

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Obesitas merupakan kondisi yang terjadi akibat adanya ketidakseimbangan antara asupan energi dan pengeluaran energi, yang ditandai dengan akumulasi lemak berlebih pada jaringan adiposa.⁽¹⁾ Obesitas terjadi apabila mengonsumsi makanan dengan kandungan lemak dan gula yang tinggi, yang tidak diimbangi dengan aktivitas fisik yang memadai. Ketidakseimbangan antara asupan dan pengeluaran energi tersebut menyebabkan terjadinya penumpukan lemak dalam tubuh, yang dalam jangka panjang berpotensi menimbulkan efek toksik serta berdampak negatif terhadap kesehatan.⁽²⁾

Obesitas pada usia dewasa memberikan dampak yang serius terhadap status kesehatan individu. Peningkatan berat badan dan obesitas diketahui sebagai salah satu faktor risiko utama terjadinya berbagai penyakit metabolik dan degeneratif. Sehingga peningkatan obesitas di Indonesia diikuti dengan peningkatan penyakit seperti diabetes melitus dari 1,5% (2018) menjadi 1,7% (2023), dan hipertensi dari 25,8% (2013) menjadi 34,1% (2018).⁽³⁻⁶⁾ Kondisi tersebut tidak hanya menurunkan kualitas hidup, tetapi juga meningkatkan risiko komplikasi kesehatan yang dapat menyebabkan kematian.⁽¹⁾ Menurut studi di Indonesia menggunakan metode *prevalence-based*, angka kematian total akibat obesitas dan kelebihan berat badan tertinggi tercatat pada penyakit jantung koroner (1.488.714 kematian), diabetes melitus (1.270.377 kematian), dan stroke (280.001 kematian).⁽⁷⁾

Obesitas pada usia dewasa juga dapat menimbulkan stigma dan diskriminasi dapat menyebabkan beberapa gangguan mental. Dikarenakan adanya risiko timbulnya perasaan harga diri yang turun, *mood* dan motivasi yang terganggu, permasalahan pada

pola makan, permasalahan komunikasi dan secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi kualitas hidup. Kerugian ekonomi juga akan dialami oleh suatu negara akibat peningkatan obesitas pada pekerja usia dewasa, hal ini dikarenakan kinerja yang menurun dan gangguan muskokeletal di kalangan yang memiliki beban fisik yang tinggi, sehingga dapat menurunkan produktivitas.⁽³⁾ Penelitian memperkirakan total kerugian ekonomi akibat obesitas pada dewasa mencapai Rp78.478 miliar per tahun (0,9% PDB), dengan rincian biaya perawatan kesehatan Rp56.487 miliar, hilang produktivitas akibat kematian dini Rp1.597 miliar, dan ketidakhadiran kerja Rp20.394 miliar.⁽⁸⁾

World Health Organization (WHO) pada tahun 2013 mendefinisikan obesitas sebagai kondisi terjadinya penumpukan lemak dalam tubuh yang bersifat abnormal atau berlebihan sehingga dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan.⁽⁹⁾ Data WHO menunjukkan bahwa prevalensi obesitas di seluruh dunia telah meningkat hampir tiga kali lipat sejak tahun 1975 dan terus mengalami peningkatan hingga berkembang menjadi masalah kesehatan global atau pandemi. Saat ini, jumlah penduduk yang mengalami kelebihan berat badan (*overweight*) dan obesitas diperkirakan mencapai hampir sepertiga dari total populasi dunia.⁽¹⁰⁾

Pada tahun 2018, sekitar 39% populasi dunia mengalami kelebihan berat badan dan 13% di antaranya tergolong obesitas, dimana kondisi tersebut memiliki risiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu dengan berat badan normal.⁽¹¹⁾ Lebih dari 50% populasi dengan obesitas di dunia terkonsentrasi di sepuluh negara, yaitu Amerika Serikat, Tiongkok, India, Rusia, Brasil, Meksiko, Mesir, Jerman, Pakistan, dan Indonesia. Di antara negara-negara tersebut, Amerika Serikat menyumbang sekitar 13% dari total penderita obesitas global.⁽¹²⁾

Analisis terbaru yang dilakukan oleh University of North Carolina mengenai *double burden of malnutrition* (DBM), yaitu kondisi dimana kekurangan gizi seperti stunting dan wasting terjadi bersamaan dengan kelebihan gizi berupa kelebihan berat badan atau obesitas, menunjukkan bahwa prevalensi DBM bervariasi antara kurang dari 3% hingga hampir 35%. Analisis tersebut didasarkan pada dua survei yang dilakukan dengan selang waktu lebih dari 15 tahun. Hasil perbandingan antara survei awal dan survei terbaru menunjukkan bahwa lima negara mengalami penurunan prevalensi DBM, sedangkan 15 negara lainnya, termasuk India, Tiongkok, dan Indonesia, menunjukkan peningkatan.⁽¹³⁾ *World Obesity Federation* (WOF) memprediksi bahwa pada tahun 2035, obesitas akan dialami oleh lebih dari 2 miliar penduduk dunia, termasuk kelompok dewasa, anak-anak, dan remaja.⁽¹⁴⁾

Prevalensi obesitas di Indonesia juga mengalami peningkatan pesat. Data Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa prevalensi obesitas pada penduduk dewasa di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT), angka obesitas pada usia di atas 18 tahun tercatat sebesar 10,5% pada tahun 2007, meningkat menjadi 14,8% pada tahun 2013, dan kembali naik hingga 21,8% pada tahun 2018.⁽⁹⁾ Data terbaru dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan bahwa prevalensi obesitas pada kelompok usia dewasa kembali meningkat menjadi 23,4%.⁽⁶⁾

Dalam laporan SKI 2023, pada prevalensi kejadian obesitas penduduk dewasa (>18 Tahun), DKI Jakarta (31,8%) berada pada posisi pertama dan Papua (31,3%) pada posisi kedua, dengan selisih prevalensi 0,5%. Kemudian Provinsi Sulawesi Utara (30,6%), Provinsi Papua Barat dan Papua Barat Daya (29,3%), Provinsi Kalimantan Timur (28%), dan Provinsi Papua Tengah (26,9%). Karakteristik obesitas di Indonesia diketahui banyak terjadi pada kelompok umur 40-44 tahun, perempuan, pendidikan

tamat D1/D2/D3/PT, memiliki pekerjaan PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD, tinggal diperkotaan, dan dengan status ekonomi teratas.⁽⁶⁾

Penelitian yang dilakukan oleh Lulu'ul dan Annisa mengemukakan bahwa karakteristik jenis kelamin, umur, dan pendidikan memiliki pengaruh terhadap kejadian obesitas di Indonesia baik di perkotaan maupun di pedesaan. Penelitian ini juga mengemukakan bahwa perilaku konsumsi makanan manis dan minuman manis juga berpengaruh terhadap obesitas di perkotaan, namun di pedesaan hanya minuman manis yang memiliki pengaruh terhadap obesitas.⁽¹⁰⁾ Studi yang dilakukan Provinsi Bagmati, Nepal menyatakan bahwa aktivitas fisik dengan kejadian obesitas, yang mana berbanding terbalik dengan penelitian di Provinsi Banten dan Kota Pekanbaru yang menyatakan tidak ada hubungan antara obesitas dengan aktivitas fisik.^(2,14,15)

Studi yang dilakukan di Jawa Timur pada 2025 menunjukkan adanya pengaruh antara konsumsi mie instan dan gorengan terhadap obesitas.⁽¹¹⁾ Studi yang dilakukan oleh di Provinsi Banten (2021) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status merokok dengan kejadian obesitas.⁽²⁾ Berbeda dengan penelitian yang dilakukan di provinsi DKI Jakarta (2023) yang menyatakan tidak ada hubungan antara status merokok dengan obesitas.⁽¹⁶⁾ Penelitian lain mengenai *rural-urban differences in dietary behavior and obesity* mengemukakan bahwa terdapat pengaruh antara perilaku konsumsi buah dan sayur terhadap kejadian obesitas.⁽¹⁷⁾

Pada proporsi status gizi penduduk dewasa (> 18 tahun) berdasarkan kategori IMT menurut karakteristik SKI 2023, obesitas banyak terjadi pada masyarakat yang tinggal di wilayah perkotaan/ *urban* (26,3 %).⁽⁶⁾ Kondisi tersebut berkaitan dengan faktor perilaku, dimana wilayah perkotaan merupakan pusat aktivitas dan perkembangan ekonomi sehingga berbagai fasilitas serta kemudahan hidup lebih mudah diperoleh.⁽¹⁾ Selain itu, peningkatan pendapatan dan pertumbuhan populasi

perkotaan mendorong perubahan pola konsumsi, dimana asupan karbohidrat yang beragam disertai dengan peningkatan proporsi konsumsi lemak, terutama lemak jenuh dan gula.⁽¹⁸⁾ Di Indonesia, klasifikasi wilayah *urban* (perkotaan) dan *rural* (perdesaan) ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) melalui Peraturan Kepala BPS Nomor 120 Tahun 2020 tentang Klasifikasi Perkotaan dan Perdesaan, yang mana klasifikasi ini menggunakan sistem skoring berdasarkan beberapa kriteria utama seperti kepadatan penduduk dan keberadaan/akses pada fasilitas umum.⁽¹⁹⁾ Provinsi DKI Jakarta merupakan salah satu provinsi dengan seluruh wilayah nya (100%) termasuk ke dalam klasifikasi perkotaan atau *urban*. Hal ini berbanding terbalik dengan Provinsi Papua yang mana 84% dari wilayah kabupaten/kota di provinsi ini merupakan pedesaan, sehingga dapat disimpulkan bahwa Provinsi Papua termasuk ke dalam klasifikasi pedesaan atau *rural*.⁽¹⁹⁾

Provinsi DKI Jakarta merupakan wilayah perkotaan padat dengan pendapatan per kapita tertinggi di Indonesia, struktur konsumsi lebih dominan non-pangan seperti perumahan, transportasi, jasa, dan barang tahan lama.⁽²⁰⁾ Sehingga, konsumsi individu di Provinsi DKI Jakarta lebih beragam dan terdistribusi luas ke non-pangan, dan masyarakat lebih fleksibel mengalokasikan pendapatan untuk kesehatan, pendidikan, dan layanan *urban*.^(21,22) Sedangkan Provinsi Papua merupakan wilayah agraris/pedalaman dengan pendapatan per kapita lebih rendah, pola konsumsi masih sangat bertumpu pada pangan lokal dan kebutuhan dasar, dengan disparitas tinggi antar wilayah.^(23,24) Oleh karena itu, konsumsi individu lebih tertekan oleh biaya distribusi, akses pasar, dan variabilitas harga, sehingga pola konsumsi cenderung mengandalkan komoditas lokal dan bahan makanan pokok, dengan risiko defisit gizi di beberapa kabupaten/kota pedalaman.^(24,25) Bentuk makanan di Papua masih sangat bertumpu pada pangan lokal, seperti papeda (bubur sagu kenyal), sagu lempeng, umbi-umbian

seperti ubi, keladi, jagung, dan singkong, sehingga pola makan cenderung berbasis karbohidrat alami dengan tekstur yang kental dan sederhana sertaerta makanan tampak lebih kasar dan lebih dekat dengan tradisi lokal. Sebaliknya, di Jakarta bentuk makanan jauh lebih diversifikasi, dengan dominasi nasi, lauk olahan modern, makanan siap saji, gorengan, roti, dan minuman kemasan, serta tingginya frekuensi makan di luar rumah, sehingga pola makan terlihat lebih halus dan terproses secara industri.

Pebedaan karakteristik dua provinsi ini mempengaruhi perilaku individu di dua provinsi, yang mana dapat dilihat dari prevalensi aktivitas fisik cukup di Provinsi DKI Jakarta berada di angka 44,3 % yang mana lebih rendah dibandingkan Provinsi Papua dengan angka 61,5%. Pada prevalensi perilaku merokok DKI Jakarta (5,3%) lebih tinggi dibandingkan Provinsi Papua (4,7%). Provinsi DKI Jakarta pada prevalensi 1-6 kali/perminggu konsumsi makanan manis (55,8%) dan minuman manis (52,9%) lebih tinggi dibandingkan prevalensi 1-6 kali/perminggu konsumsi makanan manis (44,7%) dan minuman manis (44,3%) Provinsi Papua. Prevalensi konsumsi makanan instan 1-6 kali/perminggu di Provinsi DKI Jakarta (64,9%) lebih tinggi dibanding Provinsi Papua (60,5%), berbanding terbalik dengan prevalensi konsumsi buah dan sayur 1-2 porsi/hari yang mana Provinsi DKI Jakarta (2,7%) lebih rendah dibanding Provinsi Papua (8,7%). Sehingga dapat ditemukan bahwa kemudahan hidup, peningkatan pendapatan, dan pertumbuhan populasi di Provinsi DKI Jakarta mendorong perubahan pola konsumsi negatif lebih banyak dibanding provinsi Papua.⁽⁶⁾

Perbandingan faktor kejadian kasus di dua provinsi dengan klasifikasi wilayah berbeda ini menarik untuk diteliti, hal ini dikarenakan meskipun sama-sama memiliki prevalensi kasus obesitas penduduk dewasa (>18 Tahun) tertinggi di Indonesia, akan tetapi terdapat perbedaan karakteristik wilayah. Penelitian sebelumnya mengenai perbedaan pengaruh karakteristik sosiodemografi serta faktor perilaku individu,

termasuk pola makan, aktivitas fisik, dan perilaku berisiko, terhadap kejadian obesitas masih terbatas. Terutama yang membandingkan dua provinsi dengan prevalensi tertinggi. Pada usia >18 tahun, individu dianggap telah mampu mengambil keputusan secara mandiri terkait perilaku kesehatan, namun nyatanya angka obesitas untuk usia ini di Indonesia masih tinggi. Kondisi ini menegaskan perlunya penelitian komparatif yang lebih mendalam dan berbasis data terkini, sehingga penelitian ini menjadi penting untuk dilakukan guna memberikan gambaran yang lebih komprehensif dan relevan sebagai dasar perumusan kebijakan dan intervensi kesehatan yang tepat sasaran.

1.2 Rumusan Masalah

Prevalensi obesitas penduduk dewasa (>18 Tahun) di Provinsi DKI Jakarta menempatkan provinsi tersebut sebagai wilayah dengan angka obesitas tertinggi (31,8%), yang kemudian diikuti oleh Provinsi Papua (31,3%). Kedua provinsi tersebut memiliki karakteristik wilayah yang sangat berbeda sehingga memengaruhi perilaku individu, seperti pola makan, aktivitas fisik, dan faktor risiko lainnya yang berkaitan dengan obesitas. Dengan demikian, diperlukan kajian komparatif dengan rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana perbandingan karakteristik sosiodemografi dan perilaku individu terhadap kejadian obesitas usia >18 tahun di provinsi DKI Jakarta dan Papua (Analisis SKI 2023)?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui perbandingan karakteristik sosiodemografi dan perilaku individu terhadap kejadian obesitas di Provinsi DKI Jakarta dan Papua tahun 2023.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi dan frekuensi kejadian obesitas di Provinsi DKI Jakarta dan Papua tahun 2023
2. Mengetahui distribusi dan frekuensi karakteristik sosiodemografi (jenis kelamin, umur, dan pendidikan) di Provinsi DKI Jakarta dan Papua tahun 2023.
3. Mengetahui distribusi dan frekuensi perilaku individu (aktivitas fisik, perilaku merokok, konsumsi makanan manis, konsumsi minuman manis, konsumsi minuman soft drink, konsumsi makanan berlemak/berkolesterol/gorengan, konsumsi mi instan/makanan instan, dan konsumsi buah dan sayur) di Provinsi DKI Jakarta dan Papua tahun 2023.
4. Mengetahui perbedaan hubungan karakteristik sosiodemografi (jenis kelamin, umur, dan pendidikan) terhadap kejadian obesitas di wilayah Provinsi DKI Jakarta dan Papua tahun 2023.
5. Mengetahui perbedaan hubungan karakteristik perilaku individu (aktivitas fisik, perilaku merokok, konsumsi makanan manis, konsumsi minuman manis, konsumsi minuman soft drink, konsumsi makanan berlemak/berkolesterol/gorengan, konsumsi mi instan/makanan instan, dan konsumsi buah dan sayur) terhadap kejadian obesitas di wilayah Provinsi DKI Jakarta dan Papua tahun 2023.
6. Mengetahui faktor (karakteristik sosiodemografi dan perilaku individu) paling dominan terhadap kejadian obesitas di Provinsi DKI Jakarta dan Papua tahun 2023.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan memperkaya pemahaman teori tentang determinan obesitas dalam konteks perbedaan wilayah di Indonesia, diharapkan mendukung pengembangan model epidemiologi obesitas dengan *perspektif double burden of malnutrition*, serta diharapkan memberikan kontribusi teoritis pada prediksi faktor risiko obesitas global berdasarkan data lokal.

1.4.2 Aspek Praktis

Penelitian ini diharapkan memberikan informasi kepada pemerintah daerah DKI Jakarta dan Papua untuk memperbaiki strategi pencegahan obesitas sesuai karakteristik wilayah masing-masing, diharapkan membantu tenaga kesehatan merancang program intervensi yang lebih efektif berdasarkan faktor sosiodemografi dan perilaku yang ditemukan, serta diharapkan menjadi dasar pengambilan kebijakan nasional terkait peningkatan akses pangan sehat dan promosi aktivitas fisik, terutama bagi kelompok rentan.

1.4.3 Aspek Akademis

Penelitian ini diharapkan memberikan dasar untuk penelitian lanjutan dengan membandingkan determinan obesitas antara wilayah *urban* dan *rural*, diharapkan menambah wawasan dalam penerapan analisis komparatif epidemiologi obesitas antar provinsi di Indonesia, serta diharapkan menjadi bahan referensi bagi mahasiswa dan peneliti untuk studi lebih lanjut tentang perbedaan kesehatan masyarakat antar wilayah.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini memanfaatkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 untuk mendeskripsikan dan mengomparasi determinan karakteristik sosiodemografi dan perilaku individu terhadap kejadian obesitas di Provinsi DKI Jakarta dan Papua sebagai perbandingan perbandingan daerah *urban* dan *rural*. Penelitian bersifat kuantitatif dengan rancangan *cross-sectional*, dilaksanakan pada periode November 2025 hingga Juni 2026. Sampel penelitian mencakup seluruh responden SKI 2023 di DKI Jakarta dan Papua yang memenuhi kriteria inklusi serta eksklusi. Variabel dependen adalah kejadian obesitas, sedangkan variabel independen meliputi karakteristik sosiodemografi (jenis kelamin, umur, dan pendidikan) dan perilaku individu (aktivitas fisik, perilaku merokok, konsumsi makanan manis, konsumsi minuman manis, konsumsi minuman soft drink, konsumsi makanan berlemak/berkolesterol/gorengan, konsumsi mi instan/makanan instan, dan konsumsi buah dan sayur). Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat (menggunakan uji chi-square dan regresi logistik sederhana), serta multivariat (regresi logistik berganda).

