

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Religiusitas

a. Definisi Religiusitas

Menurut Driyarkara (1978), kata religi berasal dari latin *religio* yang akar katanya *religare* yang berarti mengikat. Maksudnya adalah suatu kewajiban-kewajiban atau aturan-aturan yang harus dilaksanakan, yang kesemuanya itu berfungsi untuk mengikat dan mengutuhkan diri seseorang atau sekelompok orang dalam hubungannya dengan Tuhan atau sesama manusia, serta alam sekitar.

Dari istilah agama inilah kemudian muncul apa yang dinamakan religiusitas. Meski berakar kata sama, namun dalam penggunaannya istilah religiusitas mempunyai makna yang berbeda dengan religi atau agama. Kalau agama menunjuk pada aspek formal yang berkaitan dengan aturan-aturan dan kewajiban-kewajiban, religiusitas menunjuk pada aspek religi yang telah dihayati oleh individu di dalam hati (Mangunwijaya, 1982). Religiusitas seringkali diidentikkan dengan keberagamaan. Religiusitas diartikan sebagai seberapa jauh pengetahuan, seberapa kokoh keyakinan, seberapa pelaksanaan ibadah dan kaidah dan seberapa dalam penghayatan atas agama yang dianutnya. Bagi seorang Muslim, religiusitas dapat

diketahui dari seberapa jauh pengetahuan, keyakinan, pelaksanaan dan penghayatan atas agama Islam (Nashori & Mucharam, 2002).

Hawari (1996) menyebutkan bahwa religiusitas merupakan penghayatan keagamaan dan kedalaman kepercayaan yang diekspresikan dengan melakukan ibadah sehari-hari, berdoa, dan membaca kitab suci.

Ancok & Suroso (2001) mendefinisikan religiusitas sebagai keberagamaan yang berarti meliputi berbagai macam sisi atau dimensi yang bukan hanya terjadi ketika seseorang melakukan perilaku ritual (beribadah), tapi juga ketika melakukan aktivitas lain yang didorong oleh kekuatan supranatural. Sumber jiwa keagamaan itu adalah rasa ketergantungan yang mutlak (*sense of depend*). Adanya ketakutan-ketakutan akan ancaman dari lingkungan alam sekitar serta keyakinan manusia itu tentang segala keterbatasan dan kelemahannya. Rasa ketergantungan yang mutlak ini membuat manusia mencari kekuatan sakti dari sekitarnya yang dapat dijadikan sebagai kekuatan pelindung dalam kehidupannya dengan suatu kekuasaan yang berada di luar dirinya yaitu Tuhan.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa religiusitas adalah kedalaman penghayatan keagamaan seseorang dan keyakinannya terhadap adanya Tuhan yang diwujudkan dengan mematuhi perintah dan menjauhi larangan dengan keiklasan hati dan dengan seluruh jiwa dan raga.

b. Dimensi Religiusitas

Glock dan Stark dalam Poloutzian (1996) membagi dimensi religiusitas menjadi lima, yaitu :

1) *Religious Practice (the Ritualistic Dimension)*

Tingkatan sejauh mana seseorang mengerjakan kewajiban ritual di dalam agamanya, seperti shalat, zakat, puasa, dan sebagainya.

2) *Religious Belief (the Ideological Dimension)*

Sejauh mana orang menerima hal-hal yang dogmatik di dalam ajaran agamanya. Misalnya kepercayaan tentang adanya Tuhan, Malaikat, kitab-kitab, Nabi dan Rasul, hari kiamat, surga, neraka, dan lain-lain yang bersifat dogmatik.

3) *Religious Knowledge (the Intellectual Dimension)*

Seberapa jauh seseorang mengetahui tentang ajaran agamanya. Hal ini berhubungan dengan aktivitas seseorang untuk mengetahui ajaran-ajaran dalam agamanya.

4) *Religious Feeling (the Experiential Dimension)*

Dimensi yang terdiri dari perasaan-perasaan dan pengalaman-pengalaman keagamaan yang pernah dirasakan dan dialami. Misalnya seseorang merasa dekat dengan Tuhan, seseorang merasa takut berbuat dosa, seseorang merasa doanya dikabulkan Tuhan, dan sebagainya

5) *Religious Effect (the Consequential Dimension)*

Dimensi yang mengukur sejauh mana perilaku seseorang dimotivasi oleh ajaran agamanya di dalam kehidupannya. Misalnya ikut dalam kegiatan konservasi lingkungan, ikut melestarikan lingkungan alam, dan lain-lain.

Dari penelitian Kementerian Negara Kependudukan dan Lingkungan Hidup (1987) juga menunjukkan bahwa ada lima dimensi religiusitas di dalam ajaran Islam yang memiliki persamaan dengan dimensi religiusitas yang diungkapkan oleh Glock dan Stark, yakni :

1) Dimensi Iman

Mencakup hubungan manusia dengan Tuhan, Malaikat, kitab-kitab, Nabi, mukjizat, hari akhir, serta adanya takdir baik dan buruk.

2) Dimensi Islam

Sejauh mana tingkat frekuensi, intensitas dan pelaksanaan ibadah seseorang. Dimensi ini mencakup pelaksanaan shalat, zakat, puasa, haji, dan sebagainya.

3) Dimensi Ikhsan

Mencakup pengalaman dan perasaan tentang kehadiran Tuhan dalam kehidupan, ketenangan hidup, takut melanggar perintah Tuhan, keyakinan menerima balasan, perasaan dekat

dengan Tuhan dan dorongan untuk melaksanakan perintah agama.

4) Dimensi Ilmu

Seberapa jauh pengetahuan seseorang tentang agamanya, misalnya pengetahuan tentang tauhid, fiqh, dan lain-lain.

5) Dimensi Amal

Meliputi bagaimana pengamalan keempat dimensi diatas yang ditunjukkan dalam perilaku seseorang. Dimensi ini menyangkut hubungan manusia dengan manusia dan dengan lingkungan alamnya.

Berikut ini adalah persamaan antara dimensi religiusitas yang dikemukakan oleh Glock & Stark (1965) dengan dimensi religiusitas yang dikemukakan dalam penelitian Kementerian Negara Kependudukan dan Lingkungan Hidup :

- 1) Aspek Iman (*Religious Belief*)
- 2) Aspek Islam (*Religious Practice*)
- 3) Aspek Ikhsan (*Religious Feeling*)
- 4) Aspek Amal (*Religious Effect*)
- 5) Aspek Ilmu (*Religious Knowledge*)

c. Perspektif Islam Tentang Religiusitas

Searah dengan pandangan Islam, Glock dan Stark menilai bahwa kepercayaan keagamaan (teologi) adalah jantungnya dimensi

keyakinan. Teologi terdapat dalam seperangkat kepercayaan mengenai kenyataan terakhir, mengenai alam dan kehendak-kehendak supranatural, sehingga aspek-aspek lain dalam agama menjadi koheren.

Disamping tauhid atau akidah, dalam Al-Qur'an juga ada syariah dan akhlak. Anshari (1987) mengungkapkan bahwa pada dasarnya Islam dibagi menjadi tiga bagian, yaitu akidah, syariah, dan akhlak. Dimana tiga bagian tadi satu sama lain saling berhubungan. Akidah adalah system kepercayaan dan dasar bagi syariah dan akhlak. Tidak ada syariah dan akhlak tanpa akidah Islam.

Berdasarkan hal tersebut diatas dalam memahami Islam dan umat Islam, konsep yang tepat adalah konsep yang mampu memahami adanya beragam dimensi dalam berislam. Menurut Ancok dkk (1994) rumusan Glock dan Stark yang membagi keberagaman menjadi lima dimensi dalam tingkatan tertentu mempunyai kesesuaian dengan Islam.

Walaupun tidak sepenuhnya sama, dimensi keyakinan dapat disejajarkan dengan akidah, dimensi praktik disejajarkan dengan syariah, dan dimensi pengalaman disejajarkan dengan akhlak. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa dimensi religiusitas dalam perspektif Islam meliputi dimensi keyakinan atau akidah Islam, peribadatan atau praktik agama, pengalaman atau akhlak, pengetahuan atau ilmu dan dimensi penghayatan.

d. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Religiusitas

Religiusitas seseorang tidak hanya ditampakkan dengan sikap yang tampak, namun juga sikap yang tidak tampak yang terjadi dalam hati seseorang. Oleh sebab itu terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi religiusitas seseorang. Faktor-faktor yang sudah diakui bisa menghasilkan sikap keagamaan, kelihatannya faktor-faktor itu terdiri dari empat kelompok utama: pengaruh sosial, berbagai pengalaman, kebutuhan, dan proses pemikiran (Thouless, 1971).

Thouless (1971) juga menyebutkan beberapa faktor yang mungkin ada dalam perkembangan sikap keagamaan yang akan dibahas secara lebih rinci, yaitu :

- 1) Pengaruh pendidikan atau pengajaran dan berbagai tekanan sosial (faktor sosial). Faktor sosial dalam agama terdiri dari berbagai pengaruh terhadap keyakinan dan perilaku keagamaan, dari pendidikan yang kita terima pada masa kanak-kanak, berbagai pendapat dan sikap orang-orang di sekitar kita, dan berbagai tradisi yang kita teriman dari masa lampau.
- 2) Berbagai pengalaman yang membantu sikap keagamaan, terutama pengalaman-pengalaman mengenai :
 - a) Keindahan, keselarasan, dan kebaikan di dunia lain (faktor alami). Pada pengalaman ini yang dimaksud faktor alami adalah seseorang mampu menyadari bahwa segala sesuatu

yang ada di dunia ini adalah karena Allah SWT, misalnya seseorang sedang mengagumi keindahan laut, hutan, dan sebagainya.

- b) Konflik moral, pada pengalaman ini seseorang akan cenderung mengembangkan perasaan bersalahnya ketika dia berperilaku yang dianggap salah oleh pendidikan sosial yang diterimanya, misalnya ketika seseorang telah mencuri dia akan terus menyalahkan dirinya atas perbuatan mencurinya tersebut karena jelas bahwa mencuri adalah perbuatan yang dilarang.
 - c) Pengalaman emosional keagamaan (faktor afektif), dalam hal ini misalnya ditunjukkan dengan mendengarkan khutbah di masjid pada hari Jumat, mendengarkan pengajian dan ceramah-ceramah agama.
- 3) Faktor-faktor yang seluruhnya atau sebagian timbul dari kebutuhan-kebutuhan yang tidak terpenuhi, terutama kebutuhan-kebutuhan terhadap : a) keamanan, b) cinta kasih, c) harga diri, dan d) ancaman kematian. Pada faktor ini, untuk mendukung keempat kebutuhan yang tidak terpenuhi yang telah disebutkan, maka seseorang akan menggunakan kekuatan spiritual untuk mendukung. Misal dalam ajaran agama Islam dengan berdo'a meminta keselamatan dari Allah SWT.

- 4) Berbagai proses pemikiran verbal (faktor intelektual). Dalam hal ini berfikir dalam bentuk kata-kata sangat berpengaruh untuk mengembangkan sikap keagamaannya, misalnya ketika seseorang mampu mengeluarkan pendapatnya tentang yang benar dan yang salah menurut ajaran agamanya.

Jadi dapat disimpulkan bahwa religiusitas atau keberagamaan seseorang ditentukan oleh banyak faktor, tidak hanya keluarga yang mempengaruhi keberagamaan seseorang yang sejak kecil mengenalkan atau tidak mengenalkan tentang agama, namun juga banyak faktor yang ada di luar sana yang mampu mempengaruhi keberagamaan seseorang seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan diri seseorang itu sendiri.

2. Obesitas Sentral

a. Definisi Obesitas Sentral

Pada tubuh manusia, lemak disimpan dalam jaringan lemak atau jaringan adiposa (Almatsier, 2010). Jaringan adiposa dapat dijumpai dalam semua jaringan subkutan, kecuali di kelopak mata, penis, dan didalam rongga tengkorak (Pearce, 2009). Jaringan adiposa dibagi menjadi 2, yaitu jaringan lemak subkutan dan jaringan lemak visceral. Jaringan lemak subkutan pada umumnya terletak dibawah kulit, sedangkan lemak visceral terletak di intra-

abdominal atau di dalam perut dan berfungsi sebagai pelapis organ dalam tubuh (Tchernof & Despres, 2013).

Berdasarkan distribusi lemak, obesitas dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu obesitas visceral dan obesitas perifer (McCance & Sue, 2014). Menurut Tchernof & Despres (2013), obesitas visceral 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 buah apel. Sedangkan obesitas perifer terjadi ketika distribusi lemak tubuh terlokalisasi pada bagian bawah tubuh, seperti pinggul dan paha.

Nurtanio & Wangko (2007) mengemukakan obesitas sentral sering disebut juga tipe android atau visceral adalah suatu keadaan dimana penimbunan lemak terjadi secara berlebihan dan jauh melebihi normal di daerah abdomen.

b. Penilaian Obesitas Sentral

Pada umumnya, penilaian status gizi, seperti obesitas menggunakan IMT (Indeks Massa Tubuh). Akan tetapi, IMT ini tidak dapat digunakan untuk mengukur status obesitas sentral seseorang. Hal tersebut dikarenakan IMT tidak dapat menilai distribusi timbunan lemak tubuh sehingga kurang sensitif dalam menentukan obesitas sentral (Sunaryati & Maryani, 2013).

Penilaian obesitas sentral dapat dilakukan dengan mengukur lingkaran pinggang atau rasio lingkaran pinggang-pinggul. Menurut WHO (2008), pengukuran lingkaran pinggang dilakukan dengan mengukur titik tengah antara bagian atas puncak tulang panggul dengan tulang rusuk terakhir, sedangkan lingkaran pinggul diukur pada lingkaran pinggul terbesar. Pengukuran rasio lingkaran pinggang-pinggul dihitung dengan membagi ukuran lingkaran pinggang dengan lingkaran pinggul (Sunaryati & Maryani, 2013).

Laki-laki dikatakan mengalami obesitas sentral apabila memiliki Lingkaran Pinggang (LP) ≥ 90 cm dan wanita LP ≥ 80 cm (WHO, 2011). Pengukuran lingkaran pinggang dapat menggambarkan penimbunan lemak dalam tubuh (Sunaryati & Maryani, 2013). Hal ini dikarenakan lingkaran pinggang baik pada laki-laki maupun perempuan berhubungan dengan lemak pada bagian subkutan dan viseral perut (Power & Jay, 2008).

Tabel 1. Rekomendasi Lingkaran Pinggang untuk Obesitas Sentral Berdasarkan Etnis (Alberti dkk, 2009)

Populasi	Organisasi (Referensi)	<i>Recommended Waist Circumference Threshold for Abdominal Obesity</i>	
		Pria	Wanita
Europid	IDF	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Caucasian	WHO	≥ 94 cm <i>(increased risk)</i>	≥ 80 cm <i>(increased risk)</i>
		≥ 102 cm <i>(still higher risk)</i>	≥ 88 cm <i>(still higher risk)</i>
United States	AHA/NHLBI (ATP III)	≥ 102 cm	≥ 88 cm

<i>Recommended Waist Circumference Threshold for Abdominal Obesity</i>			
Populasi	Organisasi (Referensi)	Pria	Wanita
Canada	<i>Health Canada</i>	≥ 102 cm	≥ 88 cm
European	<i>European Cardiovascular Societies</i>	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Asian (including Japanese)	IDF	≥ 90 cm	≥ 80 cm
Asian	WHO	≥ 90 cm	≥ 80 cm
Japanese	<i>Japanese Obesity Societies</i>	≥ 85 cm	≥ 90 cm
China	<i>Cooperative Task Force</i>	≥ 85 cm	≥ 80 cm
Middle East, Mediterranean	IDF	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Sub-Saharan African	IDF	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Ethnic Central and South American	IDF	≥ 90 cm	≥ 80 cm

c. Faktor Penyebab Obesitas Sentral

Obesitas sentral pada setiap individu disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya :

1) Umur

Umur merupakan faktor prediksi dari terjadinya obesitas sentral (Veghari dkk, 2010). Perubahan umur berkaitan dengan peningkatan dalam distribusi jaringan lemak yang ditandai dengan meningkatnya ukuran lingkaran pinggang seseorang (Tchernof & Despres, 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.

2) 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 dkk, 2009)

3) Alkohol

Hasil penelitian Romanzini dkk (2011) menunjukkan bahwa seseorang yang mengkonsumsi alkohol berisiko 2,12 kali mengalami obesitas sentral. Hubungan antara konsumsi minuman beralkohol dengan obesitas sentral diperkirakan karena kontribusi alkohol terhadap total energi dan pengaruhnya pada metabolisme energy (Sugianti dkk, 2009).

4) Hormon pertumbuhan

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa tingkat dan sekresi hormon pertumbuhan mengalami perubahan pada seseorang yang mengalami obesitas sentral dengan risiko tinggi

terhadap penyakit kardiometabolik (Tchernof & 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 ialah adanya perubahan pada hipotalamus, fungsi kelenjar pituitari yang tidak normal, atau adanya gangguan dari sinyal perifer yang bertindak baik pada hipofisis maupun hipotalamus (Cordido dkk, 2010).

5) Genetik

Genetik dapat mempengaruhi tingkat obesitas seseorang (Tchernof & Despres, 2013). Jika seseorang berasal dari keluarga yang obesitas sentral, maka orang tersebut memiliki kemungkinan mengalami obesitas sentral 2-8 kali dibandingkan berasal dari keluarga yang tidak obesitas (Soegih & Wiramidharja, 2009).

6) Jenis Kelamin

Prevalensi obesitas umum dan obesitas sentral lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Tingginya prevalensi obesitas sentral pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki karena adanya perbedaan tingkat aktivitas fisik dan asupan energi pada laki-laki dan perempuan (Janghorbani dkk, 2007).

Di Indonesia, prevalensi obesitas sentral pada usia > 15 tahun juga banyak dialami oleh perempuan, yaitu sebesar 42,1 %, sedangkan laki-laki sebesar 11,3 % (Balitbangkes, 2013).

7) Asupan Makan

a) Asupan Energi

Energi merupakan hasil dari metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein (Pujiati, 2010). Manusia membutuhkan energi untuk melakukan metabolisme, pengaturan suhu tubuh, pertumbuhan dan melakukan aktivitas fisik (Almatsier, 2010).

Seseorang membutuhkan asupan energi dari makanan untuk menutupi pengeluaran energi yang dilakukannya dalam sehari-hari. Sumber makanan yang mengandung tinggi energi ialah makanan yang mengandung lemak, seperti minyak, kacang-kacangan dan biji-bijian. Selain itu, bahan makanan sumber karbohidrat, seperti padi-padian, umbi-umbian dan gula murni juga merupakan bahan makanan sumber energi (Almatsier, 2010).

Kebutuhan energi pada setiap orang berbeda-beda. Di Indonesia, kebutuhan energi total sehari untuk usia 16-18 tahun pada laki-laki dan perempuan ialah 2675 kkal dan 2125 kkal, sedangkan untuk usia 19-29 tahun pada laki-laki

dan perempuan ialah 2725 kkal dan 2250 kkal (Kemenkes RI, 2013).

Dalam rangka untuk memelihara kesehatan, WHO menganjurkan rata-rata konsumsi energi makanan sehari ialah 10-20 % berasal dari protein, 20-30 % dari lemak, dan 50-65 % dari karbohidrat (Almatsier, 2010).

Asupan energi yang tinggi berhubungan dengan terjadinya obesitas sentral. Pada penelitian Bowen & Liza (2015) diperoleh nilai $p < 0,001$, dimana ada hubungan antara asupan energi dengan obesitas sentral. Hal ini dikarenakan, sampel yang mengalami obesitas sentral pada penelitian tersebut memiliki asupan energi yang tinggi. Hasil penelitian tersebut berbeda dengan penelitian Jaime dkk (2006), dimana tidak ada hubungan antara asupan energi dengan obesitas sentral. Pada penelitian tersebut menunjukkan bahwa sampel yang memiliki asupan tinggi energi merupakan sampel yang tidak mengalami obesitas sentral.

b) Asupan Karbohidrat (KH) Sederhana

Karbohidrat memiliki fungsi utama, yaitu sebagai penyedia energi bagi tubuh (Almatsier, 2010). Dalam tubuh seseorang, sebagian karbohidrat berada pada sirkulasi darah dalam bentuk glukosa, sebagian pada hati dan jaringan otot

dalam bentuk glikogen, dan sebagian lagi diubah menjadi lemak untuk disimpan sebagai cadangan energi di dalam jaringan lemak.

Karbohidrat dibedakan menjadi dua yaitu karbohidrat sederhana dan karbohidrat kompleks. Menurut WHO, 50-65% konsumsi energi total berasal dari karbohidrat kompleks dan 10% dari karbohidrat sederhana (Almatsier, 2010). Karbohidrat sederhana terdiri dari 4 jenis, yaitu monosakarida, disakarida, gula alkohol, dan oligosakarida.

Asupan karbohidrat yang memiliki risiko lebih tinggi terhadap obesitas sentral ialah karohidrat sederhana. Salah satu karbohidrat sederhana, yaitu gula sukrosa, memiliki risiko 4,2 kali lebih tinggi terhadap obesitas sentral apabila dikonsumsi >50 g/hari (Burhan dkk, 2013).

Pada penelitian Harikedua & Naomi (2012) menunjukkan bahwa ada hubungan antara asupan karbohidrat sederhana dengan obesitas sentral, dimana seseorang yang mengonsumsi karbohidrat sederhana memiliki risiko 2,69 kali mengalami obesitas sentral.

c) Asupan Protein

Fungsi utama protein ialah untuk membangun dan memelihara sel-sel, serta jaringan tubuh (Almatsier, 2010).

Protein ini merupakan zat gizi yang terbesar kedua yang berada dalam tubuh setelah air. Angka Kecukupan protein yang dianjurkan untuk usia 16-18 tahun di Indonesia ialah 66 gram/hari pada laki-laki dan 62 gram/hari pada perempuan, sedangkan usia 19-29 tahun ialah 62 gram/hari pada laki-laki dan 56 gram/hari pada perempuan (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Balitbangkes (2010), seseorang mengkonsumsi protein dibawah kebutuhan minimal apabila mengkonsumsi protein <80% dari energinya.

Pada penelitian Harikedua dan Naomi (2012) menunjukkan bahwa ada hubungan antara asupan protein dengan obesitas sentral ($p < 0,05$). Asupan protein yang tinggi memiliki risiko 13,2 kali mengalami obesitas sentral.

Sedangkan pada penelitian Merchant dkk (2005), peningkatan asupan protein memiliki hubungan terbalik dengan obesitas sentral, dimana apabila asupan protein tinggi, maka obesitas sentral menurun. Pada penelitian tersebut dijelaskan bahwa diet tinggi protein lebih baik dibandingkan diet tinggi karbohidrat karena dapat menurunkan obesitas sentral.

d) Asupan Lemak

Lemak dan minyak merupakan sumber energi paling padat, dimana 1 gram lemak menghasilkan 9 kkal atau 2½ kali menghasilkan energi lebih besar daripada karbohidrat dan protein (Almatsier, 2010).

Lemak adalah cadangan energi terbesar tubuh (Burhan dkk, 2013). Simpanan lemak didalam tubuh berasal dari asupan lemak yang berlebih atau kombinasi antara zat-zat gizi lain, seperti karbohidrat, lemak dan protein (Almatsier, 2010).

Konsumsi makanan yang mengandung tinggi lemak merupakan faktor risiko dari obesitas sentral (Burhan dkk, 2013). Hasil penelitian Pujiati menunjukkan adanya hubungan antara asupan lemak dengan terjadinya obesitas sentral (Pujiati, 2010). Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Burhan dkk (2013), dimana ada hubungan antara asupan lemak yang tinggi dengan obesitas sentral ($p < 0,05$). Pada penelitian Burhan juga diketahui bahwa responden dengan asupan lemak tinggi memiliki risiko 9,3 kali mengalami obesitas sentral dibandingkan responden dengan asupan lemak rendah. Sedangkan penelitian Sugianti dkk (2009) menunjukkan bahwa prevalensi obesitas sentral lebih

tinggi pada orang yang mengonsumsi makanan rendah lemak.

Asupan lemak yang tinggi menyebabkan lemak disimpan dalam tubuh. Dalam tubuh, lemak disimpan pada beberapa tempat, yaitu 50% lemak dalam jaringan bawah kulit (subkutan), 45% disekeliling organ dalam rongga perut, dan 5% di jaringan intramuskuler (Almatsier, 2010). Angka kecukupan lemak yang dianjurkan untuk usia 19-29 tahun di Indonesia ialah 91 gram/hari pada laki-laki dan 75 gram/hari pada perempuan (Kemenkes RI, 2013).

e) Asupan Vitamin D

Hubungan antara vitamin D dengan obesitas sentral belum diketahui secara pasti. Akan tetapi, pada penelitian Lenders dkk (2009), status vitamin D dalam tubuh seseorang berhubungan dengan distribusi lemak. Kekurangan vitamin D dalam tubuh dapat mendukung peningkatan jaringan lemak melalui reaksi metabolik, seperti regulasi hormon paratiroid dan modulasi adipogenesis (Resenblum dkk, 2012). Pembentukan hormon paratiroid dalam tubuh akibat kekurangan vitamin D dapat meningkatkan laju lipogenesis (sintesis lemak). Sedangkan, perubahan morfologi, perkembangan sel, dan penumpukan lemak dapat terjadi pada saat proses adipogenesis.

Vitamin D dalam tubuh diperoleh melalui sinar matahari dan asupan makanan (Almatsier, 2010). Makanan hewani merupakan sumber utama vitamin D dalam bentuk kolekalsiferol, yaitu kuning telur, hati, krim, mentega, dan minyak hati ikan. Selain itu, vitamin D juga dapat diperoleh melalui suplemen vitamin D. Akan tetapi, dalam keadaan normal, suplemen vitamin D ini sebetulnya tidak diperlukan. Angka kecukupan vitamin D yang dianjurkan di Indonesia untuk usia 19-29 tahun baik pada laki-laki maupun perempuan ialah 15 mikrogram per hari (Kemenkes RI, 2013).

8) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik ialah setiap pergerakan tubuh yang ditimbulkan oleh otot-otot skeletal dan mengakibatkan pengeluaran energi (Gibney dkk, 2008). Berdasarkan *International Activity Questionnaire* (IPAQ), aktivitas fisik dibagi menjadi 3 kategori, yaitu:

a. Aktivitas fisik ringan

Aktivitas fisik ringan ialah ketika seseorang memiliki aktivitas fisik yang tidak termasuk kedalam kategori aktivitas fisik berat atau sedang. Seseorang yang termasuk ke dalam kategori ini juga dapat dikatakan memiliki aktivitas fisik kurang atau tidak aktif.

b. Aktivitas fisik sedang

Dikatakan aktivitas fisik sedang apabila seseorang melakukan aktivitas fisik berat 3 hari atau lebih dalam seminggu minimal 20 menit per hari. Selain itu, seseorang dikatakan memiliki aktivitas fisik sedang apabila melakukan aktivitas fisik sedang atau berjalan 5 hari atau lebih dalam seminggu selama minimal 30 menit per hari dan dapat pula melakukan kombinasi antara berjalan, aktivitas fisik sedang dan berat selama 5 hari atau lebih dan memiliki minimal 600 MET (*The Metabolic Equivalent of Task*) per menit dalam seminggu.

Beberapa jenis aktivitas fisik sedang yang dilakukan seseorang ialah berjalan cepat, menari, berkebun, melakukan pekerjaan rumah tangga (seperti menyapu, mengepel), berburu, melakukan permainan atau olahraga dengan anak, berjalan dengan hewan peliharaan, melakukan pekerjaan membangun rumah (seperti mengecat), dan membawa atau memindahkan beban <20kg.

c. Aktivitas fisik berat

Seseorang dikatakan memiliki aktivitas fisik berat apabila memenuhi 2 kriteria. Pertama, apabila melakukan aktivitas fisik berat 3 hari atau lebih dalam seminggu atau memiliki minimal 1500 MET-detik/minggu. Kedua,

melakukan kombinasi antara berjalan, melakukan aktivitas fisik sedang atau berat setiap hari atau minimal memiliki 3000 MET-detik/minggu. Beberapa jenis aktivitas fisik berat antara lain berlari, mendaki, bersepeda cepat, aerobik, berenang cepat, melakukan pertandingan olahraga (seperti sepakbola, voli, dan basket), menyekop atau menggali parit, dan membawa atau memindahkan beban >20 kg (Patterson, 2010; WHO, 2014).

Aktivitas fisik/ olahraga yang rutin dapat mendorong penurunan yang cukup besar pada jaringan lemak, bahkan tanpa adanya penurunan berat badan (Tchernof dan Despres, 2013). Hal ini dikarenakan olahraga dapat meningkatkan massa jaringan bebas 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 berisiko obesitas sentral sebesar 1,2 kali atau $OR = 1,202$ (Pujiati, 2010).

d. Dampak Obesitas Sentral

Dampak obesitas sentral lebih tinggi risikonya terhadap kesehatan dibandingkan dengan obesitas umum (de Pablos dkk, 2002). Beberapa penelitian sebelumnya menemukan tingginya dampak obesitas sentral terhadap risiko kesehatan. Obesitas sentral berdampak terhadap peningkatan risiko kematian (Zhang dkk.2007;

Pischon dkk. 2008; Bigaard dkk. 2003). Obesitas sentral juga berhubungan dengan penyakit kardiovaskuler dan penyakit jantung koroner (Baik dkk.2000; Sonmez dkk. 2004; Wildman dkk.2005). Gotera dkk.(2006) menyatakan, 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-adiponektin dan masih banyak protein lainnya terhadap endotel pembuluh darah, dan efek tidak langsung akibat faktor-faktor lain yang muncul sebagai risiko penyakit kardiovaskuler akibat dari obesitas sentral tersebut.

Obesitas sentral lebih berhubungan dengan sindrom metabolik (Shen dkk.2006; Griesemer 2008). Sindrom metabolik ialah kondisi dimana seseorang mengalami hipertensi, obesitas sentral, dislipidemia, dan resistensi insulin pada waktu yang bersamaan (Gibney dkk, 2009).

Pada penelitian Sunaryati dan Maryani (2013), diketahui bahwa ada hubungan antara rasio lingkaran pinggang pinggul dengan kejadian penyakit jantung koroner di RSUD Kabupaten Sukoharjo. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien yang memiliki rasio lingkaran pinggang pinggul tidak normal berisiko 1,76 kali menderita penyakit jantung koroner dibandingkan dengan pasien yang memiliki rasio lingkaran pinggang pinggul normal. Selain itu, lingkaran pinggang

juga diketahui memiliki hubungan dengan tekanan darah, baik tekanan darah diastolik 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 resistensi insulin. Kelebihan jaringan lemak akan menyebabkan terbentuknya asam lemak tidak diesterifikasi (NEFA), sitokin, plasminogen activator inhibitor (PAL-1) dan adiponektin. Tingginya kadar NEFA ini akan membebani otot dan hati dengan lemak sehingga menyebabkan resistensi insulin (Grundy dkk, 2004). Menurut Grundy dkk (2004), peningkatan resistensi insulin terjadi bersamaan dengan peningkatan kadar lemak dalam tubuh.

Tchernof dan Despres (2013) juga menjelaskan bahwa obesitas sentral memiliki hubungan dengan kanker. Kanker yang paling banyak berhubungan dengan obesitas sentral ialah kanker kolorektal atau kanker yang menyerang usus besar dan rektum, yaitu bagian kecil dari usus besar sebelum anus. Selain itu, obesitas sentral juga berhubungan dengan terjadinya *obstruktif sleep apnea* (OSA). OSA terjadi karena adanya penumpukkan lemak pada bagian dada atau saluran pernafasan, sehingga menyebabkan berhentinya aliran udara pada hidung dan mulut walaupun dengan usaha nafas (Supriyatno dkk, 2005). Menurut Tchernof dan Despres (2013), OSA

dikaitkan dengan penurunan tingkat aktivitas fisik, kurangnya kualitas tidur dan meningkatnya nafsu makan.

3. Hubungan antara Tingkat Religiusitas dengan Obesitas Sentral

Penulis belum menemukan penelitian yang secara khusus meneliti bagaimana peran tingkat religiusitas pada obesitas sentral, tetapi dalam penelitian sebelumnya terdapat beberapa penelitian yang membahas tentang peran atau hubungan antara religiusitas dengan obesitas.

Hubungan tingkat religiusitas pada obesitas merupakan masalah kesehatan yang penting untuk masyarakat modern, di mana tingkat obesitas meningkat, namun topik tersebut hanya mendapat sedikit perhatian. Beberapa penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa agama meningkatkan risiko obesitas (Cline & Ferraro, 2006).

Agama atau religiusitas berhubungan dengan status kesehatan fisik melalui beberapa faktor seperti kesehatan mental, dukungan sosial, dan perilaku. Beberapa penelitian telah memberikan bukti bahwa peran agama, seperti frekuensi kehadiran ke tempat ibadah, berhubungan dengan rendahnya morbiditas penyakit degeneratif, meningkatkan fungsi tubuh, kualitas hidup yang lebih baik, dan berkurangnya penggunaan fasilitas kesehatan (Thoresen dan Harris, 2002).

Religiusitas memiliki hubungan yang positif terhadap kesehatan, namun di sisi lain religiusitas juga memiliki peran terhadap meningkatnya faktor risiko kesehatan (Khotibuddin, 2016).

4. Hubungan antara Obesitas Sentral dengan Determinan Obesitas Sentral

a. Asupan Makan dan Obesitas Sentral

1) Hubungan Asupan Energi dengan Obesitas Sentral

Pada penelitian yang dilakukan (Trisna & Hamid, 2008) ditemukan hubungan yang bermakna antara asupan energi dengan kejadian obesitas sentral. Proporsi responden dengan asupan energi tinggi lebih banyak mengalami obesitas sentral (67,4%) dibandingkan dengan proporsi responden dengan asupan energi cukup (11,1%).

Menurut Djoko (1995) kelebihan energi 5% selama setahun akan meningkatkan kelebihan berat badan dan lama-kelamaan akan menjadi obesitas.

2) Hubungan Asupan Karbohidrat dengan Obesitas Sentral

Berdasarkan penelitian (Trisna & Hamid, 2008) ditemukan sebgaiian besar (59,9%) responden dengan asupan karbohidrat yang tinggi mengalami obesitas sentral.

Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Djoko (1995) yang menyatakan bahwa bila seseorang kelebihan mengkonsumsi karbohidrat daripada yang dibutuhkan maka terjadi perubahan mekanisme metabolisme. Kelebihan glukosa akan diubah menjadi glikogen yang disimpan dalam otot dan hati dalam kapasitas terbatas.

Kelebihan glikogen akan diubah menjadi piruvat dan gliserol. Karena gliserol diperlukan dalam jumlah sedikit maka piruvat akan segera diubah menjadi asetil coenzim A (Asetil Co-A) yang tidak akan memasuki siklus kreb tetapi diubah menjadi lemak tubuh dan disimpan dalam jaringan lemak.

3) Hubungan Asupan Lemak dengan Obesitas Sentral

Berdasarkan penelitian (Trisna & Hamid, 2008) ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara asupan lemak dengan obesitas sentral. Sebagian besar (59,9%) responden dengan asupan lemak tinggi mengalami obesitas sentral.

Menurut Jequer (1994) yang dikutip dari Mourbas kelebihan konsumsi lemak akan mudah meningkatkan berat badan. Kelebihan lemak tidak akan menyebabkan terjadinya oksidasi lemak sehingga lemak tersebut langsung disimpan dalam jaringan adiposa.

b. Aktivitas Fisik dan Obesitas Sentral

Penelitian yang dilakukan Trisna & Hamid (2008) menemukan hubungan yang bermakna antara aktivitas fisik dengan obesitas sentral. Sebagian besar (59,7%) responden dengan aktivitas fisik rendah mengalami obesitas sentral.

Rissanen (1991) dalam Mourbas juga mengatakan bahwa risiko relatif penambahan berat badan sebanyak 5 kg atau lebih

selama 5 tahun sebesar 1,6 kali pada kelompok wanita yang kurang aktif. Penelitian yang dilakukan terhadap kelompok obesitas dan tidak obesitas menemukan bahwa pada kelompok yang mengalami obesitas mempunyai kegiatan kegiatan fisik yang kurang (Tjokro, 2001).

Dengan kondisi obesitas sentral disertai aktivitas fisik yang kurang (*sedentary*), kebutuhan responden hanya 20-25 kkal/kgBB. Sedangkan untuk berat badan normal dengan *sedentary* dibutuhkan energi 30 kkal/KgBB (Trisna & Hamid, 2008)

5. Hubungan antara Religiusitas dengan Determinan Obesitas Sentral

a. Religiusitas dan Asupan Makan

Hubungan antara religiusitas dengan asupan makan menunjukkan kontradiksi yang nyata. Kim dan Sobal (2004) tidak menemukan adanya hubungan antara dimensi religiusitas terhadap asupan lemak pada 546 orang dewasa pria dan wanita di AS. Setelah hampir satu dekade kemudian Tan *et al.* (2013) melakukan review sistematis terhadap 39 penelitian *cross sectional* tentang hubungan antara religiusitas dengan asupan makanan. Walaupun terdapat hubungan yang positif antara religiusitas dengan asupan lemak pada sebagian penelitian, tetapi sebagian yang lain berhubungan secara negatif. Walaupun hubungan antara religiusitas dengan asupan lemak masih kontradiksi, namun sebagian besar bukti penelitian secara positif menunjukkan adanya

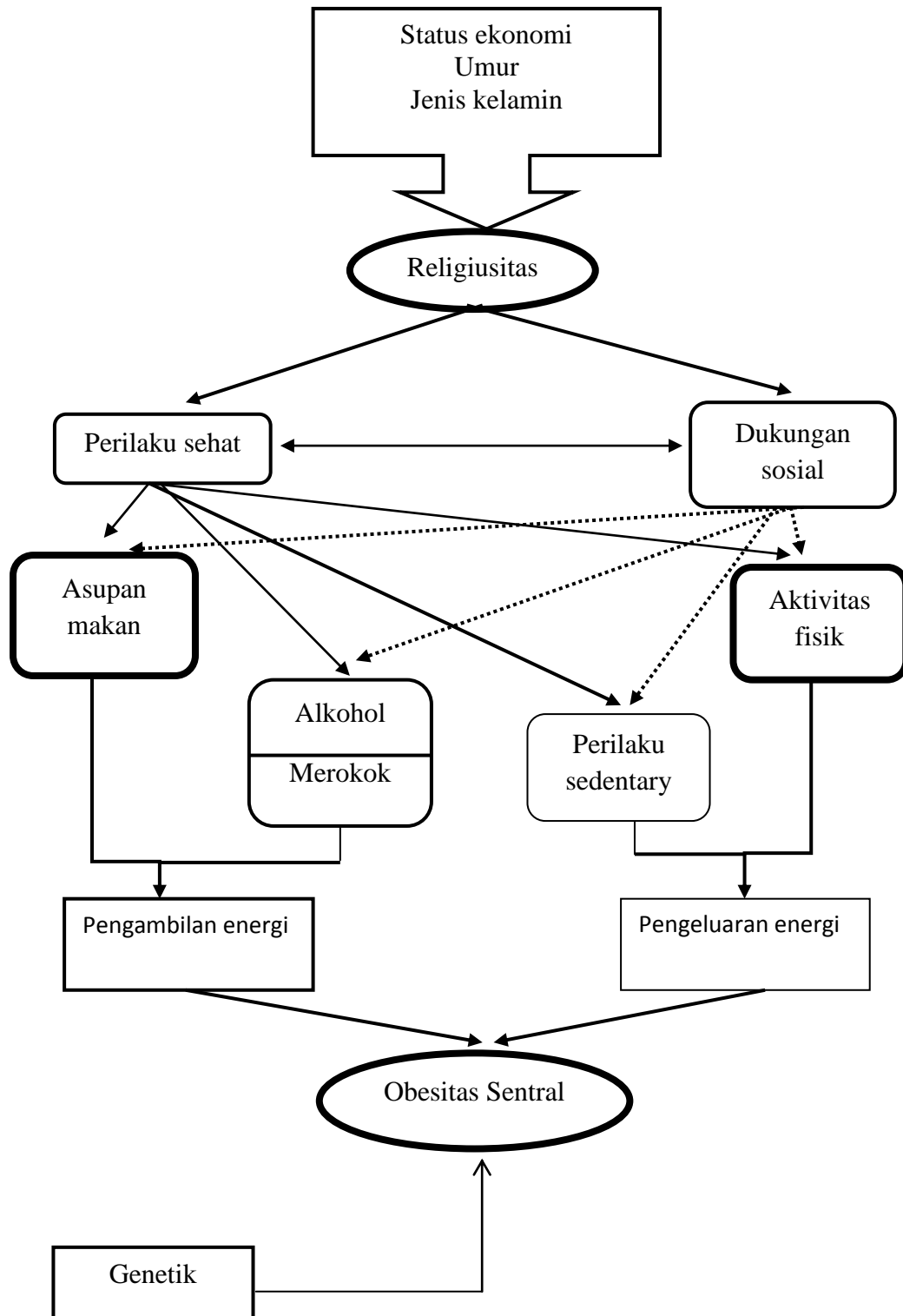
hubungan antara tingkat religiusitas yang tinggi dengan konsumsi buah dan sayuran.

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 dari pada yang kurang (Holt *et al.*, 2005). Orang Yahudi Israel yang religius memiliki perilaku hidup yang lebih sehat seperti mengikuti resep makanan sehat, mengkonsumsi 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). Hal ini menunjukkan bahwa walaupun agama dapat mendorong pemeluknya untuk memilih makanannya, namun resiko obesitas tetap tinggi pada tingkat religiusitas yang tinggi.

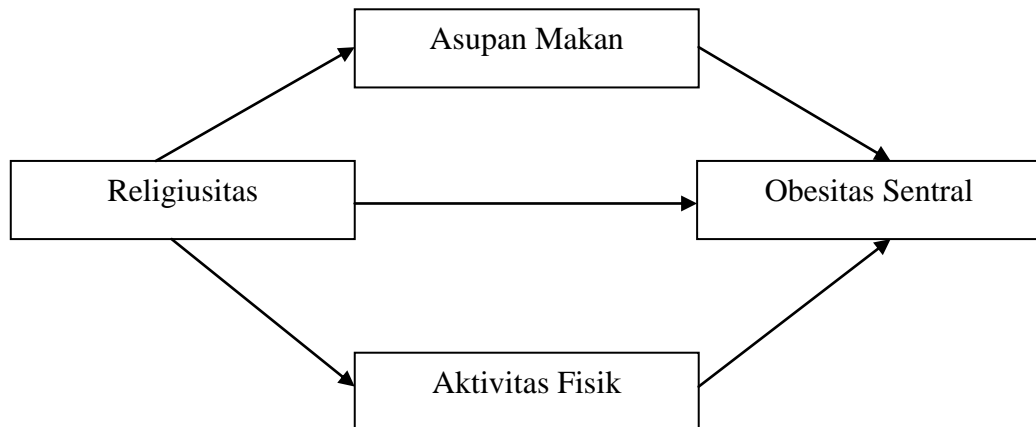
b. Religiusitas dan Aktivitas Fisik

Hubungan antara religiusitas dengan aktivitas fisik menjadi bermakna apabila faktor lingkungan sosial yang mendukung ikut diperhitungkan. Berdasarkan penelitian dari Kim dan Sobal (2004), wanita yang lebih sering mengeluarkan uang untuk agamanya (dalam Islam identik dengan zakat, infaq, sedekah) memiliki aktivitas fisik sedang dan berat yang lebih tinggi, sedangkan pada

pria, ritual ibadah wajib berhubungan dengan aktivitas fisik sedang yang lebih tinggi. Penelitian ini sedikit memperjelas persoalan mengapa prevalensi obesitas lebih tinggi pada populasi dengan tingkat religiusitas yang lebih rendah.

B. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis Penelitian

1. Terdapat hubungan antara tingkat religiusitas dengan obesitas sentral.
2. Terdapat hubungan antara tingkat religiusitas dengan aktivitas fisik dan obesitas sentral.
3. Terdapat hubungan antara tingkat religiusitas dengan asupan makan dan obesitas sentral.