



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**TESIS**

**PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT ANAK USIA SEKOLAH  
DENGAN OBESITAS YANG BERSEKOLAH DI SEKOLAH DASAR  
KOTA YOGYAKARTA: STUDI FENOMENOLOGI**

**OLEH**

**Akhmadi  
NPM 0706254323**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
2009**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGALAMAN KELUARGA MERAawat ANAK USIA SEKOLAH  
DENGAN OBESITAS YANG BERSEKOLAH DI SEKOLAH DASAR  
KOTA YOGYAKARTA: STUDI FENOMENOLOGI**

**TESIS**

Diajukan sebagai persyaratan untuk  
Ujian Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Komunitas

**Oleh :**

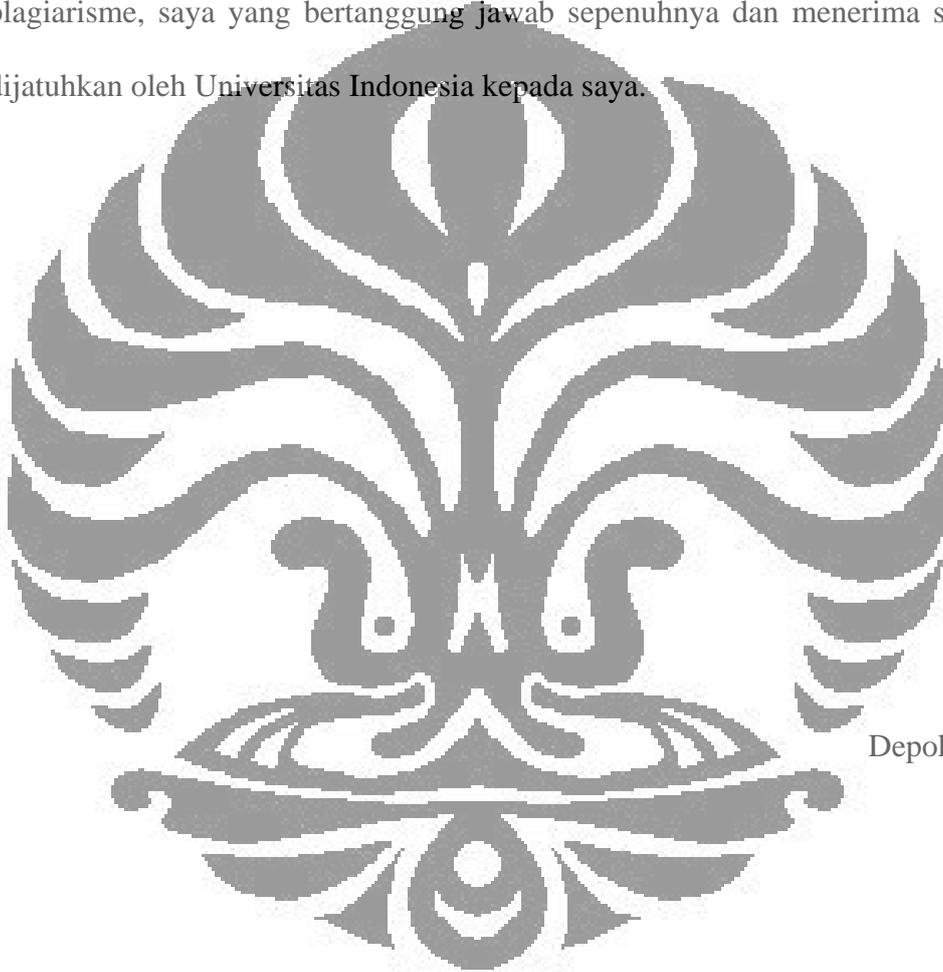
**AKHMADI  
0706254323**

**Pembimbing I : Dra. Hj. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD  
Pembimbing II: Henny Permatasari, SKp, MKep, Sp.Kom**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK, 2009**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya yang bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.



Depok, Juli 2009

Akhmadi

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul :

**Pengalaman Keluarga dalam Merawat Anak Usia Sekolah  
dengan Obesitas yang Bersekolah di Sekolah Dasar  
Kota Yogyakarta: Studi Fenomenologi**

Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing dan telah diperkenankan untuk dipertahankan di hadapan penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2009

**Pembimbing I**

**Dra. Hj. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD**

**Pembimbing II**

**Henny Permatasari, SKp, MKep, Sp.Kom**

LEMBAR NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS

Depok, 21 Juli 2009

Pembimbing I,

**Dra. Hj. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD**

Pembimbing II,

**Henny Permatasari, SKp, MKep, Sp.Kom**

Anggota,

**Widyatuti, SKp, MKep, Sp.Kom**

Anggota,

**Hendro Santoso, SKp, MKep, Sp.Kom**

AKHMADI

Pengalaman Keluarga Merawat Anak Usia Sekolah dengan Obesitas yang Bersekolah di Sekolah Dasar Kota Yogyakarta: Studi Fenomenologi

viii + 104 halaman + 12 lampiran

#### Abstrak

Obesitas merupakan fenomena saat ini yang banyak terjadi pada semua umur tak terkecuali anak usia sekolah. Pola makan yang salah serta gaya hidup kurang gerak merupakan salah satu faktor yang mendukung terjadinya obesitas selain faktor keturunan. Dampak yang terjadi pada anak-anak maupun dewasa merupakan hal yang mengkhawatirkan bagi individu, keluarga dan masyarakat. Keluarga merupakan orang terdekat bagi anak dan berfungsi melakukan perawatan pada anak. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas di kota Yogyakarta. Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif dengan metode wawancara mendalam. Partisipan adalah keluarga baik ayah atau ibu (*care giver*) yang mempunyai pengetahuan cukup dan mampu menjelaskan fenomena, dan dapat berbahasa Indonesia. Jumlah partisipan keseluruhan ada 8 orang. Data yang dikumpulkan berupa rekaman wawancara dan catatan lapangan yang dianalisis dengan teknik Colaizzi. Penelitian ini mengidentifikasi 9 tema. Persepsi keluarga dengan anak obesitas mempunyai tema yaitu persepsi baik dan persepsi buruk anak obesitas. Hambatan keluarga dalam perawatan obesitas mempunyai tema norma keluarga yang tidak tepat. Makna pengalaman keluarga merawat anak obesitas mempunyai tema perasaan membolehkan dan melarang, kepercayaan (*believe*) keluarga yang salah tentang anak obesitas, obesitas bukan hambatan percaya diri dan mekanisme koping pada anak. Harapan keluarga dalam perawatan obesitas mempunyai tema perbaikan pola makan pada anak obesitas dan dukungan keluarga yang mempunyai tema memotivasi anak obesitas mencapai berat badan ideal. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan gambaran perawatan anak usia sekolah dengan obesitas serta bermanfaat untuk mengurangi kejadian obesitas di masyarakat dan membuat kebijakan untuk mencegah obesitas bagi pemerintah.

Kata kunci : obesitas, anak usia sekolah, keluarga  
Daftar pustaka, 63 (1983-2009)

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING  
UNIVERSITY OF INDONESIA  
THESIS, JULY 2009

AKHMADI

Family's experience Caring School age Children with Obesity in Elementary School  
Yogyakarta: Phenomenology Study

x + 104 pages + 12 enclosure

#### Abstract

Obesity is phenomena that dwelly with most of all people include school age children. Pattern of eat and sedentary life style and also genetic cause obesity and dangerous for individu, family and community. Family are the closest with children and caring for children. This study was aimed to provide deep understanding and meaning of family to explain school age children and how the family caring children with obesity in Yogyakarta. This study was descriptive phenomenology with indepth interview method. The participant were family (father or mother) whose caring school of children with obesity, have enough knowledge to explained the phenomena and able to spoke Indonesian language well. Data were gathered by indepth interview recording and field notes, and analyzed with Colaizzi's analysis method. This study involved 8 participants. This study identified 9 themes, obesity child's family have themes good perception, and bad perception. Inhabated family in caring obesity have themes norm in ineffective pattern. Mean of experiences of obesity child's family have themes wrong of pattern of care feel of agree and do not agree, family's believe of wrong to children with obesity, obesity was not make down of self confidence and child coping mechanism. Family hope in caring obesity child have themes to repair eat pattern of child obesity and to family enhance have themes expect to motivation children with obesity to ideal body. The result of this study were expected to explained caring of child age obesity and function to decrease incident obesity in community, and for the government to make police obesity prevence.

Key word: obesity, school of children, family.

Bibliography, 63 (1983-2009)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur hanya untuk Allah SWT karena atas limpahan ridho-Nya peneliti dapat menyelesaikan laporan yang berjudul “Pengalaman Keluarga dalam Merawat Anak Usia Sekolah dengan Obesitas yang Bersekolah di Sekolah Dasar Kota Yogyakarta: Studi Fenomenologi“. Penelitian ini disusun sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Kekhususan Keperawatan Komunitas.

Dalam melakukan penelitian dan penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Rasa hormat, ucapan terima kasih serta penghargaan setinggi-tingginya saya sampaikan kepada :

1. Dewi Irawaty, MA. Ph.D, sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, Ph.D, selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus sebagai pembimbing I yang telah memberikan ide, bimbingan, semangat, arahan dan motivasi pada peneliti untuk penyusunan tesis ini.
3. Krisna Yetti, S.Kp. M.App.Sc., sebagai Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Koordinator mata Ajaran Tesis.
4. Ns. Henny Permatasari, MKep, Sp.Kom selaku pembimbing II yang senantiasa memberi perhatian, dorongan, motivasi, mencurahkan waktu serta masukan-masukkan yang sangat bermanfaat dalam penyusunan tesis ini.

5. Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, PhD. beserta seluruh staff yang telah memberikan kesempatan pada peneliti untuk melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Khususnya kepada Kaprodi Ilmu Keperawatan serta seluruh staff yang telah memberikan kesempatan dan waktunya serta biaya selama menempuh pendidikan.
6. Seluruh staff pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmunya serta seluruh staff akademik yang membantu selama proses pendidikan.
7. Seluruh keluarga tercinta khususnya istriku Siti Rohmah yang mendukung dengan segala pengorbanan, doa, dan supportnya, anakku tersayang Avicenna Anindya Gamayanti yang kehilangan perhatian selama pembuatan tesis ini semoga sehat selalu.
8. Rekan-rekan seangkatan Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan khususnya keperawatan komunitas yang telah membantu dalam penyusunan tesis, tanpa mengurangi rasa terima kasih, tidak dapat disebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari penelitian ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu peneliti sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Jakarta, Juli 2009

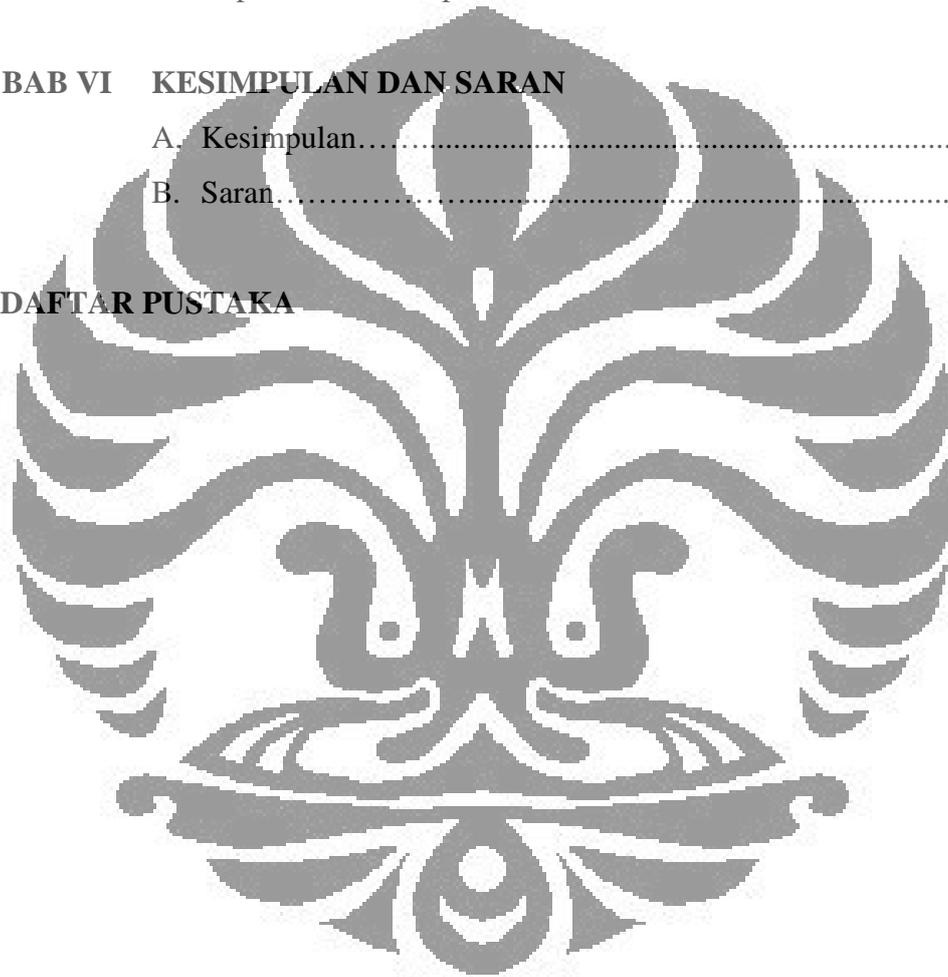
Peneliti

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN PLAGIARISME.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
ABSTRAK BAHASA INDONESIA.....	iv
ABSTRAK BAHASA INGGRIS.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	11
C. Tujuan Penelitian.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	13
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Persepsi.....	14
B. Keluarga.....	17
C. Obesitas.....	27
D. Pendekatan fenomenologi pada penelitian kualitatif.....	34
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian.....	37
B. Populasi dan Sampel.....	38
C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	39
D. Pertimbangan Etik.....	39
E. Prosedur Pengumpulan Data.....	41
F. Alat Bantu Pengumpulan Data.....	43
G. Pengolahan dan Analisis Data.....	43
H. Keabsahan Data.....	45

<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
	A. Karakteristik Partisipan.....	47
	B. Tema.....	49
<b>BAB V</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
	A. Interpretasi Hasil.....	67
	B. Keterbatasan Penelitian.....	90
	C. Implikasi untuk keperawatan.....	91
<b>BAB VI</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
	A. Kesimpulan.....	96
	B. Saran.....	97

**DAFTAR PUSTAKA**



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 Lembar Data Demografi Partisipan
- Lampiran 4 Panduan Wawancara
- Lampiran 5 Catatan Lapangan
- Lampiran 6 Kisi-kisi tema
- Lampiran 7 Skema
- Lampiran 8 Karakteristik Partisipan
- Lampiran 9 Karakteristik Partisipan dan Anak Obesitas
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 11 Permohonan Penelitian
- Lampiran 12 Komite Etik

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Bangsa Indonesia masih menghadapi masalah gizi terutama gizi kurang pada anak-anak, tetapi di sisi lain kita juga sedang dihadapkan dengan adanya fenomena gizi lebih yang telah meresahkan penduduk dunia tidak terkecuali anak usia sekolah di Indonesia. Berbagai data yang ada menunjukkan kecenderungan prevalensi obesitas yang terus menerus meningkat setiap tahunnya. Prevalensi obesitas meningkat dari tahun ke tahun baik di negara maju maupun negara berkembang (WHO, 2000).

Penelitian yang dilakukan di Malaysia menunjukkan prevalensi obesitas mencapai 6,6% pada kelompok umur 6-7 tahun dan menjadi 13,8% pada kelompok umur 10 tahun. Adapun di China, kurang lebih 10% anak mengalami obesitas dan di Jepang prevalensi obesitas pada anak umur 6-14 tahun berkisar antara 5-11% (Wang, 2002, dalam Hadi, 2007). Sedangkan menurut Damayanti (2004) prevalensi obesitas pada anak usia 6-17 tahun di Amerika Serikat dalam tiga dekade terakhir naik dari 7,6-10,8 persen menjadi 13-14 persen sedangkan anak sekolah di Singapura naik dari 9 persen menjadi 19 persen. Obesitas mempunyai prevalensi tinggi di perkotaan daripada di pedesaan (Berhman, Kliegman, Arvin, 2004).

Prevalensi obesitas pada anak usia sekolah menurut Survey Kesehatan Nasional (SUSENAS) menunjukkan angka peningkatan baik di pedesaan maupun di perkotaan. Prevalensi anak sekolah dasar (SD) Indonesia pada tahun 1997 dengan usia 8-10 tahun, wilayah perkotaan sekitar 10,4 % pada anak perempuan dan 13 % pada anak laki-laki berstatus gizi lebih. Prevalensi berat badan berlebih anak-anak usia 6-14 tahun pada laki-laki 9,5% dan pada perempuan 6,4%. Angka ini hampir sama dengan estimasi WHO sebesar 10% pada anak usia 5-17 tahun (Supari, 2008).

Penelitian lain oleh Dier (1998) menunjukkan prevalensi obesitas anak di sebuah SD negeri Jakarta Pusat 9,6 persen. Sedangkan penelitian oleh Meilany (2002), prevalensi obesitas anak di tiga SD swasta di kawasan Jakarta Timur 27,5 persen. Penelitian di Semarang menunjukkan, dari 1.730 anak usia 6-7 tahun, diketahui 12 persen menderita obesitas dan 9 persen kelebihan berat badan. Sedangkan penelitian dari Himpunan Obesitas Indonesia (Hisobi) di sejumlah SD favorit di Jakarta Selatan menunjukkan prevalensi obesitas pada anak mencapai 20 persen.

Di Yogyakarta, berdasarkan penelitian Herini (1999), didapatkan bahwa prevalensi obesitas pada anak SD adalah 9,5 %, yang terdiri dari 10,5 % anak laki-laki, dan 8,8 % anak perempuan. Penelitian yang dilakukan oleh Kanwil Depkes DIY tahun 1997, pada SD favorit di Kotamadya Yogyakarta ditemukan lebih dari setengah murid SD mempunyai gizi lebih (Aritonang, 1997). Penelitian lainnya di Yogyakarta, prevalensi obesitas pada anak-anak SD pada tahun 2004-2005 adalah 7,9 % pada anak perempuan dan 12,6 % pada anak laki-laki (Himmah, *et.al*, 2004). Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa kejadian obesitas

terus bertambah di kota Yogyakarta dan perlu antisipasi untuk penanggulangan obesitas karena masalah yang dapat ditimbulkan dari obesitas sangat besar baik psikologis, fisik maupun berbagai penyakit yang siap menghadang.

Penelitian obesitas oleh Meilany (2002), menyimpulkan 33,1% dari anak-anak obesitas berusia 6-12 tahun sudah menunjukkan peningkatan kadar kolesterol total darah, 6% menunjukkan peningkatan tekanan darah sistolik, dan 20% menunjukkan peningkatan tekanan darah diastolik, selain itu ditemukan anemia pada 9,8% anak-anak obesitas tersebut. Penelitian lain yang dilakukan oleh Hisobi di salah satu SD favorit di Jakarta Timur baru-baru ini angka kejadian obesitas pada anak sebesar 31% dari 360 murid kelas 4 sampai 6. Sedangkan hipertensi mencapai 8% pada anak kegemukan dan gangguan paru-paru sebesar 50%. Penelitian tersebut juga menemukan peningkatan kolesterol darah 25% dan trigliserida-darah mencapai 10% (Hisobi, 2005).

Penelitian menunjukkan anak yang obesitas di antara umur 10-13 tahun 80% akan mempunyai kemungkinan untuk obesitas pada waktu dewasa (Anonim, 2005). Obesitas pada anak mempunyai resiko lebih besar untuk terjadinya hipertensi, gangguan toleransi glukosa, masalah orthopedik, penolakan sosial dan penurunan harga diri. Anak dengan ketidakmampuan fisik, obesitas dapat mengganggu mobilitas dan mengurangi pengeluaran energi (Catherine *et al.*, 1996). Selain itu juga menyebabkan penyakit jantung kongestif, diabetes melitus tipe 2 serta periode tidak bernafas selama tidur (*sleep apnea*) yang dapat menurunkan dan mempengaruhi daya pikir di kemudian hari (Ginanjari, 2005, <http://us.click.yahoo.com/>, diakses tanggal 20 Desember 2008).

Obesitas pada anak sekolah ternyata membawa resiko tidak kecil, selain mudah terkena penyakit jantung dan tekanan darah tinggi, dalam jangka pendek dan panjang, anak bisa menghadapi beragam gangguan. Pertama, gangguan psikososial, rasa rendah diri, depresi, dan menarik diri dari lingkungan. Hal ini terjadi karena anak obesitas sering menjadi bahan olok-olok teman. Anak obesitas kerap dijauhkan karena tak bisa bergerak aktif. Padahal, pada usia seperti itu, justru banyak anak yang suka berlari-lari. Kedua, pertumbuhan fisik dan tulang dipacu lebih dari usia biologisnya, dengan tulang yang belum begitu kuat, berat berlebih bisa mempengaruhi struktur tulang. Bentuk tulang bisa menjadi tidak normal. Ketiga, gangguan pernapasan yaitu pada anak yang menderita obesitas kerap tidur ngorok dan sering mengantuk pada siang hari. Hal ini akan mengganggu konsentrasi mereka saat bersekolah (Nurchayyo, 2000, <http://www.indonesiaindonesia.com>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009).

Berdasarkan akibat yang dapat terjadi pada anak obesitas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang makna dan pengalaman keluarga dalam merawat anak obesitas. Peneliti akan menggali pengalaman dalam pengaturan makan baik di sekolah maupun di rumah, aktifitas fisik, olah raga dan aktifitas di sekolah. Peneliti juga melihat dampak obesitas terjadi karena adanya ketidakseimbangan diet pada anak masa sekolah bisa berupa kekurangan zat gizi ataupun kelebihan zat gizi yang sering disebut obesitas. Obesitas anak sekolah sering terjadi karena kelebihan asupan energi yang didapatkan dari makanan (Sacharin, 1993). Obesitas terjadi karena pola makan yang rendah karbohidrat, rendah serat kasar dan tinggi lemak, makanan tersebut dijumpai pada jenis makanan *fast food* (Almatsier, 2002). Mengonsumsi makanan *fast food* telah

menjadi bagian dari perilaku sebagian anak sekolah dan remaja di luar rumah di berbagai kota besar dan saat ini di berbagai kota kecil (Herini, 1999).

Perilaku anak sekolah yang kurang baik akan berdampak negatif karena anak-anak sedang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan. Usia sekolah merupakan masa pertumbuhan yang membutuhkan zat gizi yang cukup untuk tumbuh dan berkembang dengan baik. Pada periode ini pertumbuhan berjalan terus dengan mantap meski tidak secepat bayi. Jadwal makan disesuaikan dengan jadwal sekolah serta dibiasakan anak untuk makan pagi terlebih dahulu. Keluarga dapat membekali mereka dengan roti atau makanan lain untuk makan di waktu istirahat. Namun, anak sekolah biasanya lebih suka jajan di sekolah mengikuti teman-teman lainnya (Pudjadi, 2000). Oleh karena itu peranan keluarga sangat penting untuk menjelaskan makanan yang bergizi dan menyehatkan yang ada dalam kantin.

Penelitian oleh Padmiari (2007), menyebutkan sekitar 75 persen konsumsi energi anak-anak berasal dari jajanan. Padmiari mengistilahkannya sebagai *street food* (makanan jalanan). Sementara itu, hanya 25 persen konsumsi energi anak-anak dipasok dari makanan pokok berupa nasi, daging, sayuran, dan pelengkap lainnya. *Street food* (makanan jalanan) yang dimaksud adalah *fast food*, jajanan pasar, hingga snack ringan. Instansi sekolah dapat membuat jadwal aktifitas sesuai dengan kompetensinya dengan berbagai kegiatan yang merangsang anak untuk beraktifitas fisik seperti olahraga, dan kegiatan ekstrakurikuler lain.

Anak obesitas dianjurkan untuk meningkatkan pengeluaran kalori melalui latihan fisik, olahraga dan bermain. Anak sekolah mempunyai nafsu makan lebih besar daripada masa sebelumnya, selain itu makanan lebih bervariasi, orang tua dianjurkan untuk mengawasi makanan anak. Apabila tidak diawasi akan menimbulkan masalah yaitu ketidakseimbangan diet (Potter and Perry, 1993). Hal tersebut dikarenakan adanya ketidakseimbangan antara makanan yang masuk serta energi yang dikeluarkan tubuh.

Obesitas dapat disebabkan juga karena faktor genetik. Nasar (2005) mendapatkan bahwa kemungkinan seorang anak menjadi gemuk sebesar 80% bila kedua orang tuanya gemuk, 40% bila salah satu orang tuanya gemuk dan 7% bila kedua orang tuanya normal. Jadi pada anak sekolah mudah terpengaruh dengan jajanan yang ada serta iklan di media yang banyak menawarkan makanan yang menarik, seperti makanan cepat saji, makanan yang bertinggi lemak dan rendah serat serta kurangnya kontrol dari lingkungan sekitar.

Hasil penelitian di atas menunjukkan hubungan obesitas dengan berbagai penyakit. Keadaan ini mengharuskan keluarga berperan serta dalam memperhatikan anaknya bila ada indikasi ke arah obesitas. Anak dikatakan obesitas bila terdapat peningkatan berat badan 20 % atau lebih dari berat badan ideal terhadap tinggi badan (Williams *et al.*, 1997). Obesitas bila terjadi kenaikan berat badan tubuh lebih dari 10 % dari yang direkomendasikan berdasarkan tinggi badan dan berat badan sesuai standar WHO NCHS. Obesitas terjadi antara umur 5-6 tahun dan selama dewasa.

Studi awal yang peneliti lakukan pada beberapa keluarga yang anaknya mengalami obesitas didapatkan keluarga disatu sisi senang dengan obesitas yang terjadi pada anaknya dengan alasan daripada kurang gizi, namun di sisi lain keluarga khawatir anaknya menjadi minder, kurang percaya diri serta kurang dapat bergerak. Keluarga menambahkan anaknya senang dengan makanan cepat saji yang saat sekarang banyak menjamur di lingkungan sekitarnya. Melihat risiko yang dapat terjadi di kemudian hari mereka belum begitu menyadari adanya bahaya akibat obesitas yang terjadi pada anaknya seperti mudah terjadi hipertensi, diabetes type 2, penyakit jantung dan berbagai gangguan akibat obesitas (Hadi, 2007).

Keluarga diidentikkan sebagai tempat tinggal atau lembaga pengasuhan yang paling dapat memberi kasih sayang untuk anak dan serta menyusui, membesarkan secara efektif dan ekonomis. Keluarga juga merupakan tempat pertama untuk anak-anaknya mendapatkan pengalaman langsung yang akan digunakan sebagai bekal hidupnya di kemudian hari melalui latihan fisik, sosial, mental, emosional dan spiritual. Maka sudah semestinya keluarga berperan optimal dalam pengasuhan anak khususnya dalam menyiapkan makan sehari-hari (Zanden, 1986 dalam Meda, 2002, [http://tumoutou.net/702\\_05123/meda\\_wahini.htm](http://tumoutou.net/702_05123/meda_wahini.htm), diperoleh tanggal 14 April 2009).

Keluarga adalah tempat sebagian besar waktunya anak berada dalam lingkungan mereka. Oleh karena itu keterlibatan mereka dalam penyusunan diet anak sudah sewajarnya dilakukan dengan memberikan dukungan, serta penyediaan makanan

yang sesuai dengan usia anak sekolah. Peran keluarga dalam penyusunan diet pada anak karena berhubungan dengan penyakit yang dapat timbul akibat dari obesitas yang dialami anak baik pada saat sekarang maupun dewasanya nanti. Oleh karena itu peran serta keluarga dalam merawat anak usia sekolah adalah sangat penting dan dominan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anak (Supariasa, dkk, 2002). Selain itu keluarga dapat memberikan sesuatu anjuran atau dukungan yang mengarah pada peningkatan kesehatan anak sekolah seperti aktifitas yang sesuai, olahraga serta mengurangi waktu anak menonton televisi maupun bermain video game yang kurang membutuhkan gerak pada anak. Selain itu dibutuhkan adanya kerjasama antara pihak sekolah dengan orang tua.

Keluarga dengan pihak sekolah dapat bekerja sama untuk mengawasi jajanan anak bila berada di lingkungan sekolah. Jajanan yang ada seringkali kurang sesuai dengan makanan yang sehat dan bergizi. Berbagai makanan cepat saji (*fast food*) pun sekarang sudah ada di berbagai lokasi yang strategis dan anak-anak sering merengek dan ingin mencoba makanan tersebut. Mereka kadang tidak mengetahui kandungan makanan *fast food* yang banyak mengandung lemak, kalori dan garam tinggi. Orang tua dianjurkan untuk memilihkan makanan yang seimbang untuk anak yang mencakup kalori dan lemak yang rendah untuk jantung yang sehat dan dapat mencegah kanker (Potter and Perry, 1993). Kerjasama antara orang tua dan pihak sekolah mutlak diperlukan, hal ini selain untuk mengwasai makanan anaknya juga berbagai aktifitas intrakurikuler serta ekstrakurikuler. Hal ini juga karena instansi yang akan diteliti sudah menyediakan makan siang bagi anak sekolah.

Berdasarkan hasil *screening* status gizi yang dilakukan pada akhir 2007 oleh mahasiswa keperawatan PSIK FKUGM terhadap anak kelas 1 dan 2 didapatkan anak obesitas mencapai angka 15%, bila dibandingkan dengan penelitian Hisobi di Jakarta masih lebih rendah yang sudah mencapai 20% sedangkan di Semarang baru 12%. Hal tersebut merupakan suatu lonjakan bila dibandingkan data Depkes tahun 1989 yang baru mencapai 4,6% bagi laki-laki dan 5,6% untuk perempuan (Nurchayo, 2000, <http://www.indonesiaindonesia.com>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009). Prevalensi obesitas, secara umum masih jauh dengan anak gizi normal, namun bukan sedikit atau banyaknya tetapi bahaya yang timbul cukup besar. Hal ini tentunya harus diantisipasi agar tidak berlanjut pada masa dewasa nanti. Peneliti akan mengambil salah satu SD yang ada di kota Yogyakarta dengan beberapa pertimbangan. Sekolah Dasar Islam Terpadu Lukman Al Hakim adalah salah satu SD Islam favorit di kota Yogyakarta.

Di sekolah SDIT Lukman Al Hakim sudah terdapat UKS yang dikunjungi dokter seminggu sekali yaitu tiap hari sabtu tetapi hanya sebatas untuk periksa kesehatan kalau ada yang mengeluhkan sakit. Peran dan fungsi UKS akan lebih optimal bila tindakan promotif dan preventif di tingkatkan dan tidak hanya tindakan kuratif yaitu pengobatan oleh medis. Peran dan fungsi UKS sebaiknya melibatkan perawat komunitas karena tindakan preventif dan promotif dapat direncanakan dengan baik tanpa meninggalkan peran kuratif dan rehabilitatif. Anak sekolah dengan obesitas serta orang tua siswa terlibat secara aktif dalam perencanaan tindakan keperawatan sehingga intervensi mudah dilakukan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk menggali lebih dalam tentang pengalaman keluarga dengan anak obesitas dengan penelitian kualitatif.

Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi akan sangat tepat digunakan untuk menggali pengalaman keluarga dalam melakukan perawatan anak usia sekolah dengan obesitas. Hal tersebut didasarkan bahwa obesitas masih dipandang sebagai hal yang belum membahayakan bagi anak-anak, sedangkan dari beberapa penelitian didapatkan bahwa obesitas merupakan faktor risiko kejadian berbagai penyakit yang sangat berbahaya. Penelitian fenomenologi berfokus pada penemuan fakta suatu fenomena tersebut dan berusaha memahami tingkah laku manusia berdasarkan perspektif informan (Stuebert & Carpenter, 1999; Poerwandari, 2005).

Peneliti akan berupaya untuk memahami dan memaknai gambaran pengalaman keluarga dalam merawat anak usia sekolah obesitas menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif. Pendekatan fenomenologi yang kami gunakan sangat bermanfaat nantinya bila fenomena ini belum didefinisikan atau di konseptualisasikan dengan baik (Polit & Hungler, 1999). Peneliti ini melihat fenomena keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas yang menunjukkan perilaku-perilaku yang ingin diteliti lebih lanjut. Metode ini menstimulasi persepsi peneliti terhadap pengalaman hidup sambil menekankan kekayaan, keleluasaan, kedalaman dari pengalaman yang dialami oleh responden. Fenomenologi deskripsif adalah langkah pertama dari enam langkah atau elemen sentral dalam penelitian fenomenologi (Spielberg, Struebert & Carpenter, 1999).

Pengalaman yang dialami oleh keluarga dalam merawat anak sekolah dasar dengan obesitas perlu dieksplorasi secara mendalam melalui *indepth interview* sehingga didapatkan pengalaman hidup dari keluarga yang merawat anak dengan

obesitas. Keluarga yang merawat anak sekolah dengan obesitas akan mempunyai pengalaman unik dan berbeda satu sama lain. Berdasarkan uraian tersebut penulis tertarik untuk meneliti tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat anak sekolah dasar dengan obesitas di kota Yogyakarta.

## B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan hasil penelitian Akhmadi, dkk (2007) di SDIT Lukman Al Hakim Yogyakarta, angka obesitas 15% dari 400 anak usia sekolah dasar kelas 1 dan 2, sedangkan penelitian Depkes (1989) bahwa obesitas baru mencapai 4,6% untuk laki-laki dan 5,6% untuk anak perempuan. Berbagai faktor risiko obesitas antara lain karena orang tua obesitas, aktifitas fisik anak, lamanya menonton TV, dan sosial ekonomi keluarga. Sebagian mempunyai sosial ekonomi tinggi, dan tersedia makanan siang serta masih terdapat jajanan sekolah di SD ini. Dari studi pendahuluan beberapa orang tua mengkhawatirkan obesitas yang dialami oleh anaknya karena mereka takut anaknya menjadi minder, dan kurang percaya diri serta mudah terkena berbagai penyakit. Hal ini seperti penelitian Meilany (2002), didapatkan bahwa 33,1% dari anak-anak obesitas berusia 6-12 tahun sudah menunjukkan peningkatan kadar kolesterol total darah, 6% menunjukkan peningkatan tekanan darah sistolik, dan 20% menunjukkan peningkatan tekanan darah diastolik. Keluarga berperan penting dalam hal ini.

Keluarga merupakan orang yang terdekat dengan anak dan perlu menyusun diet yang tepat untuk anak. Selain nutrisi dalam keluarga, berbagai iklan media massa tentang *fast food* yang banyak disukai anak-anak juga berperan terhadap

kejadian obesitas. Seperti penelitian Mahdiah (2007), bahwa *fast food* berperan terhadap kejadian obesitas pada anak-anak. Faktor lainnya adalah aktifitas anak, dan olah raga yang sudah kurang diminati dibandingkan dengan bermain play station atau menonton televisi yang semakin meningkat. Berdasarkan uraian tersebut dapat dirumuskan pertanyaan penelitian: Apa arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas yang bersekolah di sekolah dasar kota Yogyakarta?

### C. TUJUAN

#### Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak usia sekolah dengan obesitas yang bersekolah di Sekolah Dasar kota Yogyakarta.

#### Tujuan Khusus: Teridentifikasi:

1. Persepsi keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas yang bersekolah di Sekolah Dasar kota Yogyakarta.
2. Hambatan keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas yang bersekolah di Sekolah Dasar kota Yogyakarta
3. Makna pengalaman keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas yang bersekolah di Sekolah Dasar kota Yogyakarta
4. Harapan keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas yang bersekolah di Sekolah Dasar kota Yogyakarta.
5. Dukungan keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas yang bersekolah di Sekolah Dasar kota Yogyakarta.

#### D. MANFAAT PENELITIAN

##### 1. Manfaat untuk Keluarga

Membantu keluarga yang mempunyai anak usia sekolah dengan obesitas untuk meningkatkan kesadaran bahwa pengaturan makanan keluarga memegang peranan yang utama. Pengaturan makanan ini untuk menjaga agar anak usia sekolah dapat menjaga keseimbangan makanan sesuai aktifitas serta usia mereka. Berbagai makanan dalam iklan yang menarik dapat mempengaruhi anak untuk mengkonsumsinya seperti berbagai jenis makanan *fast food* yang berdampak terhadap berbagai macam penyakit yang dapat terjadi dikemudian hari.

##### 2. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Penelitian ini dapat dijadikan landasan dalam pengembangan program penanganan anak dengan obesitas. Pengalaman keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas dapat digunakan dalam mengevaluasi kebijakan penanggulangan gizi di masyarakat.

##### 3. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar bagi perawat komunitas dalam mengembangkan model intervensi yang mengintegrasikan berbagai pendekatan seperti pemberdayaan keluarga, partisipasi masyarakat, penyediaan makanan anak usia sekolah dalam penanggulangan obesitas di Indonesia. Hasil ini dapat dijadikan dasar dalam mengembangkan penelitian terhadap anak usia sekolah dengan obesitas yang bisa dijadikan sebagai percontohan untuk daerah lain dalam penyelesaian masalah gizi.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ini akan memaparkan teori dan konsep serta penelitian terdahulu yang terkait dengan masalah penelitian sebagai bahan rujukan penelitian dan bahan acuan saat dilakukan pembahasan. Uraian tinjauan pustaka meliputi tinjauan tentang persepsi, konsep obesitas, keluarga, dan konsep penelitian kualitatif serta penelitian terkait.

#### A. Konsep Persepsi

Persepsi adalah proses pemahaman ataupun pemberian makna atas suatu informasi terhadap stimulus (anonym, 2009, <http://wikipedia.org/wiki/persepsi>, diperoleh tanggal 13 April 2009). Persepsi merupakan proses pengolahan mental secara sadar terhadap stimuli sensori (Dorland, 2002). Menurut Sarwono (1997) persepsi merupakan kombinasi dari penglihatan, pendengaran, dan penciuman serta pengalaman masa lalu. Subyek yang sama dapat dipersepsikan secara berbeda oleh beberapa orang. Persepsi adalah proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap rangsang yang diterima oleh organisme atau individu sehingga merupakan sesuatu yang berarti dan merupakan aktivitas yang integrated dalam diri individu (Walgito, 2001). Dari beberapa pengertian tentang persepsi tersebut dapat disimpulkan bahwa persepsi adalah proses kognitif yang dialami setiap orang dalam

memahami informasi tentang lingkungannya melalui pancaindera, dan tiap-tiap individu dapat memberikan arti atau tanggapan yang berbeda-beda berdasarkan pengalamannya.

Pengalaman sendiri merupakan pengetahuan dari hasil observasi terhadap sesuatu benda atau kejadian (anonym, 2009. Experince. <http://www.wikipedia.org/wiki/experience>, diperoleh tanggal 13 April 2009).

Pengalaman terdiri dari *immediacy of experinace* dan *subjective experience*. Pada *immediacy of experinace* diartikan sebagai pengalaman baru yang dialami seseorang. Pengalaman baru ini akan membentuk persepsi seseorang terhadap suatu kejadian. Sedangkan *subjective experience* merupakan persepsi yang terbentuk dari hasil interaksi yang lama dengan kejadian atau situasi (anonym, 2009. Experince. <http://www.wikipedia.org/wiki/experience>, diperoleh tanggal 13 April 2009). Jadi dapat disimpulkan ada suatu kaitan antara pengalaman dengan persepsi seseorang, dimana persepsi seseorang terbentuk dari pengalaman yang dialami oleh seseorang dari hasil pengamatan, pendengaran dan juga apa yang mereka rasakan dengan pengalaman yang nyata.

Proses terbentuknya persepsi karena adanya informasi dari lingkungan, oleh karena itu dalam memahami persepsi harus ada proses dimana ada informasi yang diperoleh lewat memory organisme yang hidup. Hal tersebut memudahkan peningkatan persepsi individu, adanya stimulus yang mempengaruhi individu yang mencetus suatu pengalaman dari organisme sehingga timbul berpikir yang dalam proses perseptual merupakan proses yang paling tinggi (Hill, 2000). Menurut Mulyana (2005) persepsi sosial adalah proses menangkap arti obyek-obyek sosial dan

kejadian-kejadian yang kita alami dalam lingkungan kita. Manusia bersifat emosional, sehingga penilaian terhadap mereka mengandung resiko. Setiap orang memiliki gambaran yang berbeda mengenai realitas di sekelilingnya.

Pandangan mengenai proses persepsi ada 2 yaitu: 1). Persepsi sosial, berlangsung cepat dan otomatis tanpa banyak pertimbangan orang membuat kesimpulan tentang orang lain dengan cepat berdasarkan penampilan fisik dan perhatian sekilas; 2). Persepsi sosial, adalah sebuah proses yang kompleks, orang mengamati perilaku orang lain dengan teliti hingga di peroleh analisis secara lengkap terhadap person, situasional, dan behaviour. Artinya persepsi suatu proses aktif timbulnya kesadaran dengan segera terhadap suatu obyek yang merupakan faktor internal dan eksternal individu meliputi keberadaan objek, kejadian dan orang lain melalui pemberian nilai terhadap objek tersebut. Sejumlah informasi dari luar mungkin tidak disadari, dihilangkan atau disalahartikan. Mekanisme penginderaan manusia yang kurang sempurna merupakan salah satu sumber kesalahan persepsi (Bartol & Bartol, 1994). Untuk membuat suatu asumsi atau persepsi tentang makna dan perasaan hidup seseorang secara sadar dibutuhkan kemampuan untuk mengkaji apa yang mereka pikir, lihat, dengar dan rasakan selama berinteraksi dengan kejadian atau situasi tertentu (Pollit & Hungler, 1999).

Salah satu persepsi yang dirasakan oleh keluarga adalah merawat anak sekolah dasar dengan obesitas. Hasil penelitian Zulkarnain, dkk (2006) tentang pengaruh pendidikan gizi pada murid SD terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu keluarga mandiri sadar gizi di kabupaten Indragiri Hilir didapatkan bahwa berdasarkan analisis usia, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota dalam

keluarga, dan income dalam keluarga. Hasil pre-test analisis pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga sadar gizi antara siswa dan ibu sebelum intervensi sama. Sedangkan hasil analisis post-test terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku pada kelompok yang mendapatkan intervensi cukup significant berbeda di antara siswa dan ibu-ibu yang tidak mendapatkan intervensi tidak significant. Hal ini berarti para siswa dan ibu-ibu yang berasal dari kelompok yang mendapatkan intervensi telah mendapatkan pengalaman yang membentuk persepsi baru tentang keluarga sadar gizi. Hal yang sama akan terjadi pada keluarga yang mempunyai anak sekolah dasar dengan obesitas mempunyai persepsi yang berbeda setelah mendapatkan informasi, maupun pengalaman tentang merawat anak obesitas.

Penelitian Yulianto, Hadi, Dwi (2007) tentang pengaruh penyuluhan manfaat sayur dan buah terhadap asupan zat gizi remaja obesitas siswa/siswi SLTP di kota Palembang. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengaruh konseling sayuran dan buah-buahan dapat meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan serta konsumsi nutrisi lain yang mengandung energi, lemak, karbohidrat dan serat. Hal ini terjadi persepsi baru pada siswa-siswi setelah mendapatkan konseling sehingga mereka dapat mengatur makan untuk menurunkan berat badanya. Selain institusi pendidikan pihak keluarga pun memegang peran utama dalam perawatan anak usia sekolah dengan obesitas.

## B. Keluarga

### 1. Definisi

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka

sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang berbagi tempat tinggal atau berdekatan satu dengan lainnya; memiliki ikatan emosi; terlibat dalam posisi sosial; peran dan tugas-tugas yang saling berhubungan; serta adanya rasa saling menyayangi dan memiliki (Murray & Zentner, 1997 dan Friedman, 1998 dalam Allender & Spradley, 2001). Sedangkan menurut Peraturan Pemerintah nomor 21 tahun 1994 Bab I ayat 1 keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

## 2. Persepsi keluarga

Persepsi adalah interpretasi yang tinggi terhadap lingkungan manusia dan mengolah proses informasi tersebut "*Human interpret their surroundings on a higher percive their word through information processing*" (Wilson. D, 2000). Sedangkan pendapat Maramis (1998), persepsi adalah daya mengenal barang, kualitas atau hubungan, dan perbedaan antara hal ini melalui proses mengamati, mengetahui, atau mengartikan setelah pancainderanya mendapat rangsang. Jadi dapat disimpulkan bahwa persepsi keluarga merupakan suatu interpretasi yang dimiliki oleh keluarga terhadap obesitas yang dialami oleh anak sekolah dasar.

Menurut Rahmat (2005) ada beberapa faktor personal yang mempengaruhi persepsi interpersonal yaitu: 1). Pengalaman seseorang yang telah mempunyai pengalaman tentang hak-hak tertentu akan mempengaruhi kecermatan seseorang dalam memperbaiki persepsi; 2). Motivasi yang sering mempengaruhi persepsi interpersonal adalah kebutuhan untuk mempercayai "dunia yang adil" artinya

kita mempercayai dunia ini telah diatur secara adil; 3). Kepribadian. menurut psikoanalisis dikenal sebagai proyeksi yaitu usaha untuk mengeksternalisasi pengalaman subyektif secara tidak sadar, orang mengeluarkan perasaan berasalnya dari orang lain.

Penelitian oleh Jessica, Willy, Bob (2008) beberapa studi tentang persepsi orang tua yang mempunyai anak obesitas seperti di Australia, Amerika, Inggris dan Italia. Secara umum orang tua sering merasakan bahwa berat badan anaknya sama obesitasnya seperti orang tuanya.

Adapun dukungan keluarga menurut Friedman (1998) adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap klien. Keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dengan bantuan jika diperlukan.

## 2. Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998) dukungan keluarga dapat diberikan dalam beberapa bentuk, yaitu: a). dukungan informasional; b). dukungan penghargaan; c). dukungan instrumental; dan d). dukungan emosional. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa stress dalam akan memicu obesitas pada Anak. Anak yang tinggal di dalam keluarga yang tidak harmonis atau dengan kadar stress tinggi ternyata meningkatkan resiko obesitas pada anak. <http://www.prov.bkkbn.go.id> diperoleh tanggal 14 April 2009.

Keluarga dengan tingkat stress tinggi perlu mendapat dukungan agar bisa mengelola stress dan mengasuh anak mereka dengan baik (Kompas, 24 Januari 2009). Felix- Sebastian Koch dan Timnya dari Universitas Linkping mengevaluasi tingkat stress 7.443 keluarga di Swedia mulai anak-anak mereka lahir sampai usia 5-6 tahun. Hasilnya, anak dari keluarga dengan tingkat stress tinggi beresiko dua kali lebih tinggi mengalami obesitas ketimbang yang berasal dari keluarga dengan tingkat stress rendah. Menurut Felix-Sebastian Koch, tidak semua keluarga bisa mengelola stress dengan baik dalam <http://www.prov.bkkbn.go.id> diperoleh tanggal 14 April 2009. Jadi dapat disimpulkan bahwa keluarga harus memberikan dukungan yang positif dan keluarga tidak mengalami stress yang dapat menyebabkan anak obesitas.

### 3. Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri, atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga). Sebuah jaringan sosial keluarga secara sederhana adalah jaringan kerja sosial keluarga itu sendiri (Friedman, 1998).

Lima fungsi dasar keluarga yang dikemukakan oleh Friedman (1998) yaitu: a). Fungsi Afektif; b). Fungsi Sosialisasi; c). Fungsi Ekonomi; d). Fungsi Reproduksi dan e). Fungsi Perawatan Kesehatan. Keluarga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan / atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status

kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga. Berikut ini tugas keluarga menurut Friedman (1998), adalah sebagai berikut: 1) Mengenal masalah kesehatan; 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat; 3) Melakukan perawatan; 4) Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, 5) Mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

Adapun fungsi keluarga menurut Peraturan Pemerintah/PP nomor 21 tahun 1994 BAB I pasal 1 ayat 2 ada beberapa di antaranya adalah: 1) Fungsi Cinta kasih yaitu dengan memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan anak dengan anak, suami dengan istri, orang tua dengan anaknya serta hubungan kekerabatan antar generasi, sehingga keluarga menjadi wadah utama bersemainya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin. Cinta menjadi pengarah dari perbuatan-perbuatan dan sikap-sikap yang bijaksana. 2) Fungsi Melindungi, yaitu menambahkan rasa aman dan kehangatan pada setiap anggota keluarga. Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang sesuai dengan usia anak juga mutlak dilakukan. Oleh karena penting sekali peran keluarga terhadap anak usia sekolah.

#### 4. Struktur Kekuatan Keluarga

Menurut Friedman (1998) terdapat struktur kekuatan keluarga yaitu terdiri dari pola dan proses komunikasi dalam keluarga, struktur peran, struktur kekuatan keluarga dan nilai-nilai dalam keluarga. Keluarga yang mempunyai struktur kekuatan keluarga yang masing-masing berjalan dengan baik maka sistem akan berjalan dengan baik.

Komunikasi yang ada dalam keluarga diharapkan terbuka antara satu anggota keluarga dengan anggota keluarga lain, selalu menyelesaikan konflik dengan musyawarah mufakat, selalu berfikir positif terhadap anggota keluarga lain. Peran keluarga setiap anggota keluarga juga dapat berfungsi dengan baik. Ayah sebagai kepala keluarga maka dia yang berperan untuk mengatur semua anggota keluarga dan tanpa meninggalkan komunikasi dengan istri dan anak-anaknya. Demikian juga peran ibu dan anak yang menjalankan peran sesuai dengan posisinya masing-masing dalam keluarga.

Struktur kekuatan dalam keluarga memegang penting untuk mempengaruhi anggota keluarga. Orang tua mempunyai pengaruh untuk mempengaruhi anak-anaknya untuk makan makanan yang sehat dan bergizi. Setiap keluarga juga mempunyai nilai-nilai yang dianut oleh keluarga. Nilai-nilai ini menjadi pedoman keluarga sebagai suatu sistem. Oleh karena itu penting sekali struktur kekuatan keluarga termasuk juga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas.

#### 5. Peran Keluarga terhadap Anak Usia Sekolah

Peran menunjuk kepada beberapa set perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi sosial tertentu (Friedman, 1998). Keluarga berperan penting dalam kehidupan anak sekolah. Keluarga menjadi bagian dari kehidupan anak sekolah tetapi karena sesuatu hal karena kesibukannya anak merasa kurang diperhatikan akhirnya pelariannya kepada hal lain yang tidak sehat. Hal tersebut ditunjang

dengan tuntutan perkembangan jaman, semakin banyak pasangan suami-istri yang bekerja di luar rumah. Sebagai konsekuensinya waktu yang dimiliki orang tua untuk anak semakin sedikit. Keluarga yang dahulu merupakan satu-satunya institusi pendidikan kini fungsinya mengalami banyak perubahan. Secara informal fungsi pendidikan keluarga masih penting, namun secara formal fungsi pendidikan keluarga telah diambil alih oleh sekolah (Atmarno, 2007, <http://media.diknas.go.id/media/document/4713.pdf>, diakses tanggal 14 April 2009). Ditambahkan bahwa orang tua adalah sebagai pendidik yang pertama dan utama, yang tugasnya tidak boleh diambil alih oleh sekolah.

Menurut Verkuyl dan Rubiyanto (1999: 245, dalam Atmarno, 2007, <http://media.diknas.go.id/media/document/4713.pdf>, diakses tanggal 14 April 2009) orang tua memiliki tiga tugas dan tanggung jawab yaitu: 1). Mengurus keperluan materiil anak-anak. Dalam hal ini orang tua harus memberi makan, tempat perlindungan, dan pakaian kepada anak-anak. Anak sepenuhnya masih tergantung kepada orang tuanya, karena anak belum mampu mencukupi kebutuhan sendiri; 2). Menciptakan suatu "*home*" bagi anak-anak. *Home* di sini berarti bahwa di dalam keluarganya anak dapat berkembang dengan subur, merasakan kemesraan, kasih sayang, keramah tamahan, aman, dan rasa terlindungi. Dirumahnya anak merasa tentram, tidak pernah kesepian, selalu gembira; 3). Tugas Pendidikan. Tugas pendidikan ialah mengajar, melatih orang-orang muda, sehingga mereka dapat memenuhi tugas mereka terhadap Tuhan, sesama manusia, dan sekeliling mereka.

Keluarga berperan penting dalam kehidupan anak sekolah, karena mereka belum sepenuhnya mampu mandiri. Anggota keluarga secara umum terlibat dalam pengambilan keputusan tentang perawatan anak sekolah. Sedemikian pentingnya peran keluarga ini seorang ahli psikologi keluarga yang bernama Sal Savere (2000) mengatakan bahwa jika kita memperbaiki keluarga seorang anak, maka semua aspek lainnya akan menjadi lebih baik juga. Pendapat tersebut didukung oleh Sylvia (1997) yang mengatakan bahwa anak-anak lebih berprestasi jika para orang tua mereka bekerja sama dalam memberi pesan secara jelas, positif dan seragam tentang bagaimana seharusnya mereka belajar serta apa harapan-harapan orang tuanya terhadap mereka. Pernyataan Sylvia ini merupakan salah satu prinsip dasar cara membesarkan anak dengan sukses (dalam Atmarno, 2007, <http://media.diknas.go.id/media/document/4713.pdf>, diperoleh tanggal 14 April 2009).

Beberapa peneliti berpendapat bahwa hasil study pencegahan anak-anak obesitas terjadi pada usia 8 dan 12 tahun dimana pembentukan lemak sedang terjadi (Lyznicki et al., 2001) dan waktu dimana anak-anak mulai memiliki pola makannya (Summerbell, et al., 2005; Hedley, et al., 2004). Lebih jauh, pencegahan dan tindakan awal seharusnya terjadi sebelum dan selama pembentukan lemak, karena pada usia tersebut pola makan anak-anak lebih mudah dipengaruhi oleh orang tua dan lingkungan. Anak-anak muda pada usia (4 – 7 tahun) mempunyai sedikit pengontrolan terhadap lingkungannya (dalam Medscape Today, 2007, <http://www.medscape.com>, diperoleh tanggal 14 April 2009). Oleh karena itu pola asuh keluarga juga sangat penting dan menentukan status gizi pada anak.

## 6. Pola Asuh Keluarga

Pola asuh didefinisikan sebagai kemampuan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola pengasuhan anak berupa sikap dan praktek ibu atau pengasuh lain dalam kedekatannya dengan anak, cara merawat, cara memberi makan serta memberi kasih sayang (Depkes, 2000).

Status gizi balita sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial terdekat. Di samping itu peran keluarga sangat besar dalam membentuk kepribadian anak. Pola pendidikan yang tepat yang diterapkan oleh orang tua akan sangat membantu anak dalam menghadapi kondisi lingkungan pada masa yang akan datang. Kenyataan membuktikan bahwa seorang anak belajar dari lingkungan yang paling dekat sehingga orang tua menjadi orang yang paling dibutuhkan oleh anaknya. Orang tua merupakan tempat bergantung anak-anaknya dan harus memberikan kasih sayang dan perhatian sepenuhnya pada anak hingga remaja. Untuk memenuhi kebutuhan dan kasih sayang tersebut sangat tergantung pada kondisi keluarga (Supriasa, dkk, 2001). Penelitian tentang hubungan pola asuh keluarga dengan kejadian kurang energi protein di Bantul, Yogyakarta membuktikan bahwa terdapat hubungan antara pola asuh keluarga dengan kejadian kurang energi protein, dimana pada pada keluarga yang mempunyai pengetahuan, sikap dan perilaku yang baik lebih baik status gizi dibandingkan keluarga yang pola asuhnya kurang baik (Akhmadi, 2007). Selain orang tua pencegahan anak obesitas juga melibatkan perawat komunitas

## 7. Peran Perawat Komunitas

Perawat komunitas merupakan bagian dari tenaga kesehatan yang berperan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Neis & McEwen, 2001). Pelayanan keperawatan komunitas bertanggung jawab terhadap peningkatan kesehatan masyarakat terutama kelompok masyarakat yang kurang mendapat perhatian (Anderson & Mc. Farlan, 2004). Peran perawat tersebut adalah mencegah penyakit, proteksi dan promosi kesehatan. Tindakan pencegahan obesitas pada anak sekolah dapat dilakukan melalui pemberian informasi tentang pola makan, pengaturan makan serta pengaturan berat badan yang sesuai untuk kesehatan.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan mitra yang baik bagi orang tua serta anak usia sekolah. UKS yang ada di sekolah dengan pembinaan dari perawat komunitas digunakan sebagai promosi kesehatan. Fungsinya adalah untuk memotivasi perilaku dalam meningkatkan kesehatan dan aktualisasi manusia terhadap potensi agar terhindar dari sakit (Pender, Murdaugh, & Parson, 2001). Promosi yang diberikan dapat berupa gaya hidup sehat, kandungan bahan makanan, pemilihan bahan makanan, lingkungan yang mendukung hidup sehat, peran serta masyarakat. Promosi kesehatan oleh perawat komunitas dapat dilakukan kepada orang tuanya maupun kepada anak usia sekolah melalui UKS yang ada (WHO, 1986, dalam Pender, Murdaugh, & Parson, 2001). Konseling dapat dilakukan baik kepada orang tua maupun kepada anak usia sekolah terutama yang bermasalah dengan kesehatannya. Pola asuh keluarga dan peran perawat komunitas berpengaruh terhadap kejadian obesitas.

## C. Obesitas

### 1. Pengertian Obesitas

Obesitas sering didefinisikan sebagai kondisi abnormal atau kelebihan lemak yang serius dalam jaringan adiposa sedemikian sehingga mengganggu kesehatan (Dietz, 1998 *cit.* Hadi, 2005). Obesitas adalah berat badan lebih yang terutama disebabkan akumulasi (timbunan) lemak tubuh (Rini, 2003). Obesitas merupakan keadaan yang tidak dikehendaki, yaitu dengan terdapatnya penimbunan lemak yang berlebihan dari yang diperlukan untuk fungsi tubuh yang normal (Purnomo, 2004).

### 2. Kriteria Obesitas

Pengukuran status gizi dalam penelitian ini digunakan perhitungan berdasarkan nilai z-skor. Status gizi diukur dengan BB/TB, dikatakan normal apabila angka atau nilainya antara  $-2$  SD sampai  $2$  SD dari nilai median standar WHO-NCHS. Status gizi dikatakan kurang apabila ketiga jenis ukuran di atas kurang dari  $-2$  SD atau di bawahnya. Nilai tersebut menjadi buruk, apabila nilainya berada di bawah  $-3$  SD. Sebaliknya apabila nilai Skor-Z di atas  $2$  SD maka disebut gizi lebih / gemuk dan di atas  $3$  SD disebut gemuk sekali / obesitas (Soekirman, 2000).

### 3. Penyebab Obesitas

Menurut para ahli yang didasarkan pada hasil penelitian, obesitas dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Mu'tadin (2002) mengemukakan bahwa faktor-faktor penyebab obesitas diantaranya adalah:

a). Genetik

Faktor genetik telah ikut menentukan jumlah unsur sel lemak dalam tubuh. Pada saat ibu yang obesitas sedang hamil maka unsur sel lemak yang berjumlah besar dan melebihi ukuran normal, secara otomatis akan diturunkan kepada sang bayi selama dalam kandungan.

b). Kerusakan pada salah satu bagian otak

Perilaku makan seseorang dikendalikan oleh sistem pengontrol yang terletak pada suatu bagian otak yang disebut hipotalamus. Hipotalamus merupakan sebuah kumpulan inti sel dalam otak yang langsung berhubungan dengan bagian-bagian lain dari otak dan kelenjar dibawah otak. Hipotalamus mengandung lebih banyak pembuluh darah dari daerah lain pada otak, sehingga lebih mudah dipengaruhi oleh unsur kimiawi dari darah.

Dua bagian hipotalamus yang mempengaruhi penyerapan makan yaitu hipotalamus lateral (HL) yang menggerakkan nafsu makan (awal atau pusat makan); hipotalamus ventromedial (HVM) yang bertugas merintangi nafsu makan (pemberhentian atau pusat kenyang). Dari hasil penelitian didapatkan bahwa bila HL rusak/hancur maka individu menolak untuk makan atau minum. Sedangkan bila kerusakan terjadi pada bagian HVM maka seseorang akan menjadi rakus dan kegemukan.

c). Pola makan berlebihan

Pola makan berlebihan cenderung dimiliki oleh orang yang kegemukan. Orang yang kegemukan biasanya lebih responsif dibanding dengan orang

yang memiliki berat badan normal terhadap isyarat lapar eksternal, seperti rasa dan bau makanan, atau saatnya waktu makan. Pola makan yang berlebihan inilah yang menyebabkan mereka sulit untuk keluar dari kegemukan apabila tidak memiliki kontrol diri dan motivasi yang kuat untuk mengurangi berat badan.

d). Kurang gerak atau olahraga

Berat badan berkaitan erat dengan tingkat pengeluaran energi tubuh. Pengeluaran energi ditentukan oleh dua faktor, yaitu: 1) tingkat aktivitas dan olah raga secara umum; 2) angka metabolisme basal atau tingkat energi yang dibutuhkan untuk mempertahankan fungsi minimal tubuh.

Bagi orang yang kegemukan aktivitas fisik memiliki peran yang sangat penting. Ketika berolahraga kalori terbakar, makin sering berolahraga maka semakin banyak kalori yang hilang. Kalori secara tidak langsung mempengaruhi sistem metabolisme basal. Olahraga sangat penting dalam penurunan berat badan tidak saja karena dapat membakar kalori, melainkan juga karena dapat membantu mengatur berfungsinya metabolisme normal.

e). Pengaruh emosional

Pada beberapa kasus obesitas bermula dari masalah emosional yang tidak teratasi. Orang-orang yang memiliki permasalahan menjadikan makanan sebagai pelarian untuk melampiaskan masalah yang dihadapinya. Makanan juga sering dijadikan sebagai substitusi untuk pengganti kepuasan lain yang tidak tercapai dalam kehidupannya. Dengan menjadikan makanan sebagai

pelampiasan penyelesaian masalah maka apabila tidak diimbangi dengan aktifitas yang cukup akan menyebabkan terjadinya kegemukan.

f). Lingkungan

Faktor lingkungan ternyata juga mempengaruhi seseorang untuk menjadi gemuk. Seseorang yang dibesarkan dalam lingkungan yang menganggap gemuk adalah simbol kemakmuran dan keindahan maka orang tersebut akan cenderung untuk menjadi gemuk. Selama pandangan tersebut tidak dipengaruhi oleh faktor eksternal maka orang yang obesitas tidak akan mengalami masalah-masalah psikologis sehubungan dengan kegemukan.

Faktor-faktor diet dan pola aktifitas fisik mempunyai pengaruh yang kuat terhadap keseimbangan energi dan dapat dikatakan sebagai faktor-faktor yang dapat diubah (*modifiable factors*) yang melalui hal tersebut banyak faktor luar yang memicu penambahan berat badan. Lebih jelas dikatakan bahwa pola diet tinggi lemak dan tinggi kalori serta pola hidup kurang gerak (*sedentary lifestyles*) merupakan karakteristik yang berkaitan dengan peningkatan prevalensi obesitas di seluruh dunia (Kong, 2003 dalam Hadi, 2007).

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian obesitas, diantaranya adalah jenis kelamin, usia, dan tingkat sosial ekonomi. Obesitas lebih mudah dijumpai pada wanita terutama mulai pada saat remaja, hal ini mungkin lebih disebabkan pengaruh factor endokrin dan perubahan hormonal. Pada faktor usia, obesitas sering dianggap kelainan pada usia pertengahan. Obesitas yang

muncul pada tahun pertama kehidupan biasanya disertai dengan perkembangan rangka yang cepat. Anak yang obesitas cenderung menjadi obesitas saat remaja dan dewasa. Dari faktor sosial ekonomi, obesitas banyak dijumpai pada kalangan remaja, yang kemungkinan lebih banyak disebabkan oleh karena banyaknya mengkonsumsi makanan berlemak. Terjadinya obesitas pada kelompok masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah disebabkan karena tingginya konsumsi karbohidrat dan rendahnya konsumsi protein (Salam, 1989).

#### 4. Dampak Obesitas

Manuaba (2004) menjelaskan bahwa jika obesitas dialami pada masa anak-anak yang berlanjut hingga masa dewasa maka dapat menimbulkan penyakit yang dapat mengganggu pertumbuhan bahkan dapat menyebabkan kematian. Komplikasi penyakit yang dapat ditimbulkan obesitas yaitu diabetes melitus, hipertensi, penyakit kardiovaskuler, hipoventilasi alveolar, dan batu empedu (Sukaton, dkk, 1999).

Obesitas dapat menyebabkan beberapa penyakit kronis meliputi gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin, diabetes type 2 pada remaja, hipertensi, dyslipedemia, sirosis hepatis, gangguan gastrointestinal, dan obstruksi pernafasan pada waktu tidur. Lebih khusus lagi obesitas pada remaja di kawasan Asia Pasifik berhubungan dengan diabetes type 2 pada umur yang lebih muda (Hadi, 2007). Lebih lanjut dikatakan bahwa kecenderungan anak obes akan tetap obes pada masa dewasa yang berakibat kenaikan risiko penyakit dan gangguan yang

berhubungan dengan obesitas pada masa berikutnya. Di samping itu juga sering timbul masalah psychososial bagi anak-anak.

Obesitas merupakan salah satu kondisi yang dapat menimbulkan stres. Anak dan remaja yang mengalami obesitas cenderung pasif dan kurang percaya diri, karena sering tidak dilibatkan pada kegiatan sehingga sebagian dari remaja yang obesitas mempunyai harga diri yang rendah. Hal ini sesuai pernyataan Hawari (1999) bahwa salah satu faktor yang berperan menimbulkan stres tidaknya seseorang adalah *self esteem*.

Obesitas pada masa anak sekolah berisiko tinggi menimbulkan penyakit baik saat sekarang maupun pada masa dewasa dan berpotensi mengalami berbagai penyebab kesakitan dan kematian antara lain penyakit kardiovaskuler, diabetes mellitus, dan lain-lain. Dampak lain yang tidak kalah penting yaitu dampak terhadap tumbuh kembang anak, terutama aspek perkembangan psikososial (Puhl RM, *et al*, 2003). Pada anak obesitas sering didapatkan kurangnya rasa ingin bermain dengan teman, memisahkan diri dari tempat bermain dan tidak diikuti dalam permainan (Janssen, *et al*, 2004). Obesitas mempunyai dampak terhadap tumbuh kembang anak terutama konsekuensinya terhadap aspek psikososial (Syarief, 2002, Dietz, 1998). Hal tersebut karena kurangnya rasa percaya diri, persepsi diri yang negatif maupun rendah diri karena merasa berbeda dengan anak lain sehingga menjadi bahan ejekan teman-temannya (Ogden, 1996). Perlakuan tersebut menyebabkan anak obesitas mudah mengalami gangguan psikososial. Anak laki-laki maupun perempuan dengan obesitas merasa dirinya berbeda dari orang pada umumnya karena kelebihan berat badannya dan merasa

tidak puas dengan dirinya (Striegel, 1986). Remaja dengan obesitas sering mengalami depresi dan tidak percaya diri, sedangkan anak dengan obesitas usia prasekolah lebih sering mengalami distress emosional dan gejala psikiatrik (Mills, 1993).

Penelitian obesitas oleh Meilany (2002), didapatkan bahwa prevalensi obesitas anak di tiga SD swasta di kawasan Jakarta Timur sebesar 27,5%. Penelitian tersebut menyimpulkan 33,1% dari anak-anak obesitas berusia 6-12 tahun sudah menunjukkan peningkatan kadar kolesterol total darah, 6% menunjukkan peningkatan tekanan darah sistolik, dan 20% menunjukkan peningkatan tekanan darah diastolik. Selain itu ditemukan anemia pada 9,8% anak-anak obesitas tersebut. Penelitian lain yang dilakukan oleh Hisobi di salah satu SD favorit di Jakarta Timur baru-baru ini angka kejadian obesitas pada anak sebesar 31% dari 360 murid kelas 4 sampai 6. Sedangkan hipertensi mencapai 8% pada anak kegemukan dan gangguan paru-paru sebesar 50%. Penelitian tersebut juga menemukan peningkatan kolesterol darah 25% dan trigliserida-darah mencapai 10% (Hisobi, 2005).

Sebagian besar orang yang mengalami obesitas melaporkan bahwa mereka berperilaku makan berlebih saat terdapat gangguan emosi, segera setelah peristiwa itu. Terdapatnya kerusakan pada pusat kenyang merupakan masalah yang penting. Orang yang obes nampak lebih peka terhadap isyarat makan yang terdapat di sekitar, untuk merasakan makanan dan ketidakmampuan menghentikan makan saat makanan ada di hadapannya (Sadock & Sadock, 2003). Terdapat gejala berupa makan saat malam hari, yang mana seseorang

makan berlebih setelah makan siang, nampak dicetuskan oleh stress kehidupan, dan apabila sekali hal itu terjadi, akan cenderung berulang setiap hari sampai stress yang dialami reda. Arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak usia sekolah dengan obesitas sangat tepat bila dapat dieksplorasi menggunakan pendekatan fenomenologi.

#### D. Pendekatan fenomenologi pada penelitian kualitatif

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yaitu suatu metode penelitian yang digunakan untuk memahami fenomena tentang sesuatu yang dialami oleh subyek penelitian, seperti persepsi, motivasi, perilaku serta tindakan yang dilakukan secara holistic dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa (Moleong, 2004: Meriam, 1988 dalam Creswell, 1998). Alasan yang mendasari peneliti memilih metode kualitatif adalah karena masalah yang ingin diketahui adalah suatu fenomena sosial dalam masyarakat sehingga metode kualitatif ini mampu menyajikan secara langsung antara peneliti dengan partisipan. Menurut Poerwandari (1998) metode kualitatif yang digunakan ini mampu menyesuaikan diri terhadap pola-pola nilai yang dihadapi karena peneliti menjadi instrumen sekaligus.

Sumber lain menyebutkan bahwa dalam penelitian kualitatif lebih tertarik pada arti atau makna partisipan dalam menghayati suatu pengalaman dalam hidupnya serta cara-cara untuk mengekspresikan perasaannya (Creswell, 1999: Patton, 1990). Penelitian kualitatif digunakan bila peneliti ingin memahami berbagai sudut pandang partisipan secara lebih mendalam, bersifat dinamis serta berbagai macam factor yang digali sekaligus (Creswell 1994: Patton, 1990: Taylor & Bogdan, 1984 yang dikutip oleh Tambunan, 2003).

Metode penelitian yang digunakan untuk menggali suatu fenomena tertentu dalam suatu penelitian kualitatif adalah metode fenomenologi. Tujuan dari metode fenomenologi ini adalah mengungkapkan struktur atau suatu esensi pengalaman hidup suatu fenomena dalam mencari suatu kesatuan (Rose, Bebbly, dan Parker, 1995). Menurut ahli lain tujuan dari penelitian fenomenologi adalah untuk menganalisis struktur atau suatu esensi berdasarkan pengalaman hidup dari suatu fenomena dalam mencari suatu kesatuan arti atau suatu makna yang merupakan identifikasi suatu fenomena dan gambaran dalam pengalaman hidupnya sehari-hari (Steubert & Carpenter, 1999).

Berbagai macam karakteristik dalam suatu metode fenomenologi seperti fenomenologi deskriptif, fenomenologi esensi, fenomenologi penampilan, fenomenologi konstitusi, fenomenologi reduksi serta fenomenologi hermeneutic (Spielberg, 1975 yang dikutip oleh Steubert & Carpenter, 1999). Pada penelitian ini pendekatan yang akan digunakan adalah pendekatan fenomenologi deskripsi. Pendekatan fenomenologi deskripsi ini dilakukan secara langsung dengan partisipan, dilakukan analisis dan deskripsi suatu fenomena tertentu, dengan perkiraan yang belum teruji dan bebas.

Pendekatan fenomenologi deskriptif ini dalam prosesnya melalui beberapa langkah, antara lain adalah *intuiting*, *analyzing*, serta *describing*. Pada langkah pertama *intuiting* peneliti harus menyatu secara total dengan suatu fenomena yang sedang diteliti. Pada saat dilakukan wawancara peneliti harus memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada partisipan untuk menceritakan pengalamannya tanpa dipengaruhi oleh peneliti. Langkah kedua adalah *analyzing* yaitu peneliti

mengidentifikasi esensi dari suatu fenomena yang diteliti untuk dapat mengeksplorasi suatu hubungan antara elemen-elemen yang ada dengan suatu fenomena yang diteliti. Pada langkah ini peneliti selanjutnya mempelajari data yang telah ditranskripsikan lalu melakukan telaah berulang-ulang. Setelah itu dilanjutkan dengan mencari kata-kata kunci dari informasi untuk membentuk suatu tema-tema. Langkah terakhir adalah *describing*, yaitu peneliti melakukan komunikasi dan memberikan gambaran tertulis dari suatu elemen atau esensi berdasarkan pengklasifikasian dan pengelompokan suatu fenomena. Menurut Streubert & Carpenter (1999), elemen atau suatu esensi yang kritikal akan dideskripsikan secara terpisah kemudian dalam konteks hubungannya terhadap satu dengan yang lain.

Berdasarkan uraian tersebut untuk dapat menggali arti dan makna merawat anak usia sekolah dengan obesitas bagi keluarga diperlukan konsep tentang persepsi, konsep keluarga, obesitas dan pendekatan fenomenologi. Dari berbagai konsep tersebut peneliti akan mendapatkan gambaran menyeluruh tentang fenomena perawatan obesitas anak usia sekolah dengan obesitas.

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

Bagian ini menjelaskan tentang desain penelitian, cara pemilihan populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, rencana pengumpulan data dan keabsahan data.

##### **A. DESAIN PENELITIAN**

Desain penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yaitu suatu prosedur penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian, seperti perilaku, persepsi, motivasi, dan tindakan secara holistik dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa (Moleong, 2004; Merriam, 1988 dalam Creswell, 1998). Pada penelitian ini yang diteliti adalah pengalaman keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas. Pengalaman keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas mempunyai keunikan dan perbedaan pada setiap keluarga. Penelitian ini mengeksplorasi pengalaman keluarga dengan menggunakan metode fenomenologi. Penelitian fenomenologi deskriptif dapat mengeksplorasi, menganalisis dan menjelaskan fenomena dari pengalaman nyata secara lebih rinci, luas, dan mendalam (Streubert & Carpenter, 2003). Keluarga dalam merawat anak usia sekolah merupakan pengalaman nyata dan unik.

## B. POPULASI DAN SAMPEL

Populasi pada penelitian ini adalah keluarga dengan anak usia sekolah yang mengalami obesitas dan bersekolah di SDIT Lukman Al Hakim kota Yogyakarta. Pengambilan sampel dari populasi tersebut dilakukan dengan teknik *purposive sampling* yaitu peneliti memiliki pertimbangan tertentu dalam memilih partisipan yang terlibat dalam penelitian (Polit & Hungler, 1999, Streubert & Carpenter, 1999).

Sampel pada penelitian kualitatif ini didapatkan dari keluarga yang mempunyai anak usia sekolah dengan obesitas yang bersekolah di SDIT Lukman Al Hakim kota Yogyakarta baik ayah maupun ibu sebagai *care givernya*. Kriteria sampel dalam penelitian kualitatif ini antara lain: ayah atau ibu dari anak sekolah dengan obesitas, memiliki pengetahuan yang cukup dan mampu menyampaikan secara jelas, bersedia menjadi responden dengan memberikan persetujuan atau *informed consent*, dan memahami bahasa Indonesia. Adapun yang dikatakan anak obesitas adalah anak usia sekolah yang mempunyai nilai z-skor lebih dari atau sama dengan 3 standar deviasi berdasarkan penghitungan berat badan dan tinggi badan menurut WHO NCHS (Soekirman, 2000)

Prinsip dasar sampling dalam penelitian kualitatif adalah saturasi data, yaitu sampling sampai pada suatu titik kejenuhan dimana tidak ada informasi baru yang didapatkan dan pengulangan telah dicapai (Polit & Hungler, 1999). Penelitian kualitatif ini menggunakan sampel 8 partisipan karena saturasi data diperoleh pada partisipan ke-8. Jumlah sampel disesuaikan dengan sampel yang direkomendasikan oleh Riemen (1986 dalam Creswell, 1998) dan Duke yaitu 3 –

10 partisipan dan penelitian sebelumnya oleh Kurniadarmi (2005) yang memperoleh gambaran lengkap penelitian kualitatif pada partisipan ke 8.

### C. WAKTU DAN TEMPAT PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei dan Juni 2009 pada keluarga yang mempunyai anak sekolah dengan obesitas yang bersekolah di SDIT Lukman Al Hakim kota Yogyakarta. Pemilihan sekolah ini sebagai tempat penelitian karena dari hasil *screening* pada anak SD kelas 1 dan 2 pada tahun 2007 sebanyak 15% dari 400 anak sekolah dasar mengalami obesitas, lokasi yang mudah dijangkau, serta jumlah siswa dari kelas 1 sampai kelas 5 mencapai seribu dua ratus anak. Adapun kelas 6 tidak diikutsertakan dalam penelitian ini karena mereka sedang mengikuti ujian nasional.

### D. PERTIMBANGAN ETIK

Pertimbangan etik yang digunakan peneliti untuk menjelaskan kepada partisipan adalah menghormati harkat martabat manusia dan bebas paksaan (*autonomy*), berbuat baik (*beneficence*), dan keadilan (*justice*) atau berbuat adil (Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2006). Pertimbangan etik ini digunakan dalam penelitian kualitatif karena berhubungan dengan manusia sebagai subyek penelitian yang harus menerapkan etika dan menghormati hak-hak partisipan.

Prinsip pertama (*autonomy*), peneliti perlu menghormati harkat martabat manusia dimana sebagai pribadi memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi tentang keputusannya. Salah satu tindakan untuk menghormati harkat dan martabat manusia adalah dengan pemberian

*informed consent* kepada partisipan. *Informed consent* pada penelitian ini, peneliti terapkan di awal penelitian setelah calon partisipan diberi penjelasan tentang arti, tujuan dan prosedur penelitian. Calon partisipan diminta kesediaannya menjadi partisipan tanpa paksaan.

Prinsip kedua (*beneficence*), peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian. Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*nonmaleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subyek penelitian.

Prinsip ketiga (*justice*), prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan psikologis subyek penelitian. Sebagai contoh, peneliti mempertimbangkan aspek keadilan gender dan hak subyek untuk mendapatkan perlakuan yang sama baik sebelum, selama, maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian.

Peneliti menerapkan proses *informed consent*, karena untuk memenuhi hak-hak partisipan. Pendekatan ini digunakan peneliti untuk mengevaluasi kesediaan partisipan dalam berpartisipasi selama penelitian pada berbagai tahap pada proses penelitian (Streubert & Carpenter, 1999). *Informed consent* ini diberikan dengan tujuan untuk memberikan hak kepada partisipan untuk memutuskan peran

sertanya dalam proses penelitian setelah sebelumnya mendapatkan penjelasan. Semua partisipan pada penelitian ini bisa membaca dan menulis, sehingga peneliti membuat *informed consent* dalam bentuk tertulis. Pemberian informasi tersebut meliputi tujuan penelitian, prosedur penelitian, lamanya keterlibatan, dan hak-hak partisipan.

## E. PROSEDUR PENGUMPULAN DATA

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari tiga tahap yaitu: tahap persiapan, pelaksanaan dan terminasi.

### a. Tahap Persiapan

Setelah memperoleh izin dari Ketua Yayasan dan Kepala Sekolah SDIT Lukman Al Hakim untuk mendapatkan dukungan dan masukan demi kelancaran pengambilan data penelitian. Informasi mengenai calon partisipan dilakukan dengan cara melakukan *screening* yaitu melihat tampilan fisik anak sekolah. Peneliti selanjutnya kerjasama dengan pihak sekolah untuk mendapatkan data dasar dari sekolah yang meliputi nama siswa, nama orang tua dan alamat partisipan.

Data dasar yang ada digunakan oleh peneliti untuk melakukan penelusuran dengan melakukan kunjungan rumah pada keluarga yang mempunyai anak gemuk untuk memastikan obesitas. Langkah berikutnya peneliti melakukan *screening* dengan pengukuran berat badan dan tinggi badan dengan menggunakan meteran (*microtois*) dan timbangan injak. Setelah data BB dan TB diolah dengan membandingkan berat badan dan tinggi badan menggunakan standar z-skor dari WHO NCHS maka ditentukan apakah hasilnya lebih atau

sama dengan 3 SD. Anak sekolah yang mempunyai nilai z-skor lebih atau sama dengan 3 SD maka peneliti meminta izin kepada keluarga untuk menanyakan kesediaannya menjadi partisipan. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan kedatangannya. Setelah partisipan memahami, maka partisipan mengisi *informed consent* sebagai bukti atau persetujuan menjadi partisipan dalam penelitian ini. Setelah partisipan menandatangani *informed consent*, peneliti melengkapi data demografi partisipan dan melakukan kontrak waktu, tempat, dan lamanya wawancara sesuai keinginan partisipan.

#### **b. Tahap Pelaksanaan**

Wawancara dilakukan sesuai dengan kesepakatan yang dilakukan partisipan sebelumnya dengan mengajukan pertanyaan inti terkait pengalaman keluarga merawat anak usia sekolah dengan obesitas. Kemudian, peneliti melakukan wawancara mendalam terkait dengan jawaban partisipan. Selama melakukan wawancara, peneliti juga melakukan catatan lapangan mengenai respon non verbal partisipan dan kondisi-kondisi yang mempengaruhi proses wawancara yang mungkin mempengaruhi hasil wawancara.

#### **c. Tahap Terminasi**

Peneliti melakukan validasi tema akhir pada partisipan bila ada yang perlu diklarifikasi. Setelah melakukan validasi, peneliti menyatakan bahwa proses penelitian telah berakhir dan mengucapkan terima kasih atas kesediaan dan memberikan *reinforcement positif* atas kerja sama peneliti dengan partisipan dalam penelitian ini.

## F. ALAT BANTU PENGUMPULAN DATA

Peneliti menggunakan alat bantu berupa peneliti sendiri, *tape recorder*, dan MP3 untuk merekam informasi dari partisipan, pedoman wawancara yang membantu peneliti mengajukan pertanyaan yang berorientasi pada tujuan penelitian, serta pedoman catatan lapangan untuk mengobservasi respon non verbal partisipan serta kondisi-kondisi yang mempengaruhi proses wawancara. Alat bantu lain adalah alat untuk mengukur antropometri yaitu berat timbangan berat badan dan alat pengukur tinggi badan.

Peneliti sebelumnya telah melakukan uji coba alat bantu, kemampuan wawancara dan teknik merekam pada keluarga yang bukan merupakan partisipan. Hasil yang didapat dari uji coba berupa rekaman wawancara, teknik wawancara, merekam, dan kemampuan menulis catatan lapangan. Hasil uji coba lalu dikonsultasikan kepada pembimbing untuk mendapatkan masukan bagi peneliti dalam memperbaiki bentuk pertanyaan yang mudah dipahami oleh partisipan serta cara mengeksplorasi arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat anak obesitas.

## G. PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

### 1. Pengolahan Data

Peneliti melakukan proses dokumentasi hasil pengumpulan data segera setelah proses pengambilan data. Hal ini untuk menghindari terdapatnya kekurangan data sehingga data segera dapat diperbaiki dan menghindari adanya hal yang terlupakan selama proses wawancara. Proses dokumentasi dilakukan dengan membuat transkrip dalam bentuk verbatim hasil wawancara

dan catatan lapangan. Sebelum peneliti melakukan analisis, peneliti membaca transkrip dan catatan lapangan berulang-ulang agar mengenal dan menyelami data dengan baik.

## 2. Analisis Data

Analisis data dilaksanakan setelah semua data terkumpul dalam bentuk rekaman hasil wawancara dan dokumentasi catatan lapangan. Analisis data pada penelitian ini peneliti lakukan berdasarkan tahapan proses analisis data sesuai Colaizzi's (Polit & Back, 2004) yaitu : (1) membuat transkrip untuk mendapatkan keseluruhan kesan dan mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang signifikan; (2) membaca transkrip secara berulang-ulang; (3) membuat kategorisasi pernyataan-pernyataan; (4) menentukan kategori-kategori pernyataan menjadi pernyataan bermakna dan berhubungan dan menjadikan tema; (5) mengelompokkan tema-tema yang sejenis kemudian dibandingkan dengan deskripsi asli dalam transkrip; (6) deskripsi yang membingungkan dari batas fenomena dikembangkan dengan cara menghubungi kembali partisipan.

## H. KEABSAHAN DATA

Keabsahan data dilakukan peneliti dengan kembali ke masing-masing partisipan dan menanyakan apakah deskripsi yang mendalam telah mencerminkan pengalaman partisipan (Streubert & Carpenter, 1999). Ada empat kriteria untuk memperoleh keabsahan data yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*) dan kepastian (*confirmability*) (Guba dan Lincoln (1994) dalam Streubert dan Carpenter, 1999).

*Credibility* dilakukan peneliti dengan mengembalikan transkrip wawancara pada setiap partisipan dan meminta partisipan untuk mengecek keakuratan transkrip dengan cara memberikan tanda check (V) untuk mereka yang setuju dengan kutipan ucapan mereka di dalam transkrip. Selanjutnya peneliti menanyakan kepada partisipan, apakah mereka akan mengubah, menambah, atau mengurangi kata kunci atau tema yang diangkat sesuai partisipan. Hasil dari rekaman dengan partisipan dalam wawancara diputar ulang dengan mendengarkan bersama-sama antara peneliti dengan partisipan. Setelah itu partisipan mengatakan sudah setuju dengan hasil wawancara dan tidak ada tambahan lagi. Sedangkan untuk transkrip wawancara dilakukan cek ulang hanya kepada 2 partisipan karena waktu yang terbatas.

*Transferability*, merupakan bentuk validitas eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian dapat diterapkan kepada orang lain (Moleong, 2004). *Transferability* peneliti lakukan pada partisipan yang anaknya obesitas tetapi tidak sekolah di SDIT Lukman Al Hakim Yogyakarta. Partisipan ini diberikan hasil transkrip untuk membaca dan memahami arti dan makna perawatan anak sekolah dengan obesitas. Partisipan ini menyatakan setuju dengan hasil transkrip wawancara dengan partisipan.

*Confirmability* mengandung pengertian bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat, dan penemuan seseorang (Streubert & Carpenter, 1999). *Confirmability* yaitu data bersifat obyektif dan netral, dimana ada beberapa orang independen yang menilai data-data yang telah dikumpulkan oleh peneliti. Pengujian ini dilakukan

bersama uji *dependability*. Hasil penelitian dikatakan telah memenuhi *confirmability*, bila hasil penelitian tersebut bersifat netral datanya atau obyektifitas. *Confirmability* dan *dependability* peneliti lakukan bersamaan dengan meminta dosen pembimbing untuk menganalisis kembali hasil transkrip dari wawancara dan memberikan saran untuk perbaikan hasil transkrip yang telah dianalisis.

*Dependability* adalah kestabilan data pada setiap waktu dan kondisi. Hal ini dilakukan dengan melibatkan penelaah eksternal dalam penelaahan data dan dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail. Teknik ini disebut dengan *inquiry audit* (Polit & Hungler, 1999). Penelaah eksternal dalam penelitian ini melibatkan pembimbing tesis dalam proses analisis data. Pembimbing tesis terlibat langsung dalam penentuan kata kunci, kategori, sub tema dan tema-tema yang sesuai dengan tujuan dari penelitian kualitatif bersama dengan peneliti.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab hasil penelitian ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan, yang bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang pengalaman keluarga dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas yang bersekolah di sekolah dasar kota Yogyakarta: suatu Fenomenologi. Data penelitian yang peneliti dapatkan berupa transkrip dan catatan lapangan dari setiap wawancara mendalam. Data ini telah di analisis dengan menggunakan metode fenomenologi yang dikembangkan oleh Colaizzi's (Polit & Beck, 2004). Hasil yang peneliti dapatkan setelah di analisis dengan enam langkah menurut Colaizzi teridentifikasi sembilan tema sebagai hasil penelitian ini.

#### **A. Karakteristik Partisipan**

Karakteristik partisipan dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik anak dan orangtua. Data karakteristik keluarga dan anak pada awalnya didapat dari sekolah, setelah itu peneliti melakukan pengecekan kepada keluarga dengan menanyakan secara langsung kepada partisipan. Status gizi anak sekolah didapatkan dengan melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan dan dihitung status gizinya apakah termasuk obesitas atau tidak. Anak sekolah

dinyatakan obesitas bila berdasarkan penghitungan mempunyai nilai z-skor lebih dari 3 standar deviasi menurut WHO NCHS (Soekirman, 2000).

Partisipan terdiri dari 8 keluarga (*caregiver*) yang terdiri dari 2 orang laki-laki dan enam orang perempuan dengan usia partisipan yang bervariasi antara 32 tahun sampai 53 tahun. Sebanyak tujuh partisipan bekerja di luar rumah sedangkan satu partisipan bekerja sebagai tukang foto di rumah. Pendidikan partisipan terendah SMA dan tertinggi master atau S2. Semua partisipan beragama Islam dan berasal dari suku Jawa.

Karakteristik anak dalam penelitian ini masih duduk di kelas 1 sampai kelas 5 dengan rentang usia antara 8 tahun sampai 12 tahun. Semua partisipan mempunyai berat badan yang berlebih bila dibandingkan dengan tinggi badannya atau dikatakan sebagai obesitas.

Wawancara dengan partisipan dilakukan di rumah, di kantor partisipan dan di sekolah anak. Situasi tempat penelitian tenang dan mendukung untuk wawancara tetapi terdapat tempat wawancara yang situasinya berisik atau ramai karena dekat dengan jalan raya dan satu wawancara dilakukan di sekolah sehingga terdengar teriakan anak-anak karena wawancara dilakukan di ruang kelas tetapi anak-anak telah selesai test pada hari tersebut. Sambil menunggu jemputan anak-anak bermain di dekat tempat wawancara sehingga timbul keramaian. Wawancara juga dilakukan di perpustakaan salah satu fakultas di univesitas swasta tetapi pada ruangan yang tenang karena kebetulan mahasiswa sedang libur (secara rinci terlampir).

## B. Tema

Tema-tema yang ditemukan pada penelitian ini akan dijelaskan berdasarkan tujuan khusus penelitian. Berikut akan dijelaskan hasil penelitian dengan didapatkan tema-tema sebagai berikut:

### 1. Persepsi keluarga tentang anak sekolah dengan obesitas

Persepsi keluarga tentang pengalaman merawat anak sekolah dengan obesitas tergambar dalam dua tema, yaitu **persepsi baik dan persepsi buruk**. Tema-tema tersebut di dapat dari persepsi partisipan tentang anak sekolah dengan obesitas. Selanjutnya masing – masing tema akan diuraikan berikut ini.

#### **Tema 1: Persepsi baik**

Persepsi baik tentang anak sekolah dengan obesitas berasal dari sub tema **mengenal obesitas, tidak khawatir obesitas, mengenal penyebab, dampak obesitas dan pengalaman masa balita dengan penyakit kronis**. Sub tema mengenal obesitas pada anak terbentuk dari kategori **berat badan dan tinggi badan tidak seimbang, berat badan dan usia tidak seimbang, pertumbuhan ke atas dan ke samping tidak seimbang, standar deviasi dan volume badan**.

Kategori **berat badan dan tinggi badan tidak seimbang** dinyatakan oleh partisipan dengan menjelaskan bahwa obesitas karena tidak berimbang nya berat badan dan tinggi badan. Hal ini diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“.....yaitu perimbangan berat badan dengan tinggi badan tidak seimbang”(P1).

“ya kegemukan ..... mungkin berat badan yang tidak sesuai dengan tinggi badan atau usia anak bisa juga gitu”(P5)

Sedangkan partisipan empat menyatakan dalam kategori **berat badan dan usia yang tidak seimbang**, seperti diungkapkan berikut ini:

“.....antara usia dan berat badan itu tidak imbang”(P4)

Kategori lain menyatakan **pertumbuhan ke atas dan ke samping tidak seimbang**, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini

”.....berat badan pertumbuhan ke atas lebih lambat daripada ke samping.....”(P4).

Partisipan tiga yang berpendidikan S2 menyatakan dalam kategori **standar deviasi**, yaitu pengukuran yang dianjurkan oleh WHO NCHS, mengungkapkan sebagai berikut:

“oh sebenarnya untuk... kalau dikatakan obes itu .... lebih dari 2 standar deviasi yah...”(P3).

Sedangkan partisipan enam dan delapan menyatakan dalam kategori **volume badan**, seperti diungkapkan berikut ini:

“dia dalam penampakannya mempunyai ukuran volume badan yang lebih besar dari seharusnya”(P6).

“menurut saya ..... terlalu gemuk itu ya termasuk obesitas”(P8).

Sub tema mengenali **penyebab terjadinya obesitas** mempunyai kategori **kurang beraktifitas, pola makan kurang tepat, komposisi makanan kurang tepat dan faktor keturunan**. Aktifitas yang dimaksud adalah kegiatan yang membutuhkan energi yang lebih besar dibandingkan pada

waktu istirahat seperti berlari, bersepeda, dan bergerak. Sedangkan menonton televisi, bermain video game membutuhkan energy yang relative lebih sedikit dibandingkan dengan olahraga. Partisipan mengungkapkan beberapa hal tentang aktifitas seperti berikut ini:

“....., anak saya sendiri kurang gerak mungkin tetapi cenderung banyak makan”(P1).

“sekolah sudah sampai sore paling istirahat sebentar nonton TV nanti pindah belajar, jadi geraknya kurang. Sabtu masih sekolah kadang diajak olah raga ketoke rada (kelihatannya agak) malas.....”(P4).

Kategori **pola makan yang kurang tepat**, seperti diungkapkan oleh pernyataan partisipan berikut ini:

“...makanya anak saya nomor satu cenderung dari kecil senang makan, cenderung berulang-ulang, sore ada makan ya makan, kalau malam ya makan lagi, frekuensi sering”(P1)

“kalau makanan pokok seperti nasi dan lauk gak beda dengan yang lain tapi suka ngemil dan ngemilnya yang berat, dia suka roti, biskuit-biskuit”(P7)

Kategori **komposisi makanan yang kurang baik** dikarenakan anak sekolah hanya menyenangi makanan tertentu, kebiasaan ngemil dan makan *fast food*.

Beberapa partisipan mengatakan sebagai berikut:

“tergantung menunya, kalau telur ceplok hanya satu piring selesai tetapi kalau ada sarden, sarden belum habis nambah terus”(P2)

“..... kalau mau hanya kuahnya saja, tapi sayurnya biasanya gak mau, sayur hijaunya gak mau, paling hanya kuahnya saja. kalau kangkung dan daun tela gak mau”(P8)

Partisipan yang menyatakan anaknya menyenangi makanan *fast food* adalah sebagai berikut:

“dia paling senang *fried chicken*, ayam gak ada bosannya, dari sate sampai yang berkelas.....”(P4)

“*fast food* gak sering sekali biasanya Kentucky biasanya makan kayaknya gitu seminggu sekali.....”(P5)

Kategori penyebab karena **faktor keturunan** keluarga. Partisipan menyatakan ada faktor keturunan dari bapak atau ibunya juga dari nenek dan kakeknya seperti pernyataan berikut ini:

“biasanya karena ada factor keturunan, karena suami saya juga gemuk, dengan berat sampai 90 kilo”(P1)

“..... karena eyangnya juga gemuk-gemuk, kalau omnya juga cenderung besar-besar”(P4)

Sub tema **dampak obesitas** pada anak dapat berisiko dalam beberapa hal, antara lain yang dikategorikan dalam **risiko kurang lincah, risiko terkena penyakit, risiko pada fisik, risiko dari nilai estetika dan psikologis**. Kategori **risiko kurang lincah** adalah anak cenderung kurang aktif dan lebih banyak diam, hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“saya takutkan dari segi kelincahan anak saya terlambat”(P1)

“.....pernafasan, gerakan jadi kurang, cenderung agak malas untuk melakukan aktifitasnya”(P3)

Kategori **risiko terkena penyakit**, partisipan yang menyatakan obesitas dapat menyebabkan sakit gula, kolesterol naik, penyakit jantung, dan stroke. Ada beberapa partisipan yang menyatakan risiko penyakit, adapun pernyataannya adalah:

“.....peningkatan kadar kolesterol, LDL, HDL atau DHLL .....  
aliran pembuluh darah, pengapuran dan lain-lain endingnya  
jantung”(P3)

“.....faktor kesehatan bisa ke sakit yang mungkin jantung atau  
jantung koroner.....”(P5)

“ditakutkan sisi kesehatannya, ..... mengandung lemak  
.....berbahaya untuk kesehatannya”(P6)

Kategori **risiko pada fisik** maksudnya yaitu obesitas dapat mempengaruhi  
penisnya anak. Hal tersebut dialami ketika anak mau disunat dan mengalami  
kesulitan karena penisnya kecil. Hal tersebut seperti diungkapkan oleh  
partisipan sebagai berikut:

“nun sewu (maaf) aja penisnya kecil”(P2)

“saya mau nyunatke ..... belum bisa karena anak terlalu gemuk, jadi  
burungnya terlalu kecil”(P8)

Kategori **risiko dari nilai estetika dan keinginan untuk langsing**, seperti  
dinyatakan oleh partisipan berikut ini:

“penampilan, atau estetikanya, jadi gak menarik .....secara psikologi  
belum”(P3)

“tidak terlalu dominan, tetapi kadang-kadang terungkap, dia pengen  
langsing”(P6)

Kategori **risiko pada masalah psikologis**, dinyatakan oleh dua partisipan  
berikut ini:

“waktu TK belum terasa .....sekarang sudah terasa”(P5)

“dia mulai ngga nyaman anak laki-laki juga gak senang dengan anak  
perempuan yang gendut”(P6)

Sub tema **Pengalaman masa balita dengan penyakit kronis dan pemberian makanan** mempunyai kategori antara lain: riwayat penyakit waktu kecil, riwayat anak mengalami obesitas, pemberian ASI eksklusif, pemberian ASI, penyembuhan PKTB (flek).

Kategori **riwayat penyakit sewaktu kecil** yaitu penyakit yang pernah dialami oleh anak obesitas sewaktu masih berusia balita. Partisipan memberikan beberapa pernyataan tentang kategori riwayat penyakit sewaktu kecil yaitu flek dan kurang timbangan sebagai berikut:

“.....anak saya waktu kecil mengalami flek semua”(P3)

“dia bahkan pada umur 7 bulan hampir mengalami kurang gizi, karena dia kurang berat badannya, saya kasih lisin.....”(P6)

Kategori yang menggambarkan kapan anak mulai kelihatan obesitas. Partisipan yang menyatakan anak mulai kelihatan gemuk, adalah sebagai berikut:

“sejak saya gak bekerja, mau masuk SD”(P4)

“kelas TK nol besar, jadi umur 5 tahun..... gemuknya”(P6)

Kategori **riwayat pemberian ASI eksklusif** yaitu pengalaman ibu memberikan hanya ASI saja tanpa tambahan makanan lain. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“anak saya sampai 4 bulan baru saya kasih makan”(P1)

Sedangkan pada kategori **pemberian ASI** yaitu riwayat ibu memberikan air susu ibu pada anaknya. ASI sebaiknya diberikan sampai usia 24 bulan atau 2 tahun, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“2 tahun, setelah 2 tahun baru saya sambung.....”(P7)

Sedangkan kategori **penyembuhan PKTB** atau flek biasanya antara 6 bulan sampai 1 tahun. Hal ini seperti diungkapkan oleh responden berikut ini:

“.....pengobatan sampai 9 bulan”(P3)

Dari hasil tentang persepsi baik keluarga dalam merawat anak obesitas perlu juga diketahui tentang persepsi buruk dalam merawat anak sekolah dengan obesitas. Hal ini dapat dilihat dari tema yang didapat berikut ini.

### **Tema 2: Persepsi buruk**

Tema **persepsi buruk** didapatkan dari sub tema **belum mengenal obesitas, dan labeling**. Kategori yang peneliti dapatkan pada sub tema belum mengenal obesitas adalah **penolakan anaknya dikatakan obesitas, dan kesan lucu**.

Kategori **penolakan anaknya dikatakan obesitas**, seperti diungkapkan oleh pernyataan partisipan berikut ini:

“.....sebenarnya obesitas anak ..... saya merasa belum terlalu cenderung obesitas, tetapi indikasi ke sana ada”(P1)

“.....mohon maaf dari persepsi saya sendiri anak saya memang gendut tetapi belum begitu istilahnya anak saya masih dalam batas normal.....”(P3)

Kategori **kesan lucu** seperti dinyatakan partisipan bahwa pada anak sekolah dengan obesitas ada kesan lucu dan menggemaskan. Berikut ini adalah pernyataan partisipan yaitu:

“..... dari bayi sudah kelihatan menggemaskan” (P1).

“kalau.....melihat anak kecil tidak terlalu gendut tetapi gendutnya yang cempluk-cempluk kesan pertama lucu.....”(P2)

Sub tema **tidak khawatir obesitas** terdapat kategori **tinggi terus** dan **pengalaman kakaknya**. Kategori **tinggi terus** dikarenakan tinggi anak yang terus bertambah dan sedang dalam masa pertumbuhan. Berikut ini beberapa ungkapan dari partisipan 1, dan 3 sebagai berikut:

“.....karena dengan tinggi terus bertambah juga, jadi gimana ya (P1).

“.....menurut persepsi saya dengan akan bertambahnya umur kegemukan tidak akan terjadi”(P3)

Sedangkan partisipan enam dalam kategori **pengalaman kakaknya**, partisipan mengungkapkan pernyataan sebagai berikut:

“kakaknya juga begitu dulu, tapi gak sebesar dia pada umur yang sama, kakaknya dulu gemuk tetapi mulai kelas 6 SD kempes sendiri.....”(P6)

Labelling merupakan pemberian sebutan tertentu pada anak. Sub tema labelling mempunyai kategori labelling oleh **orang tua atau lingkungan**. Kategori oleh lingkungan biasanya diberikan oleh teman-temannya, gurunya atau tetangganya, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“.....dikatakan gerombolan si berat, bersama yang gendut-gendut”(P2)

“Rian cakep sayang tapi gendut .....”(P8)

Sedangkan kategori oleh **orang tua** biasanya dengan memanggil sebutan “ndut” dan bukan namanya, hal tersebut seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“.....kamu kalau gendut jelek”(P3)

“dipanggil ndut kayaknya malah gak pede”(P4)

Dari hasil di atas terlihat bahwa keluarga atau lingkungan sering memberikan label yang kadang malah memberikan dampak yang buruk atau anak menjadi kurang percaya diri. Oleh karena itu sebaiknya panggilah anak dengan panggilan kesayangan yang membuat anak menjadi lebih percaya diri.

## 2. Hambatan keluarga dalam perawatan anak obesitas

Hambatan keluarga dalam melakukan perawatan terhadap anak obesitas. Hambatan keluarga merupakan sesuatu yang menghalangi tindakan dalam perawatan anak sekolah dengan obesitas.

### Tema 3: norma keluarga yang tidak tepat

Norma keluarga yang tidak tepat merupakan kemampuan keluarga memberikan pelayanan kepada anak sekolah dengan obesitas. Tema ini terdiri dari beberapa sub tema yaitu: **kurangnya komitmen semua anggota keluarga, pilihan makanan tertentu, dan kekhawatiran berlebihan dari orang tua terhadap pertumbuhan anak.** Masing-masing sub tema akan dijelaskan sebagai berikut.

Sub tema **kurangnya komitmen semua anggota keluarga** merupakan kesepakatan yang seharusnya dilakukan bersama semua anggota keluarga dalam merawat anak. Sub tema ini mempunyai kategori **perbedaan perawatan anggota keluarga**. Beberapa pernyataan partisipan tentang perbedaan perawatan seperti dinyatakan sebagai berikut:

“Leh (nak), ini makanan di maem (makan), dia gak kuasa menolaknya”(P3)

“saya kurangi tetapi saya itu gak tega karena dia bilang lapar....., lapar.....”(P8)

Sub tema **pilihan makanan tertentu** yaitu anak biasanya hanya memilih makanan yang disukainya dan menolak makanan yang dapat beraneka ragam seperti pernyataan berikut ini:

“sayuran maunya hanya wortel, yang warna hijau banyak yang gak mau”(P4)

“jenisnya sayur memang tidak begitu suka”(P3)

“..... kalau ada aroma gak mau makan seperti pepaya, pisang, paling melon dan semangka”(P4)

Sub tema **kekhawatiran gangguan pertumbuhan** adalah ketakutan yang dirasakan orang tua bila makanan anak dikurangi, sesuai pernyataan partisipan berikut ini:

“Saya takutnya makanan kalau dikurangi anak jadi kuntet (kecil)”(P4)

“kalau sudah gemuk masa gak boleh makan ya untuk pertumbuhan perlu makan”(P5)

Dari hasil tersebut dapat terlihat dalam keluarga perlu adanya komitmen bersama khususnya dalam pemberian makan sehingga antara yang satu dengan yang lain tidak bertentangan. Selain itu juga masih adanya kekhawatiran kalau makanan anak dikurangi akan menimbulkan masalah kesehatannya.

### 3. Makna pengalaman keluarga merawat anak obesitas

Makna pengalaman keluarga merupakan perasaan yang dialami oleh partisipan selama merawat anak sekolah dengan obesitas. Tujuan khusus ini terdiri dari beberapa tema yaitu: **perasaan bertentangan antara membolehkan dan melarang, kepercayaan (*believe*) keluarga tentang obesitas pada anak, obesitas bukan hambatan percaya diri pada anak dan mekanisme coping pada anak obesitas.**

#### **Tema 4: Perasaan bertentangan antara membolehkan dan melarang**

Tema **Perasaan bertentangan antara membolehkan dan melarang** didapat dari kategori **membiarkan anak makan sesuai keinginan** karena keluarga merasa kesulitan. Seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini:

“kita harus ngemong (menjaga) ..... marah, dari pada dipenging (diomong) ya malah nesu (marah) .....”(P3)

“saya kurangi tetapi saya itu gak tega karena dia bilang lapar....., lapar.....”(P8)

#### **Tema 5: Kepercayaan (*believe*) keluarga tentang obesitas pada anak**

Tema **kepercayaan (*believe*) keluarga tentang obesitas pada anak** didapat dari kategori **keluarga tidak peka dan anak tidak peka** dengan obesitas.

Keluarga menganggap bahwa obesitas pada anak adalah suatu hal yang biasa dan tidak perlu dikhawatirkan. Seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini:

“selama ini saya mungkin kurang peka”(P1)

“tetangga saya sewaktu kecil gendut sekali ..... dewasa menjadi tidak gendut ..... saya senang ..... setelah dewasa tidak menjadi obesitas”(P3)

Kategori **anak tidak peka** adalah keadaan anak tetap cuek dan masa bodoh dengan kondisi badannya, hal tersebut seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“diam aja, anak saya yang mbarep cenderung ndableg (cuek)”(P3)

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa orang tua kurang peka dengan kejadian obesitas serta setelah dewasa tidak akan menjadi obesitas. Hal ini bisa terjadi karena kurangnya informasi atau karena masalah obesitas juga belum menjadi masalah bagi keluarga.

#### **Tema 6: Obesitas bukan hambatan percaya diri pada anak**

Tema **Obesitas bukan hambatan percaya diri pada anak** mempunyai kategori **percaya diri dan kuat mental**. Kategori percaya diri dimana anak sekolah menganggap obesitas bukan hambatan untuk merasa malu atau minder. Anak sekolah belum merasakan pentingnya gambaran dirinya apakah gemuk atau tidak, hal ini akan berubah kalau anak menginjak remaja. Seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini:

“saya merasakan enjoy, dia malah nrimo, nggak nuntut makanan cenderung nrimo”(P1)

Sedangkan pada kategori mental digambarkan anak masih bisa beradaptasi dengan lingkungan sekolah maupun di rumah seperti diungkapkan berikut ini:

“mentalitasnya saya kira insyaallah survive artinya tidak terpengaruh dengan sosialisinya”(P6)

Dari hasil tersebut di atas terlihat bahwa menurut keluarga anak belum mempunyai masalah dengan kepercayaan dirinya tentang tubuhnya. Namun perlahan keluarga perlu memberikan pengertian-pengertian kepada anaknya karena mereka tak lama lagi menghadapi remaja.

#### **Tema 7: Mekanisme koping pada anak obesitas**

Tema **Mekanisme koping pada anak obesitas** terdiri dari kategori **bagi anak, bagi keluarga dan pengalaman orang tua**. Anak obesitas mempunyai mekanisme koping atau pertahanan diri untuk menutupi keadaannya. Anak sering membandingkan dengan temannya bahwa yang mengalami obesitas bukan hanya dirinya tetapi orang lain juga mengalami hal yang sama. Hal tersebut termasuk dalam kategori bagi anak. Seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini:

“karena teman-teman yang masih gede juga ada.....”(P4)

“anak saya ngeles (membandingkan), ada loh anak saya yang lebih gemuk dari aku”(P6)

Sedangkan kategori bagi keluarga, mekanisme koping ini adalah pertahanan keluarga tentang kondisi anaknya yang mengalami obesitas, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“menurut saya kelebihan, menurut pemahaman saya anak saya cenderung ada tenaga untuk memproteksi dirinya”(P1)

Kategori **pengalaman orang tua** yaitu keadaan beberapa tahun yang lalu dimana orang tuanya mengalami hal yang berhubungan dengan obesitas. Kategori ini membandingkan dengan dirinya yang sudah mengalami sakit sejak muda karena obesitas, seperti diungkapkan partisipan berikut ini:

“pengalaman pribadi ..... diasia usia 35 saya mulai kena tekanan”(P2)

Dari hasil di atas terlihat bahwa anak mempunyai koping dengan membandingkan teman-temannya karena masih ada yang lebih gendut dari dia. Keluarga juga beranggapan bahwa anak obesitas mempunyai tenaga yang lebih untuk aktifitas. Keluarga juga mempunyai pengalaman pribadi dengan obesitas yang berdampak terhadap peningkatan tekanan darahnya.

#### 4. **Harapan keluarga dalam perawatan obesitas**

Harapan keluarga merupakan keinginan yang ingin dicapai keluarga dalam perawatan anak obesitas. Harapan pada anak obesitas menunjukkan dukungan agar anak tetap sehat dan diharapkan anak dapat mematuhi aturan yang berlaku. Harapan keluarga dalam perawatan obesitas ini mempunyai satu tema yaitu perbaikan pola makan pada anak obesitas.

#### **Tema 8: Perbaikan pola makan pada anak obesitas**

Tema **perbaikan pola makan** merupakan suatu keinginan dari partisipan agar anaknya menjadi sehat dan mempunyai berat badan dan tinggi badan

seimbang. Tema ini mempunyai sub tema **anak makan teratur, anak menjadi sehat dan berat badan anak menjadi ideal.**

Sub tema **anak makan secara teratur** mempunyai kategori **mengatur pola makan**. Partisipan mengungkapkan seperti berikut ini:

“.....makanya dikurangi agar diatur makannya supaya tidak terlalu gemuk”(P1)

“tidak dengan kadar lemak tinggi, sayur, menghindari indomie, sarimi, supaya anak sehat”(P5)

Sub tema yang kedua **adalah anak menjadi sehat**. Partisipan berharap anak sehat dan berat badan yang normal-normal saja. Sub tema ini mempunyai kategori **mengatur pola makan**. Hal tersebut terungkap dari pernyataan berikut ini:

“harapannya ya anak saya sehat...”(P1)

“ingin yang normal-normal aja”(P2)

“dia tumbuh sehat secara fisik dan mental”(P6)

Sub tema anak menjadi sehat mempunyai kategori **anak sehat** yaitu anak sehat tidak hanya jasmani tetapi juga rohani. Pernyataan yang menyatakan anak anaknya pengen sehat seperti ungkapan berikut ini:

“..... Harapannya anak saya ya sehat”(P1)

“dia tumbuh secara fisik dan mental”(P6)

Sub tema berat badan anak menjadi ideal yaitu berat badan yang sesuai dengan tinggi dan umurnya anak. Kategorinya adalah **anak kurus sendiri** seperti pernyataan partisipan berikut ini:

“mungkin nanti kurus sendiri karena capai”(P1)

“.....penampilan dan postur semoga menjadi langsing”(P3)

“gak gemuk tetapi proporsional karena gennya”(P4)

Dari hasil tersebut di atas terlihat bahwa keluarga berharap anaknya menjadi langsing dan sehat selain itu juga ada yang menyatakan sebaiknya proporsional.

### 5. Dukungan keluarga dalam perawatan obesitas

Dukungan keluarga merupakan upaya keluarga dengan berbagai cara agar anak mencapai berat badan yang ideal. Dukungan keluarga dapat diberikan kepada anak berupa upaya agar berolahraga, adanya pengaturan makan dan pemberian nasehat kepada anak.

#### **Tema 9: memotivasi anak obesitas mencapai berat badan ideal**

Tema ini terdiri dari tiga sub tema anak **mengupayakan olah raga, adanya pengaturan makan dan pemberian nasehat kepada anak sekolah dengan obesitas**. Sub tema ini mempunyai kategori **pengaturan olah raga**, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“seminggu sekali itupun tidak optimal....., jalan kaki tiap hari minggu sekali”(P1)

“hanya olah raga renang, sepedaan dan mengalihkan ke buah-buahan”(P2)

“kalau olah raga sudah ada alatnya, raket, net, untuk badminton, bola.....”(P3)

Sub tema pengaturan makan mempunyai kategori **pengaturan makan, puasa, pilih menu**. Kategori pengaturan makan adalah ungkapan pengaturan menu dalam keluarga, seperti terungkap dalam kutipan partisipan berikut ini:

“pola makan harus benar-benar diperhatikan .....lemak harus dibatasi....untuk protein.....pertumbuhan”(P3)

Sedangkan kategori **puasa** adalah pengaturan dengan jalan puasa yang disunahkan bagi umat islam, seperti terungkap berikut ini

“puasa, saya ajak puasa senin kamis”(P1)

Kategori pilih menu adalah dengan memilih menu yang banyak mengandung serat atau mengandung gizi seimbang dan menghindari fast food atau makanan berkadar lemak tinggi, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“cenderung ke makan-makanan sayur kalau daging ngambilnya bukan ayam tetapi ikan laut, lele”(P5)

“.....mengurangi makanan fast food”(P4)

Sub tema nasehat dan motivasi mempunyai kategori **pemberian nasehat, pujian dan komunikasi pada anak obesitas**. Kategori nasehat adalah partisipan memberikan nasehat dan memberikan motivasi agar mengkonsumsi makanan dan pengaturan makanan pada anaknya. Partisipan menyatakan beberapa hal berikut ini:

“Nduk (nak) jangan terlalu banyak saya gak bisa”(P1)

” susah banget kalau dilarang nanti saya bisa mati mah, anak saya gampang merasa lapar, .....”(P2)

Kategori **pujian** yaitu memberikan pujian oleh partisipan kepada anaknya. Berikut ini adalah pernyataan pujian seperti ungkapan berikut ini:

“perutmu sudah kempes lho dengan pujian, bajumu rak sempit lho....”(P3)

Sedangkan kategori **komunikasi** adalah partisipan memberikan nasehat kepada anaknya, seperti yang diungkapkan berikut ini:

“banyak berkomunikasi, selalu mengingatkan masa depan”(P6)

“....., jangan gitu mas, untuk besok lagi, jangan dihabiskan mas semua”(P7)

Hasil penelitian ini telah menjawab kelima tujuan khusus yang menjadi tujuan dalam mengetahui gambaran dan arti pengalaman keluarga merawat anak sekolah dengan obesitas di sekolah dasar. Dalam hasil ini ditemukan 9 tema untuk menggambarkan penelitian ini.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, peneliti akan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka dan penelitian-penelitian terkait yang telah diuraikan sebelumnya. Pembahasan ini akan peneliti uraikan secara terstruktur berdasarkan tujuan penelitian dengan diawali penjelasan tema-tema yang didapatkan. Keterbatasan penelitian akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian akan diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan lebih lanjut bagi keluarga, pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

#### **A. Interpretasi Hasil Penelitian dan Analisis Kesenjangan**

Penelitian ini berfokus pada pengalaman keluarga dalam perawatan anak sekolah dengan obesitas. Dari penelitian ini peneliti telah mengidentifikasi 9 tema. Selanjutnya peneliti akan membahas secara rinci masing-masing tema yang teridentifikasi berdasarkan tujuan khusus yang diharapkan.

##### **1. Persepsi keluarga tentang anak obesitas**

Permasalahan gizi lebih atau obesitas pada anak sekolah belum dirasakan sebagai suatu masalah gizi bagi masyarakat. Pemberian informasi tentang status gizi yang baik harus mulai dilakukan melalui program yang

menekankan pada perubahan perilaku dengan peningkatan kesadaran keluarga dalam menyelesaikan masalah melalui sumber daya dan potensi yang dimiliki. Keterlibatan semua pihak terutama keluarga, anak sekolah, masyarakat dan pemerintah untuk bekerjasama secara komprehensif sangat dibutuhkan dalam menyelesaikan permasalahan ini, terutama keterlibatan masyarakat.

Data yang ada menunjukkan kecenderungan prevalensi obesitas yang terus menerus meningkat setiap tahunnya. Prevalensi obesitas meningkat dari tahun ke tahun baik di negara maju maupun negara berkembang (WHO, 2000). Hal ini menjadikan kita perlu waspada terhadap berbagai dampak yang dapat terjadi pada anak obesitas. Namun di Indonesia obesitas belum menjadi suatu masalah kesehatan khususnya bagi anak-anak karena dianggap anak sedang dalam masa pertumbuhan.

Anak sekolah dalam kesehariannya masih tinggal bersama keluarga. Anak sekolah sedang berada dalam tahap peralihan dari masa pra sekolah menjadi masa sekolah. Hal tersebut membawa dampak anak sekolah menjadi lebih sibuk dan menuntut pemenuhan nutrisi yang berbeda dari sebelumnya. Peran dan tanggung jawab pemenuhan gizi anak menjadi hal yang harus dipenuhi oleh keluarga. Pembahasan secara rinci tentang tema-tema ini akan dibahas berikut ini

### **Tema 1: Persepsi baik**

Orangtua yang memiliki anak obesitas menyatakan mengenal obesitas pada anak sekolah yaitu karena kegemukan atau perbandingan berat badan dan tinggi badan yang tidak seimbang. Selain itu orangtua dengan anak obesitas mengenal penyebab, dan dampak atau risiko yang dapat terjadi pada anak obesitas. Orangtua dapat mengenal anak usia sekolah dengan obesitas dalam keluarganya karena obesitas dapat dilihat secara langsung dari penampilan fisiknya. Pengukuran yang valid tentang anak sekolah dengan obesitas dilakukan dengan mengukur tinggi badan, berat badan dan usia. Sebagian besar partisipan mengenal anaknya mengalami obesitas dari penampilan fisiknya. Menurut Sarwono (1997) persepsi merupakan kombinasi dari penglihatan, pendengaran, dan penciuman serta pengalaman masa lalu.

Persepsi baik keluarga terhadap obesitas menurut peneliti akan mempermudah dalam pemberian informasi kepada partisipan. Keluarga yang mempunyai persepsi yang baik akan mudah menerima masukan yang berhubungan dengan obesitas yang terjadi pada anak sekolah.

Orangtua yang memiliki anak obesitas juga mengatakan bahwa obesitas sebagai kondisi yang abnormal. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang mendefinisikan obesitas sebagai kondisi abnormal atau kelebihan lemak yang serius dalam jaringan adiposa sedemikian sehingga mengganggu kesehatan (Dietz, 1998 *cit.* Hadi, 2005). Sedangkan ahli lain mengatakan bahwa obesitas adalah berat badan lebih yang terutama disebabkan akumulasi (timbunan) lemak tubuh (Rini, 2003).

Pernyataan orangtua yang memiliki anak sekolah, keluarga menyatakan bahwa obesitas merupakan kelebihan berat badan dan hal tersebut didukung dengan pernyataan ahli yang mengatakan anak dikatakan obesitas bila terdapat peningkatan berat badan 20 % atau lebih dari berat badan ideal terhadap tinggi badan (Williams *et al.*, 1997). Anak dikatakan obesitas bila terjadi kenaikan berat badan tubuh lebih dari 10 % dari yang direkomendasikan berdasarkan tinggi badan dan berat badan sesuai standar WHO NCHS.

Seorang partisipan mengatakan anak obesitas karena standar deviasinya lebih dari 2. Hal ini sesuai dengan indikator tentang status gizi bahwa seseorang dikatakan obesitas bila hasil pengukuran antara berat badan dan tinggi badan anak lebih besar atau sama dengan 3 SD disebut gemuk sekali / obesitas (Soekirman, 2000).

Penyebab obesitas menurut partisipan diakibatkan karena kurang gerak dan olahraga yang kurang. Hal ini terlihat bahwa hampir semua partisipan mengatakan bahwa anaknya tidak mempunyai cukup waktu untuk olahraga. Anak yang kurang gerak sangat berkaitan erat dengan tingkat pengeluaran energi tubuh yaitu: 1) tingkat aktivitas dan olahraga secara umum; 2) angka metabolisme basal atau tingkat energi yang dibutuhkan untuk mempertahankan fungsi minimal tubuh.

Aktifitas fisik memiliki peran yang penting dalam terjadinya obesitas. Anak yang aktif dalam aktifitas dan berolahraga kalori tubuhnya akan terbakar

sehingga makin sering berolahraga maka semakin banyak kalori yang hilang atau terbakar. Kalori secara tidak langsung mempengaruhi sistem metabolisme basal. Olahraga sangat penting dalam penurunan berat badan, tidak saja karena dapat membakar kalori, melainkan juga karena dapat membantu mengatur berfungsinya metabolisme normal.

Pemberian nutrisi berlebihan bisa terjadi karena pola makan yang tidak tepat, dan komposisi makanan yang tidak baik. Orang tua anak mengatakan anak-anaknya cenderung makan berlebih dan cepat lapar. Pola makan berlebihan cenderung dimiliki oleh orang yang kegemukan. Orang yang kegemukan biasanya lebih responsif dibanding dengan orang yang memiliki berat badan normal terhadap isyarat lapar eksternal, seperti rasa dan bau makanan, atau saatnya waktu makan.

Anak obesitas mempunyai kecenderungan mengkonsumsi makanan berlebih dan berulang-ulang. Selain itu menurut partisipan anak-anak selain makan banyak juga senang makan cemilan-cemilan tertentu. Anak-anak banyak makan yang tinggi lemak dan protein yang dapat memicu berat badan serta kurang aktifitas. Hal tersebut sesuai dengan pendapat bahwa pola diet tinggi lemak dan tinggi kalori serta pola hidup kurang gerak (*sedentary lifestyles*) merupakan karakteristik yang berkaitan dengan peningkatan prevalensi obesitas di seluruh dunia (Kong, 2003 dalam Hadi, 2007).

Penyebab obesitas dapat terjadi karena faktor keturunan. Semua partisipan mengatakan bahwa obesitas yang terjadi pada anaknya karena faktor

keturunan dari keluarga. Penelitian ini membuktikan bahwa anak-anak berasal dari orangtua gemuk atau nenek dan kakeknya yang obesitas. Pada saat ibu yang obesitas sedang hamil maka unsur sel lemak yang berjumlah besar dan melebihi ukuran normal, secara otomatis akan diturunkan kepada sang bayi selama dalam kandungan. Hal ini didukung oleh pernyataan Nasar (2005) yang menyatakan bahwa kemungkinan seorang anak menjadi gemuk sebesar 80 % bila kedua orang tuanya gemuk, 40 % bila salah satu orang tuanya gemuk dan 7 % bila kedua orang tuanya normal.

Dampak obesitas adalah risiko yang terjadi dari kondisi obesitas seseorang. Berbagai risiko yang dapat muncul pada anak obesitas antara lain: kurang lincah, mudah terkena penyakit, risiko fisik dan gangguan estetika dan psikososial. Risiko yang terjadi pada anak obesitas adalah kurang lincah. Partisipan mengatakan ketakutan anaknya kalau lari paling belakang dan biasanya malas gerak. Hal ini dapat dimengerti bahwa anak obesitas mempunyai berat badan yang berlebih sehingga beban badannya mempengaruhi anak untuk bergerak. Hal ini sesuai dengan pendapat bahwa anak obesitas sering didapatkan kurangnya rasa ingin bermain dengan teman, memisahkan diri dari tempat bermain dan tidak diikuti dalam permainan (Janssen, *et al*, 2004). Akibatnya anak obesitas lebih senang menyendiri dan kurang dapat beraktifitas dengan teman-temannya.

Anak obesitas juga berisiko terkena berbagai penyakit seperti hipertensi, penyakit diabetes melitus, kolesterol tinggi dan penyakit jantung. Hal ini sesuai dengan pendapat Manuaba (2004) yang menjelaskan bahwa jika

obesitas dialami pada masa anak-anak yang berlanjut hingga masa dewasa maka dapat menimbulkan penyakit yang dapat mengganggu pertumbuhan bahkan dapat menyebabkan kematian. Selain itu obesitas dapat menimbulkan berbagai komplikasi penyakit yang dapat ditimbulkan obesitas yaitu diabetes melitus, hipertensi, penyakit kardiovaskuler, hipoventilasi alveolar, dan batu empedu (Sukatn, dkk, 1999).

Obesitas pada anak sekolah dapat juga menyebabkan penyakit jantung kongestif, diabetes melitus tipe 2 serta periode tidak bernafas selama tidur (*sleep apnea*) yang dapat menurunkan dan mempengaruhi daya pikir di kemudian hari (Ginajar, 2005, <http://us.click.yahoo.com/>, diakses tanggal 20 Desember 2008). Hal tersebut sejalan dengan pendapat partisipan yang mengatakan ketakutan anaknya menderita penyakit sewaktu muda.

Seperti sudah dijelaskan di atas peneliti juga menemukan bahwa anak-anak obesitas mengalami gangguan sesak nafas apalagi sewaktu sedang tidur dan biasanya ngorok sewaktu tidur. Hal ini sesuai dengan pendapat yang mengatakan bahwa pada anak yang menderita obesitas kerap tidur ngorok dan sering mengantuk pada siang hari. Hal ini akan mengganggu konsentrasi mereka saat bersekolah (Nurchayyo, 2000, <http://www.indonesiaindonesia.com>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009). Selain itu anak obesitas mudah merasakan capai apalagi sewaktu aktifitas, anak-anak tidak dapat bergerak secara aktif bila dibandingkan dengan anak-anak yang tidak obesitas.

Risiko fisik pada anak obesitas. Partisipan mengatakan bahwa kecenderungan anak obesitas akan mengalami masalah fisiknya yaitu penis anak tertutup oleh lemak tubuhnya. Peristiwa yang dialami oleh 2 partisipan adalah gagalnya rencana untuk mengkhitan anak yang obesitas karena penusnya terlalu kecil. Hal ini dapat terjadi karena penis anak obesitas tertutupi oleh timbunan lemak perut.

Obesitas pada anak sekolah dapat berisiko pada nilai estetika dan gangguan psikologis. Partisipan mengatakan anaknya sudah menunjukkan rasa malu dan tidak nyaman dengan kondisi badannya yang obesitas. Secara estetika mereka mengharapkan badannya langsing dan lebih menarik. Anak dan remaja yang mengalami obesitas cenderung pasif dan kurang percaya diri, karena sering tidak dilibatkan pada kegiatan sehingga sebagian dari remaja yang obesitas mempunyai harga diri yang rendah. Hal ini sesuai pernyataan Hawari (1999) bahwa salah satu faktor yang berperan menimbulkan stres tidaknya seseorang adalah *self esteem*. Pada anak obesitas ditemukan sudah mulai menunjukkan rasa malu dengan kondisi tubuhnya. Hal ini dapat berdampak lebih jelas sewaktu anak menginjak usia pubertas atau remaja. Pendapat lain mengatakan bahwa pada anak obesitas timbul kurang rasa percaya diri, persepsi diri yang negatif maupun rendah diri karena merasa berbeda dengan anak lain sehingga menjadi bahan ejekan teman-temannya (Ogden, 1996).

Pengalaman masa balita dengan riwayat anak mempunyai penyakit kronis. Lima dari anak sekolah dengan obesitas sewaktu kecil mempunyai riwayat

flek dan kurang gizi. Partisipan mengatakan anaknya sewaktu kecil pernah mengalami penyakit malaria dan muntaber dan kebanyakan dari anak-anak adalah dengan berat badan kurang dan dinyatakan mengalami flek. Hal ini dapat terjadi karena setelah terjadinya flek atau kurang gizi menimbulkan keprihatinan sendiri bagi orangtua. Orang tua yang memiliki anak obesitas mengatakan setelah anaknya dinyatakan menderita flek dan kurang gizi segera membawanya ke pelayanan kesehatan dan mendapatkan vitamin penambah nafsu makan. Selain itu ada orang tua yang rela keluar dari pekerjaannya dan mengupayakan untuk merawat anaknya. Secara perlahan anak-anak yang dinyatakan flek dan kurang gizi mendapatkan perawatan yang cukup dan ada peningkatan nafsu makan. Hal ini berdampak dengan peningkatan berat badan pada anak bahkan terjadi obesitas.

Pengobatan flek pada balita dilakukan selama 9 bulan sampai 11 bulan. Hal ini karena sesuai dengan pengobatan tuberculosis yang membutuhkan waktu penyembuhan antara 6 sampai 12 bulan. Anak-anak yang dinyatakan flek dan kurang gizi setelah sembuh mengalami peningkatan berat badan. Peningkatan nafsu makan menurut peneliti terjadi karena anak-anak mendapatkan vitamin penambah nafsu makan yang mendorong anak dapat mengonsumsi makanan dengan baik.

## **Tema 2: persepsi buruk**

Persepsi keluarga buruk dalam memahami tentang anak sekolah dengan obesitas. Partisipan mengelak dan mengatakan anaknya belum termasuk kategori obesitas. Partisipan mengatakan anaknya masih dalam batas normal

sedangkan bila dibandingkan dengan hasil pengukuran menggunakan berat badan dibanding dengan tinggi badan termasuk dalam kategori obesitas.

Partisipan juga mengatakan bahwa kesan yang ada pada anak obesitas adalah lucu dan menggemaskan. Hal ini yang terasa bagi sebagian orang bahwa obesitas justru menyenangkan. Kesan obesitas justru berbeda dengan beberapa penelitian yang mengatakan bahwa obesitas merupakan keadaan yang tidak dikehendaki, yaitu dengan terdapatnya penimbunan lemak yang berlebihan dari yang diperlukan untuk fungsi tubuh yang normal (Purnomo, 2004).

Pernyataan yang berbeda antara partisipan dengan peneliti dapat terjadi karena dipengaruhi oleh persepsi seseorang. Persepsi seseorang merupakan suatu proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap rangsang yang diterima oleh organisme atau individu sehingga merupakan sesuatu yang berarti dan merupakan aktivitas yang *integrated* dalam diri individu (Walgito, 2001).

Pernyataan partisipan yang berbeda antara pemahaman partisipan dengan hasil pengukuran dapat disebabkan karena persepsi tersebut dipengaruhi oleh pengalaman seseorang. Hal ini sesuai dengan pendapat bahwa pengalaman merupakan pengetahuan dari hasil observasi terhadap sesuatu benda atau kejadian (anonym, 2009. Experience. <http://www.wikipedia.org/wiki/experience>, diperoleh tanggal 13 April 2009).

Dapat disimpulkan ada suatu kaitan antara pengalaman dengan persepsi seseorang dengan kenyataan yang sebenarnya. Hal ini bermakna bahwa persepsi seseorang terbentuk dari pengalaman yang dialami oleh seseorang dari hasil pengamatan, pendengaran dan juga apa yang mereka rasakan dengan pengalaman yang nyata.

Kekhawatiran anak obesitas bagi partisipan belum menjadi masalah. Alasan yang dikemukakan oleh partisipan karena anak masih dalam pertumbuhan. Orangtua yang memiliki anak obesitas membandingkan dengan kakaknya yang gemuk tetapi akhirnya menjadi langsing setelah sekolah sehingga orang tua tidak terlalu cemas. Namun demikian menurut peneliti hal tersebut tidak dapat dibiarkan karena anak yang obesitas kecenderungan untuk mengkonsumsi makanan yang lebih banyak dibandingkan anak yang normal.

Mekanisme penginderaan manusia yang kurang sempurna merupakan salah satu sumber kesalahan persepsi (Bartol & Bartol, 1994). Oleh karena itu penentuan anak sekolah dengan obesitas tidak dapat dilakukan secara kasat mata tetapi melalui suatu pengukuran dan ada indikatornya sebagai pembanding. Jadi dapat disimpulkan bahwa persepsi keluarga merupakan suatu interpretasi yang dimiliki oleh keluarga terhadap obesitas yang dialami oleh anak sekolah dasar.

Orangtua atau lingkungan sekitar sering memberikan labelling kepada anak-anak gemuk biasanya dengan "ndut", atau menyamakan dengan tokoh yang badannya hampir sama. Pemberian labelling pada anak merupakan tindakan

yang kurang mendidik. Labelling yang diberikan kepada anak dapat membuat anak kurang percaya diri, malu atau minder. Dampak yang terjadi pada anak dapat menimbulkan gangguan psikologis. Panggilan kepada seseorang hendaklah dengan panggilan yang menyenangkan tetapi baik keluarga maupun lingkungan sekitar sering memberikan julukan yang kadang kurang menyenangkan.

Anak laki-laki maupun perempuan dengan obesitas merasa dirinya berbeda dari orang pada umumnya karena kelebihan berat badannya dan merasa tidak puas dengan dirinya (Striegel, 1986). Remaja dengan obesitas sering mengalami depresi dan tidak percaya diri, sedangkan anak dengan obesitas usia prasekolah lebih sering mengalami distress emosional dan gejala psikiatrik (Mills, 1993). Oleh karena itu hendaklah kita memanggil anak dengan panggilan kesayangan, agar mereka tidak minder atau malu atau dengan labelling lain.

## **2. Hambatan keluarga dalam perawatan anak sekolah dengan obesitas**

Hambatan yang dirasakan partisipan selama merawat anak sekolah dengan obesitas diidentifikasi menjadi tema pola asuh yang kurang tepat.

### **Tema 3: norma keluarga yang tidak tepat**

Tema norma keluarga yang tidak tepat muncul karena kurangnya komitmen pada semua anggota keluarga, pilihan makanan tertentu serta kekhawatiran orang tua yang berlebihan. Partisipasi anak sekolah merupakan bagian penting dalam merawat anak sekolah dengan obesitas. Pelibatan anak dalam

menyusun menu dan mengatur makanan sangat penting dalam mencapai suatu tujuan. Demikian juga pelibatan keluarga lain, masyarakat dan pihak kesehatan.

Norma keluarga yang tidak tepat merupakan suatu hambatan dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat terjadi karena kurangnya komitmen anggota keluarga, pemilihan makanan yang salah serta adanya kekhawatiran yang berlebih dari partisipan. Pertentangan norma dapat terjadi karena biasanya pada budaya Jawa orang yang lebih tua harus dihormati meskipun kadang pendapatnya kurang benar. Dapat juga terjadi orang yang lebih muda tidak berani untuk meluruskan pendapat orang yang lebih tua karena takut dianggap melawan.

Kurangnya komitmen semua anggota keluarga merupakan suatu masalah dalam keluarga. Hal ini berarti adanya ketidaksinkronan antara anggota yang satu dengan anggota keluarga lain dalam melakukan perawatan anak obesitas. Partisipan mengatakan bahwa pada dasarnya dia sudah komitmen anak memberikan makanan yang sehat serta mengatur namun orangtua mempunyai pendapat yang berbeda. Akhirnya partisipan mengalah dan mengikuti orang tuanya (nenek/kakek).

Hal tersebut sejalan dengan pendapat ahli psikologi keluarga yang bernama Sal Savere (2000) mengatakan bahwa jika kita memperbaiki keluarga seorang anak, maka semua aspek lainnya akan menjadi lebih baik juga. Pendapat tersebut didukung oleh Sylvia (1997) yang mengatakan bahwa anak-anak lebih berprestasi jika para orang tua mereka bekerja sama dalam memberi

pesan secara jelas, positif dan seragam tentang bagaimana seharusnya mereka belajar serta apa harapan-harapan orang tuanya terhadap mereka.

Pada anak sekolah sudah menentukan makanan tertentu yang menjadi favoritnya. Mereka tidak menyadari bahwa makanan tersebut berbahaya bagi kesehatan. Partisipan mengatakan bahwa anak biasanya suka pilih-pilih makanan. Anak-anak juga susah kalau disuruh makanan yang berwarna hijau dan juga buah-buahan. Anak-anak tidak menyadari bahwa makanan yang berwarna hijau dan buah-buahan merupakan makanan yang mengandung tinggi serat sehingga dapat mencegah terjadinya obesitas pada anak.

Kekhawatiran orangtua yang berlebihan terhadap pertumbuhan anak bila makan anak harus diatur. Beberapa partisipan mengatakan bahwa mereka takut kalau ada pengaturan makan anaknya nanti menjadi kuntet (kecil) dan partisipan lain mengatakan bahwa anak sedang dalam masa pertumbuhan. Hal ini terjadi karena kurangnya informasi yang didapat oleh orang tua tentang penyusunan makanan yang sehat bagi anak atau individu.

Pendapat partisipan berbeda dengan beberapa peneliti yang mengatakan bahwa hasil study pencegahan anak-anak obesitas terjadi pada usia 8 dan 12 tahun dimana pembentukan lemak sedang terjadi (Lyznicki et al., 2001) dan waktu dimana anak-anak mulai memiliki pola makannya (Summerbell, et al., 2005; Hedley, et al., 2004). Jadi sebaiknya orang tua tidak perlu khawatir yang berlebihan terhadap pertumbuhan berat badan anak apalagi takut kalau menjadi kecil (kuntet) oleh karena itu diperlukan pengaturan makan pada

anak sekolah. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa peran serta keluarga dalam merawat anak usia sekolah adalah sangat penting dan dominan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi anak (Supariasa, dkk, 2002).

### **3. Makna pengalaman keluarga dalam merawat anak sekolah dengan obesitas**

Makna pengalaman keluarga yang dirasakan selama merawat anak obesitas adalah adanya perasaan bertentangan antara membolehkan dan melarang, kepercayaan keluarga yang salah tentang anak obesitas, anak masih menjadi percaya diri dan mekanisme koping anak.

#### **Tema 4: Perasaan bertentangan antara membolehkan dan melarang**

Perasaan bertentangan antara membolehkan dan melarang makanan tertentu timbul karena tidak mempunyai partisipan untuk mempengaruhi anak. Partisipan mengatakan tidak bisa kalau harus membatasi makan anak. Selain itu juga partisipan merasa kasihan kalau anaknya mengatakan masih lapar dan dibiarkan meskipun sudah makan berkali-kali.

Partisipan dapat menggunakan pendekatan lain yaitu dengan cara kekeluargaan dalam menangani hal tersebut. Hal ini dikarenakan dalam keluarga dapat berbagi tempat tinggal atau berdekatan satu dengan lainnya; memiliki ikatan emosi; terlibat dalam posisi sosial; peran dan yaitu dan memiliki (Murray & Zentner, 1997 dan Friedman, 1998 dalam Allender & Spradley, 2001).

Bila terjadi demikian maka sangat penting sekali untuk melibatkan perawat komunitas dalam mengenalkan masalah kesehatan. Keluarga di bawah bimbingan perawat komunitas dapat bersama-sama untuk menemukan masalah keluarga. Setelah itu keluarga dapat memutuskan tindakan yang tepat dan melakukan perawatan pada anak sekolah dengan obesitas. Tindakan tersebut dilakukan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat yang sejalan dengan tugas perawat. Peran perawat adalah mencegah penyakit, proteksi dan promosi kesehatan. Tindakan pencegahan obesitas pada anak sekolah dapat dilakukan melalui pemberian informasi tentang pola makan, pengaturan makan serta pengaturan berat badan yang sesuai untuk kesehatan. Hal ini sejalan dengan pendapat bahwa pelayanan keperawatan komunitas bertanggung jawab terhadap peningkatan kesehatan masyarakat terutama kelompok masyarakat yang kurang mendapat perhatian (Anderson & McFarlan, 2004).

#### **Tema 5: Kepercayaan (*believe*) keluarga yang salah tentang obesitas**

Kepercayaan (*believe*) keluarga yang salah tentang anak obesitas. Partisipan percaya bahwa anak obesitas akan menjadi kecil nantinya setelah remaja dengan membandingkan kejadian tersebut yang ada pada tetangganya dengan kondisi anak sekarang. Selain itu menurut partisipan anaknya memang cenderung tidak peduli terhadap obesitas yang dialaminya. Anak-anak sekolah masih percaya diri dengan kondisi tubuhnya. Hal ini sesuai pernyataan Hawari (1999) bahwa salah satu faktor yang berperan menimbulkan stres tidaknya seseorang adalah *self esteem*. Namun menurut peneliti tugas perawat komunitas untuk memberikan informasi yang benar

kepada masyarakat tentang pentingnya pengaturan konsumsi makanan pada anak-anak. Perawat komunitas merupakan bagian dari tenaga kesehatan yang berperan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Neis & McEwen, 2001).

Perawat komunitas menangani kelompok khusus yaitu pada area sekolah serta memberikan informasi kepada masyarakat. Melalui usaha kesehatan sekolah (UKS) diharapkan adanya upaya promotif dan preventif dalam penanganan obesitas selain itu bagi yang sudah obesitas maka perlu penanganan yang serius sehingga tidak berdampak terhadap kesehatan. Pengontrolan berat badan yang baik dapat menurunkan risiko karena obesitas. Tindakan tersebut dapat dilakukan melalui upaya preventif dan promotif di sekolah yang diberikan oleh perawat komunitas. Promosi yang diberikan dapat berupa penyuluhan, konsultasi, *screening* kesehatan. Berbagai informasi dapat diberikan seperti gaya hidup sehat, kandungan bahan makanan, pemilihan bahan makanan, lingkungan yang mendukung hidup sehat, peran serta masyarakat. Promosi kesehatan oleh perawat komunitas dapat dilakukan kepada orang tuanya maupun kepada anak usia sekolah melalui UKS yang ada (WHO, 1986, dalam Pender, Murdaugh, & Parson, 2001). Namun yang perlu diperhatikan adalah penggunaan bahasa dan cara yang sederhana sehingga mudah dipahami oleh anak-anak serta orangtua.

### **Tema 6: Obesitas bukan hambatan anak untuk menjadi percaya diri**

Partisipan mengatakan anaknya tetap percaya diri meskipun mengalami obesitas. Anak sekolah tetap makan berlebih dan tanpa rasa malu. Menurut

peneliti anak sekolah tetap percaya diri karena konsep diri pada anak belum menjadi masalah bagi anak. Hal tersebut akan berbeda seiring dengan penambahan umur anak yang mulai tertarik dengan orang lain atau ingin diperhatikan oleh orang lain pada anak SMP maupun SMA. Pada anak remaja atau dewasa sebagian orang yang mengalami obesitas melaporkan bahwa orang obesitas berperilaku makan berlebih saat terdapat gangguan emosi, segera setelah peristiwa itu. Terdapatnya kerusakan pada pusat kenyang merupakan masalah yang penting. Orang yang obes nampak lebih peka terhadap isyarat makan yang terdapat di sekitar, untuk merasakan makanan dan ketidakmampuan menghentikan makan saat makanan ada di hadapannya (Sadock & Sadock, 2003).

Hasil penelitian pada anak obesitas didapatkan kurangnya rasa percaya diri, persepsi diri yang negatif maupun rendah diri karena merasa berbeda dengan anak lain sehingga menjadi bahan ejekan teman-temannya (Ogden, 1996). Perlakuan tersebut menyebabkan anak obesitas mudah mengalami gangguan psikososial. Anak laki-laki maupun perempuan dengan obesitas merasa dirinya berbeda dari orang pada umumnya karena kelebihan berat badannya dan merasa tidak puas dengan dirinya (Striegel, 1986).

### **Tema 7: Mekanisme koping pada anak obesitas**

Mekanisme koping merupakan cara pengingkaran anak ataupun partisipan terhadap kenyataan yang berhubungan dengan obesitas. Menurut Lazarus koping merupakan upaya perubahan kognitif dan perilaku konstan untuk mengatasi secara khusus tentang tuntutan internal dan eksternal yang dinilai

melebihi kemampuan dan sumber daya individu (Lazarus and Folkman (1984).

Anak menggunakan koping negatif untuk *mencounter* berbagai pendapat yang mengatakan dia gendut, lalu dia mengalihkan bahwa yang gendut tidak hanya dirinya tetapi masih banyak anak lain. Hal ini untuk memperkuat bahwa hal tersebut tidak terjadi sendiri tetapi ada kelompoknya. Hal ini sejalan dengan pendapat Pargament yang mengatakan bahwa ketika individu dihadapkan dengan berbagai stressor maka individu tersebut berusaha mengatasinya dengan menggunakan beberapa respon dan tindakan yang mungkin dilakukan (Pargament, 1997).

#### **4. Harapan keluarga dalam perawatan obesitas**

Harapan partisipan dalam merawat anak obesitas adalah terjadinya peningkatan pola makan yang teratur. Pada tujuan khusus ini terdapat satu tema.

##### **Tema 8: perbaikan pola makan pada anak obesitas**

Harapan pada anak obesitas adalah anak makan teratur, menjadi sehat dan berat badan anak ideal. Hal ini dapat tercapai kalau partisipan dan anak mengenal masalahnya. Hal ini sejalan dengan Friedman (1998) yang menyatakan bahwa tugas keluarga antara lain mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat dan melakukan perawatan kesehatan.

Anak menjadi sehat perlu dilakukan perbaikan pola makan pada anak, pola makan yang teratur, harapannya anak menjadi sehat dengan berat badan yang ideal. Harapan keluarga harus sejalan dengan keinginan anak untuk menurunkan berat badan. Harapan yang ingin dicapai antara lain partisipan yang mengatakan bahwa anaknya mampu mengatur dan mengurangi makanan. Anak juga dapat mengkonsumsi makanan yang sehat dan bergizi baik dan seimbang.

Harapan partisipan yang menggambarkan anaknya menjadi langsing setelah periode berikutnya yaitu ketika masuk SMP. Hal ini dikarenakan aktifitas yang menjadi lebih sibuk dan berat badan akan turun dengan sendiri. Namun upaya tersebut bisa terjadi kegagalan karena anak obesitas sekarang merupakan predposisi obesitas pada tahap berikutnya.

Pendapat yang hampir sama dikemukakan ahli lain bahwa pencegahan dan tindakan awal seharusnya terjadi sebelum dan selama pembentukan lemak, karena pada usia tersebut pola makan anak-anak lebih mudah dipengaruhi oleh orang tua dan lingkungan. Anak-anak muda pada usia (4 – 7 tahun) mempunyai sedikit pengontrolan terhadap lingkungannya (dalam Medscape Today, 2007, <http://www.medscape.com>, diperoleh tanggal 14 April 2009). Oleh karena itu pola asuh keluarga juga sangat penting dan menentukan status gizi pada anak pada periode berikutnya. Jadi harapan partisipan kepada anaknya untuk menjadi langsing tanpa upaya tertentu sangat kecil terjadinya.

## 5. Dukungan keluarga dalam perawatan anak sekolah dengan obesitas

Dukungan yang dirasakan keluarga dalam perawatan anak sekolah dengan obesitas. Dukungan keluarga ini teridentifikasi dalam tema memotivasi anak obesitas mencapai berat badan ideal. Berbagai upaya perlu dilakukan agar anak mempunyai berat badan yang ideal antara lain dengan pengaturan olah raga, pengaturan makan, dan pemberian nasehat.

### Tema 9: Memotivasi anak obesitas mencapai berat badan ideal

Upaya-upaya dukungan dari keluarga karena keluarga merupakan orang yang terdekat dengan anak sekolah. Keluarga mempunyai struktur keluarga yang dapat dijadikan pegangan dalam melakukan berbagai upaya kesehatan. Keluarga menurut Friedman (1998) terdapat struktur kekuatan keluarga yaitu terdiri dari pola dan proses komunikasi dalam keluarga, struktur peran, struktur kekuatan keluarga dan nilai-nilai dalam keluarga. Oleh karena itu dengan dukungan yang baik maka berbagai upaya yang dilakukan akan mendapatkan respon yang positif. Struktur kekuatan yang dimiliki keluarga dapat digunakan sebagai kekuatan yang mendukung berbagai upaya yang dapat dilakukan oleh keluarga agar anak termotivasi dan mencapai berat badan ideal.

Upaya keluarga juga dapat tergambar sesuai pernyataan Verkuyl dan Rubiyanto (1999: 245, dalam Atmarno, 2007, <http://media.diknas.go.id/media/document/4713.pdf>, diakses tanggal 14 April 2009) bahwa orang tua memiliki tiga tugas dan tanggung jawab yaitu: 1). Mengurus keperluan materiil anak-anak. 2). Menciptakan suatu “home” bagi

anak-anak. 3). Tugas pendidikan. Maka sudah sepantasnya upaya ini perlu dilakukan dengan pendekatan keluarga dalam suatu situasi yang nyaman.

Dukungan yang dapat diberikan kepada anak adalah dengan mengupayakan olahraga. Olahraga merupakan suatu hal yang penting bagi kesehatan seseorang termasuk anak-anak. Olahraga yang dilakukan secara teratur bersama keluarga atau anak sendiri dapat menjadikan anak aktif dan diharapkan akan menurunkan berat badannya.

Pengaturan makanan merupakan upaya untuk melatih anak makan secara tertib dan teratur. Upaya ini perlu dijalankan dalam keluarga dengan memberikan role model dalam keluarga. Keluarga merupakan contoh yang nyata dan akan ditiru oleh anak. Kebiasaan makan bersama keluarga serta penyusunan jadwal makan merupakan sesuatu yang dapat dilakukan untuk mendukung upaya ini.

Dukungan keluarga juga sejalan dengan Friedman (1998) adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap klien. Keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dengan bantuan jika diperlukan. Hal ini sangat jelas bahwa keluarga merupakan factor pendukung yang sangat penting dalam keluarga. Selain keluarga dukungan dari pelayanan keperawatan juga perlu. Hal ini sejalan dengan pernyataan bahwa pelayanan keperawatan komunitas bertanggung jawab terhadap peningkatan kesehatan masyarakat terutama

kelompok masyarakat yang kurang mendapat perhatian (Anderson & Mc. Farlan, 2004).

Faktor dukungan lain yang sangat penting adalah sekolah. Melalui UKS anak akan memperoleh informasi dan dukungan kesehatan. Promosi kesehatan oleh perawat komunitas dapat dilakukan kepada orang tuanya maupun kepada anak usia sekolah melalui UKS yang ada (WHO, 1986, dalam Pender, Murdaugh, & Parson, 2001). Promosi kesehatan yang diberikan kepada anak dan orang tua akan lebih efektif daripada hanya kepada anak atau orang tua. Hal ini karena keduanya mendapatkan informasi yang sama sehingga mempermudah pencapaian tujuan. Selain itu UKS dapat juga digunakan sebagai media konseling bagi anak sekolah dan orang tuanya.

Penelitian Yulianto, Hadi, Dwi (2007) tentang pengaruh penyuluhan manfaat sayur dan buah terhadap asupan zat gizi remaja obesitas siswa/siswi SLTP di kota Palembang. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengaruh konseling sayuran dan buah-buahan dapat meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan serta konsumsi nutrisi lain yang mengandung energy, lemak, karbohidrat dan serat. Hal tersebut dapat dijalankan pada tiap UKS dengan melibatkan perawat komunitas. Perawat komunitas dapat menganalisis permasalahan gizi pada anak sekolah. Setelah itu perawat komunitas menyusun perencanaan pengaturan makanan yang sehat untuk anak sekolah. Perencanaan ini sebaiknya melibatkan orang tua, anak sekolah serta pihak sekolah sehingga menjadi tanggung jawab bersama.

Pemberian nasehat dan contoh kepada anak merupakan salah satu tindakan yang penting dalam memotivasi anak sekolah. Pemberian nasehat ini hendaknya diikuti dengan tindakan yang nyata dari kedua orang tuanya atau anggota lain dalam keluarga. Hal ini sejalan dengan pernyataan bahwa secara informal fungsi pendidikan keluarga masih penting, namun secara formal fungsi pendidikan keluarga telah diambil alih oleh sekolah (Atmarno, 2007, <http://media.diknas.go.id/media/document/4713.pdf>, diakses tanggal 14 April 2009). Ditambahkan bahwa orang tua adalah sebagai pendidik yang pertama dan utama, yang tugasnya tidak boleh diambil alih oleh sekolah. Jadi meskipun di sekolah sudah ada UKS namun orang tua perlu aktif juga karena untuk mendukung anak obesitas agar dapat mendapatkan makanan yang sesuai.

#### **B. Keterbatasan Penelitian**

Peneliti sudah melakukan ujicoba terhadap kemampuan wawancara mendalam sesuai panduan wawancara semistruktur, format pencatatan respon non verbal dan alat perekam. Hasil wawancara yang ditulis dalam transkrip juga dikonsultasikan dengan pembimbing. Namun demikian penelitian ini masih memiliki keterbatasan dan kekurangan, diantaranya adalah:

1. Kemampuan peneliti untuk melakukan wawancara mendalam dan menuliskan catatan lapangan selama wawancara berlangsung yang belum maksimal dalam mengeksplorasi suatu fenomena. Hal ini dikarenakan bahwa penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam dan membuat catatan lapangan merupakan suatu pengalaman pertama bagi peneliti.

2. Validitas data kepada partisipan dengan memutar ulang rekaman dan mendengarkan bersama-sama setelah wawancara. Hal ini menurut peneliti merupakan keterbatasan karena partisipan mungkin sudah capai di wawancara sehingga kurang konsentrasi untuk mendengarkan dan mengatakan cukup dan tidak ada tambahan atau pengurangan informasi. Pertimbangan peneliti melakukan pemutaran ulang setelah selesai wawancara karena keterbatasan waktu untuk membuat janji pada waktu yang lain.
3. Validitas data kepada partisipan dengan menggunakan transkrip wawancara hanya dilakukan kepada 2 partisipan yang mudah dijangkau. Menurut peneliti seharusnya semua partisipan berhak untuk mendapatkan transkrip wawancara untuk mengkonfirmasi kalau terjadi kesalahan. Hal tersebut hanya dilakukan pada 2 partisipan karena keterbatasan waktu peneliti.
4. Validitas eksternal hanya dilakukan pada satu partisipan yang anaknya obesitas tetapi tidak sekolah di SDIT Lukman Al Hakim. Hal ini karena waktu yang dimiliki peneliti terbatas. Namun dari satu partisipan tersebut didapatkan informasi yang sama dengan pernyataan beberapa partisipan.
5. Pedoman wawancara bersifat semi struktur dengan berpedoman pada tujuan khusus menurut peneliti, pertanyaan yang ada masih dapat dikembangkan lagi namun peneliti mengalami kesulitan bila jawaban yang disampaikan masih kurang eksploratif. Peneliti masih kesulitan dalam mencerna pernyataan yang diberikan partisipan dan kemudian menanyakan pertanyaan berikutnya untuk menggali fenomena lebih dalam. Oleh karena itu peneliti

harus dapat lebih meningkatkan kemampuan untuk mengaplikasikan metode penelitian kualitatif.

6. Keterbatasan waktu partisipan karena semua partisipan bekerja dari pagi sampai sore sehingga wawancara ada yang dilakukan di tempat kerja partisipan selain itu juga tempat yang menyebar mempersulit peneliti mencari alamat partisipan. Berubahnya waktu yang telah disepakati membuat peneliti dan partisipan menyusun jadwal baru untuk wawancara.

### C. IMPLIKASI UNTUK KEPERAWATAN

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi pelayanan keperawatan komunitas, perkembangan ilmu keperawatan dan penelitian keperawatan.

Implikasi-implikasi tersebut lebih lanjut akan diuraikan berikut ini :

#### 1. Implikasi bagi keluarga

Hasil penelitian ini memberikan gambaran mendalam tentang bagaimana keluarga melakukan perawatan pada anak sekolah dengan obesitas. Keluarga sudah mengerti tentang obesitas tetapi secara mendalam keluarga belum tahu benar tentang dampak yang terjadi saat sekarang maupun untuk masa mendatang. Oleh karena itu keluarga akan menyadari dan termotivasi untuk memberikan perawatan yang optimal pada anak sekolah dengan obesitas

Keluarga merasakan kesadaran tentang obesitas setelah mendapatkan informasi tentang dampak obesitas yang dapat terjadi seperti penyakit jaunting, diabetes mellitus, dan gangguan psikologis. Keluarga sebagian merasakan senang dengan anak obesitas karena terlihat lucu dan

menggemaskan. Keluarga juga belum merasa khawatir tentang obesitas, hal ini perlu diberikan informasi yang cukup tentang obesitas kepada keluarga karena berbagai risiko mengancam anak obesitas.

## **2. Implikasi pada pelayanan keperawatan komunitas**

Bagi keperawatan komunitas sudah saatnya bahwa obesitas tidak dapat dipandang suatu masalah yang kecil tetapi bisa disejajarkan dengan masalah kurang gizi pada anak. Pertimbangannya adalah karena dampak dan risiko yang dapat terjadi bagi kesehatan yang tidak hanya nanti setelah tua tetapi obesitas juga berisiko pada saat sekarang. Oleh karena itu melalui pemberian informasi dan edukasi perawat perlu mengingatkan bahaya dan dampak dari obesitas serta pemahaman obesitas.

Keluarga sebagian belum mempunyai pengetahuan yang cukup tentang obesitas. Keluarga masih menganggap wajar kejadian obesitas sehingga sudah saatnya penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar asuhan keperawatan pada keluarga dengan anak obesitas. Pengalaman merawat anak obesitas dapat digunakan untuk mengevaluasi program pembinaan gizi masyarakat sehingga upaya preventif dan promotif dapat dijalankan. Upaya mencegah dan meningkatkan pemahaman obesitas memerlukan pendekatan yang kompleks agar didapatkan hasil yang optimal. Perawat komunitas dalam melakukan asuhan keperawatan perlu mengkaji berbagai aspek yang menyangkut obesitas, termasuk penyebab, faktor risiko, dan dukungan yang diberikan sehingga dapat mengidentifikasi permasalahan secara tepat.

Pengkajian terhadap latar belakang obesitas dapat menggali persepsi keluarga tentang obesitas, penyebab, faktor risiko dan upaya yang telah dilakukan. Perawat komunitas diharapkan mampu menyusun intervensi keperawatan yang mampu memotivasi keluarga dan anak obesitas. Perawat komunitas juga perlu memberikan informasi secara jelas kepada masyarakat tentang berbagai hal yang berhubungan dengan obesitas sehingga tindakan dilakukan secara komprehensif.

Intervensi keperawatan perlu disusun lebih komprehensif yaitu dalam mengatasi permasalahan obesitas dengan melibatkan keluarga, anak sekolah, masyarakat, dan petugas puskesmas. Oleh karena itu sudah saatnya obesitas menjadi bahasan yang perlu dilakukan dalam penanganan gizi masyarakat.

### **3. Implikasi pada perkembangan ilmu keperawatan**

Hasil penelitian ini menunjukkan belum adanya model dalam intervensi keperawatan komunitas khususnya perawatan anak obesitas. Hal ini dapat mendorong untuk mengembangkan model intervensi pada anak obesitas dengan memperhatikan variabel atau tema-tema yang ada.

Pada penelitian ini terdapat tema norma yang tidak tepat. Tema ini muncul karena kurangnya komitmen anggota keluarga, pilihan makanan tertentu dan kekhawatiran berlebihan. Hal tersebut menurut peneliti sangat berhubungan dengan faktor budaya suatu masyarakat sehingga pendekatan *transcultural nursing* perlu diterapkan pada keluarga dengan anak obesitas. Pendekatan ini

berarti penanganan obesitas tidak menjadi masalah yang berdiri sendiri tetapi melibatkan keluarga, masyarakat dan pemerintah serta memperhatikan budaya dan norma-norma masyarakat itu sendiri.

Peneliti juga menemukan beberapa variabel atau tema bahwa obesitas berhubungan dengan perilaku anak yang suka jajan atau makan *fast food* serta kurang gerak. Oleh karena itu pendekatan *health believe model* perlu dilakukan untuk merubah perilaku yang kurang baik menjadi perilaku yang baik dalam penanganan atau pencegahan obesitas.

#### **4. Implikasi bagi kebijakan program**

Hasil penelitian ini dapat memberi masukan dalam mengembangkan kebijakan program penanggulangan obesitas yang dilakukan secara terpadu antara individu, keluarga, masyarakat dan pemerintah. Pembinaan anak sekolah dengan obesitas belum mendapatkan perhatian dari pemerintah oleh karena itu sudah saatnya pemerintah mempunyai program kerja penanganan obesitas di Indonesia.

Pengaktifan usaha kesehatan sekolah (UKS) di berbagai instansi pendidikan dapat mendorong para siswa untuk berperilaku sehat dan mengonsumsi makanan yang sehat bila dilakukan kerjasama yang baik antara perawat komunitas dan pihak sekolah serta para siswa dan orang tua. Tindakan promotif dan preventif hidup sehat termasuk tidak obesitas dapat dikembangkan melalui pemberdayaan UKS.

## BAB VI

### SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang simpulan yang mencerminkan refleksi dari temuan penelitian dan saran yang merupakan tindak lanjut dari penelitian ini.

#### A. SIMPULAN

1. Persepsi keluarga tentang obesitas pada anak sekolah sebagian mempunyai persepsi yang baik. Keluarga mengerti tentang obesitas, penyebab obesitas, dampak obesitas. Sebagian juga mempunyai persepsi yang buruk tentang obesitas. Keluarga menolak dikatakan anaknya obesitas dan beranggapan sebagai sesuatu masih normal dan tidak khawatir.
2. Hambatan yang dirasakan dalam perawatan anak sekolah yang obesitas adalah adanya norma keluarga yang kurang tepat. Keluarga masih kesulitan untuk melakukan perawatan bersama karena antara keluarga inti dengan nenek atau kakek masih terjadi perbedaan pendapat dalam perawatan anak.
3. Makna pengalaman keluarga dalam melakukan perawatan anak sekolah adalah perasaan dirinya untuk menolak tetapi tidak mampu untuk melakukan. Anak sekolah juga merasa bahwa obesitas bukan suatu masalah sehingga anak-anak masih percaya diri terhadap obesitasnya.

4. Harapan keluarga tentang perawatan anak obesitas yaitu dengan adanya perbaikan pola makan anak. Keluarga berharap anak tetap sehat meskipun anak mengalami obesitas selain itu berat badan anak menjadi ideal.
  
5. Dukungan keluarga merupakan berbagai upaya yang dilakukan agar anak mencapai berat badan yang ideal. Upaya yang dilakukan oleh keluarga adalah dengan pengaturan makanan, melakukan aktifitas atau olahraga serta pemberian nasehat kepada anak. Kerjasama dengan UKS di sekolah serta perawat komunitas perlu dilakukan agar anak dan orang tua mendapatkan informasi yang jelas tentang obesitas serta sebagai tindakan promotif dan preventif terhadap risiko yang mungkin terjadi.

## **B. SARAN**

### **1. Bagi keluarga**

- a. Perawat komunitas perlu memberikan pemahaman tentang obesitas mengenai penyebab, risiko, dan intervensi kepada anak maupun orangtua yang dapat dilakukan di puskesmas maupun instansi sekolah dalam kegiatan usaha kesehatan sekolah (UKS).
  
- b. Keluarga dapat membuat jadwal makan, menyusun menu yang sehat dan seimbang serta untuk mengontrol berat badannya. Jadwal makan dapat digunakan sebagai pedoman waktu keluarga untuk dapat memberikan makanan sesuai dengan waktu selain melatih kedisiplinan. Menu yang seimbang juga dapat diberikan karena anak sekolah menolak makanan yang berwarna hijau.

## 2. Pelayanan keperawatan komunitas

Pelayanan saat sekarang sebagian besar untuk mengatasi masalah gizi kurang tetapi hendaknya jangan melalaikan masalah gizi lebih. Hal ini didasari karena bahaya dan risiko yang dapat terjadi pada anak obesitas cukup besar. Pemberian informasi obesitas melalui penyuluhan dan konseling merupakan sesuatu yang sangat mungkin yang dapat dilakukan melalui kerjasama dengan sekolah, di puskesmas maupun di masyarakat. Pelayanan ini hendaknya dilakukan kepada kedua belah pihak yaitu anak dan orang tuanya sehingga mendapatkan gambaran kedua-duanya.

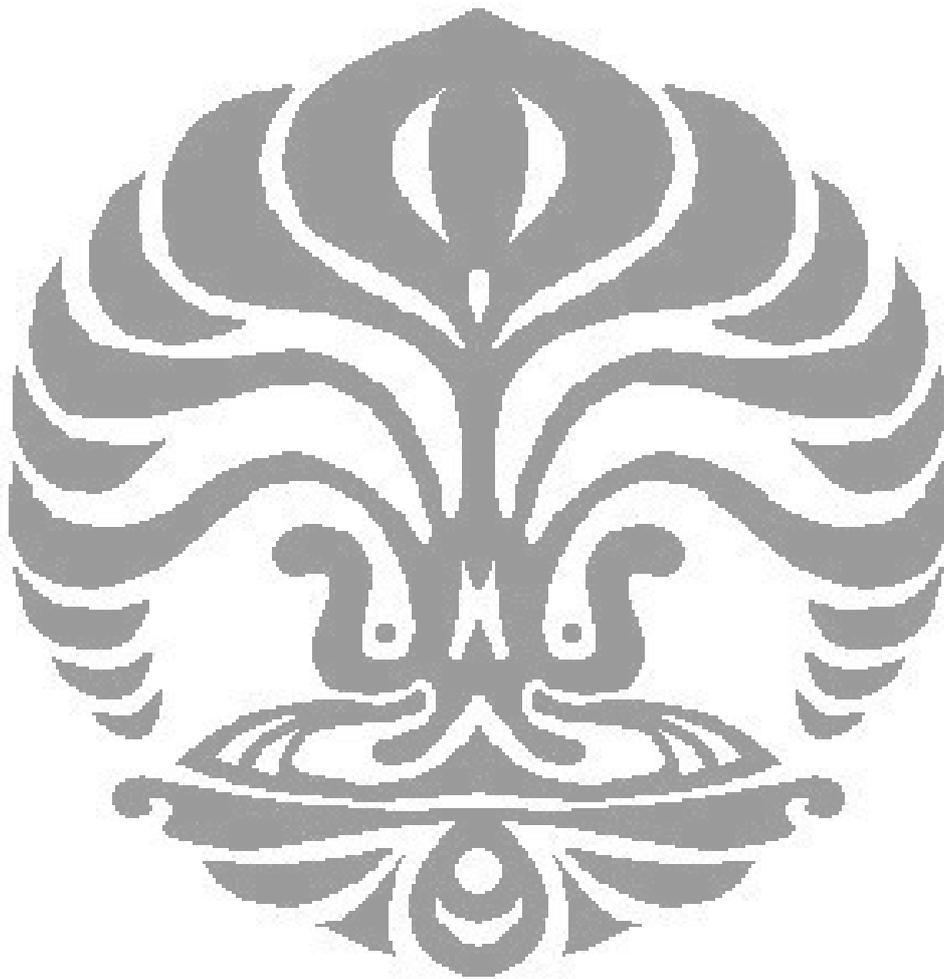
Peran perawat komunitas adalah mengembangkan pembinaan pada puskesmas dan melakukan konseling kepada anak serta orangtua dan mengawasi makanan yang ada di sekitar sekolah. Hal ini dilakukan untuk menjaga kesehatan anak sekolah.

## 3. Bagi Penelitian Keperawatan

Peneliti perlu melakukan latihan yang cukup sebelum melakukan wawancara mendalam pada beberapa partisipan dengan karakteristik berbeda, latihan ini untuk mencegah dan mengantisipasi hambatan-hambatan yang akan ditemui dalam proses wawancara.

Penelitian perlu dilakukan lebih lanjut baik penelitian kualitatif maupun penelitian kuantitatif untuk menggali hal yang lebih mendalam seperti:

- a. Study fenomenologi tentang respon anak yang mengalami obesitas serta koping yang dilakukan di rumah.
- b. Respon keluarga terhadap anak obesitas dalam pemenuhan kebutuhan makan sehari-hari: study fenomenologi
- c. Hubungan antara pengetahuan, sikap, perilaku tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak dengan obesitas di Yogyakarta



## DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J.A. & Spardley, B.W. (2001). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Almatsier, Sunita. (2002). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia.
- Akhmadi, Endah, Esti, (2007). *Faktor-faktor yang mempengaruhi obesitas pada anak sekolah dasar di SDIT Lukman Al. Hakim kota Yogyakarta*, tidak dipublikasikan.
- Atmarno, (2007), Peran keluarga dalam pembentukan anak abad 21. <http://media.diknas.go.id/media/document/4713.pdf>, diperoleh tanggal 14 April 2009
- Aritonang, A. (1997). *Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Yogyakarta : Kanisius.
- Bartol & Bartol (1994). *Pengertian persepsi*, <http://teori-psiologi.blogspot.com/2008/05/pengertian-persepsi.html>, diperoleh tanggal 8 April 2009.
- Berhman, Kliegman, Arvin. 2004. *Nelson Text Book of Pediatrics. 17<sup>th</sup> Edition*. Philadelphia: Saunders.
- Catherine.F.; Bancer, Nancy; Brandy, Margaret.A.; Duhl, Ardy.M. 1996. *Pediartic Primary Care. A Hand Book for Nurse Practitioners*. Philadelphia: Saunders.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiri and research design: choosing among five tradition*. United status America (USA): Sage Publication Inc.
- Damayanti, (2004), Obesitas mengancam anak-anak, <http://www.kompas.com>, di peroleh tanggal 15 Januari 2008.
- Djer (2004), Obesitas mengancam anak-anak, <http://www.kompas.com>, di peroleh tanggal 15 Januari 2008.
- Dorland (2002), Kamus Kedokteran, Penerbit EGC, Jakarta
- Dietz. 1983. *Childhood Obesity*. <http://www.en.wikipedia.org/wiki/obesity>, tanggal akses 20 Desember 2008.
- Friedman. 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Fogelholm, Mikael. 2003. *Obesitas Bukan Lagi Urusan Pribadi*. <http://www.indomedia.com>, diperoleh tanggal 8 Februari 2009.

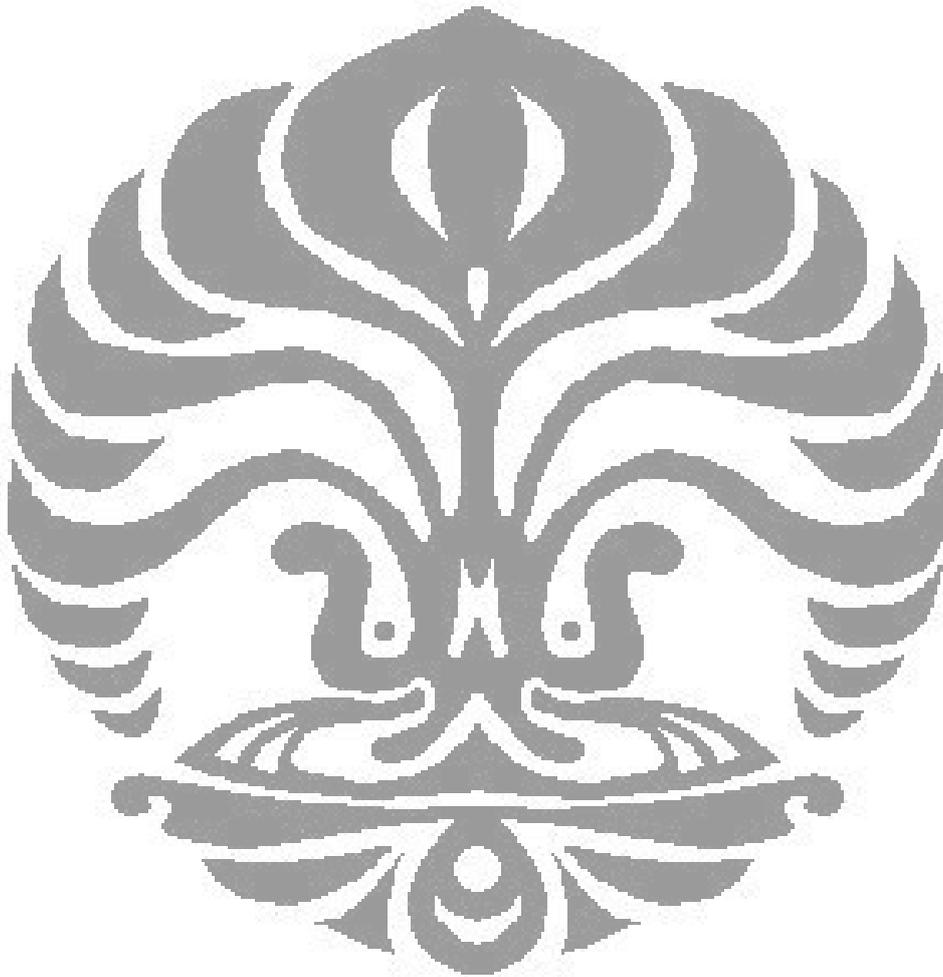
- Ginanjar, Genis. *Klinik Sehat: Kegemukan dan Obesitas*. <http://us.click.yahoo.com/a.ZmA/FpQLAA/HwkMAA/4t WO 1B/TM>, diperoleh tanggal 20 Desember 2008.
- Hadi, Hamam. 2005. *Beban Ganda Masalah Gizi dan Implikasinya terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional* ; Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar pada FK UGM, Yogyakarta
- Hawari, Dadang H.1999. *Al-Qur'an : Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Pt.Dana bhakti Prima Yasa.
- Herini, E.s., Widjajanto, P.H., Prawirohartono, Sadjimin, T. 1999. *Karakteristik Keluarga dengan Anak Obesitas*. Berita Kedokteran Masyarakat. Volume XV No 2.
- Hill (2000), Persepsi, <http://perawatpsikiatri.blogspot.com/2009/04/persepsi.html>, diperoleh tanggal 8 April 2009
- Hisobi (2005), *Waspada! penyakit obesitas pada anak*, Lampung pos terbit 25 Januari 2005.
- Hoyle, Harris, & Judd (2002). *Research methods in social relations*. Seventh edition, USA; Thomson Learning Inc.
- Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2006), *Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan*. Depkes, Jakarta.
- Kurniadarmi, E (2005). *Perilaku Agresif pada Anak Usia Sekolah dan Remaja awal (studi kualitatif)*; Jakarta; tesis; Fakultas Psikologi Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan).
- Lazarus, R.S, Folkman, S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company, New York
- Mahdiah. (2004). *Prevalensi Obesitas dan Hubungan Konsumsi Fast Food dengan Kejadian Obesitas pada Remaja SLTP Kota dan Desa di Daerah Istimewa Yogyakarta*. Tesis. Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Ilmu Kesehatan Minat Utama Gizi dan Kesehatan
- Maramis (1998). *Persepsi*. <http://perawatpsikiatri.com/2009/04/persepsi.html>, diperoleh tanggal 8 April 2009
- Mc Murray, A.(2003). *Community Health and Wellness: A Socioecological Approach*. 2nd Edition. Mosby Year Company.St. Luois USA.
- Meda, (2002), Keluarga sebagai tempat pertama dan utama terjadinya sosialisasi pada anak. [http://tumoutou.net/702\\_05123/meda\\_wahini.htm](http://tumoutou.net/702_05123/meda_wahini.htm), diperoleh tanggal 14 April 2009).

- Meylani (2002), *Obesitas mengancam anak-anak*, <http://www.kompas.com>, di peroleh tanggal 15 Januari 2008.
- Moleong, L.J., (2004). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Mu'tadin, Zainun. 2002. *Obesitas dan Penyebabnya*. From <http://www.e-psikologi.com/remaja/130502>, diperoleh tanggal 12 Februari 2009.
- Mulyana (2005), *Persepsi*, <http://perawatpsikiatri.com/2009/04/persepsi.html>, diperoleh tanggal 8 April 2009
- Neis and McEwen (2001). *Community Health Nursing. Promoting the Health of Populations*. USA: WB Saunders.
- Nurchahyo, (2000). *Obesitas pada anak paku penyakit jantung*, <http://www.indonesiaindonesia.com>, diperoleh tanggal 28 Februari 2009
- Padmiari I.E.A., Hadi H. 2003. *Konsumsi Fast Food sebagai Faktor Risiko Obesitas pada Anak SD*. *Majalah Kedokteran Medika* no.3 XXIX. Maret : 159-165
- Patton. (1990). *Qualitative Evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage
- Pander, N.J, Murdaugh, C.L, and Parson, M,A (2001). *Health Promotion in Nursing Practice*. Fourth Edition. New Jersey> Pearson Education, Inc.
- Poerwandari, E.K., (2005). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. Jakarta: Perfecta LPSP3. fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Pollit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research: Principles and methods*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essensial of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. St.Louis: Mosby Year Book Inc.
- Potter, Patricia A., Perry, Ane G.. 1993. *Fundamental Of Nursing : Concepts, Process, and Practice*. 3<sup>rd</sup> edition. Toronto : Mosby Year Book
- Purnomo, Indro. 2004. *Obesitas Jangan Dianggap Remeh*. From <http://www.kesehatandiy.go.id>, diperoleh tanggal 22 Juli 2006.
- Pudjiadi, Solikhin. (2000). *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak*. Jakarta: Gaya Baru.
- Rini, Nisa Ike. 2003. *Apakah Obesitas Itu?*. Jakarta: Pusat Jantung Harapan Kita
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. 2003. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry* 9<sup>th</sup> ed (pp.739-755). USA: Lipincott William & Wilkins Philadelphia

- Salim, E.Y.&Kurniasih,Heni.2003. *Awas Jantung Anak Gendut*. GATRA Edisi 48
- Sacharin, Rosa.M. 1993. *Prinsip Keperawatan Pediatrik. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Soekirman.(2000). Ilmu Gizi dan Aplikasinya. Jakarta Depdiknas.
- Soetjiningsih. (1998). *Pertumbuhan dan Perkembangan Balita*. Jakarta: EGC
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative Research In Nursing : Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia : Lippincott.
- Sugiyono, (2007). *Metode Penelitian kualitatif, Kualitatif dan R & D*, Bandung: CV Alfabeta.
- Supariasa, I dewa Nyoman; Bakri, Bachyar; Fajar, Ibnu. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Syarif . D.R., 2003. *Child Hood Obesity: Evaluation and Management Naskah Lengkap Nasional Obesity Symposium II*. Perkeni. Surabaya: DNC.
- Walgito, (2001). Pengertian persepsi, <http://www.infoskripsi.com/Article/Pengertian-Persepsi.html>, diperoleh tanggal 8 Maret 2009.
- Wang, Z., Carla M.P., Andrew P.H. 2002. *Association between Overweight or Obesity and Household Income and Parental Body Mass Index in Australian Youth: Analysis of the Australian National Nutrition Survey 1995*. Asia Pasific Jurnal Clinical Nutrition 11 (3), 200-205
- WHO. (2000). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*. <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, diperoleh tanggal 12 Februari 2008.
- Williams, Christine.L; Campanaro, Lynn Ann; Squillace, Margaret, Bollella, Marguerite. 1997. *Annals of The Newyork for Sciences. Adolescent Nutritional Prevention and Treatment*. Edited by Jacobson, Marc.s; Ress, Jane.M.; Golden, Neville.H.; Irwin, Charles.F. Newyork.
- Yulianto, Hadi, Dwi (2007), *Penagruh penyuluhan manfaat sayur dan buah terhadap asupan zat gizi remaja obesitas siswa/siswi SLTP di kota Palembang*, Jurnal Gizi Klinik Indonesia, Vol. 4 No.2 Nopember 2007: 53-62.
- Zulkarnain, Castro, Untung (2006), *Pengaruh pendidikan gizi pada murid sekolah dasar terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu keluarga mandiri sadar gizi di kabupaten Indragiri hilir*, Jurnal Gizi Klinik Indonesia, Vol. 3 No.1 Juli 2006: 29-33.
- \_\_\_\_\_(2005). *Lintas Berita: Gemuk merupakan Gudang Penyakit*. <http://www.glorianet.org/berita/66031.htm>, tanggal Akses 5 Desember 2008.

\_\_\_\_\_(2009). *Persepsi*, <http://wikipedia.org/wiki/persepsi>. diperoleh tanggal 13 April 2009.

\_\_\_\_\_(2009). *Experience*, <http://wikipedia.org/wiki/experinece>. diperoleh tanggal 13 April 2009.



## KISI-KISI TEMA

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8			
1	Persepsi keluarga dengan anak obesitas	1. Persepsi baik	a. mengenal obesitas pada anak	BB dan TB tidak seimbang	perimbangan berat badan dengan tinggi badan tidak seimbang	v										
					berat badan yang tidak sesuai dengan tinggi badan atau usia anak					v						
					BB dan usia tidak seimbang				v							
					Pertumbuhan ke atas dan samping tidak seimbang				v							
					Standar deviasi				v							
					Volume badan							v				
			b. mengenali penyebab	Kurang beraktifitas	anak saya sendiri kurang gerak mungkin tetapi cenderung banyak makan	v										
					kurang gerak olah raganya kurang	v										
					..... main, nonton TV, makan untuk aktifitas di luar lari-larian memang jarang				v							
					.... sekolah sudah sampai sore paling istirahat sebentar nonton TV nanti pindah belajar, jadi gerakanya kurang				v							
					.....juga kurang gerak				v							
					.....olah raganya juga kurang ngikutin							v				
					.... menonton TV sambil rebahan, itu karena malas atau badannya gemuk, jadi gerakanya kurang.....								v			
					.....main computer, nonton TV, sambil tidur-tiduran sehingga gerakannya memang agak kurang										v	
					Pola makan yang kurang tepat	anak saya nomor satu cenderung dari kecil senang makan, cenderung berulang-ulang gampang lapar, anak saya bisa 5 kali	v									
											v					

				minimalnya 3 kali bahkan sampai 5 kali			v							
				sambil ngemil, apalah yang ada, saya pernah bilang selotip aja mulunya							v			
				.....suka ngemil dan ngemilnya yang berat, dia suka roti, biscuit-biskuit								v		
			Komposisi makanan yang tidak baik	.....tetapi kalau ada sarden, sarden belum habis tambah terus		v								
				sayur bening-bening, sop, sayur, capcai yang sayur									v	
				sayur hijaunya gak mau..... kangkung dan daun tela gak mau										v
				kalau masih lapar, bu boleh ya saya buat mi			v							
				kalau dia masih terasa lapar nanti makan indomie					v					
				senang fried chicken, ayam gak ada bosannya, dan sate .....					v					
				.....Kentucky biasanya makan kayaknya gitu seminggu sekali							v			
				kadang-kadang gak bisa terhindarkan.....								v		
				Faktor keturunan	biasanya karena ada factor keturunan, karena suami saya juga gemuk	v								
					bapak saya, waktu dulu beratnya sampai 90 kg		v							
			..... factor genetic menurut saya dari mbahnya dari bapak saya				v							
			obesitas apakah ada factor genetiknya, karena eyangnya juga gemuk-gemuk.....					v						
			saya rasakan mungkin dari gen					v						
			.....ibunya gemuk.....							v				
			ada keturunan dari bapak saya almarhum.....								v			
			dari keturunan kami emang besar-besar										v	
			.....bapak ibu saya gemuk.....										V	
		c. Dampak obesitas	Risiko kurang lincah	saya takutkan dari segi kelincuhan anak saya terlambat	v									
				..... kalau lari paling belakang,			v							
				.....pernafasan, gerakan jadi kurang, cenderung agak malas untuk melakukan aktifitasnya				v						
				Biasanya malas gerak dan lemak kurang bisa terbakar					v					
				.....aktifitas gerak kurang begitu lincah						v				

				serta olah raganya yang kurang .....									
			Risiko terkena penyakit	..... .biasanya penyakit gula	v								
				.....penyakit makanya .....		v							
				.....peningkatan kadar kolesterol, LDL, HDL atau DHLL ..... aliran pembuluh darah, pengapuran dan lain-lain endingnya jantung			v						
				..... masuknya penyakit lebih banyak daripada yang tidak gemuk				v					
				..... jantung apakah berkaitan dengan darah, beberapa penyakit yang menyerang anak gemuk .....				v					
				.....factor kesehatan bisa ke sakit yang mungkin jantung atau jantung koroner.....					v				
				ditakutkan sisi kesehatannya, ..... mengandung lemak .....berbahaya untuk kesehatannya						v			
				obesitas biasanya kolesterolnya, nanti bisa ke jantung, hipertensi						v			
				saya takutnya saya dan ibu saya kena gula, jadi kemungkinan saya dan anak saya juga									v
			Risiko pada fisik	nun sewu (maaf ) aja penisnya kecil		v							
				.....kalau kamu gendut burung kamu gak kelihatan			v						
				saya mau nyunatke ..... belum bisa karena anak terlalu gemuk, jadi burungnya terlalu kecil									v
			Risiko dari Estetika	penampilan, atau estetikanya, jadi gak menarik			v						
				.....secara psikologi belum									
				..... kedua estetika				v					
				..... kecantikannya ya yang slim				v					
				tidak terlalu dominan, tetapi kadang-kadang terungkap, dia pengen langsing						v			
			Risiko pada psikologis	waktu TK belum terasa .....sekarang sudah terasa					v				
				dia mulai ngga nyaman anak laki-laki juga gak senang dengan anak perempuan yang gendut							v		
		d. pengalaman masa balita dengan penyakit	Riwayat penyakit sewaktu kecil	.....waktu kecil yaitu flek		v							
				....anak saya waktu kecil mengalami flek semua			v						
				2 tahunan anak kurang timbangan				v					



2	Hambatan keluarga dalam perawatan obesitas	3. norma keluarga yang tidak tepat	a. kurangnya komitmen semua anggota keluarga	Perbedaan perawatan anggota keluarga	Leh (nak), ini makanan di maem (makan), dia gak kuasa menolaknya			v								
					saya kan ngopeni (merawat), saya pengen ngene (begini)...											
					.....tetapi kadang ayahnya sudah capek											
					saya kurangi tetapi saya itu gak tega karena dia bilang lapar....., lapar.....										v	
			b. pilihan makanan tertentu	Hanya konsumsi makanan tertentu	sayuran maunya hanya wortel, yang warna hijau banyak yang gak mau			v								
					jenisnya sayur memang tidak begitu suka				v							
			c. kekhawatiran orang tua yang berlebihan terhadap pertumbuhan anak	gangguan pertumbuhan	..... kalau ada aroma gak mau makan seperti pepaya, pisang, paling melon dan semangka					v						
					Saya takutnya makanan kalau dikurangi anak jadi kudet (kecil)											
					kalau sudah gemuk masa gak boleh makan ya untuk pertumbuhan makan										v	
3	Makna pengalaman keluarga merawat obesitas	4. perasaan bertentangan antara membolehkan dan membiarkan	kesulitan menolak keinginan anak untuk makan	Membiarkan anak makan sesuai keinginan	anak kecil ..... tidak obes terus..... anak mengalami pertumbuhan			v								
					pertumbuhan gak bagus kalau terlalu gemuk										v	
					pengin menurunkan tapi susahnya minta ampun			v								
					pengaturan makan ya itu yang sulit				v							
					kita harus ngemong (menjaga) ..... marah, dari pada dipenging (diomong) ya malah nesu (marah) .....				v							
					tetapi saya gak tega, tetapi ini susah sekali											v
		5. kepercayaan (believe) keluarga yang salah tentang obesitas anak	Keluarga dan anak menganggap obesitas hal biasa	anak tidak peka	Keluarga tidak peka	saya kurangi tetapi saya itu gak tega karena dia bilang lapar....., lapar.....									v	
						gak mengenakan lapar-lapar terus.....				v						
						terus terang saya gak suka mengujo (membebaskan) makanan pada anak		v								
				diam aja, anak saya yang mbarep cenderung ndableg (cuek)				v								
				tetangga saya sewaktu kecil gendut sekali ..... dewasa menjadi tidak gendut ..... saya senang .....					v							
				.....gak baik sih (sambil ketawa)										v		
				gemuk itu identik dengan penyakit, yang paling dikawatirkan penyakitnya								v				
				selama ini saya mungkin kurang peka		v										

		6. obesitas bukan hambatan menjadi percaya diri		Percaya diri	saya merasakan enjoy, dia malah nrimo, nggak nuntut makanan cenderung nrimo selama ini masih PD aja dia PD aja, mungkin dia setelah gemuk gak masalah	v												
				Kuat mental	mentalitasnya saya kira insyaallah survive artinya tidak terpengaruh dengan sosialisinya anak saya gak malu							v						
		7. mekanisme koping pada anak obesitas	Membandingkan dengan teman lain	Bagi anak	karena teman banyak yang gemuk karena teman-teman yang masih gede juga ada..... anak saya ngeles (membandingkan), ada loh anak saya yang lebih gemuk dari aku		v			v								
				Bagi keluarga	menurut saya kelebihan, menurut pemahaman saya anak saya cenderung ada tenaga untuk memproteksi dirinya	v												
				Pengalaman orang tua	pengalaman pribadi ..... diatas usia 35 saya mulai kena tekanan tekanan darah tinggi, kolesterol sampai 200		v											
							v											
4	Harapan keluarga dalam perawatan obesitas	8. perbaikan pola makan	a. anak makan secara teratur	Mengatur pola makan	.....makanya dikurangi agar diatur makannya supaya tidak terlalu gemuk tidak dengan kadar lemak tinggi, sayur, menghindari indomie, sarimi, supaya anak sehat saya pengen anak saya kurus	v							v				v	
			b. anak menjadi sehat	Anak sehat	harapannya ya anak saya sehat ingin yang normal-normal aja mungkin pengingnya slim dia tumbuh sehat secara fisik dan mental	v				v								v
			c. berat badan anak menjadi ideal	Kurus sendiri	mungkin nanti kurus sendiri karena capai SMP besok langsing, ..... penampilan dan postur semoga menjadi langsing gak gemuk, tetapi proporsional karena gennya	v				v								
5	Dukungan keluarga dalam perawatan obesitas	9. memotivasi anak obesitas mencapai berat badan ideal	a. anak sekolah mengupayakan olah raga	Pengaturan olah raga	seminggu sekali itupun tidak optimal.., jalan kaki tiap hari minggu sekali hanya olahraga renang, sepedaan dan mengalihkan ke buah-buahan	v												
								v										

		dengan berbagai upaya			kalau olahraga sudah ada alatnya, skiping, raket untuk badminton ,bola.....			v							
					dulu saya pengen ikut bela diri										v
		b. adanya pengaturan makan	Pengaturan makan		pola makan harus benar-benar diperhatikan ..... lemak harus dibatasi untuk protein ..... pertumbuhan			v							
			Puasa		puasa, saya ajak puasa senin kamis ya pengendalian makan.....	v							v		
			Pilih menu		senangnya di pepes, saya juga menghindari pakai santan-santan .....mengurangi makanan fast food cenderung ke makanan-makan sayur kalau daging ngambilnya bukan ayam tetapi ikan laut, tele					v				v	
		c. nasehat dan motivasi kepada anak	Nasehat		Nduk (nak) jangan terlalu banyak saya gak bisa susah banget kalau dilarang nanti saya bisa mati mah, anak saya gampang merasa lapar, .....	v			v						
			Pujian		perutmu sudah kempes lho dengan pujian, bajumu rak sempit lho....				v						
			Komunikasi		banyak berkomunikasi, selalu mengingatkan masa depan ..... , jangan gitu mas, untuk besok lagi, jangan dihabiskan mas semua								v		v

## PENJELASAN PENELITIAN

### **Pengalaman Keluarga Merawat Anak Usia Sekolah dengan Obesitas Yang bersekolah di Sekolah Dasar kota Yogyakarta**

Peneliti/NPM :

Akhmadi / 0706542323, adalah Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bapak/Ibu sebagai orang tua anak usia sekolah dengan obesitas telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi ini sepenuhnya sukarela. Bapak/ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan pada peneliti kapanpun bapak/ibu kehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu. Sebelum bapak/ibu memutuskan, saya akan jelaskan beberapa hal sebagai berikut :

1. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak usia sekolah dengan obesitas di SDIT Lukman Al Hakim kota Yogyakarta. Arti dan makna pengalaman ini sangat penting untuk pertumbuhan anak sekolah dan mencegah dampak yang dapat terjadi akibat obesitas.
2. Jika bapak/ibu bersedia ikut serta dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara pada waktu dan tempat sesuai dengan keinginan bapak/ibu. Jika bapak/ibu mengizinkan peneliti akan menggunakan alat perekam untuk menyimpan data apa yang bapak/ibu katakan. Wawancara tersebut akan dilakukan sebanyak satu kali selama kurang lebih 60 menit dan bila ada yang kurang jelas peneliti akan datang lagi sesuai kesepakatan.

3. Penelitian ini kecil sekali dapat menimbulkan resiko kepada bapak/ibu. Jika bapak/ibu merasa tidak nyaman selama wawancara, bapak/ibu boleh memilih untuk tidak menjawab pertanyaan atau mengundurkan diri dari penelitian ini.
4. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Peneliti akan memberikan hasil penelitian ini pada bapak/ibu, jika bapak/ibu menginginkannya. Hasil penelitian ini akan diberikan ke institusi tempat saya belajar dan institusi pelayanan kesehatan setempat dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas.
5. Jika ada yang belum jelas silahkan bapak/ibu mengajukan pertanyaan
6. Jika bapak/ibu bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan bapak/ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.

Yogyakarta, Juni 2009

Peneliti

Akhmadi

0706542323

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan di atas, saya mengerti bahwa penelitian ini akan menjunjung tinggi hak-hak saya selaku partisipan. Saya berhak menghentikan penelitian ini jika suatu saat merugikan saya.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan dalam penelitian ini besar manfaatnya bagi peningkatan pelayanan keperawatan khususnya dalam merawat anak sekolah dengan usia sekolah. Dengan saya menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dengan ikhlas dan sungguh-sungguh dalam penelitian ini.

Yogyakarta, Juni 2009

Peneliti

Saksi

Partisipan

( ) ( ) ( )

**DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN**

Nama Partisipan :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Agama :

Status Pendidikan :

Suku :

Nomer telepon :

Hubungan dengan anak usia sekolah dengan obesitas ?

Sejak kapan anak usia sekolah mulai mengalami obesitas?

Selain Bapak/Ibu, apakah ada anggota keluarga lain yang ikut merawat?

Ya    Tidak

(Lingkari jawaban yang sesuai)

Bila Ya, Sebutkan :

Perubahan apa saja yang dialami oleh anak usia sekolah dengan obesitas?

## PANDUAN WAWANCARA

### Pertanyaan Pembuka

Saya sangat tertarik pengalaman Bapak/Ibu dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas. Mohon Bapak/Ibu mau menjelaskan kepada saya apa saja yang terkait dengan pengalaman tersebut, termasuk semua perasaan, peristiwa, pendapat dan pikiran yang Bapak/Ibu alami.

Contoh beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk memfasilitasi wawancara:

1. Apa persepsi bapak/ibu tentang anak usia sekolah dengan obesitas?
2. Apa hambatan dalam merawat anak usia sekolah dengan obesitas?
3. Apa makna pengalaman keluarga dalam merawat anak sekolah dengan obesitas?
4. Bentuk dukungan apa saja yang bapak/ibu berikan kepada anak sekolah dengan obesitas?
5. Apa harapan yang bapak/ibu inginkan pada anak sekolah dengan obesitas ?

**CATATAN LAPANGAN**

Nama Partisipan :	
Tanggal wawancara :	
Tempat Wawancara :	
Waktu wawancara :	
Posisi partisipan :	
<b>GAMBARAN PERISTIWA/RESPON</b>	
	

## KARAKTERISTIK PARTISIPAN

Partisipan 1 : Ibu A, usia 37 tahun, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA), bekerja sebagai pegawai perpustakaan Universitas Janabadra, tinggal di Ambarukmo 366 RT/RW 07/03 Caturtunggal Depok Sleman, Yogyakarta, Suku Jawa. Hubungan dengan anak sekolah yaitu anak-ibu, merawat anak sekolah sejak bayi. Anak sekolah yang dirawat adalah perempuan berusia 12 tahun masih sekolah di kelas 5 dan dinyatakan sebagai obesitas.

Partisipan 2 : Ibu H usia 38 tahun, pendidikan terakhir sarjana (S1), bekerja sebagai PNS di dinas pertanian Bantul, tinggal di Sidorejo No. 70 Rt 02 Rw 32 Ngestiharjo Kasihan Bantul, Suku Jawa. Hubungan dengan anak sekolah yaitu anak-ibu, merawat anak sekolah dengan obesitas sejak bayi. Anak sekolah yang dirawat adalah laki-laki berusia 10 tahun masih sekolah di SDIT kelas 4 dan dinyatakan sebagai obesitas.

Partisipan 3 : Ibu E usia 37 tahun, pendidikan terakhir master kesehatan (S2), bekerja sebagai dosen di Akbid YKY Yogyakarta, tinggal di Jl Imogiri Timur Km 8,5 Wonokromo Pleret Bantul, Yogyakarta. Hubungan dengan anak sekolah yaitu anak-istri, merawat anak sekolah sejak kecil. Anak sekolah yang dirawat adalah laki-laki berusia 8 dan 11 tahun masih sekolah di kelas 1 dan 4, berdasarkan perbandingan berat badan dan tinggi badan menurut WHO NCHS digolongkan sebagai obesitas

Partisipan 4 : Bp. H usia 45 tahun, pendidikan terakhir sarjana pendidikan (S1), tinggal di Jl. Kauman no 28 Ngupasan Gondomanan, Yogyakarta, suku Jawa. Hubungan dengan anak sekolah yaitu anak-bapak, lama merawat anak sekolah sejak lahir. Anak sekolah yang dirawat adalah anak perempuan umur 11 tahun, bersekolah di kelas 4 berdasarkan perbandingan berat badan dan tinggi badan menurut WHO NCHS digolongkan sebagai obesitas.

Partisipan 5 : Bp. P usia 43 tahun, pendidikan terakhir Diploma, tinggal di Pilahan Permai Dahlia No 41 Kotagede Yogyakarta, Suku Jawa. Hubungan dengan anak sekolah yaitu Anak-bapak, lama merawat anak sekolah sejak lahir. Anak sekolah yang dirawat adalah anak laki-laki umur 8 tahun, bersekolah di kelas 1 berdasarkan perbandingan berat badan dan tinggi badan menurut WHO NCHS digolongkan sebagai obesitas.

Partisipan 6 : Ibu E usia 48 tahun, pendidikan terakhir sarjana (S1), tinggal di Samirono Baru 51 Caturtunggal Depok Sleman, bekerja sebagai guru. Hubungan dengan anak sekolah yaitu Anak-ibu, lama merawat anak sekolah sejak lahir. Anak sekolah yang dirawat adalah anak perempuan umur 11 tahun, bersekolah di kelas 4 berdasarkan perbandingan berat badan dan tinggi badan menurut WHO NCHS digolongkan sebagai obesitas.

Partisipan 7 : Ibu E usia 32 tahun, pendidikan terakhir Sarjana agama (S1), tinggal di Pr Jati Sawit Asri AB No. 5 Balecatur Gamping Sleman, bekerja sebagai tukang foto di rumah. Hubungan dengan anak sekolah yaitu anak - ibu, lama merawat anak sekolah sejak lahir. Anak sekolah yang dirawat adalah anak

laki-laki umur 8 tahun, bersekolah di kelas 2 berdasarkan perbandingan berat badan dan tinggi badan menurut WHO NCHS digolongkan sebagai obesitas.

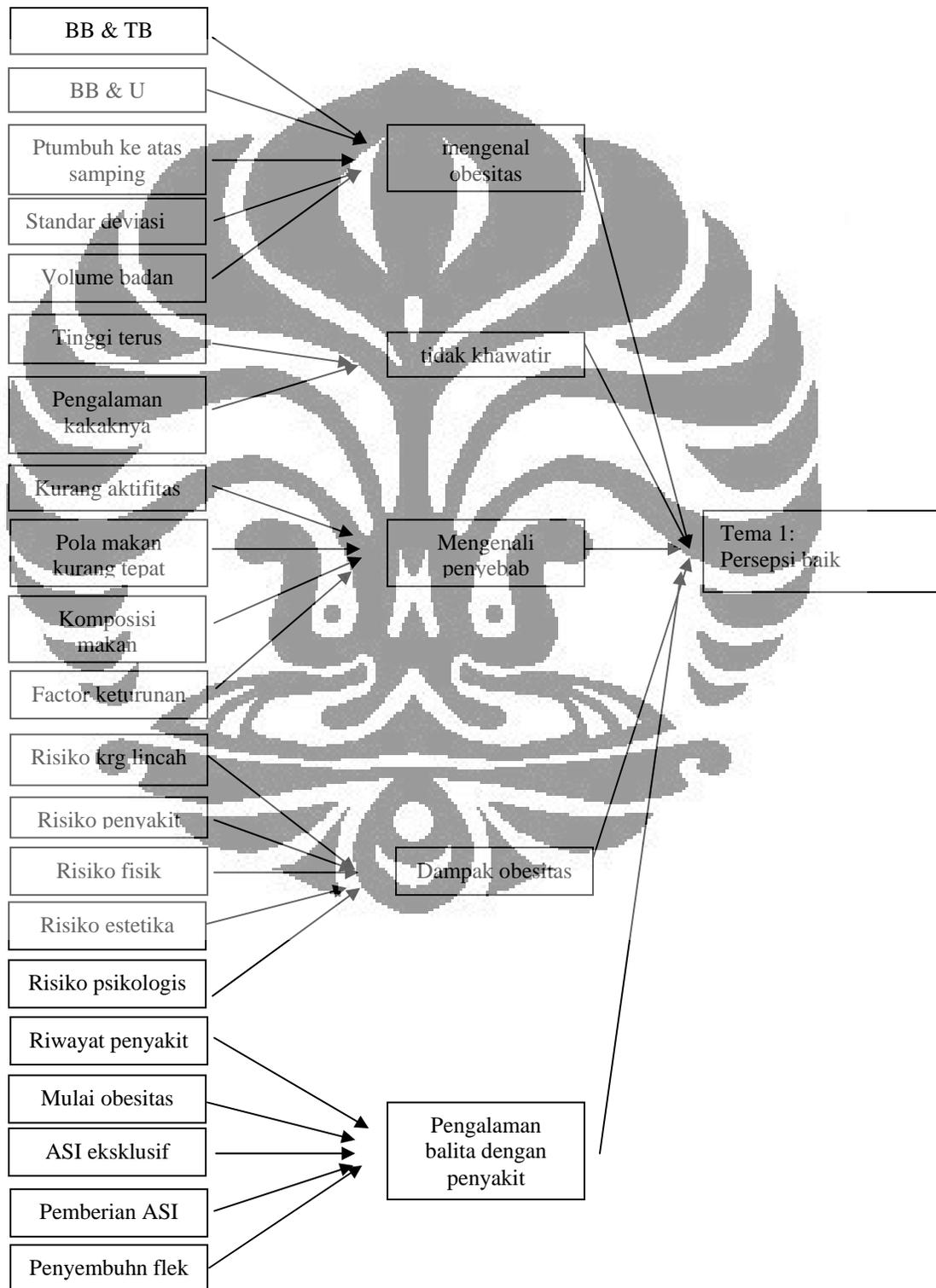
Partisipan 8 : Ibu D usia 53 tahun, pendidikan terakhir Diploma, tinggal di Jl Nagan Lor No 64 Kadipaten Kraton Yogyakarta, Suku Jawa, bekerja di percetakan. Hubungan dengan anak sekolah yaitu Anak-ibu, lama merawat anak sekolah sejak lahir. Hubungan dengan anak sekolah yaitu anak - ibu, lama merawat anak sekolah sejak lahir. Anak sekolah yang dirawat adalah anak laki-laki umur 9 tahun, bersekolah di kelas 3 berdasarkan perbandingan berat badan dan tinggi badan menurut WHO NCHS digolongkan sebagai obesitas.

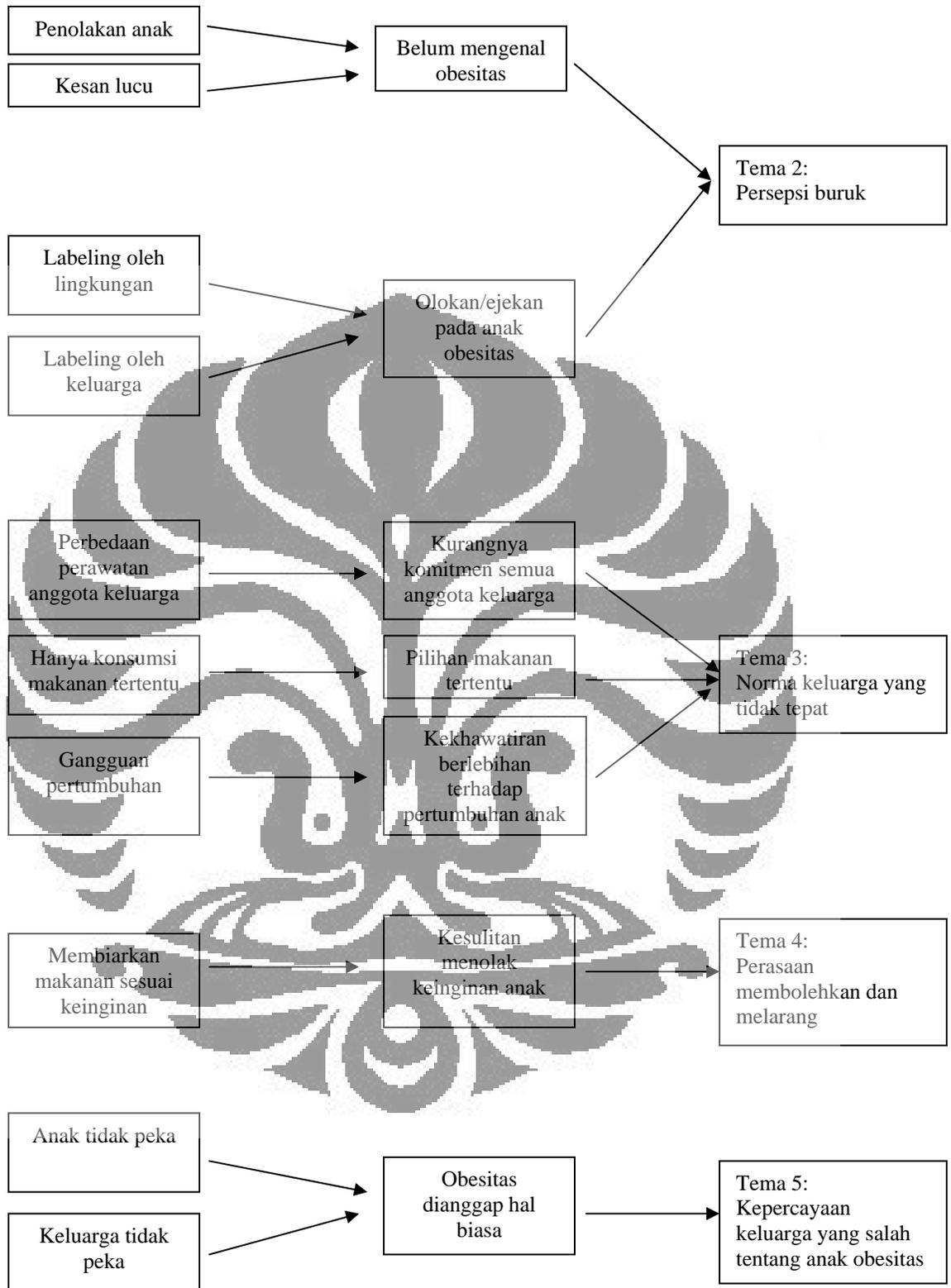


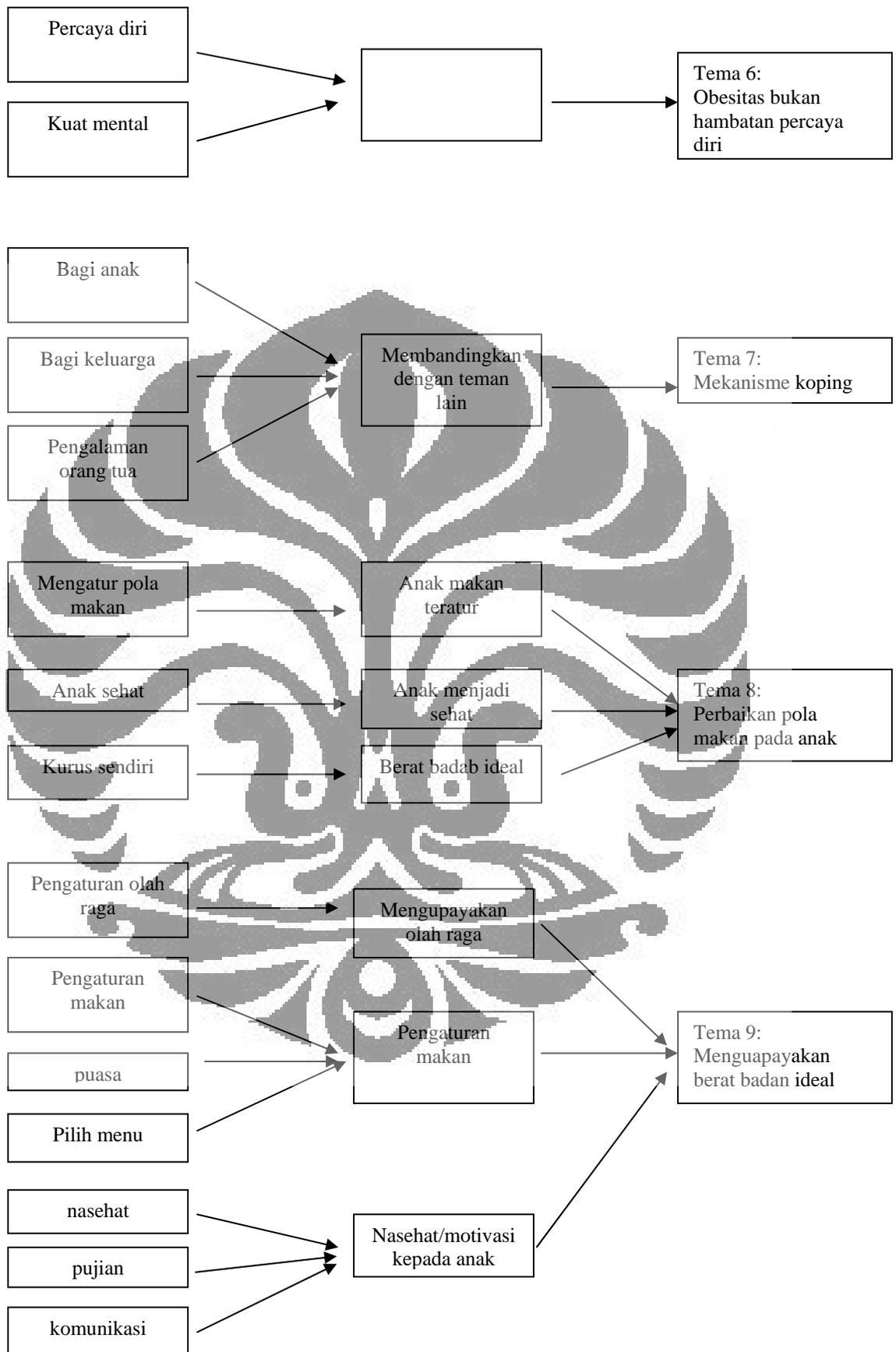
SKEMA

ANALISIS TEMA TENTANG PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT ANAK

USIA SEKOLAH DENGAN OBESITAS







## Karakteristik partisipan dan anak obesitas

No	Kode	Nama anak	JK	Tgl lahir	Kelas	Partisipan	Usia	Pekerjaan	Pddk	TB	BB	Status gizi
1	P1	Restu Adriyani	P	12 Okt 1997	5	Ari Purwanti	37	PT swasta	SMA	140	48	Obesitas
2	P2	Ridhwan Afnan P	L	20 Nov 1999	4	Heny Endrawati	38	PNS	S1	142	51	Obesitas
3	P3	Iqbal Rizky N	L	26 Agust 2001	1	Eka Nur Rahayu	37	Dosen	S2	137	45	Obesitas
4	P4	Fatya Hanun N	P	8 Juli 1998	4	Drs. Hamid & bu Retno	45	PNS	S1	138	47	Obesitas
5	P5	Wildan Zulfar S	L	18 April 2001	1	Purwoko, BSc	43	Swasta	D3	135	50	Obesitas
6	P6	Mufidah Sa'idah	P	7 Mei 1998	4	Endang Tri S	48	Guru	S1	132	55	Obesitas
7	P7	Muh. Syauqi B A	L	1 Sept 2000	2	Elok Mashulloh S,Ag	32	Swasta	S1	133	42	Obesitas
8	P8	Krishna Ayub F	L	16 Feb 2000	3	Dharyatun	53	swasta	D3	135	45	Obesitas