

Studi Status Gizi, Pola Makan serta Aktivitas pada Anak Sekolah Dasar di Kota Mataram

Dewi Suryani, Yunita Sabrina, Rifana Cholidah, Ardiana Ekawanti, Marie Yuni Andari

Abstrak

Latar Belakang: Dewasa ini negara berkembang termasuk Indonesia dihadapkan pada dua permasalahan status gizi anak, yaitu gizi kurang dan gizi lebih. Kecenderungan peningkatan prevalensi gizi lebih di Indonesia ditunjukkan oleh studi di Yogyakarta dan Denpasar. Sebuah studi di Yogyakarta tahun 1999 menunjukkan bahwa proporsi gizi lebih pada anak sekolah dasar di Yogyakarta sebanyak 15,8%, sedangkan di Denpasar tahun 2002 sebanyak 27,5%. Belum ada penelitian serupa di Kota Mataram. Penelitian status gizi perlu dilakukan secara periodik untuk mengetahui kecenderungan status gizi pada anak.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui status gizi, pola makan dan pola aktivitas pada anak SD di Kota Mataram.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain belah lintang. Pengukuran status gizi anak diukur berdasarkan nilai *Z-score* kemudian kategori status gizi akan ditentukan berdasarkan standar *age per weight*. Penentuan faktor risiko diperoleh dari hasil pengisian kuesioner oleh anak dan orang tua. Aspek yang tertuang dalam kuesioner meliputi) pola makan, pola aktivitas dan latar belakang sosial ekonomi keluarga.

Hasil: Sebanyak 105 anak terlibat dalam penelitian ini. Proporsi anak yang mengalami gizi lebih adalah 9%. Dari hasil penelitian didapatkan anak yang pola hidupnya dapat mengarah pada gizi lebih, yaitu 16,2% anak menonton TV dan bermain *video game* melebihi waktu yang direkomendasikan, 38% anak melakukan aktivitas fisik kurang dari 1 kali dalam seminggu, 81% anak tidak menggunakan *active commute* (naik sepeda atau berjalan kaki ke sekolah), 29,5% anak mempunyai waktu tidur kurang dari jam tidur yang direkomendasikan, 74% anak tidak rutin membawa bekal ke sekolah; dan 5% anak mengkonsumsi makanan cepat saji minimal 1 kali dalam seminggu.

Kesimpulan: Kasus gizi lebih sudah menjadi permasalahan di kota Mataram. Diperlukan upaya intervensi terkait faktor-faktor yang telah diketahui terkait dengan gizi lebih. Intervensi ini diperlukan pada anak yang gizi lebih maupun pada anak gizi cukup untuk mencegah terjadinya *overweight* maupun obesitas.

Katakunci

status gizi, pola makan, pola aktivitas, anak sekolah dasar

Fakultas Kedokteran Universitas Mataram

*e-mail: dewi.suryani@yahoo.co.id

1. Pendahuluan

Usia sekolah merupakan fase anak mengalami pertumbuhan yang aktif.¹ Anak sekolah dasar merupakan tahapan di mana anak mengalami pertumbuhan fisik dan psikis.² Status gizi pada anak usia sekolah mempengaruhi status kesehatan dan kognitif anak secara umum yang pada akhirnya berperan dalam potensi akademik anak tersebut.^{1,2} Di samping itu diketahui bahwa permasalahan status gizi (gizi lebih maupun gizi kurang) menjadi salah satu penyebab rendahnya kehadiran anak di sekolah, *dropout*, dan rendahnya prestasi anak di sekolah.³

Dewasa ini permasalahan gizi pada anak tidak hanya terbatas pada keadaan gizi kurang, namun ada kecenderungan masalah gizi berlebih yang meliputi *overweight* dan obesitas.^{1,2} Gizi lebih menjadi sinyal pertama munculnya penyakit non infeksi yang dikenal sebagai *New*

World Syndrome dan telah menimbulkan beban sosial, ekonomi dan kesehatan yang sangat besar baik bagi negara maju dan negara berkembang.^{1,3}

Didapatkan prevalensi obesitas anak di negara maju maupun berkembang cenderung meningkat. Beberapa penelitian yang telah dilakukan antara tahun 1999-2003 menunjukkan prevalensi *overweight* dan obesitas pada anak-anak di negara-negara Eropa mencapai 10-30%, Amerika Serikat mencapai 11-25%, Australia mencapai 18,1%-26,1%, sedangkan di kawasan Asia yaitu Malaysia, Cina dan Jepang mencapai 6,6-13,1%.^{2,4,5}

Sampai saat ini belum ada data nasional tentang obesitas pada anak sekolah dan remaja. Akan tetapi beberapa survei yang dilakukan secara terpisah di beberapa kota besar menunjukkan bahwa prevalensi obesitas pada anak sekolah dan remaja cukup tinggi. Survei obesitas tersebut menunjukkan prevalensi obesitas pada anak SD mencapai 9,7% di Yogyakarta pada tahun 1999, 15,8%

di Denpasar pada tahun 2002 dan 27,5% di kawasan Jakarta Timur pada tahun 2002, sedangkan pada anak SMP mencapai 7,8% di Yogyakarta pada tahun 2004. Angka prevalensi obesitas di atas sudah merupakan suatu peringatan bagi pemerintah dan masyarakat bahwa obesitas dan segala implikasinya sudah merupakan ancaman yang serius bagi masyarakat Indonesia terutama di kota-kota besar.^{1,6}

Peningkatan angka kejadian obesitas ini diakibatkan oleh berbagai faktor. Namun dari beberapa penelitian diketahui bahwa faktor lingkungan dan gaya hidup memegang peranan paling penting dalam peningkatan prevalensi obesitas di seluruh dunia. Faktor lingkungan dan gaya hidup antara lain meliputi pola diet yang tidak seimbang dan adanya kecenderungan untuk lebih mengkonsumsi makanan cepat saji yang banyak mengandung kalori dan lemak. Di samping itu, ketidakseimbangan aktivitas fisik berupa kecenderungan anak-anak berjam-jam menonton televisi, bermain komputer serta kemudahan bertransportasi sehingga aktivitas fisik anak menjadi kurang. Sebuah penelitian prospektif menunjukkan bahwa adanya korelasi antara jumlah waktu yang digunakan anak-anak dalam menonton TV terhadap peningkatan berat badan.^{1,6,5}

Diketahui bahwa anak dengan obesitas mempunyai risiko terhadap penyakit kardiovaskuler, gangguan endokrin seperti Diabetes Mellitus (DM), gangguan tulang, komplikasi pada paru dan gangguan psikososial. Lebih khusus lagi, obesitas pada masa kanak-kanak dan remaja di kawasan Asia-Pasifik berhubungan dengan diabetes tipe 2 pada umur yang lebih muda. Anak berumur 6-10 tahun 60 persen di Bogalusa, Louisiana, yang menderita *overweight* mempunyai risiko terkena penyakit kardiovaskuler yakni berupa peningkatan tekanan darah.^{1,5} Beberapa studi yang telah dilakukan menunjukkan bahwa obesitas pada anak-anak yang tidak ditangani dengan baik akan menetap hingga dewasa dengan berbagai komplikasi yang menyertainya.^{2,3}

Anak-anak dianggap sebagai populasi yang mempunyai prioritas dalam strategi intervensi terhadap *overweight* dan obesitas. Hal ini disebabkan karena penurunan berat badan pada orang dewasa relatif lebih sulit dibanding pada anak-anak di samping itu pola intervensi yang mungkin dilakukan pada anak-anak lebih banyak dibandingkan orang dewasa. Sekolah merupakan lingkungan alami bagi anak-anak untuk dapat memasukkan berbagai pola intervensi seperti pola makan dan aktivitas fisik guna mengatasi keadaan *overweight* dan obesitas.^{4,5}

Berdasarkan latar belakang di atas, perlu dilakukan penelitian mengenai angka kejadian obesitas dan faktor risikonya pada anak sekolah dasar di Kota Mataram agar dapat dilakukan intervensi guna mencegah terjadinya berbagai komplikasi akibat obesitas pada usia dini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui status gizi pada anak sekolah dasar di kota Mataram, mengetahui pola makan, dan pola aktivitas pada anak sekolah dasar di kota Mataram.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	n (%)
Kelas	
– Kelas 5	54 (51,4)
– Kelas 6	51 (48,6)
Umur	
– 10 tahun	40 (38,1)
– 11 tahun	51 (48,6)
– 12 tahun	14 (13,3)
Jenis Kelamin	
– Laki-laki	49 (46,7)
– Perempuan	56 (53,3)
Agama	
– Islam	73 (69,6)
– Kristen Protestan	11 (10,5)
– Hindu	10 (9,5)
– Katholik	8 (7,6)
– Budha	3 (2,9)
Suku	
– Sasak	37 (35,2)
– Jawa	17 (16,2)
– Bali	11 (10,5)
– Bima	10 (9,5)
– Sumbawa	2 (1,9)
– Lain lain	28 (26,7)

2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain belah lintang. Penelitian ini bertempat di kota Mataram yaitu di SD 26 Mataram, SD 1 Ampenan, SDK Bethesda dan SDK St. Antonius pada bulan Oktober - Desember 2013. Populasi penelitian ini adalah semua anak kelas 5 dan 6 SD pada 4 SD yang telah ditetapkan sebagai tempat penelitian dan bersedia menjadi responden.

Semua siswa sekolah SD kelas 5 dan 6 di 4 SD yang telah ditetapkan dilakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan dan dilakukan perhitungan *Z-score* untuk menentukan status gizi. Seluruh siswa diberikan kuesioner untuk mengetahui pola aktivitas fisik anak dan pola makan. Data yang diperoleh disajikan secara deskriptif.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Karakteristik responden

Terdapat 105 siswa kelas 5 dan 6 dari 4 Sekolah Dasar yang terlibat dalam penelitian ini. Didapatkan mayoritas siswa berumur 11 tahun (48,6%), beragama Islam (69,6%) dan berasal dari suku Sasak (35,2%). Karakteristik responden selengkapnya ditampilkan pada Tabel 1.

3.2 Karakteristik keluarga

Sebagian besar ayah responden bekerja sebagai pegawai swasta (33%) diikuti dengan wiraswasta (24,3%) dan

Tabel 2. Karakteristik Keluarga

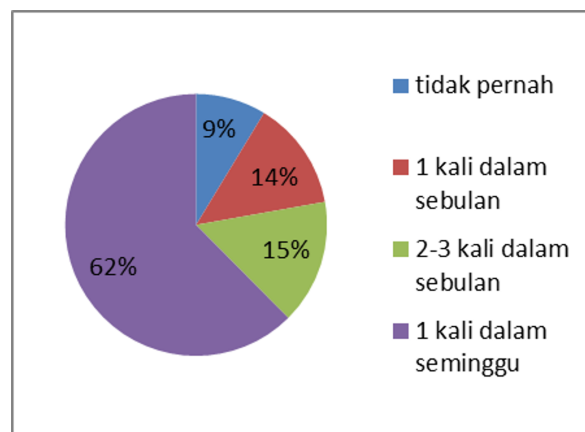
Karakteristik	n (%)
Pekerjaan Ayah (n=103)	
– Pegawai swasta	34 (33,0)
– Wiraswasta	25 (24,3)
– PNS/TNI/Polri	24 (23,3)
– Buruh	3 (2,9)
– Pensiunan	3 (2,9)
– Tidak bekerja	3 (2,9)
– Petani	1 (1,0)
– Lain-lain	10 (9,7)
Tingkat pendidikan ayah (n=103)	
– SD	1 (1)
– SMP	0 (0)
– SMA	43 (41,7)
– Diploma	9 (8,7)
– S1	38 (36,9)
– S2	10 (9,7)
– S3	2 (1,9)
Penghasilan ayah sebulan (n=103)	
– < Rp. 1.000.000	7 (6,8)
– Rp 1.000.000-Rp. 2.000.000	16 (15,5)
– Rp 2.000.000-Rp. 3.000.000	26 (25,2)
– Rp 3.000.000-Rp. 4.000.000	25 (24,3)
– > Rp. 5.000.000	29 (28,2)
Pekerjaan ibu (n=104)	
– PNS/TNI/Polri	22 (21,2)
– Pegawai swasta	9 (8,6)
– Wiraswasta	18 (17,3)
– Ibu rumah tangga	41 (39)
– Pensiunan	1 (1)
– Lain-lain	13 (12,5)
Tingkat pendidikan ibu (n=104)	
– Tidak tamat SD	1 (1)
– SD	3 (2,9)
– SMP	4 (3,8)
– SMA	43 (41,3)
– Diploma	12 (11,5)
– S1	35 (33,7)
– S2	5 (4,8)
– S3	1 (1)

PNS/TNI/Polri (23,3%). Ibu responden mayoritas adalah ibu rumah tangga (39%) dan PNS/TNI/Polri (21,2%). Tingkat pendidikan orang tua terbanyak adalah setingkat S1, yaitu sebanyak 36,9% untuk bapak dan 33,7% untuk ibu. Penghasilan kepala rumah tangga per bulan mayoritas di atas Rp. 2.000.000. Detail deskripsi karakteristik anggota keluarga dapat dilihat pada Tabel 2.

3.3 Status gizi

Dari hasil pemeriksaan berat badan dan tinggi badan yang dilakukan pada subjek penelitian didapatkan 1 (1%) anak dengan status gizi sangat kurang (*underweight*), 4 (3,8%) anak dengan status gizi kurang, 90 (85,7%) anak dengan status gizi normal (*normoweight*), 10 (9,5%) anak dengan status gizi lebih (*overweight* dan obesitas). Berdasarkan hasil tersebut, disimpulkan bahwa mayoritas siswa dalam penelitian ini memiliki

status nutrisi normal. Persentase anak dengan gizi lebih pada penelitian ini sebesar 9,5%, lebih besar daripada estimasi persentase gizi lebih pada anak Indonesia di kelompok umur 10-13 tahun sebesar 3,9%. Tidak ada perbedaan bermakna ($p > 0,05$) status gizi pada anak dari sekolah dasar negeri maupun swasta, begitu pula bila ditinjau dari jenis kelaminnya. Deskripsi lebih lanjut dapat dilihat di Tabel 3.



Gambar 1. Proporsi Frekuensi Aktivitas Fisik dalam Sebulan

3.4 Pola Aktivitas Anak

Klasifikasi pola aktivitas anak dalam penelitian ini dibuat berdasarkan atas kategori dari Wong S.L, 2009.⁷ Dalam penelitian ini *sedentary activity* dispesifikkan dalam hal jumlah waktu yang dihabiskan untuk *screen time* meliputi: menonton TV, bermain game (Play Station/online game) dan browsing internet. Rerata *screen time* per hari dikelompokkan ke dalam kategori aktivitas *sedentary* rendah jika < 1 jam per hari, aktivitas *sedentary* sedang jika 1-3 jam per hari dan aktivitas *sedentary* tinggi > 3 jam per hari.⁷

Berdasarkan data penelitian didapatkan mayoritas kategori *sedentary activity* untuk *screen time* adalah sedang (64,7%) yaitu sekitar 1-3 jam/hari. Penelitian ini menunjukkan bahwa 16,2% anak menonton TV > 3 jam/hari. Menonton televisi yang berlebihan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya *overweight* dan obesitas. CDC Amerika menganjurkan bahwa menonton TV sebaiknya dilakukan < 2 jam per hari.

Sebuah penelitian di Amerika menyebutkan bahwa menonton televisi selama 4 jam sehari meningkatkan BMI pada anak daripada menonton televisi kurang dari 2 jam sehari. Penelitian lain menyebutkan semakin besar waktu yang digunakan untuk menonton televisi maka semakin besar kemungkinan anak menjadi gemuk atau kelebihan berat badan. Penelitian lain yang dilakukan di Rusia menyebutkan bahwa aktivitas *sedentary* (menonton TV, bermain game atau membaca) berkorelasi dengan kejadian obesitas dan *overweight* pada anak sekolah dasar. Hal ini disebabkan karena aktivitas *sedentary* tersebut mengurangi aktivitas fisik pada anak-anak sehingga energi atau kalori yang tersimpan dalam tubuh semakin besar dengan akibat peningkatan berat badan.

Tabel 3. Status Gizi berdasarkan Jenis Kelamin dan Asal Sekolah

Aspek	Status Gizi Berdasarkan Z-Score				
	Severe weight	under-weight	Moderate under-weight	Normoweight	Overweight dan Obesitas
Jenis Kelamin					
- Laki	1 (1%)		1 (1%)	40 (38%)	7 (7%)
- Perempuan	0 (0%)		3 (3%)	50 (48%)	3 (3%)
Asal Sekolah					
- SD Negeri	1 (1%)		3 (3%)	44 (42%)	4 (4%)
- SD Swasta	0 (0%)		1 (1%)	46 (44%)	6 (6%)

Aktivitas fisik membutuhkan dan menyebabkan pemakaian energi yang cukup besar. Dengan kata lain aktivitas fisik yang seimbang dengan porsi makanan yang ideal dapat menekan angka gizi lebih pada anak. Pada anak-anak dianjurkan frekuensi aktivitas fisik setiap hari dengan durasi selama minimal 30 menit. Terdapat 2 kategori aktivitas fisik yaitu *vigorous-intensity activity* (VPA) seperti olahraga dalam regu dan *moderate intensity physical activity* (berjalan, bermain sepeda).⁷ Dalam penelitian ini didapat mayoritas anak melakukan aktivitas fisik 1 kali dalam seminggu.

Berdasarkan durasi aktivitas, 83% anak melakukan aktivitas fisik selama lebih dari 30 menit setiap satu aktivitas. Namun, 38% anak frekuensi aktivitas fisiknya masih kurang dari 1 kali dalam satu minggu. Jika dilihat berdasarkan jenis kelamin didapatkan proporsi yang relatif sama antara aktivitas fisik pada anak perempuan dan anak laki. Mayoritas jenis aktivitas fisik yang dilakukan adalah 2 jenis aktivitas. Variasi aktivitas adalah bersepeda, berenang, jogging dan sepakbola.

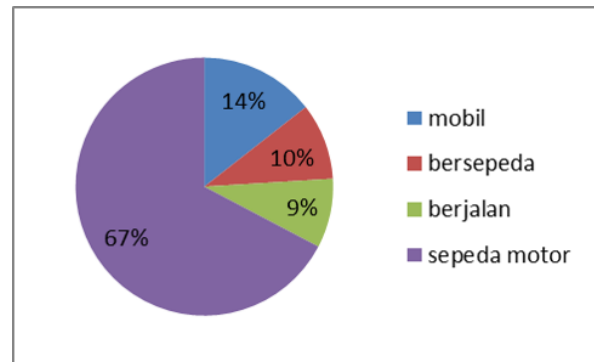
Tabel 4. Durasi dan Jenis Aktivitas Fisik pada Anak yang Beraktivitas Fisik Minimal 1 kali dalam Seminggu (n=73)

Aspek	n (%)
Durasi (menit)	
- < 30	11 (17)
- 30-60	33 (51)
- 60-90	14 (22)
- 90-120	6 (9)
- > 120	9 (2)
Variasi Aktivitas Fisik	
- 1 aktivitas	26 (26)
- 2 aktivitas	25 (38)
- 3 aktivitas	10 (15)
- 4 aktivitas	4 (6)

3.5 Mode Transportasi Anak ke Sekolah

Sebagian besar anak diantar menggunakan kendaraan bermotor (81%), hanya 10% yang bersepeda dan 9% yang berjalan kaki ke sekolah. Anak-anak yang domisilinya kurang dari 1 km dari sekolah pun 67% diantar menggunakan sepeda motor.

Diketahui bahwa mode transportasi yang digunakan anak ke sekolah menjadi salah satu faktor yang menentukan aktivitas fisik seorang anak dan secara tidak



Gambar 2. Mode Transportasi Anak yang Berdomisili kurang dari 1 km dari Sekolah

langsung mempengaruhi status gizi anak.⁸ Berdasarkan penelitian sebelumnya dinyatakan anak yang bersepeda dan berjalan kaki menuju sekolah mempunyai kebugaran kardiorespirasi yang lebih baik dibandingkan kelompok anak yang tidak.⁸ Sebagian penelitian menemukan adanya korelasi antara status gizi anak dengan mode transportasi yang digunakan anak menuju ke sekolah seperti yang dilansir oleh *European Youth Heart Study*. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa anak yang bersepeda ke sekolah mempunyai tingkat kebugaran kardiorespirasi lebih baik dibandingkan anak yang menggunakan kendaraan bermotor ke sekolah.⁹

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi mode transportasi anak menuju ke sekolah yaitu 1) karakteristik keluarga, berupa mode transportasi orang tua ke tempat kerja dan persepsi orang tua terhadap penggunaan *active commute* ke sekolah; 2) karakteristik sekolah, berupa jenis sekolah (swasta atau negeri) dan jarak sekolah; 3) faktor lingkungan, berupa keamanan menuju ke sekolah, infrastruktur untuk pejalan kaki dan pengendara sepeda, lalu lintas (rute perjalanan dari sekolah ke rumah) dan cuaca.⁸ Beberapa faktor yang diketahui berpengaruh terhadap penggunaan tipe transportasi ke sekolah adalah faktor jarak rumah dan sekolah, lalu lintas dan kejahatan. Diketahui bahwa mayoritas jarak menjadi kendala orang tua untuk memilih mode transportasi anak menuju ke sekolah.¹⁰

Jika mengkaji hasil penelitian ini maka faktor jarak kemungkinan bukan saja menjadi penentu utama pemilihan mode transportasi ke sekolah untuk anak. Hal ini terlihat bahwa dari sebagian besar anak yang jarak

tempuh ke sekolah ≤ 1 km diantar menggunakan kendaraan bermotor untuk menuju ke sekolah. Bisa jadi faktor lain seperti minimnya sarana transportasi umum, keamanan anak, serta masih kurangnya sarana pendukung untuk berjalan kaki dan bersepeda di kota Mataram yang menjadi penyebab rendahnya *active commute* pada anak-anak dalam penelitian ini. Mengingat adanya korelasi antara mode transportasi anak menuju sekolah dan status nutrisi termasuk *overweight* dan obesitas maka perlu dikaji lebih lanjut faktor-faktor yang mempengaruhi mode transportasi anak menuju ke sekolah pada anak SD di kota Mataram.

3.6 Pola Tidur Anak

Dalam penelitian ini didapat rerata jam pola tidur anak pada hari sekolah adalah 8,08 jam/hari. Mayoritas anak tidur 8 jam/hari (50,5%). Didapat 1 (1%) anak tidur 5 jam/hari; 10 (9,5%) anak tidur 6 dan 7 jam/hari; 53 (50,5%) anak tidur 8 jam/hari, 21 (20%) anak tidur 9 jam/hari dan 10 (9,5%) anak tidur 10 jam/hari.

Diketahui bahwa jumlah jam tidur yang direkomendasikan untuk anak > 10 tahun adalah ≥ 9 jam/hari.¹¹ Berdasarkan atas data rekomendasi tersebut maka hanya sekitar 29,5% anak dalam penelitian ini yang pola tidur yang dianjurkan. Didapatkan adanya korelasi antara jumlah tidur dengan obesitas. Penelitian menunjukkan bahwa anak yang tidur sesuai dengan kebutuhan tidur berdasarkan umurnya maka menurunkan *body fat mass* sehingga secara tidak langsung menurunkan risiko *overweight* dan obesitas.¹²

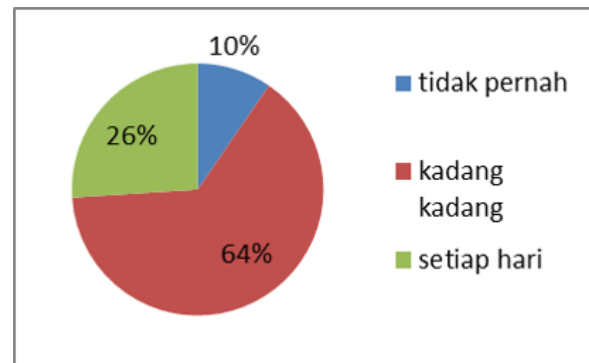
Jika dilihat distribusi jam tidur anak per hari berdasarkan status gizi terdapat beberapa hal yang dapat diamati. Pada anak dengan status gizi *normoweight* didapat hasil bahwa 18% anak yang mendapatkan jumlah jam tidur yang sesuai dengan rekomendasi (≥ 9 jam/hari). Namun mayoritas anak *normoweight* justru tidur < 9 jam per hari. Anak obesitas dan *overweight*, seluruhnya mempunyai pola tidur yang kurang dibandingkan yang dianjurkan, hal ini juga terjadi pada kelompok anak yang kurang gizi/*underweight*.

3.7 Pola makan

3.7.1 Kebiasaan membawa bekal makanan dari rumah

Dalam penelitian ini aspek pola makan yang dikaji adalah aspek kebiasaan membawa bekal dan kebiasaan makan makanan cepat saji. Dalam penelitian ini, hanya 26 (24,8%) anak yang selalu membawa bekal ke sekolah. Didapat 10 anak (9,5%) yang tidak pernah membawa bekal ke sekolah. Membawa bekal merupakan kebiasaan yang baik. Dengan membawa bekal dari rumah maka kualitas higienitas makanan dapat terjaga beserta porsi dan variasi makan juga dapat terkontrol sesuai dengan kebutuhan anak. Jika anak tidak membawa bekal maka kemungkinan besar anak akan jajan di sekolah. Konsekuensinya adalah di samping kebersihan asupan makanan tidak dapat dijaga, maka ada kemungkinan makanan yang dimakan anak adalah makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan nutrisi dan tinggi gula serta karbohidrat. Pola makan seperti ini dapat mengarah pada

risiko obesitas. Perlu dikaji lebih lanjut penyebab rendahnya kebiasaan orang tua membawa bekal makanan untuk anak. Di samping itu perlu pula dikaji dengan lebih detail variasi bekal makanan yang dibawa anak ke sekolah.



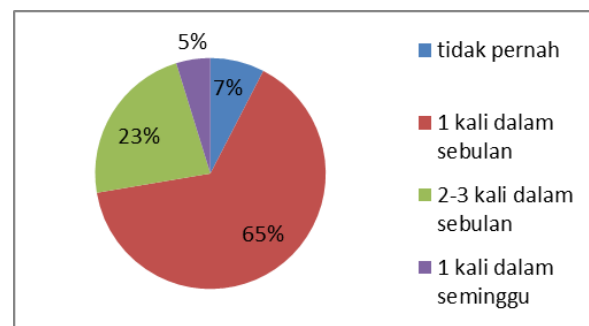
Gambar 3. Proporsi Anak yang Membawa Bekal Makanan ke Sekolah

3.7.2 Kebiasaan makanan cepat saji

Makanan cepat saji dapat mengandung jumlah karbohidrat dalam jumlah besar. Dari hasil penelitian didapatkan secara umum bahwa mayoritas anak (65%) anak makan makanan cepat saji 1 kali dalam sebulan dan hanya 5% anak yang makan makanan cepat saji hampir setiap minggu.

Lebih lanjut lagi dikaji frekuensi makan cepat saji pada setiap kelompok status gizi. Didapat bahwa mayoritas anak yang makan makanan cepat saji adalah pada kelompok *normoweight* dan *overweight* serta obesitas. Di samping itu didapat proporsi frekuensi makan makanan cepat saji yang relatif sama antara kelompok dengan status gizi normal dan yang obesitas dan *overweight*.

Diketahui bahwa konsumsi makanan cepat saji dapat meningkatkan risiko peningkatan berat badan pada anak yang menyebabkan anak jatuh dalam kondisi *overweight* atau bahkan obesitas.¹³ Hal ini disebabkan karena makanan cepat saji umumnya memiliki densitas energi, konten lemak jenuh dan trans serta kadar glukosa yang tinggi sedangkan konten serat rendah.¹⁴ Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa anak yang makan makanan cepat saji minimal 4 kali dalam seminggu mempunyai asupan kalori yang jauh lebih besar dibanding kelom-



Gambar 4. Proporsi Pola Makan Makanan Cepat Saji

Tabel 5. Frekuensi Makan Makanan Cepat Saji berdasarkan Status Gizi
Status gizi berdasarkan Z-Score

Frekuensi makan makanan cepat saji	<i>Severe weight</i> , n(%)	<i>under-weight</i> , n(%)	<i>Moderate Under-weight</i> , n(%)	<i>Normoweight</i> , n(%)	<i>Overweight dan Obesitas</i> , n(%)
Tidak pernah	0 (0.0)	0 (0)	0 (0)	7 (8)	1 (10)
1 kali dalam sebulan	1 (100)	2 (50)	2 (50)	60 (67)	5 (50)
2-3 kali dalam sebulan	0 (0)	2 (50)	2 (50)	19 (21)	3 (30)
1 kali dalam seminggu	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (4)	1 (10)

pok yang tidak.¹³ Jika merujuk pada data ini maka anak yang makan makanan cepat saji minimal 1 kali dalam seminggu adalah 5%.

4. Kesimpulan

Proporsi *overweight* dan obesitas di 4 SD pada kelas 5 dan 6 di kota Mataram sebesar 9%. Dari aspek pola aktivitas *sedentary* (menonton TV dan bermain game) sekitar 16,2% anak yang menonton TV atau bermain video game > 3 jam per hari yaitu melebihi waktu yang direkomendasikan. Dari aspek *vigorous activity* anak terdapat 38% anak yang melakukan aktivitas fisik kurang dari 1 kali dalam seminggu

Dari aspek mode transportasi anak ke sekolah hanya terdapat 19% anak yang menggunakan sepeda atau berjalan kaki menuju sekolah. Dari aspek pola tidur terdapat 70,5% anak yang mempunyai jumlah jam tidur yang kurang dari rekomendasi pola tidur untuk anak usia 10-13 tahun yaitu >9 jam per hari. Dari aspek pola makan terdapat 26% anak yang membawa bekal kesekolah setiap hari dan 5% anak yang makan makanan makanan cepat saji minimal 1 kali dalam seminggu.

Perlu penelitian lebih lanjut dengan ruang lingkup yang lebih besar guna mencari prevalensi obesitas dan *overweight* di NTB dan mengetahui hubungan antara komponen-komponen yang menjadi faktor obesitas dan *overweight* dengan kejadian obesitas dan *overweight*.

Daftar Pustaka

1. Hamam Hadi. Beban Ganda Masalah Gizi dan Implikasinya terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional [Pidato Pengukuhan Guru Besar]. Fakultas Kedokteran UGM; 2005.
2. Cameron N. Childhood obesity in developing countries. *Journal of Human Ecology*. 2005;13:53–59.
3. Carter D, editor. Preventing Childhood Obesity. London: British Medical Association; 2005.
4. WHO. Prevention and control of chronic respiratory diseases at country level: towards a global alliance against chronic respiratory diseases (GARD): based on the WHO Meeting on Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases, Geneva, Switzerland, 17-19 June 2004. Geneva: World Health Organization; 2005.
5. Dehghan M, Akhtar-Danesh N, Merchant AT. Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition journal*. 2005;4(1):24.
6. Australian Society for The Study of Obesity. Obesity in Australian Children. Australia: Australian Society for The Study of Obesity; 2007.
7. Wong S, Leatherdale ST. Peer reviewed: association between sedentary behavior, physical activity, and obesity: inactivity among active kids. *Preventing chronic disease*. 2009;6(1).
8. Davison KK, Werder JL, Lawson CT. Peer reviewed: Children's active commuting to school: Current knowledge and future directions. *Preventing chronic disease*. 2008;5(3).
9. Cooper A, Wedderkopp N, Wang H, Andersen L, Froberg K, Page A. Active Travel to School and Cardiovascular Fitness in Danish Children and Adolescents. *Med Sci Sports Exerc*. 2006;38:1724–1731.
10. Dellinger AM, Control CfD, Prevention, others. Barriers to children walking and biking to school—United States, 1999. *MMWR: Morbidity and mortality weekly report*. 2002;51(32):701–704.
11. Chen X, Beydoun MA, Wang Y. Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity*. 2008;16(2):265–274.
12. Von Kries R, Toschke AM, Wurmser H, Sauerwald T, Koletzko B. Reduced risk for overweight and obesity in 5-and 6-y-old children by duration of sleep—a cross-sectional study. *International Journal of Obesity*. 2002;26(5):710.
13. Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Pereira MA, Ludwig DS. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics*. 2004;113(1):112–118.
14. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The lancet*. 2002;360(9331):473–482.