

PREVALENSI GIZI LEBIH DAN OBESITAS PENDUDUK DEWASA DI INDONESIA

Sandjaja¹⁾ dan Sudikno¹⁾

¹⁾Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan Bogor

ABSTRACT

There is a trend that the prevalence of overweight and obesity is increasing in Indonesia in the last decade. Overweight and obesity has been shown to increase risk of several degenerative diseases. Using data from household health survey (SKRT), data analysis of 20.137 adults was done, comprised of 9.390 men and 10.747 women from urban and rural areas. Overweight and obesity was defined for body mass index (BMI) > 25.0 – 27.0, while obesity was defined for BMI > 27.0. The study found that the prevalence of overweight was 7.2% among men and 10.4% among women. The prevalence of overweight was higher in urban areas (10.8%) than in rural areas (7.5%). The prevalence of obesity among women was more than twice (13.3%) than among men (5.3%), higher in urban areas (12.8%) than rural areas (7.1%). The peak of overweight and obesity was found at the age range of 45 – 49 years old. In conclusion, the prevalence of overweight and obesity was higher in both aspects, among women than men and in urban areas than in rural areas. The higher prevalence was found at the age of 45-49 years old.

Keywords: overweight, obesity, body mass index

PENDAHULUAN

Obesitas atau kegemukan adalah suatu keadaan yang terjadi jika kuantitas jaringan lemak tubuh dibandingkan dengan berat badan total lebih besar dari keadaan normalnya, atau suatu keadaan di mana terjadi penumpukan lemak tubuh yang berlebih sehingga berat badan seseorang jauh di atas normal. Sedangkan gizi lebih atau overweight adalah keadaan di mana berat badan seseorang melebihi berat badan normal. Obesitas dan gizi lebih dapat terjadi karena adanya ketidak-seimbangan antara energi dari makanan yang masuk lebih besar dibanding dengan energi yang digunakan tubuh. Masalah obesitas dan gizi lebih tidak hanya terjadi di negara yang sudah maju, tetapi mulai meningkat prevalensinya di negara berkembang.

Indonesia dan negara berkembang lainnya sedang menghadapi transisi epidemiologi, demografi, dan urbanisasi. Di bidang gizi telah terjadi perubahan pola makan seperti rendahnya konsumsi buah

dan sayur, tingginya konsumsi garam dan meningkatnya konsumsi makanan yang tinggi lemak serta berkurangnya aktivitas olahraga pada sebagian masyarakat terutama di perkotaan ¹⁾ Susenas 2004 mendapatkan bahwa 60% penduduk umur \geq 15 tahun kurang mengkonsumsi buah dan sayur menurut standar WHO yaitu minimal 5 porsi, dan 24% tidak tiap hari mengkonsumsi sayur dan buah ²⁾ Perubahan pola makan dan aktivitas fisik berakibat semakin banyaknya penduduk golongan tertentu yang mengalami masalah gizi lebih berupa kegemukan dan obesitas ³⁾

Gizi lebih dan obesitas merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner disamping faktor risiko lainnya, seperti hipertensi, diabetes melitus, merokok, stres, dan kurang olahraga ¹²⁾ Penelitian Manson dkk. (1990) dalam Suyono (1994) terhadap 115.886 wanita berumur 30-55 tahun, setelah diikuti selama 8 tahun, ternyata risiko relatif (RR) penderita gizi lebih berkisar antara 1,0 sampai 3,3 kali, sedangkan pada indeks massa tubuh (IMT)

lebih dari 29 risiko relatif 3,3 kali terjadinya penyakit jantung koroner. Dengan demikian makin tinggi IMT makin besar resiko terjadinya penyakit jantung koroner. Risiko relatif ini diperoleh setelah dilakukan penyesuaian terhadap faktor umur dan kebiasaan merokok⁹⁾.

Hasil penelitian survei Indeks Massa Tubuh (IMT) di 12 Kota di Indonesia tahun 1995 mendapatkan prevalensi gizi lebih sebesar 10,3% dan prevalensi obesitas sebesar 12,2%⁷⁾ Prevalensi gizi lebih ini mengalami peningkatan pada tahun 1999 sebesar 14% dan tahun 2000 sebesar 17,4%⁵⁾

Pada tahun 2004, Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) juga mengumpulkan data tentang berat badan dan tinggi badan pada 10.000 rumahtangga di semua provinsi di Indonesia, yang mencakup daerah perkotaan dan perdesaan. Dengan demikian informasi tentang prevalensi masalah gizi lebih dan obesitas pada SKRT ini dapat memberikan gambaran masalah tersebut menurut daerah, jenis kelamin dan umur.

BAHAN DAN CARA

Penelitian dilakukan dengan melakukan analisis data sekunder yang tersedia dalam kuesioner Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2004. Sampel SKRT sebanyak 10.000 rumahtangga di seluruh provinsi di Indonesia yang merupakan sub-sampel dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2004 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik.

Survei SKRT dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah dilatih oleh Tim Survei

Kesehatan Nasional (Surkesnas), Badan Litbang Kesehatan. Salah satu variabel yang dikumpulkan adalah pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan) untuk semua anggota rumahtangga terpilih. Pengukuran berat badan dilakukan dengan menggunakan timbangan digital dengan ketelitian 0,1 Kg, sedangkan pengukuran tinggi badan dengan menggunakan microtoise dengan ketelitian 0,1 Cm.

Untuk tulisan ini, hanya sampel dewasa umur 18 tahun ke atas yang diolah datanya. Untuk wanita ditambah kriteria inklusi hanya yang tidak sedang hamil. Indeks massa tubuh (IMT) dihitung dengan berat badan (Kg) dibagi tinggi badan kuadrat (M^2). Dari hasil penghitungan IMT, dikategorikan menjadi obesitas dengan IMT lebih besar dari 27,0 dan gizi lebih dengan IMT antara lebih besar dari 25,0 sampai dengan 27,0 (Depkes, 2003). Setiap sampel diberi bobot tertimbang (*weighted*) sesuai dengan daerah/provinsi.

Analisis krostabulasi dilakukan untuk menghitung proporsi gizi lebih dan obesitas menurut daerah perdesaan perkotaan, jenis kelamin dan kelompok umur.

HASIL DAN BAHASAN

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa sebagian besar sampel berada di wilayah perdesaan, yaitu 56,6%. Sampel perempuan sebesar 53,4%, lebih besar daripada sampel laki-laki (46,6%). Sedangkan dari kelompok umur sampel tampak bahwa kelompok umur sampel < 25 tahun (16,5%) lebih tinggi dari kelompok umur lainnya.

Tabel 1
Karakteristik Sampel Usia Dewasa, SKRT 2004

Karakteristik Sampel	Jumlah Sampel Tertimbang	Persen
Daerah		
Perkotaan	8.741	43,4
Perdesaan	11.396	56,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	9.390	46,6
Perempuan	10.747	53,4
Umur (tahun)		
< 25	3.329	16,5
25 – 29	2.356	11,7
30 – 34	2.634	13,1
35 – 39	2.557	12,7
40 – 44	2.173	10,8
45 – 49	1.829	9,1
50 – 54	1.542	7,7
55 – 59	983	4,9
60 – 64	998	5,0
>= 65	1.737	8,6
Total	20.137	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa rata-rata IMT sampel di perkotaan (22,58) lebih tinggi daripada di perdesaan (21,57). Namun demikian menurut Azwar (2004) menyatakan bahwa masalah kegemukan di perdesaan cenderung mengalami peningkatan walaupun prevalensinya masih lebih rendah daripada perkotaan. Perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan pola makan dan aktivitas olah raga baik pada masyarakat perkotaan maupun perdesaan diduga menjadi faktor pemicu terjadinya gizi lebih dan obesitas.¹⁾

Dari jenis kelamin diketahui bahwa rata-rata IMT perempuan tampak lebih tinggi

daripada laki-laki. Pada penelitian Ernawati, dkk (2003) juga mendapatkan bahwa rata-rata IMT perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Bicep responden perempuan di perkotaan lebih besar daripada di perdesaan, namun perempuan di perdesaan mempunyai rasio subscapula dan suprailiaca dengan bicep dan trisep lebih besar daripada perempuan di perkotaan. IMT mencerminkan kegemukan general sedangkan bicep mencerminkan kegemukan di perifer, kemudian bicep dan trisep mencerminkan kegemukan di bagian tengah.⁶⁾

Tabel 2
Rata-rata IMT Sampel Penduduk Dewasa Menurut Karakteristik, SKRT 2004

Karakteristik Sampel	Jumlah Sampel Tertimbang	IMT (Kg/M ²)	
		Rata-rata	SE
Daerah			
Perkotaan	8.741	22,58	0,04
Perdesaan	11.397	21,57	0,03
Jenis Kelamin			
Laki-laki	9.390	21,42	0,03
Perempuan	10.747	22,51	0,04
Umur (tahun)			
< 25	3.329	20,64	0,05
25 – 29	2.356	21,83	0,07
30 – 34	2.634	22,61	0,07
35 – 39	2.557	22,94	0,07
40 – 44	2.173	22,96	0,08
45 – 49	1.829	22,82	0,09
50 – 54	1.542	22,49	0,10
55 – 59	983	21,93	0,12
60 – 64	998	21,26	0,11
>= 65	1.737	20,55	0,08

Sedangkan menurut kelompok umur terlihat kecenderungan IMT semakin tinggi dengan bertambahnya umur sampel. Kondisi ini mulai tampak dari kelompok umur sampel < 25 tahun sampai dengan kelompok umur sampel 40-44 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian Budiman (1997) terhadap 167 laki-

laki dan 174 perempuan di perkampungan kumuh Jakarta yang mendapatkan bahwa prevalensi gizi lebih meningkat dengan bertambahnya umur baik pada laki-laki maupun perempuan. Penurunan rata-rata IMT mulai terjadi pada umur 55 tahun atau lebih.

Tabel 3
. Prevalensi BB Lebih dan Obesitas pada Penduduk Dewasa di Indonesia Menurut Umur dan Daerah, SKRT 2004

Umur (tahun)	Perkotaan			Perdesaan		
	N tertimbang	Gizi Lebih	Obese	N tertimbang	Gizi Lebih	Obese
Umur (tahun)						
< 25	1.616	4,0	4,4	1.712	3,2	2,2
25 – 29	1.063	8,9	8,8	1.293	7,6	7,3
30 – 34	1.214	11,7	12,7	1.421	8,8	9,6
35 – 39	1.122	15,1	17,6	1.434	10,5	9,6
40 – 44	960	14,2	17,7	1.211	9,4	10,4
45 – 49	790	14,2	21,0	1.040	10,7	8,4
50 – 54	615	14,1	18,2	928	9,1	8,6
55 – 59	397	11,8	16,1	587	6,5	4,4
60 – 64	341	11,4	12,0	658	5,6	5,6
>= 65	623	7,9	7,5	1.114	3,8	3,9

Total	8.741	10,8	12,8	11.396	7,5	7,1
-------	-------	------	------	--------	-----	-----

Tabel 3 menunjukkan bahwa prevalensi gizi lebih dan obesitas di perkotaan, yaitu sebesar 10,8% dan 12,8% lebih tinggi daripada sampel di pedesaan (7,5% dan 7,1%) tidak jauh berbeda dengan SKRT tahun 2001 yang mendapatkan bahwa prevalensi responden dengan gizi lebih (IMT \geq 25,0) di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan daerah pedesaan (Surkesnas, 2001).

Selanjutnya pada semua kelompok umur sampel diketahui bahwa prevalensi gizi lebih dan obesitas di perkotaan cenderung lebih tinggi daripada di pedesaan. Prevalensi gizi lebih tertinggi di perkotaan

ditemukan sebesar 15,1% pada kelompok umur 35-39 tahun dan prevalensi obesitas tertinggi sebesar 21% pada kelompok umur 45-49 tahun. Sedangkan di pedesaan prevalensi gizi lebih tertinggi ditemukan sebesar 10,7% pada kelompok umur 45-49 tahun dan prevalensi obesitas tertinggi sebesar 10,4% pada kelompok umur 40-44 tahun. Pada penelitian Kodyat, dkk. (1996) persentase status gizi obesitas tertinggi terdapat pada kelompok umur 41-55 tahun baik pada laki-laki maupun perempuan. Rata-rata IMT tertinggi, yaitu 24,0 terdapat pada kelompok perempuan.

Tabel 4
Prevalensi BB Lebih dan Obesitas pada Penduduk Dewasa di Indonesia
Menurut Umur dan Jenis Kelamin, SKRT 2004

Umur (tahun)	Laki-laki			Perempuan		
	N tertimbang	Gizi Lebih	Obese	N tertimbang	Gizi Lebih	Obese
Umur (tahun)						
< 25	1.494	2,1	2,2	1.836	4,7	4,1
25 – 29	1.026	6,8	2,8	1.329	9,2	12,0
30 – 34	1.194	7,0	4,6	1.438	12,7	16,3
35 – 39	1.192	10,5	6,1	1.365	14,2	19,2
40 – 44	1.043	9,3	9,4	1.130	13,5	17,6
45 – 49	889	10,1	8,7	940	14,0	18,8
50 – 54	790	10,0	7,0	754	12,2	18,2
55 – 59	488	7,4	6,6	496	9,9	11,7
60 – 64	450	4,9	3,6	547	9,9	11,2
\geq 65	826	4,5	3,4	912	5,9	7,0
Total	9.392	7,2	5,3	10747	10,4	13,3

Tabel 4 menunjukkan bahwa prevalensi gizi lebih dan obesitas pada perempuan, yaitu sebesar 10,4% dan 13,3%, lebih tinggi daripada sampel laki-laki (7,2% dan 5,3%). Menurut kelompok umur sampel diketahui bahwa prevalensi gizi lebih dan obesitas pada perempuan cenderung lebih tinggi daripada laki-laki. Prevalensi gizi lebih tertinggi pada perempuan ditemukan sebesar 14,2% pada kelompok umur 35-39 tahun dan prevalensi obesitas tertinggi

sebesar 19,2% pada kelompok umur yang sama. Sedangkan pada laki-laki prevalensi gizi lebih tertinggi ditemukan sebesar 10,5% pada kelompok umur 35-39 tahun dan prevalensi obesitas tertinggi sebesar 9,4% pada kelompok umur 40-44 tahun. Beberapa penelitian menyimpulkan adanya hubungan antara jenis kelamin dengan gizi lebih dan obesitas. Budiman (1997) menyatakan bahwa gizi lebih dan obesitas lebih banyak ditemukan pada perempuan daripada laki-

laki, yakni 29,1% dan 5,1% pada perempuan, sedangkan pada laki-laki sebesar 19,5% dan 1,7%¹⁵⁾. Hal yang sama juga terdapat pada penelitian Kodyat, dkk. (1996) yang mendapatkan bahwa prevalensi obesitas pada kelompok perempuan hampir dua kali lipat dibandingkan kelompok laki-laki (14,7% pada wanita dan 7,4% pada laki-laki).

Beberapa faktor yang mungkin berkaitan dengan tingginya persentase obesitas pada responden perempuan, antara lain adalah: (1) Konsumsi makanan berlemak yang mungkin lebih sering dibandingkan dengan laki-laki; (2) Aktivitas olahraga yang jarang dilakukan; (3) Status perkawinan, dimana perempuan yang sudah menikah cenderung mengalami penambahan berat badan di kemudian hari¹³⁾ (4) Pemakaian alat kontrasepsi hormonal seperti: susuk, pil, dan suntikan dapat menimbulkan efek samping bertambahnya berat badan⁸⁾ Penggunaan alat kontrasepsi hormonal mempunyai resiko 2,05 kali lebih besar untuk menjadi obesitas dibandingkan alat kontrasepsi non hormonal¹¹⁾

Baraas (1993) mengemukakan bahwa kadar trigliserida dan kolesterol total dalam darah akan cenderung makin tinggi akibat diet yang tidak terkendali dan aktivitas fisik yang semakin berkurang. Pada wanita ditemukan kadar trigliserida umumnya lebih rendah daripada pria, sedangkan untuk kadar kolesterol total pada laki-laki dan perempuan tidak terlalu jauh berbeda. Namun pada waktu menopause, kadar trigliserida dan kolesterol total wanita cenderung meningkat disertai dengan insiden koroner yang meningkat pula⁴⁾.

Gizi lebih dan obesitas merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner disamping faktor risiko lainnya, seperti hipertensi, diabetes melitus, merokok,

stres, dan kurang olahraga.¹²⁾ Penelitian Manson dkk. (1990) dalam Suyono (1994) terhadap 115.886 wanita berumur 30-55 tahun, setelah diikuti selama 8 tahun, ternyata risiko relatif (RR) penderita gizi lebih berkisar antara 1,0 sampai 3,3 kali, sedangkan pada indeks massa tubuh (IMT) lebih dari 29 risiko relatif 3,3 kali terjadinya penyakit jantung koroner.

Pada saat ini pengukuran gizi lebih dan obesitas sedang memikirkan membuat klasifikasi IMT yang disesuaikan dengan keadaan setempat. Hasil studi di Singapura menunjukkan bahwa penduduknya dengan IMT 27-28 mempunyai lemak tubuh yang sama dengan orang kulit putih dengan IMT 30. Dengan demikian lapisan lemak IMT dapat berbeda untuk penduduk yang berbeda. Cut-off IMT yang digunakan WHO untuk overweight adalah > 25, sama dengan batasan untuk gizi lebih di Indonesia. Tetapi International Obesity Task Force (IOTF) seperti yang dikutip oleh Harahap (2005) menggunakan cut-off > 23. Apabila cut-off ini yang digunakan maka prevalensi gizi lebih dan obesitas yang ditemukan di Indonesia akan lebih tinggi. Hasil penelitian Harahap, dkk (2005)¹⁴⁾ menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi, hiperkolesterol, dan diabetes mellitus (kencing manis) cenderung semakin meningkat dengan semakin meningkatnya IMT. Dengan batas cut-off IMT 23, prevalensi ketiga penyakit di atas masing-masing adalah 40,1%, 11,4% dan 0,6%, lebih tinggi dibanding IMT normal < 23, dengan odd ratio masing-masing sebesar 2,10 (95% CI 1,93-2,28), 1,93 (95% CI 1,25-3,00), dan 1,37 (95% CI 1,21-1,56). Hal ini menunjukkan bahwa dengan cut-off 23 sudah terjadi peningkatan risiko terhadap penyakit hipertensi, hiperkolesterol dan diabetes mellitus.

RUJUKAN

1. Azrul, Azwar (2004): Kecenderungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Depan, www.gizi.net, 27 September 2004.
2. Badan Litbang Kesehatan (2005). Data Susenas 2004 Substansi Kesehatan: Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan. Jakarta, Badan Litbang Kesehatan.

3. Almtsier, Sunita (2001): *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta, Gramedia Pustaka Utama.
4. Baraas, Faisal (1993): *Mencegah Serangan Jantung Dengan Menekan Kolesterol*, Jakarta, Gramedia.
5. Departemen Kesehatan RI (2003): *Petunjuk Teknis Pemantauan Status Gizi Orang Dewasa dengan Indeks Massa Tubuh (IMT)*, Jakarta.
6. Ernawati, Fitrah, dkk. (2003): *Profil Distribusi Lemak Tubuh dan Lemak Darah serta Aktivitas Fisik Orang Dewasa dengan IMT 25 di Pedesaan dan Perkotaan*, Laporan Penelitian, Puslitbang Gizi dan Makanan Bogor.
7. Kodyat, dkk., (1996): "Survei Indeks Massa Tubuh (IMT) di 12 Kotamadya, Indonesia", *Gizi Indonesia*, 21: 52-61.
8. Manuaba, Ida Bagus Gde (1999): *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*, Jakarta, Arcan.
9. Suyono, Slamet dan Djauzi S. (1994): *Penyakit Degeneratif dan Gizi Lebih*, Risalah WKNPG V, LIPI, Jakarta.
10. Departemen Kesehatan RI (2001): *Survei Kesehatan Ibu dan Anak*.
11. Sugiharti, Sri (2002): *Penggunaan Kontrasepsi Hormonal sebagai Faktor Resiko Kejadian Obesitas pada Akseptor KB di Kabupaten Kulon Progo (Studi Kasus Kontrol)*, Tesis, Program Pasca Sarjana UGM, Jogjakarta.
12. Supari, Fadillah (2003): *Penyakit Jantung Koroner dan Pencegahannya*, Seminar Gizi dan Kesehatan Populer, Bogor, 12 Juni 2003.
13. WHO (1995): "Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry", *WHO Technical Report Series 854*, Geneva: 312-340.
14. Harahap, H; Yekti Widodo dan Ria Sukarno (2005). *Penggunaan Berbagai Cut-off Indeks Massa Tubuh sebagai Indikator Obesitas Terkait Penyakit Degeneratif*. Jakarta, Badan Litbangkes.
15. Budiman, Hendra dan Surjadi, Charles, 1997, *Penelitian Obesitas pada Orang Dewasa di Perkampungan Kumuh Jakarta*, *Jurnal Epidemiologi Indonesia*, Vol.I Edisi 1.