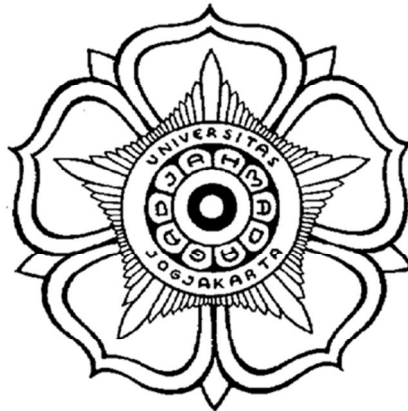


**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT RELIGIUSITAS DENGAN BERAT
BADAN LEBIH PADA MAHASISWA KEDOKTERAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

Tesis

**Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2**

**Minat Gizi Kesehatan
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat**



Diajukan Oleh :

**Muhammad Khotibuddin
NIM: 10/308516/PKU/11779**

**Kepada
PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA
2016**

Tesis

Hubungan Antara Tingkat Religiusitas Dengan Berat Badan Lebih Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

dipersiapkan dan disusun oleh


Muhammad Khotibuddin

telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji

pada tanggal **30/01/2016**

Susunan Dewan Penguji

Pembimbing


Prof. Dr. dr. Ahmad Husain Asdie,
SpPD-KEMD

Ketua Dewan Penguji


Dra. Susi Irayati, Apt, Ph.D

Pembantu Pembimbing


Dr. dr. Emy Huriyati, M.Kes

Penguji I


Dr. dr. H. Zaenal M. Sofro,
AIFM, Sport & Circ. Med

Penguji II


dr. Abu Tholib, M.Sc, Ph.D, SpPMK

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
Untuk memperoleh gelar Master of Public Health

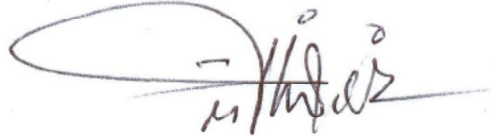

Tanggal 30/01/2016

Prof. dr. Siswanto Agus Wilopo, SU, M.Sc, Sc.D
Ketua Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 27 Januari 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Khotibuddin', with a large, stylized flourish above the name.

M. Khotibuddin

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbil'alamin, atas berkah rahmah Allah SWT tesis dengan judul **“Hubungan Antara Tingkat Religiusitas Dengan Berat Badan Lebih Pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta”** berhasil disusun dan diajukan untuk memenuhi persyaratan dalam mencapai derajat Sarjana S-2 pada Program Studi IKM UGM Yogyakarta. Terima kasih yang sebesar-besarnya atas bantuan yang telah diberikan:

1. Prof. Dr. dr. A.H. Asdie, SpPD-KEMD, selaku pembimbing utama tesis.
2. Dr. dr. Emy Huriyati, M.Kes, selaku pembimbing pendamping tesis.
3. Ketua Minat Gizi Kesehatan, Prodi S2 IKM UGM.
4. Segenap staf pengajar pada Program Studi IKM FK UGM Yogyakarta.
5. Atasan, teman sejawat dan semua mahasiswa di FKIK UMY.
6. *My Lovely Family*.
7. Admin Program Studi IKM UGM
8. Semua pihak yang telah membantu secara langsung dan tidak langsung.

Betapapun besar upaya kami dalam penyusunan tesis ini namun tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saran dan kritik membangun dari berbagai pihak sungguh amat kami harapkan untuk penyempurnaan tesis ini melalui email: muhammad_khotibuddin@yahoo.com. Semoga tesis ini memberikan manfaat bagi semua pihak dan dapat menjadi pendorong untuk penelitian yang lebih baik dikemudian hari.

Yogyakarta, Januari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
PERNYATAAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
ARTI SINGKATAN.....	xii
INTISARI.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
E. Keaslian Penelitian.....	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka.....	7
1. Berat Badan Lebih dan Obesitas.....	7
a. Definisi berat badan lebih dan obesitas.....	7
b. Etiopatogenesis obesitas.....	8
c. Determinan obesitas.....	10
1) Asupan makanan.....	10
2) Aktivitas fisik.....	11
3) Status Mental (Depresi)	12
4) Merokok.....	14
5) Alkohol.....	15
6) Jenis kelamin.....	15

7) Sosial ekonomi.....	16
8) Ras/suku bangsa.....	17
9) Genetik.....	17
10) Obat-obatan.....	18
2. Religiusitas	19
a. Definisi agama dan religiusitas.....	19
b. Dimensi religiusitas.....	20
c. Hubungan antara religiusitas dengan obesitas.....	22
d. Hubungan antara religiusitas dengan determinan obesitas.....	25
B. Kerangka Teori.....	28
C. Kerangka Konsep.....	29
D. Hipotesis Penelitian.....	30

BAB III. METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	31
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	31
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	31
1. Populasi penelitian.....	31
2. Sampel penelitian.....	31
3. Besar sampel.....	32
4. Metode sampling.....	33
D. Identifikasi Variabel Penelitian.....	33
E. Definisi Operasional Variabel.....	34
F. Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	36
1. Tingkat Religiusitas.....	36
2. Aktivitas Fisik.....	39
3. Kuesioner <i>Beck Depression Inventory</i>	40
4. Asupan Makan.....	41
G. Cara Analisis Data.....	42
H. Etika Penelitian.....	43
I. Jalannya Penelitian.....	43
J. Keterbatasan Penelitian.....	45

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	47
1. Karakteristik Subyek Penelitian	47
a. Karakteristik Demografi Sosial.....	47
b. Distribusi Variabel Independen.....	50
c. Prevalensi Berat Badan Lebih.....	52
2. Hubungan Antara Demografi Sosial Dengan Berat Badan Lebih..	53
3. Hubungan Antara Religiusitas Dengan Berat Badan Lebih.....	54
4. Hubungan Antara Religiusitas, Depresi dan BB Lebih.....	58
5. Hubungan Antara Religiusitas, Aktivitas Fisik dan Berat Badan Lebih.....	60
6. Hubungan Antara Religiusitas, Asupan Makanan terhadap BB Lebih.....	63
B. Pembahasan	66

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	71
B. Saran	71

DAFTAR PUSTAKA	72
-----------------------------	----

THESIS SUMMARY

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Perbandingan antara penelitian saat ini dengan beberapa penelitian sebelumnya.....	5
Tabel 2.	Perbandingan klasifikasi obesitas dewasa berdasarkan IMT (kg/m^2) menurut WHO (1998) dan IOTF (2000) untuk Asia	7
Tabel 3.	Daftar hormon, neurotransmitter dan neuropeptida yang memiliki efek rangsangan dan hambatan terhadap asupan makanan melalui hipotalamus.....	9
Tabel 4.	Jumlah sampel berdasarkan jenis variabel untuk uji hipotesis proporsi pada 1 populasi.....	32
Tabel 5.	Prosentase Mahasiswa FKIK UMY berdasarkan Angkatan.....	33
Tabel 6.	Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	34
Tabel 7.	Kisi-kisi kuesioner tingkat religiusitas.....	37
Tabel 8.	Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner tingkat religiusitas.....	38
Tabel 9.	Klasifikasi aktifitas fisik berdasarkan GPPAQ (2009).....	39
Tabel 10.	Karakteristik Demografi Sosial	48
Tabel 11.	Distribusi Subyek Penelitian menurut Variabel Independen	49
Tabel 12.	Distribusi Berat Badan Lebih pada Mahasiswa Kedokteran FKIK UMY.....	51
Tabel 13.	Faktor Demografi Sosial dan Berat Badan Lebih	52
Tabel 14.	Hasil Regresi Logistik Demografi Sosial Terhadap BB Lebih	54
Tabel 15.	Religiusitas dan Berat Badan Lebih	55
Tabel 16.	Hasil Regresi Logistik Religiusitas dan Jenis Kelamin dan BB Lebih	56
Tabel 17.	Hasil Regresi Logistik Komponen Religiusitas Terhadap BB Lebih	57
Tabel 18.	Hubungan antara Depresi dan Berat Badan Lebih	58
Tabel 19.	Hubungan antara Depresi dan Religiusitas	59
Tabel 20.	Hasil Regresi Logistik antara Depresi, Religiusitas dan BB Lebih..	60
Tabel 21.	Aktivitas Fisik dan Berat Badan Lebih.....	61

Tabel 22.	Aktivitas Fisik, Religiusitas dan Jenis Kelamin.....	61
Tabel 23.	Hasil Regresi Logistik antara Aktivitas fisik, Religiusitas terhadap BB Lebih	62
Tabel 24.	Analisis Bivariat antara Asupan Makanan dan Berat Badan Lebih	63
Tabel 25.	Koefisien Korelasi antara Religiusitasn dengan Asupan Makanan	64
Tabel 26.	Hasil Regresi Logistik Asupan Makanan, Religiusitas dan Jenis Kelamin terhadap BB Lebih.....	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	<i>Leptin and melanocortin pathways</i>	18
Gambar 2.	Model Hubungan Antara Agama Dengan Kesehatan dari Koenig <i>et al.</i> (2001).....	23
Gambar 3.	Kerangka Teori Hubungan antara Religiusitas dengan Status Gizi.....	28
Gambar 4.	Kerangka konsep penelitian hubungan antara religiusitas dengan Status Gizi.....	29

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 – Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek
- Lampiran 2 – Persetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian
- Lampiran 3 – Data Karakteristik Responden
- Lampiran 4 – Data Pemeriksaan Status Gizi
- Lampiran 5 – Tingkat Religiusitas
- Lampiran 6 – Beck Depression Inventory
- Lampiran 7 – *General Practice Physical Activity Questionnaire*
- Lampiran 8 – Catatan Makanan Sehari-Hari

ARTI SINGKATAN

AKG – Angka Kecukupan Gizi

AKE – Angka Kecukupan Energi

AS – Amerika Serikat

BDI – Beck Depression Inventory

CSFI – Continuing Survey of Food Intake

FK UNS – Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

FKIK – Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

HPA – Hipofisis-pituitari aksis

HUNT - The Nord-Trøndelag Health Study

IMT – Indeks Massa Tubuh

IOTF – International on Obesity Task Force

MET – Metabolic equivalent tasks

NHANES – National Health and Nutrition Examination Survey

OR – Odds Ratio

SD – Standar Deviasi

UAJ – Universitas Atmajaya Jakarta

UMY – Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

URT – Ukuran Rumah Tangga

WHO – World Health Organization

ABSTRAK

HUBUNGAN ANTARA TINGKAT RELIGIUSITAS DENGAN BERAT BADAN LEBIH PADA MAHASISWA KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Muhammad Khotibuddin¹, A.H. Asdie², Emy Huriyati²

Latar belakang: Kelebihan berat badan sangat berhubungan dengan faktor genetik, lingkungan dan perilaku. Faktor religiusitas dapat mempengaruhi lingkungan dan perilaku yang berdampak pada BB lebih. Namun bukti-bukti yang ada menunjukkan hasil yang kurang konsisten dan kontradiksi. Hal ini mendorong peneliti untuk mengetahui bagaimana hubungan antara tingkat religiusitas dengan berat badan lebih pada mahasiswa kedokteran.

Metode: Penelitian *cross sectional* menggunakan sampel acak sebanyak 119 mahasiswa kedokteran FKIK UMY. Tingkat religiusitas diukur dengan kuesioner yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Berat badan lebih ditentukan dengan $IMT \geq 25$. Variabel independen yang lainnya diukur dengan *Beck Depression Inventory*, *General Physician Physical Activity Questionnaire* dan 3 hari *self estimating food record*. Analisis multivariat menggunakan metode statistik regresi logistik.

Hasil: Prevalensi berat badan lebih pada mahasiswa kedokteran FKIK UMY sebesar 23,5%. Karakteristik demografi sosial yang berpengaruh terhadap BB lebih hanya jenis kelamin laki-laki ($r=1,258$; $OR=3,519$; $95\%CI: 1,257-9,854$). Variabel independen yang berpengaruh terhadap BB lebih adalah dimensi ritual ($r=2,337$, $OR=10,352$; $95\%CI: 1,192-89,904$), skor BDI ($r=0,211$; $OR=1,234$; $95\%CI: 1,034-1,473$) dan asupan energi tinggi ($r=2,364$; $OR=10,629$; $95\%CI: 1,173 - 96,314$). Aktivitas fisik tidak berhubungan dengan religiusitas dan BB lebih. Skor BDI berpengaruh pada peningkatan nilai koefisien korelasi dimensi ritual terhadap BB lebih, sedangkan aktivitas fisik dan asupan makanan menurunkannya.

Kesimpulan: Religiusitas berhubungan dengan BB lebih melalui dimensi ritual keagamaan dan skor BDI pada mahasiswa kedokteran FKIK UMY terutama dengan jenis kelamin laki-laki.

Kata Kunci: *religiusitas, berat badan lebih, mahasiswa kedokteran*

¹Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UMY, Yogyakarta.

²Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN RELIGIOSITY AND OVERWEIGHT AMONG MEDICAL STUDENTS IN MUHAMMADIYAH UNIVERSITY OF YOGYAKARTA

Muhammad Khotibuddin¹, A.H. Asdie², Emy Huriyati²

Background: Excess body weight results from a complex interaction between genetic factor, environment and behavior. Religious factor has relationship to environment and behavior, which could be promote to gaining body weight. Research findings has shown relationship between religious factor with body weight inconsistently or contradiction. This study aims to examine the religious factor in relationship to overweight among medical students especially in highly religious medical school institution.

Methods: This cross-sectional study conducted a random survey of 119 medical students in Muhammadiyah University of Yogyakarta. Religiosity measured by modified questionnaire from other study with chronbach alpha 0,802. Overweight determined by body mass index (BMI) ≥ 25 . The subjects completed Beck Depression Inventory, General Physician Physical Activity Questionnaire and 3 days 24-hr self estimating food record. Multivariate data analized statistically using logistic regression.

Results: The prevalence of overweight in medical students in FKIK UMY is 23.5%. Social demographic characteristics related to overweight by male gender ($r = 1.258$; OR = 3.519; 95% CI: 1.257 to 9.854). The independent variables which have significant relationship to overweight medical student are religious practice ($r=2.337$, OR=10.352; 95%CI: 1.192-89.904), BDI score ($r=0.211$; OR=1.234; 95%CI: 1.034-1.473) and high energy intake ($r=2.321$; OR=10,629; 95%CI: 1,173 – 96,314). Physical activity not related to religiosity and overweight. BDI scores increase the correlation coefficient of religious practice to overweight, whereas physical activity and food intake decreases its value.

Conclusion: Religiosity associated with overweight through religious practice, and BDI scores in medical students of FKIK UMY especially in male.

Keywords: *religiosity, overweight, medical student*

¹Faculty of Medicine and Health Sciences, Muhammadiyah University of Yogyakarta.

²Faculty of Medicine, Gajah Mada University, Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah obesitas pada kelompok mahasiswa kedokteran cenderung tinggi dibandingkan dengan populasi dengan rentang usia yang sama. Pada populasi Indonesia yang berusia 19-25 tahun, prevalensi gizi lebih ditemukan sebesar 7,15%-10,45% (Risikesdas, 2010), namun beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi gizi lebih pada mahasiswa kedokteran cenderung meningkat. Djaya (2009) mendapatkan bahwa prevalensi gizi lebih dan obesitas pada mahasiswa kedokteran Unika Atmajaya Jakarta sebesar 20,14%. Di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia di Yogyakarta, didapatkan prevalensi gizi lebih pada mahasiswa kedokteran sebesar 11,54% (Ramli, 2011). Kecendrungan ini tidak hanya terjadi di Indonesia saja tetapi juga terjadi di tingkat global. Di Vizianagaram-India didapatkan data kejadian gizi lebih dan obesitas pada 41 mahasiswa dari 209 sampel yang disurvei atau sebesar 19,6% (Padmasree & Ujwala, 2012), sedangkan di Malaysia ditemukan sebesar 35,9% (Gopalakrishnan *et al.*, 2012) dan Saudi Arabia sebesar 37,5% (Al-Rethaiaa *et al.*, 2009).

Obesitas dapat mempengaruhi seorang dokter dari berbagai macam aspek kehidupan seperti kesehatan, ekonomi, sosial dan pekerjaan. Obesitas dapat meningkatkan resiko ko-morbiditas seperti diabetes melitus tipe 2, hipertensi, penyakit jantung, stroke dan kanker (Guh *et al.*, 2009) yang dapat meningkatkan mortalitas pada usia 30-64 tahun (Reis *et al.*, 2009). Secara ekonomi, obesitas dapat meningkatkan pembiayaan asuransi kesehatan di Amerika Serikat (AS) sebesar 5-7% per tahun (Finkelstein *et al.*, 2005). Dari aspek sosial, dokter yang gemuk akan kehilangan kepercayaan pasien terhadap saran-saran dokter (Moyer, 2013). Penelitian Bleich *et al.* (2012) menemukan bahwa dokter dengan indeks masa tubuh (IMT) normal lebih mudah diajak berdiskusi tentang masalah berat badan pasien, dokter merasa lebih percaya diri dalam memberikan konseling diet dan olahraga dan pasien gemuk percaya bahwa seharusnya para dokter menjadi

teladan yang baik bagi mereka. Hal ini menunjukkan bahwa kelebihan berat badan dapat menghalangi dokter dalam melayani pasien obesitas secara profesional.

Obesitas terjadi karena gangguan pada keseimbangan energi tubuh yang dipengaruhi oleh faktor-faktor genetik, hormonal, perilaku (gaya hidup), psikososial dan lingkungan (Hu, 2008). Genetik berperan dalam patogenesis obesitas sebesar 25-40% (Afridi dan Khan, 2004). Sekitar 70% obesitas dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku dan psikososial yang dapat berubah menjadi stimulus neuroendokrin melalui hipotalamus (Nugraha, 2009). Lingkungan stres seperti ekonomi, tekanan pekerjaan, dan masalah psikologis dapat memicu aksis hipotalamus-pituitari-adrenal untuk meningkatkan hormon kortisol di dalam tubuh. Secara kronik, kortisol yang tinggi dapat mempengaruhi diferensiasi, fungsi dan distribusi jaringan lemak sehingga terjadi obesitas sentral seperti yang terlihat pada sindroma *Cushing* (Rosmond, 2005). Hal ini menjelaskan bahwa obesitas adalah salah satu bentuk respon adaptif tubuh terhadap stres yang tidak dapat dilepaskan dari faktor genetik, pengalaman hidup individu, kepribadian, dan kemampuan *coping stress* (Rosmond, 2005).

Stres psikososial terutama masalah pekerjaan dan keuangan dapat mendorong seseorang untuk makan lebih banyak dalam rangka *coping stress* (Nishitani dan Sakakibara, 2006) sehingga berat badan naik dan memicu obesitas (Block *et al.*, 2009). Depresi adalah salah satu manifestasi stres yang ditandai dengan rendahnya kadar serotonin dan leptin sehingga nafsu makan meningkat (Björntorp, 1995; Lawson *et al.*, 2012). Selain banyak makan, salah satu cara yang positif untuk menghadapi stres adalah agama. Bahkan kembali ke agama menjadi *coping stress* kedua terbanyak yang dilakukan oleh penduduk AS paska tragedi 11 September (Koenig, 2008). Menurut Tartaro *et al.* (2005), banyak beribadah dan memohon ampunan dapat menurunkan kadar kortisol tubuh dan menurunkan tekanan darah. Selain itu, orang yang rajin menghadiri pelayanan keagamaan jarang mengalami depresi dalam 2 tahun ke depan (Ronneberg *et al.*, 2014). Oleh karena itu religiusitas mungkin dapat mencegah kenaikan berat badan melalui proteksi diri terhadap depresi dan mencegah perilaku banyak makan

dengan berbagai macam ajaran terkait pembatasan makanan dan puasa (Waibel, 2013).

Menurut Kim *et al.* (2003), dalam jangka panjang agama dapat menciptakan dukungan sosial yang positif dalam menurunkan berat badan maupun pencegahan kenaikan berat badan. Agama juga dapat mendorong aktivitas fisik dengan cara memperbanyak aktivitas ibadah sehingga dapat membantu menurunkan berat badan. Orang yang religius cenderung memilih makanan yang lebih sehat dibandingkan orang yang kurang religius, memperbanyak konsumsi sayuran dan buah-buahan (Holt *et al.*, 2005), serta mengurangi rokok dan konsumsi alkohol (Cline and Ferraro, 2006). Namun, agama yang mendorong umatnya untuk mengurangi rokok dapat memicu peningkatan berat badan (Yeary *et al.*, 2009). Efek berhenti merokok dapat meningkatkan obesitas dengan OR 2,4 pada pria dan OR 2,0 pada wanita (Bray, 2004). Kontradiksi ini membutuhkan banyak penelitian untuk memperjelas hubungan antara religiusitas dengan berat badan.

Beberapa penelitian menghubungkan antara religiusitas yang tinggi dengan meningkatnya resiko obesitas di negara maju. Kim *et al.* (2003) membandingkan IMT berdasarkan afiliasi agama pada 3.034 orang dewasa di AS mendapatkan hasil bahwa pria Protestan memiliki IMT yang lebih besar dibandingkan pria beragama Katolik, Yahudi dan agama minoritas yang lainnya. Cline dan Ferraro (2006) mendapatkan data prevalensi obesitas pada populasi AS antara tahun 1986-1994 berdasarkan afiliasi agama menunjukkan bahwa agama Baptis (Kristen) memiliki prevalensi obesitas terbanyak hingga 30%, sedangkan pada agama Yahudi, Islam, Hindu dan Budha memiliki prevalensi obesitas kurang dari 1%.

Hubungan antara religiusitas dengan obesitas juga mengalami dinamika yang menarik apabila dihubungkan dengan dimensi religiusnya. Cline dan Ferraro (2006) menjelaskan bahwa tingginya *religious media practice* meningkatkan resiko obesitas pada pemeluk Baptis, sedangkan tingginya *religious attendance* dan *consolation* menurunkan resiko obesitas pada pemeluk Baptis. Yeary *et al.* (2009) mendapatkan fakta bahwa menonton acara keagamaan di televisi lebih dari

1 kali per minggu dapat meningkatkan IMT 1,37 poin dibandingkan mereka yang menonton acara keagamaan di televisi kurang dari 1 kali per minggu. Pada pria kulit hitam AS yang beragama protestan kemudian pergi ke gereja minimal seminggu sekali cenderung lebih gemuk/obese (*adjusted* OR 2,17; 95% CI= 1,25-3,77) dibandingkan mereka yang hampir tidak pernah pergi ke gereja (Taylor *et al.*, 2013).

Banyaknya penelitian yang dilakukan di negara barat mendorong adanya kesimpulan bahwa religiusitas yang tinggi berhubungan dengan meningkatnya resiko obesitas (Taylor *et al.*, 2013). Namun kesimpulan itu berasal dari data populasi dengan agama mayoritas Protestan dan Katolik. Walaupun kesimpulan yang sama didapatkan dari agama Yahudi di Israel (Shmueli and Tamir, 2007), namun belum ada penelitian serupa yang mengkaji hubungan antara religiusitas dengan berat badan pada populasi dengan mayoritas muslim.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut: “*Apakah terdapat hubungan antara tingkat religiusitas dengan berat badan lebih?*”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Mengetahui hubungan antara tingkat religiusitas dengan berat badan lebih

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengetahui hubungan antara tingkat religiusitas dengan asupan makanan dan berat badan lebih.
- b. Mengetahui hubungan antara tingkat religiusitas dengan tingkat depresi dan berat badan lebih.
- c. Mengetahui hubungan antara tingkat religiusitas dengan aktivitas fisik dan berat badan lebih.

D. Manfaat Penelitian

1. Teori

Penelitian ini dapat memperkuat bukti hubungan antara tingkat religiusitas dengan status gizi, khususnya yang berhubungan dengan religiusitas Islam.

2. Praktis

Hasil penelitian ini dapat mendorong secara lebih kuat penggunaan pendekatan religius dalam program penurunan berat badan pada pasien obesitas dan *overweight*.

E. Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian sebelumnya yang meneliti hubungan antara religiusitas dan status gizi dapat dilihat pada tabel 1. Walaupun penelitian hubungan antara agama (religiusitas) dengan status gizi dan obesitas telah banyak dilakukan di luar negeri, namun penulis belum berhasil menemukan penelitian serupa di Indonesia. Ko-variabel demografis, perilaku beresiko (merokok), asupan kalori, aktivitas fisik dan psikologis (depresi) dalam penelitian ini menjadi nilai tambah dalam kompleksitas analisis hubungan yang ingin diperjelas oleh peneliti.

Tabel 1. Perbandingan antara penelitian saat ini dengan beberapa penelitian sebelumnya

Penulis (Tahun) Judul	Metode Penelitian	Persamaan & Perbedaan
Shmueli & Tamir (2007) “ <i>Health Behavior and Religiosity among Israeli Jews</i> ”	Variabel bebas: Religiusitas Variabel terikat: IMT dan perilaku (<i>medical check up</i> , kebiasaan makan, olahraga) Populasi: Yahudi Israel dewasa Gender: pria & wanita Desain: <i>cross section</i> Data: telepon	<u>Persamaan:</u> Variabel religiusitas, IMT, aspek olahraga, tanpa aspek psikologis dan diet. <u>Perbedaan:</u> Variabel psikologis, asupan makanan, Populasi dan agama, teknik data

Kim <i>et al.</i> (2003) “ <i>Religion and body weight</i> ”	Variabel bebas: jenis agama dan dimensi religius Variabel terikat: IMT Ko-variabel: Demografis, Perilaku Kesehatan (Aktivitas fisik, alkohol dan merokok), Status Psikososial (Skor PSS) Populasi: Orang Dewasa Amerika Gender: Pria Wanita Desain: <i>Cross section</i> Data: Telepon dan kartu pos	<u>Persamaan:</u> Religiusitas (dimensi), status gizi, demografis, perilaku, psikososial dan desain. <u>Perbedaan:</u> Khusus agama Islam, status psikososial depresi-BDI, perilaku asupan gizi, data diambil secara tatap muka dan populasi.
Yeary <i>et al.</i> (2009) “ <i>Religion And Body Weight In An Underserved Population</i> ”	Variabel bebas: Agama dan dimensi religius Variabel terikat: IMT dan obesitas Ko-variabel: demografis, perilaku (merokok, aktivitas fisik, diet kalori dan lemak, tanpa psikososial), Populasi: Populasi <i>underserved</i> dewasa AS Gender: Pria Wanita Desain: <i>Cross Section</i> Data: Telepon	<u>Persamaan:</u> Religiusitas (dimensi), status gizi, demografis, perilaku, asupan kalori dan desain. <u>Perbedaan:</u> Khusus agama Islam, dengan status depresi, data diambil secara tatap muka dan populasi.
Kim and Sobal (2004) “ <i>Religion, social support, fat intake and physical activity</i> ”	Variabel bebas: Agama dan dimensi religius Variabel terikat: tanpa status gizi, demografis, perilaku (aktivitas fisik, diet lemak), dukungan sosial, tanpa aspek psikologis Populasi: Populasi dewasa New York, AS Gender: Pria Wanita Desain: <i>Cross Section</i> Data: tidak dijelaskan, kemungkinan wawancara	<u>Persamaan:</u> Variabel agama, religiusitas dengan aspek diet, aktivitas fisik <u>Perbedaan:</u> Variabel status gizi, aspek psikologis, tanpa dukungan sosial
Cline and Ferraro (2006) “ <i>Does Religion Increase the Prevalence and Incidence of Obesity in Adulthood?</i> ”	Variabel bebas: Agama dan dimensi religius Variabel terikat: IMT dan obesitas Ko-variabel: demografis, perilaku (merokok, aktivitas fisik, tanpa asupan gizi), Populasi: Populasi dewasa AS Gender: Pria Wanita Desain: Prospektif Data: tidak dijelaskan	<u>Persamaan:</u> Variabel: Agama, religiusitas, IMT, obesitas, demografis, merokok, aktivitas fisik, dan gender <u>Perbedaan:</u> Aspek psikologis, populasi dan desain <i>cross sectional</i>