

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Obesitas sentral

a. Pengertian obesitas sentral

Obesitas dapat dibedakan menjadi obesitas sentral dan non sentral. Obesitas sentral diketahui dengan mengukur lingkaran pinggang (*waist circumference/WC*), menghitung ratio lingkaran pinggang-pinggul (*waist hip ratio/WHR*). Obesitas sentral berdasarkan WC adalah >120 cm pada laki-laki dewasa dan >88 cm pada perempuan dewasa (Janssen *et al.*, 2005). Pengertian obesitas abdominal atau sentral yang didapatkan penimbunan lemak tubuh terutama di daerah pinggang dan abdominal. Bentuk ini menunjukkan bahwa distribusi lemak pada obesitas ini bersifat sentral sehingga sering juga dikatakan obesitas sentral (Cipta, 2001).

Sugondo (2007) mengemukakan bahwa obesitas sentral adalah kegemukan yang ditandai dengan penumpukan lemak yang berlebih dibagian tubuh atas sekitar dada, perut, pundak, leher dan muka. Lemak yang menumpuk lebih banyak terdiri dari lemak jenuh yang mengandung sel lemak besar dan lebih berpotensi menimbulkan berbagai macam penyakit kardiovaskuler.

Berdasarkan distribusi lemak, obesitas dibagi 2 bentuk yaitu obesitas visceral dan obesitas perifer (McCance *et al.*, 2014). Obesitas

viseral atau yang biasa disebut dengan obesitas intra-abdominal sentral atau maskulin terjadi ketika distribusi lemak terlokalisasi pada bagian perut atau bagian atas tubuh. Obesitas visceral ini biasanya dihasilkan bentuk tubuh seperti apel. Sedangkan obesitas perifer terjadi ketika distribusi lemak tubuh terlokalisasi pada bagian bawah tubuh seperti pinggul dan paha (Tchernof dan Despres, 2013). Memasuki usia pertengahan baik laki-laki maupun perempuan biasanya proporsi lemak tubuh juga akan bertambah (Kopelman *et al.*, 2005).

b. Penilaian obesitas sentral

Pada umumnya, penilaian status gizi seperti obesitas dapat menggunakan IMT (Indeks Massa Tubuh). Indeks massa tubuh ini merupakan alat yang sederhana dalam memantau status gizi khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan (Supriasa *et al.*, 2012). Akan tetapi IMT ini tidak bisa digunakan dalam mengukur status obesitas sentral seseorang. Hal tersebut dikarenakan IMT tidak dapat menilai distribusi timbunan lemak tubuh sehingga kurang sensitif dalam menentukan obesitas sentral (Sunarti dan Maryani, 2013).

Penilaian obesitas sentral dapat dilakukan dengan mengukur lingkar pinggang atau rasio lingkar pinggang-panggul. Menurut WHO, pengukuran lingkar pinggang dilakukan dengan mengukur titik tengah antara bagian atas puncak tulang panggul dengan tulang rusuk terakhir, sedangkan lingkar pinggul diukur pada lingkaran pinggul terbesar (WHO, 2008). Pengukuran lingkar pinggang-pinggul dihitung dengan

membagi ukuran lingkaran pinggang dengan lingkaran pinggul (Sunarti dan Maryani, 2013). Laki-laki dikatakan obesitas sentral apabila memiliki Lingkaran Pinggang (LP) >90 cm dan perempuan yang memiliki Lingkaran Pinggang (LP) >80 cm (WHO, 2008). Selain itu Rasio Lingkaran Pinggang-Pinggul (RLPP) >0,85 untuk perempuan dan RLPP >0,90 untuk laki-laki (WHO, 2008).

Pengukuran lingkaran pinggang dapat menggambarkan penimbunan lemak dalam tubuh (Sunarti dan Maryani, 2013). Hal ini dikarenakan lingkaran pinggang baik pada laki-laki maupun perempuan berhubungan dengan lemak pada bagian viseral dan subkutan perut (Power *et al.*, 2008).

c. Dampak obesitas sentral

Dampak obesitas sentral lebih tinggi risikonya terhadap kesehatan dibandingkan dengan obesitas umum (De Pablos-Velasco *et al.*, 2002). Obesitas sentral dapat menyebabkan gangguan kesehatan seperti diabetes mellitus tipe 2, dislipidemia, penyakit kardiovaskuler, hipertensi, kanker, sleep apnea, dan sindrom metabolik (Tchernof dan Despres, 2013). Sindrom metabolik ialah kondisi dimana seseorang mengalami hipertensi, obesitas sentral, dislipidemia dan resistensi insulin dalam waktu yang bersamaan. Sindrom metabolik merupakan kelompok faktor risiko terjadinya penyakit kardiovaskular (Gybney *et al.*, 2009).

Pada penelitian Sunarti dan Maryani (2013) diketahui bahwa terdapat hubungan antara rasio lingkaran pinggang pinggul dengan kejadian penyakit jantung koroner. Dampak obesitas sentral terhadap penyakit jantung koroner berkaitan dengan dua mekanisme yaitu mekanisme langsung melalui efek metabolik protein yang disekresikan oleh jaringan lemak seperti interleukin (IL) 1, IL 6, TNF- α , adiponektin serta masih banyak protein lainnya terhadap endotel pembuluh darah dan efek tidak langsung akibat faktor-faktor lain yang muncul sebagai resiko penyakit kardiovaskular akibat dari obesitas sentral tersebut (Gotera *et al.*, 2006).

Selain itu lingkaran pinggang juga diketahui memiliki hubungan dengan tekanan darah, baik tekanan diastol maupun sistolik. Tchernof dan Despres (2013) menjelaskan bahwa lingkaran pinggang merupakan faktor prediktor dari kematian akibat penyakit kardiovaskular dan serangan jantung.

Obesitas sentral juga dapat menyebabkan retensi insulin. Kelebihan jaringan lemak akan menyebabkan terbentuknya asam lemak tidak diesterifikasi (NEFA). Sitokin, *plasminogen aktivator inhibitor* (PAL-1) dan adiponektin. Tingginya kadar NEFA ini akan membebani otot dan hati dengan lemak sehingga menyebabkan resistensi insulin. Peningkatan resistansi insulin terjadi bersamaan dengan peningkatan kadar lemak dalam tubuh (Grundy *et al.*, 2009).

Tchenof dan Despres (2013) juga menjelaskan bahwa obesitas sentral memiliki hubungan dengan kanker. Kanker yang banyak berhubungan dengan obesitas sentral adalah kanker kolorektal atau kanker yang menyerang usus besar dan rektum, yaitu bagian kecil dari usus besar dalam anus. Selain itu, obesitas juga berhubungan dengan terjadinya *Obstruktif Sleep Apnea* (OSA). *Obstruktif Sleep Apnea* (OSA) terjadi karena adanya penumpukan lemak pada bagian dada atau saluran pernafasan, sehingga menyebabkan berhentinya aliran udara pada hidung dan mulut walaupun dengan usaha nafas (Supriyanto *et al.*, 2005). Menurut Tchernof dan Despres (2013), *Obstruktif Sleep Apnea* (OSA) dikaitkan dengan penurunan tingkat aktifitas fisik, kurangnya kualitas tidur dan meningkatnya nafsu makan.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi obesitas sentral.

Obesitas sentral pada setiap individu disebabkan oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan obesitas sentral diantaranya status ekonomi, status perkawinan, kebiasaan merokok, konsumsi minuman beralkohol dan kondisi mental emosional (Sugianti *et al.*, 2009). Obesitas sentral juga dapat disebabkan oleh umur, jenis kelamin, hormon, genetik, ras, stres, asupan gizi, dan aktivitas fisik (Tchernof dan Despres, 2013).

d.1. Status Ekonomi

Hubungan antara status ekonomi dengan obesitas sentral terletak pada ketersediaan dalam membeli dan kemampuan dalam

memanfaatkan akses seperti, transportasi, kecanggihan komunikasi, ketersediaan pangan dan pendidikan seseorang dengan status ekonomi tinggi memiliki kemudahan dalam akses sehingga cenderung mendorong untuk kurang dalam melakukan aktivitas fisik (Sugianti *et al.*, 2009).

d.2. Status Perkawinan

Status perkawinan diketahui memiliki hubungan dengan terjadinya obesitas sentral. Berdasarkan penelitian Sugianti *et al.* (2009) menunjukkan bahwa tingginya prevalensi obesitas sentral pada sampel yang berstatus cerai dikarenakan stres yang dialami ketika bercerai. Seseorang yang telah bercerai mengalami kondisi stres yang dapat menyebabkan gaya hidup yang tidak baik seperti konsumsi alkohol dan makanan tinggi lemak.

d.3. Kebiasaan merokok

Kebiasaan merokok memiliki hubungan negatif dengan obesitas sentral, seseorang yang berhenti merokok akan membuat sensasi makanan bertambah sehingga menyebabkan berat badan meningkat (Pujiati, 2010). Selain itu, perokok juga diketahui memiliki rangsangan lapar yang lebih rendah dibandingkan yang tidak merokok.

d.4. Konsumsi alkohol

Hubungan antara konsumsi alkohol diperkirakan karena konsumsi alkohol berhubungan terhadap total energi dan

pengaruhnya pada metabolisme energi (Sugianti *et al.*, 2009). Etil alkohol (etanol) merupakan zat yang paling banyak dikonsumsi di dunia dan memberikan jumlah energi yang besar untuk kehidupan organisme (Watson *et al.*, 2013).

d.5. Umur

Mahasiswa masuk ke dalam kelompok umur dewasa awal. Dewasa awal salah seorang yang memiliki umur 17-33 tahun. Memasuki usia pertengahan baik laki-laki maupun perempuan biasanya proporsi lemak tubuh juga akan bertambah (Kopelman *et al.*, 2005).

Obesitas sentral lebih banyak pada orang dewasa. Semakin meningkatnya umur maka semakin terjadinya obesitas sentral. Umur merupakan faktor prediksi dan terjadinya obesitas sentral (Veghari *et al.*, 2010). Perubahan umur berkaitan dengan peningkatan dalam distribusi jaringan lemak yang ditandai dengan meningkatnya ukuran lingkaran pinggang seseorang (Tchernof dan Depres, 2013). Selain itu, perubahan umur juga diketahui memiliki hubungan dengan terjadinya perubahan dalam komposisi tubuh, dimana pada usia 20-30 tahun terjadi penurunan pada massa bebas lemak dan peningkatan pada massa lemak.

d.6. Jenis Kelamin

Pada laki-laki maupun perempuan memiliki distribusi lemak yang berbeda-beda. Proporsi lemak pada laki-laki banyak terdapat

pada bagian atas tubuh. Seperti pada bagian abnormal atau perut, sedangkan proporsi lemak pada wanita lebih banyak pada bagian bawah tubuh, seperti pada pinggang dan panggul (Pujiati, 2010). Pada laki-laki total lemak visceral pada umumnya meningkat dengan total lemak tubuh. Sedangkan pada wanita, lemak-lemak visceral ini kurang dipengaruhi oleh jumlah total lemak tubuhnya. Estimasi lemak tubuh visceral pada laki-laki adalah $5,23 \pm 2,39$ liter, sedangkan pada perempuan adalah $3,61 \pm 1,91$ liter (Tchernof dan Despres, 2013)

d.7. Hormon

Sebuah penelitian pada manusia menunjukkan bahwa tingkat dan sekresi hormon pertumbuhan mengalami perubahan pada seseorang yang mengalami obesitas sentral dengan resiko tinggi terhadap penyakit kardiometabolik (Tchernof dan Despres, 2013). Hal ini disebabkan pada seseorang yang mengalami obesitas terjadi penurunan pada sekresi hormon pertumbuhan. Penyebab utama terjadinya gangguan sekresi pada hormon pertumbuhan ini adalah adanya perubahan pada hipotalamus, fungsi kelenjar pituitary yang tidak normal atau adanya gangguan dari sinyal perifer yang bertindak baik pada hipotalamus (Cordido *et al.*, 2009).

d.8. Genetik

Genetik dapat mempengaruhi tingkat obesitas seseorang. Jika seseorang berasal dari keluarga yang obesitas sentral maka orang tersebut memiliki kemungkinan mengalami obesitas sentral 2-8 kali lebih banyak dibandingkan berasal dari keluarga yang tidak obesitas (Soegih dan Wiramidhardja, 2009).

d.9. Ras

Selain itu ras, khususnya warna kulit memiliki hubungan dengan obesitas sentral. Wanita dengan kulit hitam memiliki resiko lebih rendah terkena obesitas sentral dibandingkan dengan wanita dengan kulit putih (Despres *et al.*, 2000). Hal ini dikarenakan, pada wanita kulit hitam memiliki kadar HDL yang tinggi, trigliserida rendah dan penumpukan lemak visceral yang lebih sedikit dibandingkan dengan wanita yang mempunyai kulit putih.

d.10. Asupan vitamin D dan kalsium

Obesitas sentral juga diketahui mempunyai hubungan dengan vitamin D dan asupan kalsium. Pada penelitian lain diketahui bahwa vitamin D berhubungan dengan distribusi lemak tubuh seseorang (Lender *et al.*, 2009). Selain itu, asupan kalsium juga diketahui berhubungan dengan distribusi lemak tubuh dan dapat menurunkan resiko obesitas (Zemel *et al.*, 2000).

d.11. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik adalah setiap pergerakan tubuh yang ditimbulkan oleh otot-otot skelekal dan mengakibatkan pengeluaran energi (Gibney *et al.*, 2009). Aktivitas fisik adalah semua gerakan tubuh yang melibatkan otot rangka yang menghasilkan pengeluaran energi. Energi yang dihasilkan dinyatakan dalam kilokalori (kkal). Aktivitas fisik sehari-hari dapat dikelompokkan menurut jenis pekerjaan, olahraga, transportasi, rumah tangga, atau aktivitas di waktu luang (Ainsworth *et al.*, 2000). Aktivitas fisik/olahraga yang rutin dapat mendorong penurunan yang cukup berat pada jaringan lemak, bahkan tanpa adanya penurunan berat badan (Tchernof dan Despres, 2013). Hal ini dikarenakan olahraga dapat meningkatkan massa jaringan lemak. Ada hubungan antara aktivitas fisik dengan obesitas sentral pada orang dewasa dimana dihasilkan nilai $p < 0,05$ dan orang yang memiliki aktivitas fisik kurang beresiko obesitas sentral sebesar 1,2 kali atau $OR = 1,202$ (Pujiati, 2010). Sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Sugiati *et al.* (2009) menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif antara aktivitas fisik berat dengan obesitas sentral, dimana orang yang tidak memiliki aktivitas fisik berat mengalami obesitas sentral sebesar 26,4% dan orang yang melakukan aktivitas fisik berat mengalami obesitas sentral

sebesar 18%. Pengukuran aktivitas fisik tidak dapat dilepaskan dari dimensinya seperti jenis, durasi, frekuensi dan intensitas (Hu, 2008c). Intensitas aktivitas fisik dinyatakan sebagai METs (metabolic equivalent tasks) yang sudah dikodifikasi oleh Ainsworth *et al.* (1993) dan revisinya pada tahun 2000 dalam bentuk kompendium aktivitas fisik. Metabolic Equivalent Tasks adalah perkiraan konsumsi oksigen yang digunakan untuk membakar kalori. Satu MET setara dengan 3,5 mL oksigen per kilogram berat badan per menit atau 1 kkal/kg berat badan per jam. Intensitas aktivitas fisik adalah rasio MET aktivitas fisik tersebut terhadap RMR. Berdasarkan nilai MET, aktivitas fisik dapat dikategorikan sebagai intensitas ringan dengan nilai MET < 3 intensitas sedang dengan nilai MET 3-6; dan intensitas berat dengan nilai MET > 6. Namun patokan ini dapat berbeda sesuai dengan usia dan status obesitas (Hu, 2008c).

2. Perilaku makan (*emotional eating*)

Perilaku adalah aktifitas yang timbul karena adanya stimulus dan respon yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku makan adalah cara seseorang berfikir, berpengetahuan dan berpandangan tentang makanan. Apa yang ada dalam perasaan dan pandangan itu dinyatakan dalam bentuk tindakan makan dan memilih makanan. Jika itu terus menerus berulang maka tindakan tersebut akan menjadi kebiasaan makan (Khumaidi, 1994). Perilaku makan sebagai

pikiran, tindakan dan niat bahwa organisme membentuk keinginan untuk menelan makanan baik makanan padat maupun makanan dalam bentuk cair (Firman, 2012). Pengertian lain, perilaku makan sebagai serangkaian tindakan yang membangun hubungan manusia dengan makanan. Makanan yang dimaksud tidak hanya berkaitan dengan jumlah dan jenis makanan, tetapi juga kebiasaan dan perasaan yang dibentuk sehubungan dengan tindakan makan (Benarroch *et al.*, 2011).

Pada literature perilaku makan memiliki 6 gaya makan meliputi *satiety responsiveness* (mengurangi asupan makan untuk mengimbangi camilan yang dimakan sebelumnya), *responsiveness to food cues/external eating* (kebiasaan mencicipi makanan), *emotional eating* (makan lebih banyak selama emosi negatif), *general interest in eating* (rasa lapar, keinginan untuk makan dan menikmati makanan), *speed of eating* (menilai kecepadan dalam makan), *food fussiness* (sangat selektif tentang berbagai makanan) (Wadle *et al.*, 2001).

Teori psychosomatic menjelaskan mengenai *emotional eating*, yaitu dorongan makan ketika ada respon emosi negatif seperti depresi dan putus asa (Bruch, 1973 dalam Streint, 2013). Beberapa orang akan makan berlebihan dalam menanggapi setiap rangsangan emosional yang tinggi, biasanya mengakibatkan konsumsi makanan tinggi kalori dan berhubungan positif dengan lemak tubuh (Zellner *et al.*, 2006). Respon emosi dan stress yang terjadi pada kehidupan individu telah dikaitkan dengan perilaku makan abnormal sebagai strategi untuk mengatasi stres

dan mempengaruhi konsumsi makanan dan berat badan (Lofton *et al.*, 2007).

Konsep *emotional eating* yang diungkapkan oleh Morris (2012), berpendapat bahwa kecenderungan makan berlebih sebagai respon dari emosi negatif terjadi pada individu tertentu dalam rangka untuk meningkatkan keadaan emosional. Emosi negatif yang dilibatkan seperti rasa takut, cemas, marah dan sebagainya (Uyun, 2007). Menurut teori psikosomatis, respon khas terhadap stres adalah hilangnya nafsu makan akibat stres dan emosi yang menyebabkan perubahan fisiologis yang mirip dengan rasa kenyang (Bruch, 1973 dalam Kuijer dan Boyce, 2012). Namun, beberapa orang (*emotional eating*) kurang dapat membedakan antara rasa lapar dan korelasi fisiologis dari gairah emosional dan sebagai hasilnya merespon stres dengan makan berlebihan (Kuijer dan Boyce, 2012).

Ada beberapa perbedaan antara rasa lapar secara emosional dan lapar secara fisik, kelaparan secara emosional datang tiba-tiba, kelaparan secara fisik terjadi bertahap. Kelaparan secara fisik juga dapat menunggu tapi kelaparan secara emosional harus dipuaskan segera. Kelaparan secara emosional dapat menyebabkan perasaan bersalah, tetapi kelaparan fisik tidak. Ketika itu kelaparan secara emosional orang mungkin akan terus makan, tetapi ketika itu kelaparan secara fisik orang lebih mungkin untuk berhenti ketika perut terasa penuh. Sementara penyebab kelaparan secara

fisik adalah adanya kebutuhan fisiologis, tetapi kelaparan secara emosional lebih dipicu oleh emosi (Doğan *et al.*, 2011).

Skala *Emotional eating Scale* dibagi tiga faktor kondisi afektif yang mendorong seseorang untuk makan dalam menanggapi berbagai emosi, yaitu: marah/frustrasi, stres dan depresi (Arnow *et al.*, 1995). Sebelumnya, Van Strien *et al.* (1985) telah mengemukakan adanya beberapa skala kepribadian yang memiliki kaitan dengan *emotional eating*. Skala kepribadian tersebut merupakan adanya aspek ketidakstabilan emosi, seperti: merasa rendah diri, cemas dan khawatir. Dalam *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ), van strien membagi *emotional eating* menjadi 2 dimensi, yaitu:

1. Makan sebagai respon untuk meredam emosi. Pada dimensi ini individu makan berlebihan sebagai upaya untuk meredam emosi yang sedang dirasakan, misalnya makan disaat bosan, kesepian, ada orang yang mengecewakan, atau sedang tidak melakukan apa-apa.
2. Makan sebagai respon untuk mengenali emosi secara jelas. Pada dimensi ini individu makan berlebihan sebagai akibat emosi-emosi yang jelas, misalnya marah, takut, kecewa, atau kesal.

3. Religiusitas

a. Definisi agama dan religiusitas

Agama adalah seperangkat sistem kepercayaan, ritual (amalan), dan simbol-simbol yang terorganisasi untuk mendekatkan seseorang kepada sumber kekuatan yang paling tinggi. Religiusitas adalah

komitmen keberagaman yang dapat diamati dalam bentuk aktivitas keagamaan secara institusional dan personal serta perasaan dan pengalaman religius. Dengan kata lain, religiusitas adalah seberapa jauh seseorang menggunakan agamanya sebagai faktor yang menentukan di dalam hidupnya, sikap dan tingkah laku serta proses pengambilan keputusan (Monod *et al.*, 2011).

Menurut Jalaludin (2010), sesuatu disebut sebagai agama apabila memenuhi keempat unsur keagamaan. Pertama, percaya akan adanya kekuatan gaib yang berada di atas kekuatan manusia. Manusia yang lemah dan terbatas merasa butuh akan pertolongan dengan cara menjaga dan membina hubungan baik dengan kekuatan gaib tersebut. Kedua, adanya keyakinan terhadap kekuatan gaib sebagai penentu nasib atau takdir manusia. Ketiga, respon yang bersifat emosional bagi manusia. Respon ini dalam realisasinya terlihat dalam penyembahan karena didorong perasaan takut (agama primitif) atau pemujaan yang didorong oleh rasa cinta serta bentuk cara hidup tertentu bagi penganutnya.

Jika agama adalah institusi sosial yang memiliki batasan yang jelas, maka spiritualitas lebih bersifat individual dan tidak memiliki batasan yang jelas. Dilihat dari sudut pandang seperti ini akan tampak bahwa agama adalah bagian dari spiritualitas seseorang, namun tidak semua spiritualitas seseorang didapatkan dari agama. Kadang-kadang kita bisa menyaksikan suatu praktik agama tanpa spiritualitas atau bisa

juga spiritualitas tanpa agama (Miller dan Thoresen, 2003). Spiritualitas merujuk kepada sesuatu yang paling menjiwai, memaknai atau gairah energi terhadap unsur material yang melekat pada manusia. Selain itu spiritualitas fokus pada subyektivitas terhadap kehidupan non materi yang tidak tampak oleh indera fisik yang dapat digunakan untuk memahami dunia material (Thoresen dan Harris, 2002). Sedangkan Menurut Nashori (2002) religiusitas adalah seberapa jauh pengetahuan, seberapa kokoh keyakinan, seberapa pelaksanaan ibadah dan kaidah, dan seberapa dalam penghayatan atas agama yang dianut. Inilah yang diwujudkan dalam perilaku sehari-hari.

b. Dimensi Religiusitas

Menurut Ancok dan Suroso (2005) ada lima macam dimensi religiusitas yaitu dimensi keyakinan (ideologis/iman), dimensi peribadatan (ritual/ibadah), dimensi pengalaman (ikhsan), dimensi pengetahuan agama (intelektual/ilmu) dan dimensi konsekuensi(amal).

1. Dimensi keyakinan

Dimensi ini berisi penghayatan-penghayatan dimana orang religius berpegang teguh pada pandangan teologis tertentu dan mengakui kebenaran doktrin-doktrin tersebut. Setiap agama mempertahankan seperangkat kepercayaan dimana para penganut diharapkan akan taat. Walaupun demikian, isi dan ruang lingkup keyakinan itu bervariasi tidak hanya di antara agama-agama, tetapi seringkali juga diantara tradisi-tradisi dalam agama yang sama.

2. Dimensi peradaban (ritual)

Dimensi ini mencakup perilaku pemujaan, ketaatan dan sesuatu hal yang dilakukan orang untuk menunjukkan komitmen terhadap agama yang dianutnya, praktik keagamaan ini terdiri atas dua kelas penting, yaitu:

- a. Ritual, mengacu kepada seperangkat ritus, tindakan keagamaan formal dan praktik-praktik suci yang semua mengharapkan para pemeluk melaksanakannya.
- b. Ketaatan dan ritual bagaikan ikan dan air, meski ada perbedaan penting. Aspek ritual dari komitmen sangat formal dan khas publik, semua agama yang dikenal juga mempunyai tindakan persembahan dan kontemplasi personal yang relative spontan, informal dan khas pribadi.

3. Dimensi pengalaman

Dimensi ini berisikan dan memperhatikan fakta bahwa semua agama mengandung pengharapan-pengharapan tertentu, meski tidak tepat jika dikatakan bahwa seseorang yang beragama dengan baik pada suatu waktu akan mencapai pengetahuan subjektif dan langsung mengenai kenyataan terakhir (kenyataan terakhir bahwa ia akan mencapai suatu kontak dengan kekuatan supranatural). Seperti telah kita kemukakan, dimensi ini berkaitan dengan pengalaman keagamaan, perasaan-perasaan, dan sensasi-sensasi yang dialami seseorang atau didenifikasikan oleh suatu

kelompok keagamaan atau suatu masyarakat yang melihat komunikasi, walaupun kecil, dalam suatu esensi ketuhanan yaitu dengan Tuhan, kenyataan terakhir dengan otoritas transendental.

4. Dimensi pengetahuan

Dimensi ini mengacu kepada harapan bahwa orang-orang yang beragama paling tidak memiliki sejumlah minimal pengetahuan mengenai dasar-dasar keyakinan, ritus-ritus, kitab suci dan tradisi-tradisi. Dimensi pengetahuan dan keyakinan jelas berkaitan satu sama lain, karena pengetahuan mengenai suatu keyakinan adalah syarat bagi penerimanya. Walaupun demikian, keyakinan tidak perlu diikuti oleh syarat pengetahuan, juga semua pengetahuan agama tidak selalu berdasar pada keyakinan. Lebih jauh, seseorang dapat berkeyakinan kuat tanpa benar-benar memahami agamanya atau kepercayaan bisa juga atas dasar pengetahuan yang amat sedikit.

5. Dimensi konsekuensi

Konsekuensi komitmen agama berlainan dari keempat dimensi yang sudah dibicarakan di atas. Dimensi ini mengacu pada klasifikasi akibat-akibat keyakinan keagamaan praktik, pengalaman dan pengetahuan seseorang dari hari kehari. Agama banyak menggariskan bagaimana pemeluknya seharusnya berfikir dan bertindak dalam kehidupan sehari-hari, walaupun tidak sepenuhnya jelas sebatas mana konsekuensi-konsekuensi agama

merupakan bagian dari komitmen keagamaan atau semata-mata berasal dari agama.

4. Hubungan tingkat religiusitas dengan obesitas sentral

Beberapa penelitian telah memberikan bukti bahwa peran agama, seperti frekuensi kehadiran ke tempat ibadah, berhubungan dengan penyakit degeneratif (Thoresen and Harris, 2002). Namun obesitas sentral merupakan salah satu faktor penguat terjadinya penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner bahkan hingga kematian (Gotera *et al.*, 2006). Di dalam Islam terdapat puasa, puasa tersebut dapat bermanfaat bagi kesehatan seseorang. Dengan melakukan rutin berpuasa sunat memiliki efek pencegahan terhadap peningkatan berat badan dan lingkaran perut dibandingkan dengan diet standar selama 3 bulan setelah puasa ramadhankarena puasa sunat yang rutin dapat membatasi asupan karbohidrat, asupan makanan manis, asupan lemak, asupan protein, serta dapat meningkatkan konsumsi sayur dan buah (makanan berserat) (Ismail *et al.*, 2015).

Berdasarkan teori yang telah dijabarkan diatas bahwa makanan manis, asupan lemak dan protein berlebih merupakan perilaku makan yang salah satunya karena emosi negative atau *emotional eating* dan sehingga menyebabkan obesitas sentral. Akan tetapi kejadian pada penduduk yang beragama islam berbanding terbalik pada penduduk yang beragama selain islam. Pada pria kulit hitam AS yang beragama Protestan kemudian pergi ke gereja minimal seminggu sekali cenderung lebih gemuk (*adjusted OR*

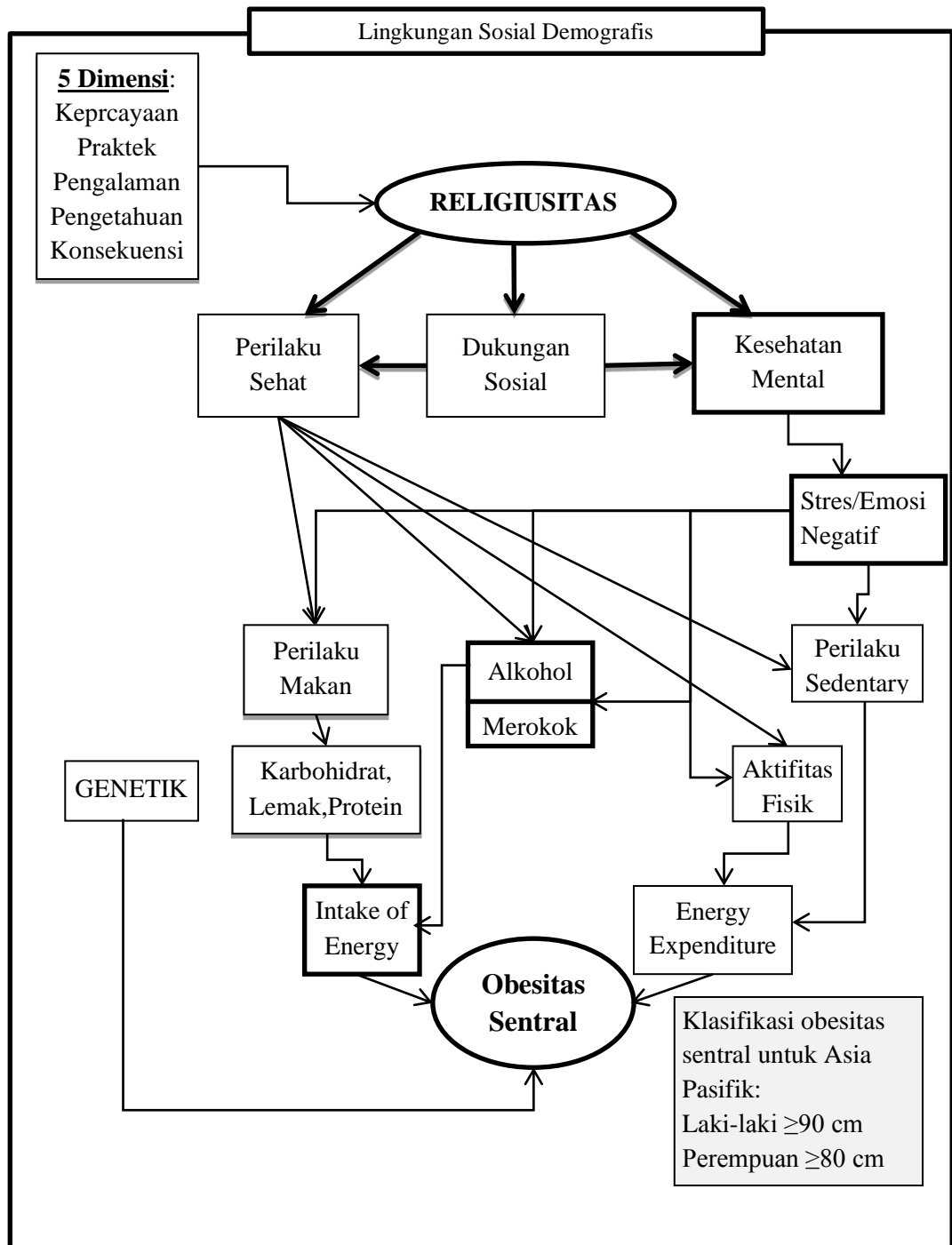
2,17; 95% CI= 1,25-3,77) dibandingkan mereka yang hampir tidak pernah pergi ke gereja (Taylor *et al.*, 2013). Pada agama dan etnis tertentu, interaksi keduanya menunjukkan bahwa religiusitas berpengaruh pada kebiasaan makan umatnya. Pada wanita kulit hitam AS di perkotaan memiliki perilaku konsumsi buah dan sayur yang lebih banyak pada mereka yang lebih religius daripada yang kurang (Holt *et al.*, 2005). Sedangkan orang Yahudi Israel yang religius memiliki perilaku hidup yang lebih sehat seperti mengikuti resep makanan sehat, mengonsumsi sedikit daging, produk olahan susu dan kopi, serta makan ikan dalam jumlah yang lebih banyak. Namun mereka memiliki resiko obesitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan Yahudi Israel yang tidak religius (Shmueli and Tamir, 2007).

5. Hubungan perilaku makan (*emotional eating*) dengan obesitas sentral

Obesitas sentral berhubungan dengan kondisi mental emosional seseorang. Pada penelitian Sugianti (2009), diketahui prevalensi obesitas sentral lebih tinggi pada sampel yang kondisi emosionalnya terganggu. Dalam penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa sampel dengan kondisi emosional terganggu beresiko 1,135 kali mengalami obesitas sentral dibandingkan dengan sampel yang tidak memiliki gangguan mental emosional. Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis (Idaiani *et al.*, 2009). Tchernof dan Despres (2013) menjelaskan bahwa seseorang yang

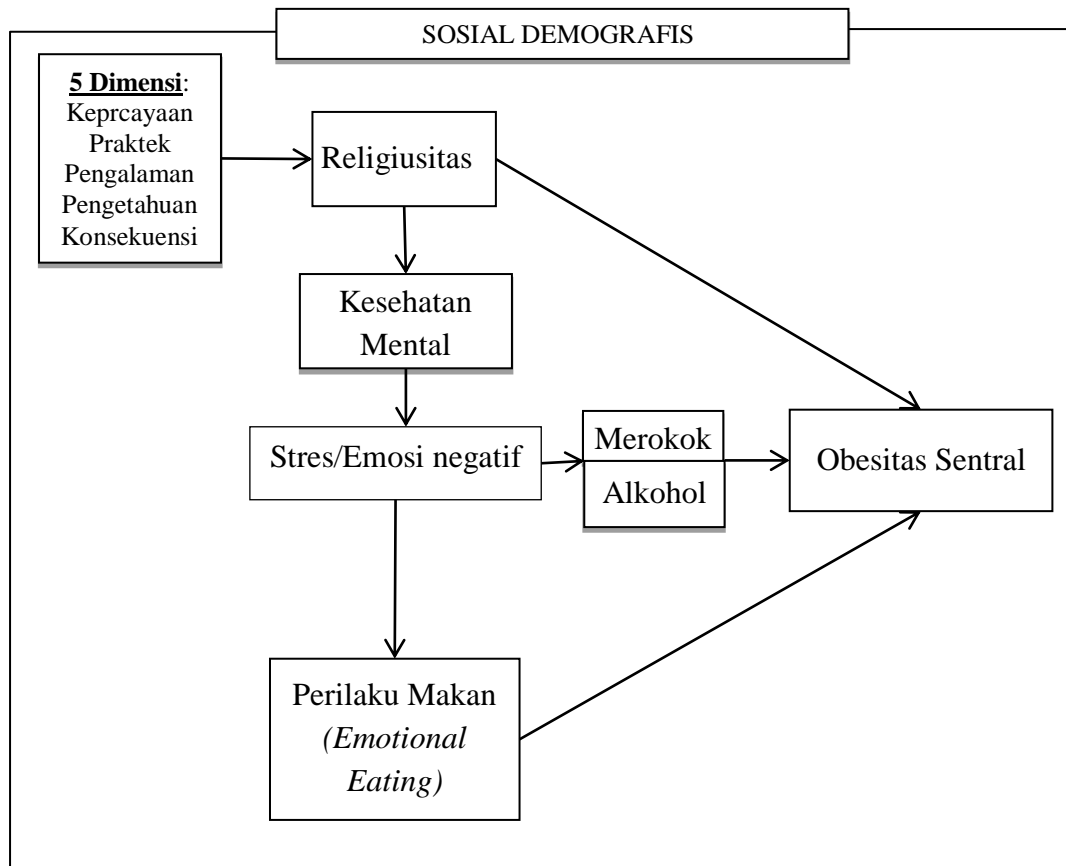
mengalami stres dapat meningkatkan kadar kortisol dan mengaktifkan saraf simpatik. Peningkatan kadar kortisol ini dapat mempengaruhi kerja otak. Seseorang yang mengalami stres akan mengirimkan stimulus ke otak dan kemudian otak mengirimkan sinyal ke tubuh untuk meningkatkan nafsu makan atau *emotional eating* (Purnamasari, 2013). Kombinasi antara peningkatan kortisol dan asupan makanan inilah yang dapat mempengaruhi distribusi lemak dalam tubuh seseorang dan terjadilah obesitas sentral.

B. KerangkaTeori



Gambar 1. Kerangka Teori Hubungan antara Tingkat Religiusitas dan Perilaku Makan (*emotional eating*) dengan Obesitas Sentral.

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Hubungan antara Religiusitas dan Perilaku Makan dengan Obesitas Sentral

D. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara tingkat religiusitas dengan obesitas sentral.
2. Ada hubungan antara perilaku makan (*emotional eating*) dengan obesitas sentral
3. Status demografis sosial berperan sebagai mediator dalam hubungan antara tingkat religiusitas dengan obesitas sentral.