakan proses kelompok.
- 6.2.2.8. Meningkatkan pelayanan dalam bentuk skrining IMT dan deteksi dini komplikasi akibat kelebihan berat badan yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan lain baik di tatanan pelayanan primer maupun rumah sakit.
- 6.2.2.9. Meningkatkan kerja sama lintas sektor dengan Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) atau lembaga sejenis yang mengawasi kualitas makanan di restoran atau warung makan. Kerja sama ini diharapkan dapat dilakukan dalam bentuk edukasi tentang gizi untuk mencegah kelebihan berat badan serta monitoring kualitas makanan mencakup porsi penyediaan makanan.

### **6.2.3. Bagi Pengembangan Keilmuan Keperawatan Komunitas**

- 6.2.3.1. Perlu membuat acuan asuhan keperawatan komunitas dan keluarga untuk populasi rentan khususnya pada keluarga dengan kelebihan berat badan.

- 6.2.3.2. Perlu meningkatkan kemampuan untuk melakukan peran sebagai manajer kasus untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan pengelolaan nutrisi keluarga
- 6.2.3.3. Perlu mengadakan pelatihan-pelatihan tentang terapi komunitas seperti psikoedukasi khususnya tentang pengelolaan nutrisi untuk mencegah kelebihan berat badan.

#### **6.2.4. Bagi Penelitian Selanjutnya**

- 6.2.4.1. Bagi para peneliti kualitatif selanjutnya diperlukan latihan wawancara dengan didampingi oleh pembimbing atau orang lain yang memiliki pengalaman dalam melakukan wawancara mendalam.
- 6.2.4.2. Bagi peneliti kualitatif selanjutnya perlu diperhatikan tempat dan setting wawancara untuk meminimalkan distraksi yang akan diperoleh selama proses berlangsung.
- 6.2.4.3. Penelitian dengan topik yang sama perlu meningkatkan jumlah partisipan serta dilakukan triangulasi sumber data untuk memperkaya data yang diperoleh.
- 6.2.4.4. Penelitian kuantitatif tentang hubungan pengetahuan pelaku rawat dalam menyediakan makanan dengan kejadian kelebihan berat badan; faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan keluarga dalam mengelola nutrisi untuk mengontrol berat badan; serta penelitian kuantitatif dengan metode eksperimen seperti pengaruh *self hypnosis*, *couching*, konseling, psikoedukasi terhadap kebiasaan mengelola nutrisi untuk keluarga dengan kelebihan berat badan.
- 6.2.4.5. Penelitian kualitatif lain baik *grounded theory* maupun etnografi tentang kebiasaan mengelola nutrisi dapat dilakukan mengingat luasnya topik tersebut dan kaitannya dengan budaya partisipan.
- 6.2.4.6. Penelitian kualitatif dengan topik yang sama tetapi karakteristik partisipan berbeda dari segi pekerjaan dan status nutrisi.

Diharapkan partisipan sebagai pelaku rawat dalam penelitian berikutnya memiliki IMT normal.

6.2.4.7. Diharapkan pada peneliti selanjutnya yang akan meneliti dengan desain kualitatif untuk memperhatikan usia partisipan.

### **6.2.5. Bagi Masyarakat**

Masyarakat dalam hal ini keluarga yang memiliki faktor resiko dengan kelebihan berat badan diharapkan aktif mencari informasi seputar kelebihan berat badan dan akibat yang akan ditimbulkan, penanganan kelebihan berat badan sesuai dengan derajat obesitas, porsi makan yang benar sesuai usia kepada petugas kesehatan. Sekolah dapat meningkatkan perilaku pencegahan kelebihan berat badan melalui program edukasi kepada siswa tentang zat gizi dan porsi yang sesuai, pendidikan kesehatan kepada orang tua tentang porsi yang dibutuhkan anak sesuai usia, bekal sehat untuk anak dan ketersediaan kantin sehat.

Pendidikan kesehatan di sekolah dapat melibatkan Kader Kesehatan Remaja (KKR) dan Dokter Kecil (Dokcil). Pelatihan kepada KKR dan Dokcil tentang gizi lebih dapat diberikan agar program peer edukasi dapat dilaksanakan. Guru UKS dapat melakukan monitoring pendidikan kesehatan sebaya, monitoring perilaku siswa dan secara berkala melakukan skrining IMT siswa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, R., Rachmawati, I.N., (2014). *Metodologi penelitian kualitatif dalam riset keperawatan*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.
- Akhmadi. (2009). Pengalaman keluarga Merawat Anak Usia Sekolah dengan Obesitas yang Bersekolah di Sekolah Dasar Kota Yogyakarta: Studi fenomenologi. diunduh dari [lib.ui.ac.id/file?file=digital/2016-10/124138-Akhmadi.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/2016-10/124138-Akhmadi.pdf)
- Allender, J.A., Rector, C & Warner, K.D (2010). *Community health nursing: Promoting and protecting the public health, 7<sup>th</sup> edition*. Philadelphia: Lippincot.
- Alexander, N. B., Taffet, G. E., Horne, F. M., Eldadah, B. A., Ferrucci, L., Nayfield, S., & Studenski, S. (2010). Bedside-to-Bench Conference: Research Agenda for Idiopathic Fatigue and Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(5), 967-975.
- Álvarez-García, D., García, T., & Núñez, J. C. (2015). Predictors of school bullying perpetration in adolescence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 126-136. Desember, 8 2016. <http://remote-lib.ui.ac.id:2057/science/article/pii/S1359178915000695>.
- Appelhans, B. M., French, S. A., Pagoto, S. L., & Sherwood, N. E. (2016). Managing temptation in obesity treatment: a neurobehavioral model of intervention strategies. *Appetite*, 96, 268-279.
- Astuti, E. D., Prasetyowati, I., Ariyanto, Y., Epidemiologi, B., & Masyarakat, F. K. (2016). Gambaran Proses Kegiatan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular di Puskesmas Sempu Kabupaten Banyuwangi ( The Description of Activity Process for the Integrated Development Post of Non-Communicable Disease ( IDP of NCD ) at Sempu Public Health Centr. *Pustaka Kesehatan*, 4(1), 160–167.
- Aggarwal, T., Bhatia, R.C., Singh, D., Sobti, P.C., (2008). Prevalence of obesity and overweight in affluent adolescent from Ludhiana, Punjab. *Indian Pediatr.* 45: 500-502.
- Alisi, A., Manco, M., Devito, R., and Nobili, V. (2010). Fatty Liver Disease McCrindle, B.W., (2010). Pathogenesis and Management of Dyslipidemia in Obese Children , in *Pediatric Obesity Etiology, Pathogenesis, and Treatment* (Freemark, M., Ed.). Springer: New York.
- Amiri, P., Ghofranipour, F., Ahmadi, F., Hosseinpanah, F., Montazeri, A., Jalali-farahani, S., & Rastegarpour, A. (2011). Barriers to a healthy lifestyle among obese adolescents: A qualitative study from iran. *International*

- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2014). Health consequences of obesity in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5(3), 63–67. <http://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.01.004>
- Appelhans, B. M., French, S. A., Pagoto, S. L., & Sherwood, N. E. (2016). Managing temptation in obesity treatment: A neurobehavioral model of intervention strategies. *Appetite*, 96, 268–279. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.035>
- Asp, M., Simonsson, B., Larm, P., & Molarius, A. (2017). Physical mobility, physical activity, and obesity among elderly: findings from a large population-based Swedish survey. *Public Health*, 147, 84–91. <http://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.01.032>
- Attard, S. M., Herring, A. H., Howard, A. G., & Gordon-Larsen, P. (2013). Longitudinal trajectories of BMI and cardiovascular disease risk: The national longitudinal study of adolescent health. *Obesity*, 21(11), 2180–2188. <http://doi.org/10.1002/oby.20569>
- Avery, A., Pallister, C., Allan, J., Stubbs, J., & Lavin, J. (2012). An initial evaluation of a family-based approach to weight management in adolescents attending a community weight management group. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 25(5), 469–476. <http://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01277.x>
- Ab Ghani, S. N., Ainuddin, H. A., & Dahlan, A. (2016). Quality of Life Amongst Family Caregivers of Older Persons with Terminal Illnesses. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 234, 135-143.
- Akinrinlola, O. A. (2012). *Beliefs and attitudes to obesity, its risk factors and consequences in a Xhosa community: a qualitative study* (Doctoral dissertation, Stellenbosch: Stellenbosch University).
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2014). Health consequences of obesity in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5(3), 63-67.
- Arrigg, A. E. (2014). *The relationship between perseverance and finding meaning through caregiving in caregivers of spouses with dementia* (Order No. 3643890). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1622904304). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1622904304?accountid=17242>
- Amini, M., Djazayery, A., Majdzadeh, R., Taghdisi, M. H., Sadrzadeh-Yeganeh, H., & Eslami-Amirabadi, M. (2014). Children with obesity prioritize social support against stigma: a qualitative study for development of an obesity prevention intervention. *International journal of preventive medicine*, 5(8), 960.

- Anderson, E.T. & McFarlane, J.(2006). *Buku Ajar keperawatan Komunitas: Teori dan praktek (edisi 3)*.Jakarta:EGC.
- Andersen, L. G., Holst, C., Michaelsen, K. F., Baker, J. L., & Sørensen, T. I. (2012). Weight and weight gain during early infancy predict childhood obesity: a case-cohort study. *International journal of obesity*, 36(10), 1306.
- Asp, M., Simonsson, B., Larm, P., & Molarius, A. (2017). Physical mobility, physical activity, and obesity among elderly: findings from a large population-based Swedish survey. *Public Health*, 147, 84-91.
- Atkinson, L., French, D. P., Ménage, D., & Olander, E. K. (2016). Midwives' experiences of referring obese women to either a community or home-based antenatal weight management service: Implications for service providers and midwifery practice. *Midwifery*.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. (2008). Riset Kesehatan Dasar tahun 2007. Jakarta: Depkes RI.
- \_\_\_\_\_. (2013). Riset Kesehatan Dasar tahun 2013. Jakarta: Depkes RI.
- Bastianello, J., Epkey, M., & McMullin, K. (2012). The Nature of Social Support: Self-Efficacy in Overweight and Obese Adolescents.
- Barat, P., Meiffred, M. C., Brossaud, J., Fuchs, D., Corcuff, J. B., Thibault, H., & Capuron, L. (2016). Inflammatory, endocrine and metabolic correlates of fatigue in obese children. *Psychoneuroendocrinology*, 74, 158-163.
- Barja Yáñez, S., Arnaiz Gómez, P., Villarroel Del Pino, L., Domínguez de Landa, A., Castillo Valenzuela, O., Fariás Jotré, M., ... Salesa Barja, D. (2015). Dislipidemias en escolares chilenos: prevalencia y factores asociados. *Nutrición Hospitalaria Nutr Hosp*, 31(5), 2079–2087. <http://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8672>
- Bastianello, J., Epkey, M., & McMullin, K. (2012). The Nature of Social Support: Self-Efficacy in Overweight and Obese Adolescents. diunduh dari [http://scholarworks.gvsu.edu/ot\\_mental\\_health/1/](http://scholarworks.gvsu.edu/ot_mental_health/1/)
- Basuki, G., & Hartati, S. (2013). The meaning of obesity, 1–8. diunduh dari <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=280572&val=4725&title=MAKNA%20OBESITAS>
- Bisogni, C. A., Jastran, M., Seligson, M., & Thompson, A. (2012). How people interpret healthy eating: contributions of qualitative research. *Journal of nutrition education and behavior*, 44(4), 282-301.

- Bolton, K. A., Kremer, P., Gibbs, L., Swinburn, B., Waters, E., & de Silva, A. (2016). Expanding a successful community-based obesity prevention approach into new communities: Challenges and achievements. *Obesity Research & Clinical Practice*, *10*(2), 197–206. <http://doi.org/10.1016/j.orcp.2015.05.017>
- Bookhout, M. K. (2015). *The role of peer victimization in the relations between obesity, negative body cognitions, and negative psychosocial outcomes*. University of Delaware.
- Böttcher, Y., & Kovacs, P. (2015). Genetics of obesity in childhood and adolescence. *Metabolic Syndrome and Obesity in Childhood and Adolescence*, *19*, 31-39.
- Boutelle, K. N., Braden, A., Douglas, J. M., Rhee, K. E., Strong, D., Rock, C. L., ... Crow, S. (2015). Design of the FRESH study: A randomized controlled trial of a parent-only and parent–child family-based treatment for childhood obesity. *Contemporary Clinical Trials*, *45*, 364–370. <http://doi.org/10.1016/j.cct.2015.09.007>
- Brian, R. L. (2011). The Experiences of Living with Excess Weight as an Adolescent: Everyday Life and Healthcare Encounters. Retrieved from [http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc\\_num=kent1300370920](http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=kent1300370920)
- Cameron, J. D., Sigal, R. J., Kenny, G. P., Alberga, A. S., Prud'homme, D., Phillips, P., ... & Goldfield, G. (2016). Body composition and energy intake—skeletal muscle mass is the strongest predictor of food intake in obese adolescents: the HEARTY Trial. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, *41*(6), 611-617.
- Carrard, I., & Kruseman, M. (2016). Qualitative analysis of the role of self-weighting as a strategy of weight control for weight-loss maintainers in comparison with a normal, stable weight group. *Appetite*, *105*, 604–610. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.035>
- Centers for Disease Control and Prevention MMWR, (2011). *School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity*, Recommendations and Reports / Vol. 60 / No. 5. September 16.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Parent Engagement: Strategies for Involving Parents in School Health*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- Chaput, J. P., Klingenberg, L., Astrup, A., & Sjödén, A. M. (2011). Modern sedentary activities promote overconsumption of food in our current obesogenic environment. *Obesity Reviews*, *12*(5).
- Cintosun, U. (2014). Comment on “the impacts of sarcopenia and obesity on

physical performance in the elderly.” *Obesity Research and Clinical Practice*, 8(6), e622–e623. <http://doi.org/10.1016/j.orcp.2014.11.005>

Costigan, S. A., Barnett, L., Plotnikoff, R. C., & Lubans, D. R. (2013). The health indicators associated with screen-based sedentary behavior among adolescent girls: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 382–392.

Cullen, A. J., Barnett, A., Komesaroff, P. A., Brown, W., O'Brien, K. S., Hall, W., & Carter, A. (2017). A qualitative study of overweight and obese Australians' views of food addiction. *Appetite*.

Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Dalle Molle, R., Fatemi, H., Dagher, A., Levitan, R. D., Silveira, P. P., & Dubé, L. (2017). Gene and environment interaction: Is the differential susceptibility hypothesis relevant for obesity? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 326–339. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.028>

de Oliveira, E. P., Mourao Diegoli, A. C., Corrente, J. E., Portero McLellan, K. C., & Burini, R. C. (2015). The increase of dairy intake is the main dietary factor associated with reduction of body weight in overweight adults after lifestyle change program. *Nutricion Hospitalaria*, 32(3), 1042–1049. <http://doi.org/10.3305/nh.2015.32.3.9345>

Departemen Kesehatan RI. (25 Oktober 2015). Perkembangan dan tantangan implementasi JKN. diunduh dari <http://www.depkes.go.id/article/print/16102600001/-perkembangan-dan-tantangan-implementasi-jkn.html>

Dhaliwal, J., Perez, A. J., Holt, N. L., Gokiart, R., Chanoine, J. P., Morrison, K. M., ... & Ball, G. D. (2016). Why do parents discontinue health services for managing paediatric obesity? A multi-centre, qualitative study. *Obesity Research & Clinical Practice*.

Dill, A., Heinzmann-filho, J. P., Borges, R., Severo, J., Taís, C., & Bueno, L. (2016). Effects of obesity on lung volume and capacity in children and adolescents: a systematic review. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*, 34(4), 510–517. <http://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.013>

Dinas Kesehatan Kota Depok. (2016). Profil Kesehatan Kota Depok 2015. diunduh dari [http://dinkes.depok.go.id/?page\\_id=23](http://dinkes.depok.go.id/?page_id=23)

Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. (2012). Pedoman pencegahan dan penanggulangan kelebihan berat badan dan obesitas pada anak sekolah. Jakarta: Kemenkes RI.

- Dobbs R, Sawers C, Thompson F, Manyika J, Woetzel J, Child P, McKenna S, Spatharou A. (2014). Overcoming Obesity: An Initial Economic Analysis. *The McKinsey Global Institute (MGI)*.
- Drutchas, A. L. E. X. I. S., & Anandarajah, G. O. W. R. I. (2014). Spirituality and coping with chronic disease in pediatrics. *RI Med J*, 97(3), 26-30.
- Duggleby, W., Holtslander, L., Kylma, J., Duncan, V., Hammond, C., & Williams, A. (2010). Metasynthesis of the hope experience of family caregivers of persons with chronic illness. *Qualitative Health Research*, 20(2), 148-158.
- Eli, K., Howell, K., Fisher, P. A., & Nowicka, P. (2014). "A little on the heavy side": a qualitative analysis of parents' and grandparents' perceptions of preschoolers' body weights. *BMJ open*, 4(12), e006609.
- Elizondo-Montemayor, L., Hernández-Escobar, C., Lara-Torre, E., Nieblas, B., & Gómez-Carmona, M. (2017). Gynecologic and obstetric consequences of obesity in adolescent girls. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 30(2), 156-168.
- Ervin (2002). *Advanced Community Health Nursing Practice Population-Focused Care*, New Jersey: Prentice Hall.
- Farahmand, M., Amiri, P., Ramezani Tehrani, F., Momenan, A. A., Mirmiran, P., & Azizi, F. (2015). What are the main barriers to healthy eating among families? A qualitative exploration of perceptions and experiences of Tehranian men. *Appetite*, 89, 291–297. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.025>.
- Fernandez, J. R., Klimentidis, Y. C., Dulin-Keita, A., & Casazza, K. (2012). Genetic influences in childhood obesity: recent progress and recommendations for experimental designs. *International Journal of Obesity*, 36(4), 479.
- Forhan, M. a, Law, M. C., Vrkljan, B. H., & Taylor, V. H. (2010). The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 77(4), 210–218. <http://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.4.3>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American psychologist*, 55(6), 647.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktik. *Jakarta: EGC*, 5-6.
- Furler, J., Rudock, G., Manski-Nankervis, J. A., Blackberry, I., & Kennedy, M. (2016). Identifying Risk for Diabetes in Adolescence (IRDA): A pilot study in general practice. *Australian family physician*, 45(8), 582.

- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291–295. <http://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>
- Gillespie, J., Midmore, C., Hoeflich, J., Ness, C., Ballard, P., & Stewart, L. (2015). Parents as the start of the solution: A social marketing approach to understanding triggers and barriers to entering a childhood weight management service. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28(s1), 83–92. <http://doi.org/10.1111/jhn.12237>
- Greaney, M. L., Hardwick, C. K., Spadano-Gasbarro, J. L., Mezgebu, S., Horan, C. M., Schlotterbeck, S., ... Peterson, K. E. (2014). Implementing a Multicomponent School-Based Obesity Prevention Intervention: A Qualitative Study. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(6), 576–582. <http://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.04.293>.
- Green, K. (2012). 10 must-dos for successful breastfeeding support groups. *Breastfeeding Medicine*, 7(5), 346-347.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British dental journal*, 204(6), 291-295
- Griffiths, L. J., Dezateux, C., & Hill, A. (2011). Is obesity associated with emotional and behavioural problems in children? Findings from the Millennium Cohort Study. *Pediatric Obesity*, 6(2Part2).
- Haddad, L., et al. (2015). The global nutrition report 2014: actions and accountability to accelerate the world's progress on nutrition. *The Journal of nutrition*, 145(4), 663-671. December, 18 2016. <http://jn.nutrition.org/content/145/4/663.short>.
- Hadi, H. (2016). Gizi lebih sebagai tantangan baru dan implikasinya terhadap kebijakan pembangunan kesehatan nasional. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia (The Indonesian Journal of Clinical Nutrition)*, 1(2), 47–53.
- Hammond, R. A., & Levine, R. (2010). The economic impact of obesity in the United States. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 3, 285–295. <http://doi.org/10.2147/DMSOTT.S7384>
- Haristia, W. (2012). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Obesitas Pada Siswa SMP Di Kota Depok. *Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*.
- Hariyadi, D., Damanik, M. R., & Ekayanti, I. (2010). Analisis Hubungan Penerapan Pesan Gizi Seimbang Keluarga dan Perilaku Keluarga Sadar Gizi

dengan Status Gizi Balita di Propinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 5(1), 61-68.

Heidari, B., Hajian-Tilaki, K., & Babaei, M. (2016). Determinants of pain in patients with symptomatic knee osteoarthritis. *Caspian journal of internal medicine*, 7(3), 153.

Hermengildo, Y., López-García, E., García-Esquinas, E., Pérez-Tasigchana, R. F., Rodríguez-Artalejo, F., & Guallar-Castillón, P. (2016). Distribution of energy intake throughout the day and weight gain: a population-based cohort study in Spain. *British Journal of Nutrition*, 115(11), 2003-2010.

Hindle, L., & Carpenter, C. (2011). An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(4), 342–350. <http://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2011.01156.x>

Hitchcock JE, Schubert PE, Thomas SA (2003). *Community health nursing: Caring in action*. New York: Thomson learning Inc.

Hockenberry, M.J & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. St. Louis: Mosby Inc.

Hunley, T. E., Ma, L. J., & Kon, V. (2010). Scope and mechanisms of obesity-related renal disease. *Current opinion in nephrology and hypertension*, 19(3), 227.

Indonesia Health Sector Review. (2012). Indonesia menghadapi beban ganda malnutrisi. diunduh dari [www.mca-indonesia.go.id/.../Indonesia-Facing-up-to-the-Double-Burden-of-Malnutri...](http://www.mca-indonesia.go.id/.../Indonesia-Facing-up-to-the-Double-Burden-of-Malnutri...)

Jin, H., & Lu, Y. (2017). The relationship between obesity and socioeconomic status among Texas school children and its spatial variation. *Applied Geography*, 79, 143–152. <http://doi.org/10.1016/j.apgeog.2016.12.008>

Jorge, A. S. B., Andrade, J. M. O., Paraíso, A. F., Jorge, G. C. B., Silveira, C. M., de Souza, L. R., ... De-Paula, A. M. B. (2015). Body mass index and the visceral adipose tissue expression of IL-6 and TNF-alpha are associated with the morphological severity of non-alcoholic fatty liver disease in individuals with class III obesity. *Obesity Research and Clinical Practice*. <http://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.03.009>

Jornayvaz, F. R., Vollenweider, P., Bochud, M., Mooser, V., Waeber, G., & Marques-Vidal, P. (2016). Low birth weight leads to obesity, diabetes and increased leptin levels in adults: the CoLaus study. *Cardiovascular Diabetology*, 15(1), 73. <http://doi.org/10.1186/s12933-016-0389-2>

Kader, M., Sundblom, E., & Elinder, L. S. (2015). Effectiveness of universal

parental support interventions addressing children's dietary habits, physical activity and bodyweight: A systematic review. *Preventive Medicine*, 77, 52–67. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.05.005>

Kaakinen. (2010). *Family Health Care Nursing; Theory, practice and Research 4th Edition*. Philadelphia: F.A Davis Company.

Karatzis, K., Moschonis, G., Choupi, E., Manios, Y., & Healthy Growth Study Group. (2017). Late-night overeating is associated with smaller breakfast, breakfast skipping, and obesity in children: The Healthy Growth Study. *Nutrition*, 33, 141-144.

Kemkes RI. (2012). *Pedoman pencegahan dan penanggulangan kelebihan berat badan dan obesitas pada anak sekolah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

\_\_\_\_\_. (2012). *Petunjuk teknis pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (Posbindu PTM)*. Jakarta: Kemkes RI.

\_\_\_\_\_. (2014). *Profil kesehatan indonesia tahun 2014*. Jakarta: Kemkes RI.

\_\_\_\_\_. (2015). *Pedoman akselerasi UKS tahun 2016*. Jakarta: Kemkes RI.

Kesehatan, K. N. E. P., & Etik, I. D. K. K. N. (2007). *Pedoman nasional etik penelitian kesehatan: Suplemen V etik penelitian epidemiologi*.

Kiess, W., Wabitsch, M., & Sharma, A. M. (2015). *Metabolic Syndrome and Obesity in Childhood and Adolescence* (Vol. 19).

Kozier, et al. (2004). *Foundamentals of nursing concepts process, and practice*, New Jersey: Pearson Prentise Hall.

Kushner, R., Lawrence, V., & Kumar, S. (2013). *Practical manual of clinical obesity*. John Wiley & Sons.

Lamotte, C., Iliescu, C., Libersa, C., & Gottrand, F. (2011). Increased intima-media thickness of the carotid artery in childhood: a systematic review of observational studies. *European journal of pediatrics*, 170(6), 719-729.

Larsen, T. M., Dalskov, S. M., van Baak, M., Jebb, S. A., Papadaki, A., Pfeiffer, A. F., ... & Stender, S. (2010). Diets with high or low protein content and glycemic index for weight-loss maintenance. *New England Journal of Medicine*, 363(22), 2102-2113.

Leme, A. C. B., Lubans, D. R., Guerra, P. H., Dewar, D., Toassa, E. C., & Philippi, S. T. (2016). Preventing obesity among Brazilian adolescent girls: Six-month outcomes of the Healthy Habits, Healthy Girls-Brazil school-

- based randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 86, 77–83.  
<http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.01.020>
- Liang, P., Xi, L., Shi, J., Li, W., Zhao, S., Deng, Y., ... Hong, J. (2017). Prevalence of polycystic ovary syndrome in Chinese obese women of reproductive age with or without metabolic syndrome. *Fertility and Sterility*, 107(4), 1048–1054.  
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.12.029>
- Littleton, S. W., & Tulaimat, A. (2017). The effects of obesity on lung volumes and oxygenation. *Respiratory Medicine*, 124, 15-20.
- Mack, N., Woodsong, C., McQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2011). *Qualitative Research Methods: A data collector's field guide. Qualitative Research Methods: A data collector's field guide.*  
<http://doi.org/10.1108/eb020723>
- Madigan, C. D., Jolly, K., Lewis, A. L., Aveyard, P., & Daley, A. J. (2014). A randomised controlled trial of the effectiveness of self-weighing as a weight loss intervention. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 125.
- Malhotra, K., Herman, A. N., Wright, G., Bruton, Y., Fisher, J. O., & Whitaker, R. C. (2013). Perceived benefits and challenges for low-income mothers of having family meals with preschool-aged children: childhood memories matter. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(11), 1484-1493.
- Marlissa, E. W., Pandelaki, A. J., & Ratag, G. A. (2015). Perilaku Orang Tua dan Keluarga Terhadap Obesitas pada Anak Kelas 5 SD di SDN 70 Manado. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan tropik*, 3(4).
- Marseglia, L., Manti, S., D'Angelo, G., Cuppari, C., Salpietro, V., Filippelli, M., ... Arrigo, T. (2015). Obesity and breastfeeding: The strength of association. *Women and Birth*, 28(2), 81–86.  
<http://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.12.007>
- McCrindle, B. W. (2010). Assessment and management of hypertension in children and adolescents. *Nature Reviews Cardiology*, 7(3), 155-163.
- McGill Jr, H. C., McMahan, C. A., & Gidding, S. S. (2010). Childhood obesity, atherogenesis, and adult cardiovascular disease. In *Pediatric obesity* (pp. 265-278). Springer New York.
- Mehta, S. K. (2015). Waist circumference to height ratio in children and adolescents. *Clinical pediatrics*, 54(7), 652-658.
- Mistry, S. K., & Puthussery, S. (2015). Risk factors of overweight and obesity in

childhood and adolescence in South Asian countries: a systematic review of the evidence. *Public Health*, 129(3), 200-209

Monzavi, R., Dreimane, D., Geffner, M. E., Braun, S., Conrad, B., Klier, M., & Kaufman, F. R. (2006). Improvement in risk factors for metabolic syndrome and insulin resistance in overweight youth who are treated with lifestyle intervention. *Pediatrics*, 117(6), e1111-e1118.

Morton, K. L., Atkin, A. J., Corder, K., Suhrcke, M., & van Sluijs, E. M. F. (2016). The school environment and adolescent physical activity and sedentary behaviour: a mixed-studies systematic review. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 17(2), 142–58. <http://doi.org/10.1111/obr.12352>

Murphy, J., Chevalier, S., Gougeon, R., Goulet, É. D. B., & Morais, J. A. (2015). Effect of obesity and type 2 diabetes on protein anabolic response to insulin in elderly women. *Experimental Gerontology*, 69, 20–26. <http://doi.org/10.1016/j.exger.2015.06.008>

Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766–781. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)

Nies, M. A., & McEwen, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of populations*. Elsevier Health Sciences.

---

\_\_\_\_\_. (2015). *Community health nursing: promoting the health of populations*. Elsevier Health Sciences.

Noh, J.-W., Kim, Y., Park, J., Oh, I.-H., & Kwon, Y. D. (2014). Impact of parental socioeconomic status on childhood and adolescent overweight and underweight in Korea. *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 24(3), 221–9. <http://doi.org/10.2188/jea.JE20130056>

Oh, C., Jho, S., No, J.-K., & Kim, H.-S. (2015). Body composition changes were related to nutrient intakes in elderly men but elderly women had a higher prevalence of sarcopenic obesity in a population of Korean adults. *Nutrition Research (New York, N.Y.)*, 35(1), 1–6. <http://doi.org/10.1016/j.nutres.2014.07.018>

Quinlan, N. P., Hoy, M. B., & Costanzo, P. R. (2009). Sticks and Stones: The Effects of Teasing on Psychosocial Functioning in an Overweight Treatment-seeking Sample. *Social Development*, 18(4), 978-1001

- Pacanowski, C. R., Bertz, F., & Levitsky, D. A. (2014). Daily self-weighing to control body weight in adults: a critical review of the literature. *SAGE open*, 4(4), 2158244014556992.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. 2002. *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (2005). *Nursing research : Principles & Methods* (Ed 6). Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2012. December, 19 2016. [www.dinkes.jabarprov.go.id/.../CETAK\\_PROFIL\\_KESEHATAN\\_REVISI](http://www.dinkes.jabarprov.go.id/.../CETAK_PROFIL_KESEHATAN_REVISI)
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Pacanowski, C. R., Bertz, F., & Levitsky, D. A. (2014). Daily Self-Weighing to Control Body Weight in Adults. *SAGE Open*, 4(4), 215824401455699. <http://doi.org/10.1177/2158244014556992>
- Palm, A., Janson, C., & Lindberg, E. (2015). The impact of obesity and weight gain on development of sleep problems in a population-based sample. *Sleep Medicine*, 16(5), 593–597. <http://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.01.016>
- Parengkuan, R., Mayulu, N., & Ponidjan, T. (2013). Hubungan Pendapatan Keluarga Dengan Kejadian Obesitas Pada Anak Sekolah Dasar Dikota Manado. *Jurnal Keperawatan*. Retrieved from <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2227>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*, 136(2), 257.
- Pate, R. R., Flynn, J. I., & Dowda, M. (2016). Policies for promotion of physical activity and prevention of obesity in adolescence. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 14(2), 47–53. <http://doi.org/10.1016/j.jesf.2016.07.003>
- Perry, R. A., Daniels, L. A., Bell, L., & Magarey, A. M. (2016). Facilitators and Barriers to the Achievement of Healthy Lifestyle Goals: Qualitative Findings From Australian Parents Enrolled in the PEACH Child Weight Management Program. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(1), 43–52.e1. <http://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.018>
- Pitayatienanon, P., Butchon, R., Yothasamut, J., Aekplakorn, W., Teerawattananon, Y., Suksomboon, N., & Thavorncharoensap, M. (2014). Economic costs of obesity in Thailand: a retrospective cost-of-illness study. *BMC Health Services Research*, 14, 146. <http://doi.org/10.1186/1472-6963->

- Polit & Beck, P. (2010). *Essential of Nursing Research : methods, apraisal, and utilization (Sixth Edition ed)*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins
- Pryor, L., Brendgen, M., Boivin, M., Dubois, L., Japel, C., Falissard, B., ... & Côté, S. M. (2016). Overweight during childhood and internalizing symptoms in early adolescence: The mediating role of peer victimization and the desire to be thinner. *Journal of affective disorders*, 202, 203-209.
- Ra, G.-D., Angélica Gómez-Díaz, R., & Wachter-Rodarte, N. H. (2014). Temas de actualidad Obesidad infantil y dislipidemia Childhood obesity and dyslipidemia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 5252(1), 102–108.
- Ranjani, H., Pradeepa, R., Mehreen, T. S., Anjana, R. M., Anand, K., Garg, R., & Mohan, V. (2014). Determinants, consequences and prevention of childhood overweight and obesity: An Indian context. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 18(Suppl 1), S17.
- Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 264-272.
- Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., ... & Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *Bmj*, 330(7504), 1357.
- Rinkuniene, E., Laucevičius, A., Petrulioniene, Ž., Dženkevičiute, V., Kutkiene, S., Skujaite, A., & Kasiulevičius, V. (2015). The prevalence of dislipidemia and its relation to other risk factors: A nationwide survey of Lithuania. *Clinical Lipidology*, 10(3), 219–225. <http://doi.org/10.2217/clp.15.16>
- Roberts, B. (2014). *Starting the conversation: a phenomenological study exploring registered dietitian's lived experience counseling children living with obesity and their families* (Doctoral dissertation).
- Robertson, W., Murphy, M., & Johnson, R. (2016). Evidence base for the prevention and management of child obesity. *Paediatrics and Child Health*, 26(5), 212-218.
- Robinson, T. N., Matheson, D., Desai, M., Wilson, D. M., Weintraub, D. L., Haskell, W. L., ... Killen, J. D. (2013). Family, community and clinic collaboration to treat overweight and obese children: Stanford GOALS—A randomized controlled trial of a three-year, multi-component, multi-level, multi-setting intervention. *Contemporary Clinical Trials*, 36(2), 421–435. <http://doi.org/10.1016/j.cct.2013.09.001>

- Rogerson, D., Soltani, H., & Copeland, R. (2016). The weight-loss experience : a qualitative exploration. *BMC Public Health*, 1–13. <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3045-6>
- Romney, M. C., Thomson, E., & Kash, K. (2011). Population-based worksite obesity management interventions: A qualitative case study. *Population Health Management*, 14(3), 127–132. <http://doi.org/10.1089/pop.2010.0017>
- Ross, N., Yau, P. L., & Convit, A. (2015). Obesity, fitness, and brain integrity in adolescence. *Appetite*, 93, 44–50. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.033>
- Rudolph, A. M., Hoffman, J. I., & Rudolph, C. D. (2014). *Buku Ajar Pediatrik Rudolph (Vol. 2)*. Jakarta: ECG.
- Rylatt, L., & Cartwright, T. (2016). Parental feeding behaviour and motivations regarding pre-school age children: A thematic synthesis of qualitative studies. *Appetite*, 99, 285–297. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.017>.
- Sari, Dwi Nita. (2005) Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan jadian Obesitas menurut Persen Lemak Tubuh pada Remaja di SMA Cakra Buana dan SMK Prisma, Depok Jawa Barat. Skripsi. Tidak dipublikasikan. FKM UI.
- Sartika, R.A.D., (2011). Faktor resiko obesitas pada anak usia 5-15 tahun di Indonesia. *Makara Kesehatan*. 15 (1):37-43. October, 10 2016. <http://journal.ui.ac.id/health/article/download/796/758>.
- Safdie, M., Jennings-Aburto, N., Lévesque, L., Janssen, I., Campirano-Núñez, F., López-Olmedo, N., ... Rivera, J. A. (2013). Impact of a school-based intervention program on obesity risk factors in Mexican children. *Salud Publica de Mexico*, 55(SUPPL.3), S374–S387. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0086914>
- Saldana, J. (2009). An introduction to codes and coding. *The coding manual for qualitative researchers*, 1-31.
- Szajewska, H., & Ruszczyński, M. (2010). Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Critical reviews in food science and nutrition*, 50(2), 113-119.
- Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2015). The global burden of obesity and the challenges of prevention. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(Suppl. 2), 7-12.
- Senaratna, C. V., Perret, J. L., Lodge, C. J., Lowe, A. J., Campbell, B. E., Matheson, M. C., ... Dharmage, S. C. (2016). Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review. *Sleep Medicine*

Reviews, 1–12. <http://doi.org/10.1016/j.smr.2016.07.002>

- Shi, Y., De Groh, M., & Morrison, H. (2012). Increasing blood pressure and its associated factors in Canadian children and adolescents from the Canadian Health Measures Survey. *???*, *12*, 1. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-388>
- Shosha, G. (2012). Employment of Colaizzi's Strategy in Descriptive Phenomenology: a Reflection of a Researcher. *European Scientific Journal*, *8*(27), 31–43. <http://doi.org/10.1093/cid/cir626>
- Sinuhaji, E.D. (2012). Hubungan faktor-faktor psikososial dengan status gizi lebih pada siswa SMAN 2 Depok tahun 2012. *Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*.
- Soeliman, F. A., & Azadbakht, L. (2014). Weight loss maintenance: A review on dietary related strategies. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, *19*(3), 268.
- Song, X., Jousilahti, P., Stehouwer, C. D. A., Söderberg, S., Onat, A., Laatikainen, T., ... Witte, D. R. (2015). Cardiovascular and all-cause mortality in relation to various anthropometric measures of obesity in Europeans. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *25*(3), 295–304. <http://doi.org/10.1016/j.numecd.2014.09.004>.
- Sreevatsava, M., Narayan, K. V., & Cunningham, S. A. (2013). Evidence for interventions to prevent and control obesity among children and adolescents: its applicability to India. *The Indian Journal of Pediatrics*, *80*(1), 115-122.
- Stanhope, M., Lancaster, J., (2016). *Public health nursing: population centre health care in the community. 9th edition*. St Louis: Mosby.
- Strasburger, V. C. (2011). Children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics*, *128*(1), 201-208.
- St. George, S. M., & Wilson, D. K. (2012). A qualitative study for understanding family and peer influences on obesity-related health behaviors in low-income African-American adolescents. *Childhood Obesity*, *8*(5), 466-476.
- Storfer-Isser, A., & Musher-Eizenman, D. (2013). Measuring parent time scarcity and fatigue as barriers to meal planning and preparation: Quantitative scale development. *Journal of nutrition education and behavior*, *45*(2), 176-182.
- Sweeting, H., Smith, E., Neary, J., & Wright, C. (2016). "Now I care": a qualitative study of how overweight adolescents managed their weight in the transition to adulthood. *BMJ Open*, *6*(11), e010774. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010774>

- Sikorski, C., Riedel, C., Luppá, M., Schulze, B., Werner, P., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Perception of overweight and obesity from different angles: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 40(3), 271-277.
- Serassuel Junior, H., Cavazzotto, T. G., Paludo, A. C., Zambrin, L. F., & Simões, A. C. (2015). The impact of obesity on the perception of self-concept in children and adolescents. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 17(2), 165-174.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Simon, G. E., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G., ... & Kessler, R. C. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International journal of obesity*, 32(1), 192-200.
- Senaratna, C. V., Perret, J. L., Lodge, C. J., Lowe, A. J., Campbell, B. E., Matheson, M. C., ... & Dharmage, S. C. (2016). Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: a systematic review. *Sleep medicine reviews*.
- Sherwood, N. E., Crain, A. L., Martinson, B. C., Anderson, C. P., Hayes, M. G., Anderson, J. D., ... & Jeffery, R. W. (2013). Enhancing long-term weight loss maintenance: 2year results from the Keep It Off randomized controlled trial. *Preventive medicine*, 56(3), 171-177.
- Speziale., H.S., Streubert, H.J.& Carpenter, D.R., (2011). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative, 5rd edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streubert, H.J.& Carpenter, D.R., (2011). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative, 5rd edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sugiyono. (2012). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : ALFABETA.
- Sugondo, S. (2014). *Obesitas. dalam buku ajar ilmu penyakit dalam edisi V* . Aru, AB; Setiyohadi, B, Alwi, I; Simadibrata, M; Setiati, S (Ed.) FK UI: Jakarta.
- Sulastrri, T., & Hakimi, M. (2009). *Obesitas dan prestasi belajar pada siswa sekolah menengah pertama di Kota Yogyakarta* (Doctoral dissertation, Universitas Gadjah Mada).
- Taillie, L. S., & Poti, J. M. (2017). Associations of Cooking With Dietary Intake and Obesity Among Supplemental Nutrition Assistance Program Participants. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(2), S151–S160. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.08.021>

- Thomas, H. M., & Irwin, J. D. (2009). What is a healthy body weight? Perspectives of overweight youth. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 70(3), 110–116. <http://doi.org/10.3148/70.3.2009.110>
- Thorn, C. E., Knight, B., Pastel, E., McCulloch, L. J., Patel, B., Shore, A. C., & Kos, K. (2017). Adipose tissue is influenced by hypoxia of obstructive sleep apnea syndrome independent of obesity. *Diabetes & Metabolism*, 6–13. <http://doi.org/10.1016/j.diabet.2016.12.002>
- Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Garin, N., Olaya, B., Ayuso-Mateos, J. L., Miret, M., ... Haro, J. M. (2015). Diabetes mellitus and its association with central obesity and disability among older adults: A global perspective. *Experimental Gerontology*, 64, 70–77. <http://doi.org/10.1016/j.exger.2015.02.010>
- Umam., C.N, Pujasari, H. (2013). Analisis pengetahuan terhadap upaya pencegahan obesitas pada remaja di SMAN 97 Jakarta Selatan. diunduh dari <http://www.lontar.ui.ac.id/naskahringkas/2015-09/S47209-Choirun%20Nisa%20Umam>.
- Umayana, H. T., & Cahyati, W. H. (2015). Dukungan Keluarga Dan Tokoh Masyarakat Terhadap Keaktifan Penduduk ke Posbindu Penyakit Tidak Menular. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(1), 96-101.
- Van Ostrand, G. (2015). Why Some Women Eat Too Much: A Qualitative Study of Food-Dependent Women.
- Verhulst, S. (2010). Sleep-disordered breathing and sleep duration in childhood obesity. In *Pediatric obesity* (pp. 241-252). Springer New York.
- D'adamo, E., Cali, A. M., Weiss, R., Santoro, N., Pierpont, B., Northrup, V., & Caprio, S. (2010). Central role of fatty liver in the pathogenesis of insulin resistance in obese adolescents. *Diabetes care*, 33(8), 1817-1822.
- Wijaya, D., Ardiana, A., & Kurniawati, D. (2014). Laporan akhir ipteks bagi masyarakat (IbM) IbM KELOMPOK USAHA KESEHATAN SEKOLAH ( UKS ) TINGKAT SEKOLAH DASAR.
- Wills, W. J., & Lawton, J. (2015). Attitudes to weight and weight management in the early teenage years: A qualitative study of parental perceptions and views. *Health Expectations*, 18(5), 775–783. <http://doi.org/10.1111/hex.12182>
- Wulansari, A., Martianto, D., & Baliwati, Y. F. (2016). Estimasi kerugian ekonomi akibat obesitas, 11(2), 159–168.

Wang, M. L., Pbert, L., & Lemon, S. C. (2014). Influence of family, friend and coworker social support and social undermining on weight gain prevention among adults. *Obesity*, 22(9), 1973-1980.

World Bank. (2012). *Double Burden of Malnutrition: a review of global evidence*.  
diunduh dari  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/905651468339879888/pdf/795250WP0Doubl00Box037737900PUBLIC0.pdf>

Yount, K. M., & Li, L. (2011). Domestic Violence and Obesity in Egyptian Women. *Journal of Biosocial Science*, 43(1), 85–99.  
<http://doi.org/10.1017/S0021932010000441>

Zhang, J., & Lee, D. T. (2016). Meaning in stroke family caregiving: A literature review. *Geriatric Nursing*.

Zegwaard, M. I., Aartsen, M. J., Grypdonck, M. H. F., & Cuijpers, P. (2013). Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily life of informal caregivers: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13, 103. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-103>

**LAMPIRAN 1****Data Demografi**

Nama Partisipan :	
Usia Partisipan :	
Jenis kelamin partisipan:	
Pendidikan partisipan :	
Status pekerjaan :	
Nama keluarga yang mengalami kelebihan berat badan :	1. 2. 3.
Usia keluarga yang mengalami kelebihan berat badan :	1. 2. 3.
Pendidikan keluarga yang mengalami kelebihan berat badan :	1. 2. 3.
Jenis kelamin keluarga yang mengalami kelebihan berat badan :	1. 2. 3.
Status pekerjaan keluarga yang mengalami kelebihan berat badan :	1. 2. 3.
Berat badan dan tinggi badan keluarga yang mengalami kelebihan berat badan :	1. 2. 3.

## Lampiran 2

### Pedoman wawancara

#### **Penelitian: Pengalaman Keluarga Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Pada Anggota Keluarga yang Mengalami Kelebihan Berat Badan di Kota Depok: Studi Fenomenologi**

Waktu wawancara :  
Tanggal :  
Tempat :  
Nama partisipan (samaran) :  
Pewawancara :

#### Pertanyaan

1. Bagaimana tanggapan atau perasaan Bapak/ Ibu dalam menghadapi keluarga dengan kelebihan berat badan?
2. Bagaimana upaya keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan?
3. Apakah sumber dukungan yang Bapak/ Ibu perlukan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan?
4. Apakah hambatan yang Bapak/ Ibu alami dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga dengan kelebihan berat badan?
5. Bagaimana makna yang Bapak/ Ibu dapatkan pada saat memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga yang mengalami kelebihan berat badan?
6. Apa harapan Bapak/ Ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada keluarga yang mengalami kelebihan berat badan?

**Lampiran 3**

## FORMAT CATATAN LAPANGAN

Nama Partisipan :	Kode Partisipan :
Tempat wawancara :	Waktu wawancara :
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara	
Posisi partisipan dengan peneliti	
Gambaran respon partisipan selama wawancara berlangsung	
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung	
Respon partisipan saat terminasi	

## Lampiran 4

### PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengalaman Mengelola Kebutuhan Nutrisi Keluarga dengan Kelebihan Berat Badan di Kota Depok: Studi Fenomenologi

Peneliti : Rohayati

NPM : 1506707625

Nomor kontak : Hp. 087820920710, email: [athearobiansyah@gmail.com](mailto:athearobiansyah@gmail.com)

Peneliti adalah mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Program Peminatan Keperawatan Komunitas – Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Pada penelitian ini, Bapak/ Ibu diminta untuk berpartisipasi. Partisipasi ini bersifat sukarela. Bapak/ Ibu boleh untuk memutuskan ikut serta atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun Bapak/ Ibu inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu yang akan ditimbulkan. Sebelum Bapak/ Ibu memutuskan keikutsertaan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan Bapak/ Ibu untuk ikut serta dalam penelitian. Berikut adalah penjelasannya:

1. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan pemahaman tentang makna pengalaman keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada keluarga yang mengalami kelebihan berat badan di kota Depok. Hasil penelitian ini sangat bermanfaat untuk pengembangan pelayanan keperawatan komunitas khususnya pada orang dengan kelebihan berat badan.
2. Jika Bapak/ Ibu bersedia ikut serta dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara pada waktu dan tempat yang sesuai dengan keinginan Bapak/ Ibu. Peneliti akan menggunakan alat perekam suara untuk merekam hasil wawancara dan catatan untuk mencatat situasi pada saat wawancara berlangsung. Waktu yang diperlukan untuk satu kali wawancara selama 60-90

menit. Bapak/ Ibu boleh meminta jeda istirahat selama wawancara berlangsung jika Bapak/ Ibu ingin ke kamar mandi.

3. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko. Apabila Bapak/ Ibu merasa tidak nyaman selama wawancara, Bapak/ Ibu boleh tidak menjawab atau mengundurkan diri dari penelitian ini.
4. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian akan dijamin kerahasiaannya. Peneliti akan memberikan hasil penelitian ini jika Bapak/ Ibu menginginkannya. Hasil penelitian ini akan diberikan kepada institusi tempat peneliti belajar dan pelayanan kesehatan setempat dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas Bapak/ Ibu.
5. Jika Bapak/ Ibu merasa ada yang belum jelas, silakan Bapak/ Ibu tanyakan kepada peneliti baik secara langsung atau melalui nomor kontak peneliti.
6. Pada akhir sesi penelitian, peneliti akan memberikan penyuluhan kesehatan kepada Bapak/ Ibu tentang kelebihan berat badan, pengukuran berat badan dan kebutuhan nutrisi menggunakan booklet.
7. Jika Bapak/ Ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, saudara diharapkan menandatangani lembar persetujuan yang terlampir.

Bekasi, .....2017  
Peneliti

Rohayati  
1506707625

**Lampiran 5****LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI PARTISIPAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Saya telah mendengar penjelasan dari peneliti dan membaca penjelasan penelitian. Saya memahami bahwa penelitian ini akan menjunjung tinggi hak-hak saya selaku peserta penelitian. Saya sangat memahami bahwa penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan pelayanan keperawatan komunitas khususnya bagi orang yang mengalami kelebihan berat badan. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini berarti saya bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini secara ikhlas dan tanpa paksaan dari siapapun.

Depok, .....2017

Peneliti

Partisipan

Peneliti

Saksi

Partisipan

(Rohayati)

(.....)

(.....)

## Lampiran 6

### Pilihan jenis bahan makanan sesuai takaran rumah tangga

Tabel 1. Bahan makanan pengganti karbohidrat beserta takaran

Nama Pangan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat dalam Gram
Bihun	½ Gelas	50
Biskuit	4 Buah Besar	40
Havermut	5 ½ Sendok Besar	45
Jagung Segar	3 Buah Sedang	125
Kentang	2 Buah Sedang	210
Kentang Hitam	12 Biji	125
Maizena	10 Sendok Makan	50
Makaroni	½ Gelas	50
Mie Basah	2 Gelas	200
Mie Kering	1 Gelas	50
Nasi Beras Giling putih	¾ Gelas	100
Nasi Beras Giling merah	¾ Gelas	100
Nasi Beras Giling hitam	¾ Gelas	100
Nasi Beras ½ Giling	¾ Gelas	100
Nasi Ketan Putih	¾ Gelas	100
Roti Putih	3 Iris	70
Roti Warna Coklat	3 Iris	70
Singkong	1 ½ Potong	120
Sukun	3 Potong Sedang	150
Talas	½ Biji Sedang	125
Tape Beras Ketan	5 Sendok Makan	100
Tape Singkong	1 Potong Sedang	100
Tepung Tapioca	8 Sendok Makan	50
Tepung Beras	8 Sendok Makan	50
Tepung Hunkwe	10 Sendok Makan	50
Tepung Sagu	8 Sendok Makan	50
Tepung Singkong	5 Sendok Makan	50
Tepung Terigu	5 Sendok Makan	50
Ubi Jalar Kuning	1 Biji Sedang	135
Kerupuk udang/ ikan	3 Biji Sedang	30

(Sumber: Kemenkes RI, 2014)

Tabel 2.  
Daftar buah-buahan penukar satu porsi buah

Nama Buah	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat dalam gram*)
Alpoket	½ buah besar	50
Anggur	20 buah sedang	165
Apel merah	1 buah kecil	85
Apel malang	1 buah sedang	75
Belimbing	1 buah besar	125-140
Blewah	1 potong sedang	70
Duku	10-16 buah sedang	80
Durian	2 biji besar	35
Jambu air	2 buah sedang	100
Jambu biji	1 buah besar	100
Jambu bol	1 buah kecil	90
Jeruk bali	1 potong	105
Jeruk garut	1 buah sedang	115
Jeruk manis	2 buah sedang	100
Jeruk nipis	1 ¼ gelas	135
Kedondong	2 buah sedang/besar	100/120
Kesemek	½ buah	65
Kurma	3 buah	15
Leci	10 buah	75
Mangga	¾ buah besar	90
Manggis	2 buah sedang	80
Markisa	¾ buah sedang	35
Melon	1 potong	90
Nangka masak	3 biji sedang	50
Nenas	¼ buah sedang	85
Pear	½ buah sedang	85
Pepaya	1 potong besar	100-190
Pisang ambon	1 buah sedang	50
Pisang kepok	1 buah	45
Pisang mas	2 buah	40
Pisang raja	2 buah kecil	40
Rambutan	8 buah	75
Sawo	1 buah sedang	50
Salak	2 buah sedang	65
Semangka	2 potong sedang	180
Sirsak	½ gelas	60
Srikaya	2 buah besar	50
Strawberry	4 buah besar	215

Tabel 3. Sumber protein nabati sebagai bahan penukar satu porsi tempe

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat dalam Gram
Kacang Hijau	2 ½ Sendok Makan	25
Kacang Kedelai	2 ½ Sendok Makan	25
Kacang Merah	2 ½ Sendok Makan	25
Kacang Mete	1 ½ Sendok Makan	15
Kacang Tanah kupas	2 Sendok Makan	20
Kacang Toto	2 Sendok Makan	20
Keju Kacang Tanah	1 Sendok Makan	15
Kembang Tahu	1 Lembar	20
Oncom	2 Potong Besar	50
Petai Segar	1 Papan/Biji Besar	20
Tahu	2 Potong Sedang	100
Sari Kedelai	2 ½ Gelas	185

(Sumber: Kemenkes, 2014)

Tabel 4.

Lauk pauk sebagai bahan penukar satu porsi ikan segar

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat dalam Gram
Daging sapi	1 potong sedang	35
Daging ayam	1 potong sedang	40
Hati sapi	1 potong sedang	50
Ikan asin	1 potong kecil	15
Ikan teri kering	1 sendok makan	20
Telur ayam	1 butir	55
Udang basah	5 ekor sedang	35

(Sumber: Kemenkes RI. 2014)

Tabel 5  
Pangan lain sebagai bahan penukar satu porsi ikan segar

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat dalam Gram
Susu sapi	1 gelas	200
Susu kerbau	$\frac{1}{2}$ gelas	100
Susu kambing	$\frac{3}{4}$ gelas	185
Tepung sari kedele	3 sendok makan	20
Tepung susu <i>whole</i>	4 sendok makan	20
Tepung susu krim	4 sendok makan	20

(Sumber: Kemenkes RI. 2014)

Tabel 6  
Pangan protein yang memiliki kadar lemak rendah

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat dalam Gram
Babat	1 potong sedang	40
Cumi-cumi	1 ekor kecil	45
Daging asap	1 lembar	20
Daging ayam	1 potong sedang	40
Daging kerbau	1 potong sedang	35
Dendeng sapi	1 potong sedang	15
Gabus kering	1 ekor kecil	10
Hati sapi	1 potong sedang	50
Ikan asin kering	1 potong sedang	15
Ikan kakap	$\frac{1}{3}$ ekor besar	35
Ikan kembung	$\frac{1}{3}$ ekor sedang	30
Ikan lele	$\frac{1}{3}$ ekor sedang	40
Ikan mas	$\frac{1}{3}$ ekor sedang	45
Ikan mujair	$\frac{1}{3}$ ekor sedang	30
Ikan peda	1 ekor kecil	35
Ikan pindang	$\frac{1}{2}$ ekor sedang	25
Ikan segar	1 potong sedang	40
Ikan teri kering	1 sendok makan	20
Ikan cakalang asin	1 potong sedang	20
Kerang	$\frac{1}{2}$ gelas	90
Ikan lemuru	1 potong sedang	35
Putih telur ayam	$2 \frac{1}{2}$ butir	65
Rebon kering	2 sendok makan	10

Rebon basah	2 sendok makan	45
Selar kering	1 ekor	20
Sepat kering	1 potong sedang	20
Teri nasi	1/3 gelas	20
Udang segar	5 ekor sedang	35

(Sumber: Kemenkes RI, 2014)

Tabel 7

Pangan protein yang memiliki kadar lemak sedang

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat dalam gram
Bakso	10 biji sedang	170
Daging kambing	1 potong sedang	40
Daging sapi	1 potong sedang	35
Ginjal sapi	1 potong besar	45
Hati ayam	1 buah sedang	30
Hati sapi	1 potong sedang	50
Otak	1 potong besar	65
Telur ayam	1 butir	55
Telur bebek	1 butir	50
asin		
Telur puyuh	5 butir	55
Usus sapi	1 potong besar	50

(Sumber: Kemenkes RI, 2014)

Tabel 8

Pangan protein yang memiliki kadar lemak tinggi

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat dalam gram
Bebek	1 potong sedang	50
Belut	1 ½ potong kecil	40
Kornet daging sapi	½ potong	35
Ayam dengan kulit	½ potong	50
Daging babi	4 butir	45
Ham	1 butir	55
Sardencis	1 potong sedang	50
Sosis	1 ½ potong kecil	40
Kuning telur ayam	½ potong	35
Telur bebek	½ potong	50

## Lampiran 7

Tabel 6 Karakteristik Partisipan

Partisipan	Usia (tahun)	Suku	Pendidikan	Pekerjaan	Jumlah keluarga gemuk	Tahapan perkembangan keluarga gemuk	Berat Badan	Tinggi Badan	IMT (dewasa) IMT/ U (anak-remaja)	Status gizi keluarga gemuk	Keterangan
1	29	Betawi	SMA	IRT	1	Pra sekolah	25 kg	104 cm	23,15 (> 2 SD)	Obesitas,	<i>Caregiver: obesitas</i> BB 73 kg, TB 155 cm, IMT 30,42
					1	Dewasa	78 kg	169 cm	27,27	<i>overweight</i>	
2	36	Sunda	SMA	IRT	1	Pra sekolah	52 kg	108 cm	44,44 (> 2 SD)	Obesitas	
					1	Dewasa	100 kg	178 cm	31,55	Obesitas	
3	60	Betawi	SD	Buruh	1	Sekolah	50 kg	135 cm	27,47 (> 2 SD)	Obesitas	
4	39	Jawa	Sarjana	Karyawan	1	Pra sekolah	35 kg	106 cm	31,25 (> 2 SD)	Obesitas,	
					1	Dewasa	80 kg	168 cm	28,39	Obesitas	
5	47	Sunda	SMA	IRT	1	Lansia	115 kg	155 cm	47,92	Obesitas	<i>Caregiver: obesitas</i> BB 102 kg, TB

										155 cm, IMT 39,84
6	35	Jawa	SMP	IRT	1	Sekolah	58 kg	140 cm	29,59 (> 2 SD)	Obesitas
7	40	Betawi	SMA	IRT	1	Sekolah	60 kg	150 cm	26,66 (> 2 SD)	Obesitas
					1	remaja	80 kg	165 cm	29,41 (> 2 SD)	Obesitas

## Lampiran 8

**ANALISIS TEMATIK**  
**PENGALAMAN MENGELOLA KEBUTUHAN NUTRISI**  
**KELUARGA DENGAN KELEBIHAN BERAT BADAN DI KOTA DEPOK**

Tujuan khusus	Tema	Sub tema	Sub-sub tema	Kategori	Kata Kunci	partisipan							
						P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
<b>Respon keluarga dalam menghadapi anggota keluarga dengan kelebihan berat badan</b>													
Dampak fisik dan psikososial yang	Akibat fisik kelebihan berat badan	Keluhan akibat kegemukan	Cape	Gampang cape. kayak kita kan gemuk sendiri gampang cape. jalan sedikit cape..	√								
				aduh capek, gitu loh kayak lelah gitu capek, naik tangga ya paling engap doang sih, capek kan, turun naik turun naik,		√							
				dengkul dua-duanya nih ya sakit					√				
			Sakit	kalau capek gitu selalu merintih kesakitan		√							
				Kesulitan mencari baju	Sulit mencari ukuran baju	kalau gemuk nyari baju susah, nyari celana susah					√		
						nyari baju kemana-mana ngga dapet saya						√	
		Penilaian berat badan	Lebih gemuk	...orang tua saya ngomong kok sekarang gemuk banget...	√								
				..... kayaknya agak gemukan		√							

dipersepsikan keluarga			Berat badan ideal	..temannya kan pantaran seumuran badannya yang ya standarlah..dia kok gemuk sendiri							√					
				<u>Usianya segini harusnya beratnya segini, segini gitu loh...</u>		√										
			Adaptasi fisik terhadap kelelahan	Bentuk permainan	...maen hp terus TV tontonannya..	√										
					belajar menghitung belajar membaca Bongkar pasang, menulis, menggambar...		√									
							manggil kadang gendut...cadut...cadut	√								
							...dipanggil gendutlah....						√			
			Akibat psikologi kelebihan berat badan		Labeling	Panggilan gendut	ngatain doang gitu...kayak yang diteve ada yang gemuk itu kan, misalnya namanya . ceu ida...dipanggil-panggil ceu ida.								√	
							respon labelling	Kesal	..kesel...tapi emang begitu adanya	√						
Sakit hati	.....ada rasa sakit hati ...											√				
Membalas	..balik ngatain sama orang yang ngata-ngatainnya													√		
Perasaan keluarga	Pasrah	...Gimana lagi dikurusin ngga bisa.....					√									
	Menerima	..Wajar aja, jajannya cukup makannya cukup saya merasa masih nyaman dengan						√				√				

					kondisi mereka								
				Senang	..sebenarnya senang sih ya...		√						
				Takut	...Kadang pernah sih takut gitu....				√				
					Takutnya ada apa-apa atau apa penyakit atau apa gitu, kadang katanya kalau gemuk juga kurang sehat...								√

Tujuan khusus	Tema	Sub tema	Kategori	Kata Kunci	partisipan							
					P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
<b>Respon keluarga dalam menghadapi anggota keluarga dengan kelebihan berat badan</b>												
Pengetahuan keluarga tentang kelebihan berat badan	penyebab kelebihan berat badan	Makanan tinggi lemak	...makanan berlemak ...	√								
		Makan malam	... karena makan malam ...	√								
			lama-lama kok naik jadi 102, wah ini karena makan malam nih...					√				
		Hormon	...hormonnya anak terlalu melebihi usianya		√							
		Susu formula	..Kelebihan susu...	√								
			...susu formula... kalo anak yang susu formula...larinya kebadan katanya gemuk gitu..				√				√	
		Keturunan	...udah keturunan gemuk...					√				
			dari keturunannya dari saya juga gede-gede. faktor keturunan..kayaknya dari postur ikut ayah							√		
		standar berat badan	persepsi tentang berat badan	...belum ngerti apa gimana itu yang gemuk...	√							
Belumnya itu... dari porsi berat badannya				√								

Tujuan khusus	Tema	Sub tema	Kategori	Kata Kunci	partisipan						
					P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
<b>Dukungan yang digunakan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga dengan kelebihan berat badan</b>											
Sumber dukungan dalam mengelola kelebihan berat badan	Keluarga	Nenek	...paling sama neneknya ....	√							
			Mantu	<u>..Mantu emak suka nimbangin ....</u>			√				
		Lingkungan, masyarakat	Guru	<u>.. kita bilang ke bu gurunya..agak nurut</u>				√			
			Masyarakat	Orang orang juga bilang ya udah biarin <u>mbak mau makan apa yang penting anaknya sehat</u>				√			
			Tetangga	<u>..Kayak tetangga sebelah situ tuh, ngomong “.dikurangin makannya...”</u>					√		

Tujuan khusus	Tema	Sub tema	Kategori	Kata Kunci	partisipan							
					P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	
<b>Dukungan yang digunakan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga dengan kelebihan berat badan</b>												
Upaya menurunkan berat badan		Terapi obat	Obat	...Obat-obatan....	√				√			
		Membatasi makanan tertentu	Diet karbohidrat	...diet ngga karbo...	√							
			Mengurangi makanan	...Makan dikuragin....					√		√	
				...Lauknya saya umpetin...						√		
		Membatasi es krim	Es krim paling tidak dikasih satu....				√					
		Mengurangi susu	...Susu aja yang dikurangi....	√			√		√			
Olahraga	Olahraga	...Paling olahraga...					√					



		anggota keluarga gemuk		<u>...bumbunya bawang merah, bawang putih, gula garam</u>				√			
		kebiasaan menimbang	Rutinitas menimbang	<u>...kalau penimbangan rutin</u>		√					
	Jarang nimbang		<u>..Udah gede, jarang nimbangnya...</u>			√					
	sering		<u>..Saya nimbang, agak lumayan sering</u>								√

Tujuan khusus	Tema	Sub tema	Kategori	Kata Kunci	partisipan										
					P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7				
<b>Hambatan yang dialami keluarga dalam mengelola kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga dengan kelebihan berat badan</b>															
Pola perilaku nutrisi tidak sehat	Pola perilaku nutrisi tidak sehat	Alasan tidak memasak	Kerja	...Emak orang kerja...			√								
			Malas	..Jarang masak, males..				√							
		Pola makan minum tidak sehat	Pola makan minum tidak sehat	Pola makan minum tidak sehat	Gorengan	..Ngga ada gorengan yo ngga enak...					√	√			
					minuman manis	<u>Minuman dingin..es..manis</u>	√							√	
						<u>Minumnya es doang, teh pucuk..</u>			√	√					
					Fast food	Fast food	<u>ayam krispi..kentang, burger, pizza</u>	√							
							<u>..Nugget, sosis, kentang...</u>			√					
							<u>Wafer, permen, biskuit kelapa..susu kotak</u>	√							
					jajanan	jajanan	Permen...chiki bisa 5			√					√
		<u>..Bakso, siomay, biskuit, astor, coklatos..</u>						√							
		<u>es krim, coklat</u>													
		Pengaruh orang terdekat untuk makan	Pengaruh orang terdekat untuk makan	teman	teman	...ada aja temen...makan yuk makan	√								
					suami	..Suami, ngajak keluarga makan	√								
						..Temen beli, dia suka ngikut...				√					
Alasan tidak menyediakan	Tidak makan sayur	..Ada sayur, ga kemakan...					√								

	sayur buah	Tidak suka buah	<u>Semua buah ngga doyan</u>	√						
			-							
			...Bayam, kangkung...						√	
			..Brokoli, wortel, buncis, kangkung...							√
		Pilihan buah yang disukai	<u>Paling melon mangga...pepaya..</u>				√			
			<u>...Kelengkeng, jambu...</u>			√				
			<u>..Jeruk, melon, semangka, pepaya,</u>		√					
			-							
	Tidak disiplin untuk mengontrol waktu dan nafsu makan	Kesulitan mengontrol nafsu makan	...Nahan napsu makan susah...	√						
			..susah <b>dikontrolnya...</b>							
			<i>Kadang-kadang meraka itu susah dikontrolnya</i>							√
		Kebiasaan makan malam	<u>...Maunya makan malam terus...</u>	√			√	√		
			-							
	Ketersediaan makanan beku	Stok makanan beku	<u>...Suka siapin kentang...</u>				√			√

Tujuan khusus	Tema	Kategori	Kata Kunci	partisipan						
				P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
<b>Harapan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga dengan kelebihan berat badan</b>										
Keinginan mencapai kondisi normal		BB ideal	...Pengennya sih normal.. Pengennya tuh dia tuh bisa ngurangin berat badan				√			
		Tidak ada penyakit penyerta	...Yang penting saya dikasih sehat, ga dikasih penyakit macam-macam yang parah					√		
		Mengontrol pola makan	..Dijaga makan anaknya..bisa mengatur pola makan...	√						
			..Batasin aja makannya yang sesuai anak anak				√			
			Dijaga makannya, dikurangi makannya, jangan terlalu banyak makan						√	

Tujuan khusus	Tema	Sub tema	Kategori	Kata Kunci	partisipan						
					P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
<b>Makna Pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga dengan kelebihan berat badan</b>											
	<b>Frustasi karena</b>  tidak berhasil dengan segala upaya yang dilakukan	Ketidakberdayaan	Stress	<u>...Stress, turunin berat badan ngga bisa..</u>	√						
			Putus asa	saya uda sampe putus asa aja, uda pasrah...					√		
<b>Makna Pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga dengan kelebihan berat badan</b>											
	<b>Puas karena</b>  berhasil membuktikan kemampuan sebagai pengelola nutrisi	Berhasil merawat anggota kelebihan berat badan	Bukti keberhasilan	<u>..Senang bisa ngontrol makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan...</u> - -							√
		rasa syukur dlm melakukan peran pengelola nutrisi	Bukti tanggung jawab	<u>..Senang punya anak seperti itu...</u> kalau mereka bilang, di kasih apa sih anaknya sehat banget usia segini sampe badannya sekel...walaupun gemuk.. gituloh tetap berisi		√			√		



## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

No.108/UN2.F12.D/HKP.02.04/2017

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Pengalaman Keluarga Mengelola Kebutuhan Nutrisi Pada Anggota Keluarga Dengan Kelebihan Berat Badan Di Kota Depok : Studi Fenomenologi**

Nama peneliti utama : **Rohayati**

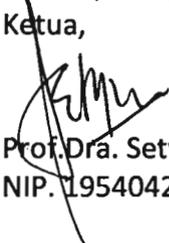
Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Dekan  
Dra. Junaiti Sahar, SKp., M.App.Sc., PhD  
NIP. 195701151980032002

Jakarta, 17 April 2017  
Ketua,



Prof. Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc, PhD  
NIP. 19540427 197703 2 001



PEMERINTAH KOTA DEPOK  
**KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Gedung Dibaleka I Lantai IV, Jln. Margonda Raya No. 54, Kota Depok  
Telp./Fax. 021-77206784

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 070 / 650 / V / KESBANGPOL / 2017

- Membaca : Surat dari : Wakil Dekan Bidang Pendidikan, Penelitian dan Kemahasiswaan FIK UI  
Nomor : 2929/UN2.F12.D1/PDP.04.02/2017  
Tanggal : 20 April 2017  
Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**
- Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 19 tahun 2012, tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD)  
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 57 tahun 2012, tentang : Rincian tugas fungsi dan tata kerja Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Depok.  
3. Peraturan Walikota Depok Nomor : 39 Tahun 2014 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Ijin Penelitian / Riset / Pendidikan Sistem Ganda di Kota Depok

Mengingat Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka;

Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya **Permohonan Izin Penelitian** Oleh :

- Nama / NPM : **Rohayati / 1506707625**  
Alamat : JL. Cabe 3 RT. 007/003 No.107 B Kel. Pondok Cabe Ilir Pamulang,  
Tangerang Selatan  
Nomor Telp. : 0878 20920710  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : "Pengalaman Keluarga Mengelola Kebutuhan Nutrisi pada Anggota Keluarga dengan Kelebihan Berat Badan di Kota Depok: Studi Fenomenologi"  
Lama Waktu : 4 Mei 2017 s/d 16 Juni 2017  
Tempat : 1. Dinas Kesehatan Kota Depok  
2. Puskesmas Kedaung Kota Depok  
3. Puskesmas Sukatani Kota Depok

Dengan Ketentuan Sebagai Berikut :

1. Melakukan kegiatan PKL/penelitian/magang/riset/pengumpulandata/observasi/serta kerjasama dengan Perguruan Tinggi/ universitas, yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala : Dinas/ Instansi/ Badan/ Lembaga/Kantor/Bagian yang dituju, dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/ topik masalah/ tujuan akademik;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh instansi pemohon;
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan, yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok, Up. Kepala Kantor Kesbang Pol - Kota Depok;
5. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Depok, 04 Mei 2017

a.n. KEPALA KANTOR KESBANGPOL KOTA DEPOK  
KEPALA SUB BAGIAN TATA USAHA



Tembusan :

1. Walikota Depok Cq. Staf Ahli Bid. Pembangunan SETDA Kota Depok;
2. Ybs;