

**SKRIPSI**

**PENGARUH *BRIEF INTERVENTIONS FOR WEIGHT MANAGEMENT*  
TERHADAP *SELF EFFICACY* DALAM DIET DAN OLAHRAGA  
PADA PENDERITA *OVERWEIGHT* DAN OBESITAS**

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
dalam Program Studi S1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :  
**A R I F H I D A Y A T**  
**NIM. 010810660B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2012**

**LEMBAR PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 18 Juni 2012  
Yang Menyatakan

Arif Hidayat  
NIM. 010810660B

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**PENGARUH *BRIEF INTERVENTIONS FOR WEIGHT MANAGEMENT*  
TERHADAP *SELF EFFICACY* DALAM DIET DAN OLAHRAGA  
PADA PENDERITA *OVERWEIGHT* DAN OBESITAS**

Oleh:  
Arif Hidayat  
NIM. 010810660B

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
Tanggal 4 Juli 2012

Oleh:  
Pembimbing I

Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB  
NIP. 197011202006041001

Pembimbing II

Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIK. 139080823

Mengetahui,  
a.n. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep  
NIP. 197904242006042002

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

**SKRIPSI**

**PENGARUH *BRIEF INTERVENTIONS FOR WEIGHT MANAGEMENT*  
TERHADAP *SELF EFFICACY* DALAM DIET DAN OLAHRAGA  
PADA PENDERITA *OVERWEIGHT* DAN OBESITAS**

Oleh:  
Arif Hidayat  
NIM. 010810660B

SKRIPSI INI TELAH DIUJI  
Tanggal 20 Juli 2012

**PANITIA PENGUJI**

Ketua : Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes (.....)  
NIP. 196808291989031004

Anggota : 1. Sriyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB (.....)  
NIP. 197011202006041001

2. Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)  
NIK. 139080823

Mengetahui,  
a.n. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep  
NIP. 197904242006042002

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul ”Pengaruh *Brief Interventions For Weight Management* Terhadap *Self Efficacy* Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita *Overweight* Dan *Obesitas*”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.,M.Kes selaku Kepala Bagian Pendidikan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Bapak Sriyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.,Kep.MB selalu dosen pembimbing pertama. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi dan waktu yang telah diluangkan untuk saya. Terima kasih telah memotivasi saya untuk teguh, disiplin dan pantang menyerah. Terima kasih Pak Sri.
5. Ibu Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing kedua. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi dan waktu yang telah diluangkan untuk saya. Terima kasih untuk semua perhatian atas kemajuan penyelesaian skripsi saya. Terima kasih Bu Erna.

6. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes selaku dosen penguji proposal I sekaligus selaku dosen penguji skripsi yang telah memberikan informasi, kritik, dan saran dalam menyelesaikan proposal dan skripsi. Terima kasih Pak Kus.
7. Ibu Laily Hidayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji proposal II yang telah memberikan informasi, kritik, dan saran dalam menyelesaikan proposal skripsi. Terima kasih Bu Laily.
8. Segenap dosen dan seluruh *staff* pendidikan, perpustakaan dan tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Terima kasih atas segala bantuan yang diberikan dari awal pembuatan proposal hingga skripsi ini selesai.
9. Bapak Krisna Rodesa, S.Pd. selaku pengelola Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya dan Mbak Nisa' selaku asisten pengelola serta seluruh *staff* yang turut berperan demi terselesaikannya skripsi ini. Terima kasih atas bimbingan, informasi dan waktu yang telah diluangkan serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan dalam melaksanakan penelitian.
10. Seluruh responden penelitian di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya. Terima kasih atas partisipasi dan kerjasamanya selama ini.
11. Papa, Mama dan tiga Adikku tercinta. Terima kasih atas semua cinta, do'a, kasih sayang, dukungan baik secara materi, moral dan spiritual yang tak terhingga sehingga menjadi penyemangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
12. Teman-teman angkatan 2008 dan seluruh Mahasiswa Fakultas Keperawatan serta seluruh Mahasiswa Universitas Airlangga yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung demi terselesaikannya skripsi ini.
13. Terima kasih juga kepada Mas Anggi Lukman W., S.Kep.,Ns, Mas Pandu Rahmat, S.Kep.,Ns dan Mbak Widia Yuniarti, S.Kep.,Ns. Terima kasih atas

bantuan, masukan dan waktu yang telah diluangkan untuk saya dan memberi semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.

14. Terima kasih juga kepada Bapak Made Kurniawan, RN dan Ibu Maureen Kaslam, RN yang selalu menginspirasi saya untuk bercita-cita menjadi seorang *registered nurse* dan bekerja menjadi seorang perawat di luar negeri yang secara tidak langsung membuat saya semakin terpacu dan bersemangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
15. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini. Semoga Allah SWT senantiasa meridhoi dan memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan serta selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan segala saran dan kritik demi perbaikan dan penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat khususnya bagi pembaca dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 9 Juli 2012

Penulis

**ABSTRACT****THE INFLUENCE OF BRIEF INTERVENTIONS FOR WEIGHT MANAGEMENT TOWARDS SELF EFFICACY ON DIET AND EXERCISE IN OVERWEIGHT AND OBESITY PATIENT**

Pre Experimental Study

**By: Arif Hidayat**

World Health Organization (WHO) was declared that obesity has become the world's problems, if not handled it could be greater risk for developing hypertension, diabetes, dyslipidemia, heart disease, stroke, obstructive sleep apnea, and some types of cancer. The emphasis in the principles of brief interventions for weight management is just like to prevention and health promotion. It is in line with the nursing theory by Betty Neuman was intended to maintain the line of defense against anything of health threatens and it was focused on health promotion and prevention interventions. This study was aimed to analyze the influence of brief interventions for weight management towards self efficacy on diet and exercise in overweight and obesity patient.

This study was used pre experimental pre-post test design. The population was all overweight and obesity patient who daily exercise in Vertical Gym Fitness Center, Surabaya. The sample was recruited by using purposive sampling. Total sample was 20 respondents, taken according to inclusion criteria. The independent variable was brief interventions for weight management and the dependent variables were self efficacy on diet and exercise in overweight and obesity patient. Data were collected by using two questionnaire instruments consist of exercise self efficacy scale (ESES) had combined self efficacy to regulate exercise questionnaire and then self efficacy to regulate eating habits questionnaire by Albert Bandura. Data was analyzed by wilcoxon signed rank test with significance level of  $p \leq 0,05$ .

Result showed that interventions not influenced to self efficacy on diet ( $p=0,083$ ) but interventions influenced to self efficacy on exercise ( $p=0,014$ ). It can be concluded that brief interventions for weight management had influenced to self efficacy on exercise in overweight and obesity patient but has not influenced to self efficacy on diet. The interventions was based on self efficacy and it was used in management theory is effective in dealing with obstacles in the persistence and increasing of skills. Further study should identify and analyze the self efficacy on diet and exercise in overweight and obesity patient both in children, adolescents, adults and elderly by providing brief interventions for weight management make in a groups based on family center care.

**Key words:** *brief interventions for weight management, self efficacy, diet, exercise, overweight, obesity*



## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji .....	iv
Ucapan Terima Kasih.....	v
<i>Abstract</i> .....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Singkatan .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah .....	8
1.4 Tujuan Penelitian .....	8
1.4.1 Tujuan umum .....	8
1.4.2 Tujuan khusus .....	8
1.5 Manfaat Penelitian .....	8
1.5.1 Manfaat teoritis .....	8
1.5.2 Manfaat praktis .....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Konsep Perilaku Manusia .....	10
2.1.1 Definisi perilaku manusia .....	10
2.1.2 Bentuk perilaku manusia.....	10
2.1.3 Proses adopsi perilaku.....	11
2.1.4 Bentuk-bentuk perubahan perilaku .....	12
2.2 Konsep <i>Brief Interventions</i> .....	13
2.2.1 Komponen esensial <i>brief interventions</i> .....	14
2.2.2 Konsep <i>brief interventions for weight management</i> .....	16
2.2.3 Standar pelaksanaan <i>brief interventions for weight management</i> .....	17
2.2.4 Langkah-langkah <i>brief interventions for weight management</i> .....	18
2.2.5 Strategi intervensi <i>brief interventions for weight management</i> .....	21
2.2.6 Intensitas pelaksanaan <i>brief interventions for weight management</i> .....	29
2.2.7 Mekanisme <i>brief interventions for weight management</i> terhadap peningkatan <i>self efficacy</i> dalam diet dan olahraga.....	30
2.2.8 Teori keperawatan dalam <i>brief interventions for weight management</i> .....	31
2.3 Konsep <i>Health Care Systems Model</i> .....	32
2.4 Konsep <i>Self Efficacy</i> .....	38
2.4.1 Pengertian <i>self efficacy</i> .....	38
2.4.2 Sumber <i>self efficacy</i> .....	40
2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>self efficacy</i> .....	41
2.4.4 <i>Self efficacy</i> sebagai prediktor tingkah laku.....	42
2.4.5 Mekanisme <i>self efficacy</i> dalam perilaku manusia.....	43
2.5 Konsep <i>Overweight</i> dan <i>Obesitas</i> .....	46
2.5.1 Pengertian <i>overweight</i> dan <i>obesitas</i> .....	46

2.5.2 Pengukuran antropometri sebagai penilaian <i>overweight</i> dan obesitas.....	47
2.5.3 Penyebab <i>overweight</i> dan obesitas.....	49
2.5.4 Dampak klinis <i>overweight</i> dan obesitas.....	55
2.5.5 Dampak sosial-ekonomi <i>overweight</i> dan obesitas .....	63
2.5.6 Dampak psikologis <i>overweight</i> dan obesitas .....	64
2.6 Konsep Diet dan Olahraga .....	65
2.6.1 Konsep diet .....	65
2.6.2 Konsep olahraga.....	67
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN .....</b>	<b>70</b>
3.1 Kerangka Konseptual .....	70
3.2 Hipotesis Penelitian .....	72
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>73</b>
4.1 Desain Penelitian .....	73
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel.....	74
4.3 Variabel Penelitian.....	75
4.4 Bahan Penelitian .....	79
4.5 Instrumen Penelitian .....	79
4.5.1 Validitas instrumen .....	80
4.5.2 Reliabilitas instrumen .....	81
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	82
4.7 Prosedur Pengambilan Data.....	84
4.8 Kerangka Operasional.....	86
4.9 Cara Analisis Data .....	86
4.10 Etika Penelitian .....	88
4.11 Keterbatasan Penelitian.....	89
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>90</b>
5.1 Hasil Penelitian .....	90
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian .....	90
5.1.2 Karakteristik umum responden .....	91
5.1.3 Karakteristik antropometri dan perilaku olahraga responden .....	94
5.1.4 Karakteristik <i>self efficacy</i> responden .....	97
5.2 Pembahasan.....	98
5.2.1 Identifikasi <i>self efficacy</i> dalam diet dan <i>self efficacy</i> dalam olahraga pada penderita <i>overweight</i> dan obesitas.....	101
5.2.2 Pengaruh <i>brief interventions for weight management</i> terhadap <i>self efficacy</i> dalam diet pada penderita <i>overweight</i> dan obesitas .....	102
5.2.3 Pengaruh <i>brief interventions for weight management</i> terhadap <i>self efficacy</i> dalam olahraga pada penderita <i>overweight</i> dan obesitas .....	105
5.2.4 Pengaruh <i>brief interventions for weight management</i> terhadap <i>self efficacy</i> dalam diet dan olahraga pada penderita <i>overweight</i> dan obesitas ditinjau dari karakteristik umum .....	108
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>111</b>
6.1 Simpulan .....	111
6.2 Saran .....	111
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>113</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kombinasi <i>Efficacy</i> Dengan Lingkungan Sebagai Prediktor Tingkah Laku (Alwisol, 2004).....	43
Tabel 2.2	Kuesioner <i>Exercise Self Efficacy Scale</i> (ESES) (Kroll et al., 2007).....	45
Tabel 2.3	Klasifikasi IMT ( <i>International Diabetes Federation</i> , 2005) .....	47
Tabel 2.4	Ukuran Lingkar Perut Berdasarkan Etnis ( <i>International Diabetes Federation</i> , 2005) .....	48
Tabel 4.1	Desain Penelitian Pra Eksperimental Tipe <i>One-Group Pra-Post</i> Test Design (Nursalam, 2008) .....	73
Tabel 4.2	Definisi Operasional Pengaruh <i>Brief Interventions For Weight Management</i> Terhadap <i>Self Efficacy</i> Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita <i>Overweight</i> Dan Obesitas.....	76
Tabel 4.3	Tabel Uji Validitas Instrumen Kuesioner <i>Self Efficacy</i> Dalam Diet.....	81
Tabel 4.4	Tabel Uji Validitas Instrumen Kuesioner <i>Self Efficacy</i> Dalam Olahraga .....	81
Tabel 4.5	Interpretasi Reliabilitas (Arikunto, 2008) .....	82
Tabel 5.1	Tabel Responden Berdasarkan <i>Self Efficacy</i> Dalam Diet Sebelum dan Sesudah Mendapatkan Perlakuan <i>Brief Interventions For Weight Management</i> .....	97
Tabel 5.2	Tabel Responden Berdasarkan <i>Self Efficacy</i> Dalam Olahraga Sebelum dan Sesudah Mendapatkan Perlakuan <i>Brief Interventions For Weight Management</i> .....	98

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.4	Skema Identifikasi Masalah Pengaruh <i>Brief Interventions For Weight Management</i> Terhadap <i>Self Efficacy</i> Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita <i>Overweight</i> Dan Obesitas .....6	6
Gambar 2.1	Model 5 As Konsep <i>Brief Interventions</i> yang Menggunakan Model Transteoritik Perubahan Perilaku (Glasgow et al., 2003) ....21	21
Gambar 2.2	Skema <i>The Neuman Systems Model</i> (Neuman, 1996).....38	38
Gambar 2.3	Skema Konsep <i>Self Efficacy</i> (McWhirter, 2009) .....39	39
Gambar 2.4	Tipe Kegemukan Pada Tubuh .....47	47
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Pengaruh <i>Brief Interventions For Weight Management</i> Terhadap <i>Self Efficacy</i> Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita <i>Overweight</i> Dan Obesitas ..... 70	70
Gambar 4.1	Pertumbuhan <i>Self Efficacy</i> (McAuley et al., 2010) .....83	83
Gambar 4.2	Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh <i>Brief Interventions For Weight Management</i> Terhadap <i>Self Efficacy</i> Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita <i>Overweight</i> Dan Obesitas.....86	86
Gambar 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012.....91	91
Gambar 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012 .....92	92
Gambar 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012.....92	92
Gambar 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012 .....93	93
Gambar 5.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Utama di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012 .....93	93
Gambar 5.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Penghasilan di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012 .....94	94
Gambar 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori BMI di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012.....94	94
Gambar 5.8	Distribusi Responden Berdasarkan Lama Bergabung di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012.....95	95
Gambar 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Olahraga di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012 .....95	95
Gambar 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Durasi Olahraga di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012 .....96	96

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Perizinan Pengambilan Data Pendahuluan .....	121
Lampiran 2	Lembar Perizinan Fasilitas Penelitian .....	122
Lampiran 3	Lembar Keterangan Dari Tempat Penelitian.....	123
Lampiran 4	Formulir Persetujuan Menjadi Responden Penelitian .....	124
Lampiran 5	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner <i>Self Efficacy</i> dalam Diet .....	132
Lampiran 6	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner <i>Self Efficacy</i> dalam Olahraga .....	133
Lampiran 7	Satuan Acara Kegiatan (SAK) Pengaruh <i>Brief Interventions</i> <i>For Weight Management</i> Terhadap <i>Self Efficacy</i> Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita <i>Overweight</i> Dan Obesitas.....	134
Lampiran 8	Hasil Tabulasi Karakteristik Umum Responden di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya 9 Mei-29 Mei 2012.....	138
Lampiran 9	Hasil Tabulasi Karakteristik Antropometri dan Perilaku Olahraga Responden di Pusat Kebugaran <i>Vertical Gym</i> Surabaya 9 Mei-29 Mei 2012.....	139
Lampiran 10	Hasil Tabulasi Kuesioner <i>Self Efficacy</i> Dalam Diet Responden Pra Intervensi.....	140
Lampiran 11	Hasil Tabulasi Kuesioner <i>Self Efficacy</i> Dalam Diet Responden Pasca Intervensi .....	142
Lampiran 12	Hasil Tabulasi Kuesioner <i>Self Efficacy</i> Dalam Olahraga Responden Pra Intervensi.....	144
Lampiran 13	Hasil Tabulasi Kuesioner <i>Self Efficacy</i> Dalam Olahraga Responden Pasca Intervensi .....	145
Lampiran 14	Distribusi Frekuensi Data Umum dan Variabel Penelitian .....	146
Lampiran 15	Hasil Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test Self Efficacy</i> Dalam Diet Sebelum dan Sesudah Perlakuan <i>Brief Interventions</i> <i>For Weight Management</i> .....	149
Lampiran 16	Hasil Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test Self Efficacy</i> Dalam Olahraga Sebelum dan Sesudah Perlakuan <i>Brief Interventions</i> <i>For Weight Management</i> .....	150

## DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BMI	: <i>Body Mass Index</i>
CDC	: <i>Centers of Disease Control and Prevention</i>
CRP	: <i>C-reactive Protein</i>
dkk	: dan kawan-kawan
EGIR	: <i>European Group for the Study of Insulin Resistance</i>
ESES	: <i>Exercise Self Efficacy Scale</i>
FFA	: <i>Free Fatty acids</i>
GPR40	: <i>G-protein-coupled Receptor 40</i>
HDL	: <i>High-density Lipoprotein</i>
IDF	: <i>International Diabetes Federation</i>
IGF-1	: <i>Insulin-like Growth Factor 1</i>
IMT	: Indeks Massa Tubuh
LC	: <i>Laparoscopic Cholecystectomy</i>
LCD	: <i>Low Calorie Diet</i>
LDL	: <i>Low-density Lipoprotein</i>
NCEP ATP	: <i>National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel</i>
NHANES	: <i>National Health and Nutrition Examination</i>
NIAAA	: <i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
NP	: <i>Natriuretic Peptide</i>
PAI-1	: <i>Plasminogen Activator Inhibitor 1</i>
PJK	: Penyakit Jantung Koroner
PPAR	: <i>Peroxisome Proliferator Activated Receptor</i>
RAAS	: <i>Rennin Angiotensin Aldosteron</i>
Risikesdas	: Riset Kesehatan Dasar
s.d.	: sampai dengan
S	: Setuju
SAK	: Satuan Acara Kegiatan
SCI	: <i>Spinal Cord Injury</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPSS	: <i>Software Product and Service Solution</i>
SS	: Sangat Setuju
STS	: Sangat Tidak Setuju
TB	: Tinggi Badan
TEF	: <i>Thermic Effect of Food</i>
TS	: Tidak Setuju
VLCD	: <i>Very Low Calorie Diet</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Istilah *overweight* dan obesitas sering digunakan untuk menyatakan adanya kelebihan berat badan, akan tetapi sesungguhnya *overweight* dan obesitas memiliki arti yang berbeda. Kelebihan berat badan (*overweight*) bisa disebabkan oleh secara sendiri atau bersamaan timbunan lemak, otot maupun tulang yang menyebabkan berat badan seseorang melebihi berat badan orang rerata dan *overweight* merupakan permulaan dari obesitas (Tapan, 2005). Menurut *World Health Organization* (WHO), menyatakan bahwa obesitas telah menjadi masalah dunia, jika tidak tertangani maka berisiko lebih besar untuk mengembangkan hipertensi, diabetes, dislipidemia, penyakit jantung, stroke, *obstructive sleep apnea*, dan beberapa jenis kanker. *Overweight* dan obesitas pada wanita akan meningkatkan risiko untuk mengembangkan infertilitas dan ketidakteraturan menstruasi (Cassidy, 2006).

Lingkungan dan pergaulan sosial terhadap asupan makanan juga cukup berpengaruh, seringkali mengkonsumsi makanan tinggi kalori pada lingkungan pekerjaan tertentu serta keterbatasan memilih makanan lain yang lebih sehat dan sulitnya mengatur waktu makan juga menjadi kendala masyarakat yang cenderung menjadi *obese* di kota besar (Fatimah, 2009). Tinjauan definitif telah menyimpulkan bahwa diet saja tidak efektif untuk mengontrol berat badan yang berkelanjutan, perlu metode seperti berdasarkan pendidikan dalam pola makan dan perilaku aktivitas fisik (Tomiya et al., 2007). Meskipun tingkat pengetahuan orang tentang manfaat olahraga lebih baik dari sebelumnya, banyak yang masih merasa sulit untuk tetap berolahraga di pusat kebugaran. Antara 55% dan 65% dari anggota *gym* baru *drop-*

*out* dalam tiga sampai enam bulan pertama yang disampaikan dalam studi penelitian melalui *European Journal of Sports Science* (Annesi et al., 2003). Beberapa penyebab *drop-out* dalam sebuah studi penelitian melalui *The Journal Permanente* diantaranya adalah faktor fisiologis, penurunan *body satisfaction*, penurunan *self efficacy* dan penurunan suasana hati (Annesi et al., 2008). Ketekunan perilaku yang diperlukan merupakan masalah besar. Ketekunan perilaku sangat berhubungan erat dengan tingkat *self efficacy* (Bandura, 2006). Sampai saat ini, penurunan tingkat *self efficacy* yang terjadi belum mendapat suatu intervensi apapun. Untuk mengatasi hal tersebut, *The National Obesity Observatory* (NOO) menawarkan panduan dalam sebuah program yang diberi nama *brief interventions for weight management*. Sampai sekarang pengaruh dari *brief interventions for weight management* terhadap adanya peningkatan *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas belum dapat dijelaskan.

Prevalensi obesitas merupakan masalah kesehatan pada anak, remaja dan dewasa di Amerika Serikat. Telah dilaporkan dari Survey NHANES (2006) bahwa prevalensi obesitas pada pria tahun 2003-2004 adalah 31,1% dan pada tahun 2005-2006 mencapai 33,3%. Pada wanita, prevalensi obesitas tahun 2003-2004 adalah 33,2% dan tahun 2005-2006 mencapai 35,3%. Pada anak dan remaja umur 2-19 tahun, prevalensi obesitas pada tahun 2003-2006 adalah 16,3% (Wargahadibrata, 2009). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, prevalensi obesitas umum pada penduduk berusia  $\geq 15$  tahun adalah laki-laki 13,9% dan perempuan 23,8%. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) terbaru tahun 2010, prevalensi *overweight* dan obesitas kelompok penduduk dewasa ( $>18$  tahun) yaitu pada wanita masing-masing 11,4% dan 15,5% sehingga totalnya 26,9%, sementara prevalensi *overweight* dan obesitas pada pria masing-masing 8,5% dan 7,8%



sehingga totalnya 16,3%. Untuk Wilayah Propinsi Jawa Timur, prevalensi *overweight* dan obesitas pada wanita masing-masing 10,7% dan 14,5%. Sedangkan prevalensi *overweight* dan obesitas pada pria masing-masing 8,2% dan 7,4% serta sebagian besar penderita *overweight* dan obesitas tinggal di wilayah perkotaan yakni sebesar 23,8% dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan hanya 15,3% (Riskesdas, 2010). Hasil survey di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya yang dilaksanakan selama 1 (satu) minggu yakni 5-11 April 2011 dari keseluruhan populasi sebanyak 120 orang ditemukan 74,2% memiliki berat badan normal dan yang memiliki berat badan lebih terdiri laki-laki dan perempuan masing-masing 15% dan 10,8%. Untuk penderita *overweight* dan obesitas pada laki-laki masing-masing 8,3% dan 6,7%. Sedangkan penderita *overweight* dan obesitas pada perempuan masing-masing 9,2% dan 1,6%. Hasil pengambilan data awal di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tentang tingkat *self efficacy* dalam diet dan olahraga menunjukkan penderita *overweight* dan obesitas yang total keduanya sebanyak 31 orang ditemukan hanya dua kategori yaitu kategori *self efficacy* tinggi sebanyak 8 orang dan kategori *self efficacy* sedang sebanyak 23 orang. Untuk kategori *self efficacy* rendah menurut Alwisol (2004), seseorang yang memiliki *self efficacy* rendah telah timbul sikap yang apatis, pasrah, depresi dan merasa dirinya tidak mampu. Jadi, kelompok dengan kategori *self efficacy* rendah telah *drop-out* dari pusat kebugaran (Annesi et al., 2008).

Tingginya penderita obesitas pada usia lebih dari 25 tahun termasuk lansia, dikarenakan oleh seiring bertambahnya usia, timbul beberapa perubahan pada tubuh, metabolisme tubuh menurun (*metabolic syndrome*) dan bertambahnya lemak dalam tubuh (Ganong, 2003). Beberapa penyebab dari terjadinya obesitas adalah dikarenakan aktivitas fisik yang kurang dan juga disebabkan karena kebiasaan

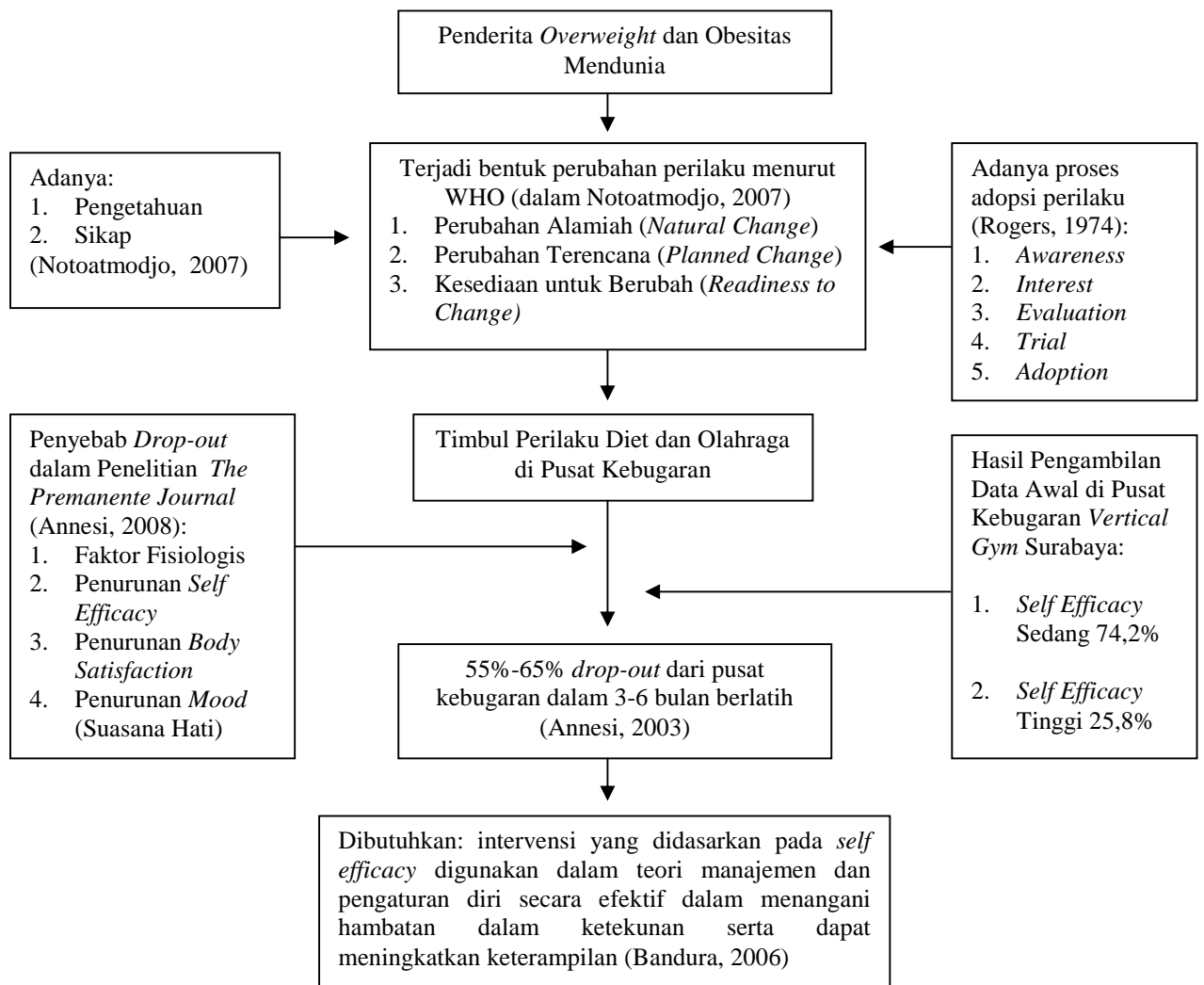
makan yang berlebihan. Program pengurangan berat badan yang menggunakan teknik modifikasi perilaku untuk membantu penderita *overweight* dan obesitas membuat perubahan dalam makanan dan latihan menunjukkan kesuksesan. Akan tetapi, faktor genetik dan lainnya sama sekali tidak berkaitan dengan kemauan dan pilihan gaya hidup membuat sebagian orang rawan terhadap obesitas. Termasuk pula diantara faktor ini regulasi metabolisme yang salah, ketidakmampuan mengenali sinyal tubuh akan rasa lapar dan kenyang, serta perkembangan jumlah sel lemak yang abnormal (Papalia, 2008). Dampak yang paling berisiko terhadap kondisi kegemukan adalah diabetes. *Noninsulin-dependent diabetes mellitus* (diabetes mellitus tipe 2) merupakan jenis diabetes terbesar akibat kegemukan. Diabetes mellitus tipe 2 ini mengurangi kemampuan tubuh untuk mengontrol gula darah yang akibat selanjutnya terjadi kegagalan metabolisme gula darah, sehingga konsentrasi gula dalam darah menjadi sangat tinggi (Ikrar, 2011).

Upaya preventif yang dilakukan cenderung pada penatalaksanaan komplikasi sesuai dengan gejala yang timbul dan yang biasa dilakukan adalah penyuluhan, ceramah, atau seminar (Hiswani, 2008). Upaya semacam ini dirasa tidak komprehensif dan berkesinambungan karena penderita *overweight* dan obesitas tidak dibekali bahan untuk mengubah perilaku. Intervensi dapat dilakukan dengan individu atau dengan berkelompok dan harus mencakup pemantauan diri untuk memungkinkan penderita mengenali kemajuan menuju suatu tujuan. Hal ini harus dikombinasikan dengan strategi lain seperti memberikan umpan balik pada kemajuan menuju tujuan, menyediakan tindak lanjut yang teratur, serta meningkatkan kemampuan diri. Panduan dalam sebuah program *brief interventions for weight management* yang ditawarkan oleh *The National Obesity Observatory* (NOO) didefinisikan sebagai intervensi yang berfokus pada perubahan perilaku tentang diet

dan olahraga yang dibatasi oleh waktu, seringkali untuk beberapa menit dan per sesi. Dengan menggunakan intervensi singkat terstruktur, keterbatasan waktu yang dimiliki dokter dan profesional perawatan kesehatan primer lainnya yang dapat dimanfaatkan oleh penderita terbukti mampu membuat penggunaan terbaik untuk mendiskusikan isu-isu yang berhubungan dengan gaya hidup atau perilaku (Cavill, 2011). *Brief interventions* muncul dari perlakuan penelitian yang menemukan bahwa intervensi untuk masalah kecanduan alkohol yang terdiri dari 1-3 sesi sekitar 5-30 menit adalah sebagai intervensi yang lebih intensif dan efektif dibandingkan dengan intervensi penyuluhan, ceramah atau seminar (Hiswani, 2008).

Intervensi yang didasarkan pada *self efficacy* digunakan dalam teori manajemen dan pengaturan diri secara efektif dalam menangani hambatan dalam ketekunan serta dapat meningkatkan keterampilan (Bandura, 2006). Menurut Bandura (2006) bila seseorang yang memiliki *perceived self efficacy* yang tinggi akan terus mencoba, memperoleh lebih banyak dan bertahan lebih lama terhadap suatu tugas dibandingkan dengan mereka yang memiliki *self efficacy* dalam tingkat yang lebih rendah. Tinggi dan rendahnya *self efficacy* seseorang juga dipengaruhi oleh empat faktor yaitu sifat tugas yang dihadapi, status atau peran individu dalam lingkungannya serta informasi tentang kemampuan diri (Bandura, 2006). Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian mengenai pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas.

## 1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.4 Skema Identifikasi Masalah Pengaruh *Brief Interventions For Weight Management* Terhadap *Self Efficacy* Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita *Overweight* Dan Obesitas

Sekarang ini telah diketahui bahwa penderita *overweight* dan obesitas semakin mendunia. Seiring kemajuan informasi dan teknologi, tentunya penderita *overweight* dan obesitas baik secara langsung maupun tidak langsung terpapar oleh promosi kesehatan baik iklan maupun program dalam upaya meningkatkan gaya hidup sehat, diet dan berolahraga yang bertujuan dalam penurunan berat badan. Sehingga penderita *overweight* dan obesitas menunjukkan stimulus respon perilaku manusia berupa adanya perubahan pengetahuan dan sikap (Notoatmodjo, 2007).

Proses perubahan perilaku diet dan olahraga di pusat kebugaran tersebut dapat digambarkan melalui teori adopsi perilaku yang dikemukakan oleh Rogers (1974) yaitu *awareness, interest, evaluation, trial* dan *adoption*. Melalui proses adopsi perilaku tersebut, maka terjadilah bentuk perubahan perilaku menurut WHO (dalam Notoatmodjo, 2007) yakni perubahan alamiah (*natural change*), perubahan terencana (*planned change*) dan kesiapan untuk berubah (*readiness to change*). Meskipun tingkat pengetahuan orang tentang manfaat olahraga lebih baik dari sebelumnya, banyak yang masih merasa sulit untuk tetap berolahraga di pusat kebugaran. Antara 55% dan 65% dari anggota *gym* baru *drop-out* dalam tiga sampai enam bulan pertama yang disampaikan dalam studi penelitian melalui *European Journal of Sports Science* (Annesi et al., 2003).

Beberapa penyebab *drop-out* dalam sebuah studi penelitian melalui *The Journal Permanente* diantaranya adalah faktor fisiologis, penurunan *body satisfaction*, penurunan *self efficacy* dan penurunan suasana hati (Annesi et al., 2008). Hasil pengambilan data awal di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya menunjukkan penderita *overweight* dan obesitas masing-masing memiliki *self efficacy* sedang sebanyak 74,2% dan *self efficacy* tinggi sebanyak 25,8%. Untuk kategori *self efficacy* rendah menurut Alwisol (2004), seseorang yang memiliki *self efficacy* rendah telah timbul sikap yang apatis, pasrah, depresi dan merasa dirinya tidak mampu. Jadi, kelompok dengan kategori *self efficacy* rendah telah *drop-out* dari pusat kebugaran (Annesi, 2008). Dengan demikian dibutuhkan, intervensi yang didasarkan pada *self efficacy* digunakan dalam teori manajemen dan pengaturan diri secara efektif dalam menangani hambatan dalam ketekunan serta dapat meningkatkan keterampilan (Bandura, 2006).

### 1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya?

### 1.4 Tujuan Penelitian

#### 1.4.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya.

#### 1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi *self efficacy* dalam diet pada penderita *overweight* dan obesitas.
2. Mengidentifikasi *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas.
3. Menganalisis pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet pada penderita *overweight* dan obesitas.
4. Menganalisis pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas.

### 1.5 Manfaat Penelitian

#### 1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi ilmiah terkait pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas dengan pendekatan *health*

*care systems model* sehingga dapat dijadikan bahan kajian pengembangan keperawatan yang holistik dalam memberikan asuhan keperawatan di bidang ilmu keperawatan kesehatan komunitas.

### **1.5.2 Manfaat praktis**

1. *Brief interventions for weight management* diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas.
2. Sebagai masukan kepada pengelola Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya untuk selalu meyakinkan dan menumbuhkan rasa percaya diri kepada kliennya khususnya yang menderita *overweight* dan obesitas untuk tetap menjalankan perilaku diet dan olahraga agar senantiasa dapat terpelihara.
3. Sebagai informasi tambahan dalam penelitian selanjutnya, khususnya yang berkaitan dengan permasalahan *overweight* dan obesitas.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab ini akan diuraikan mengenai konsep teori yang mendasari atau mendukung penelitian ini, berdasarkan landasan teori yang meliputi: konsep perilaku manusia, konsep *brief interventions*, konsep *health care systems model*, konsep *self efficacy*, konsep *overweight* dan obesitas serta konsep diet dan olahraga.

#### **2.1 Konsep Perilaku Manusia**

##### **2.1.1 Definisi perilaku manusia**

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, bekerja, kuliah dan sebagainya. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007). Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengetahuan serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Kesimpulan yang bisa didapatkan yaitu perilaku merupakan respons/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Sarwono, 2004).

##### **2.1.2 Bentuk perilaku manusia**

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, maka perilaku manusia dapat dibedakan menjadi dua, yaitu (Notoatmodjo, 2007) :



### 1. Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behaviour* atau *unobservable behaviour*, misalnya: seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks dan sebagainya.

### 2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behaviour*, tindakan nyata atau praktik (*practice*) misal, seorang ibu memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur dan sebagainya.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut *covert behaviour*. Sedangkan tindakan yang nyata seseorang sebagai respon seseorang terhadap stimulus (*practice*) merupakan *overt behaviour*.

#### 2.1.3 Proses adopsi perilaku

Menurut penelitian Rogers (1974) (dalam Notoatmodjo, 2007) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yakni:

1. *Awareness* (Kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. *Interest* (Tertarik), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (Evaluasi), yakni menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial* (Mencoba), yakni orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption* (Mengadaptasi), yakni subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau perilaku melalui proses seperti didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*), sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2007). Proses tersebut melalui persepsi yang diterima positif sehingga membuat coping menjadi positif. Smet (1994) menjelaskan secara umum coping itu sendiri mempunyai dua fungsi, yaitu : *emotion focused coping* dan *problem focused coping*. *Emotion focused coping* digunakan untuk mengatur emosi dan stres. *Problem focused coping* digunakan individu untuk keterampilan stresor sehingga individu dapat mengatasi dengan mempelajari cara-cara atau keterampilan baru.

#### **2.1.4 Bentuk-bentuk perubahan perilaku**

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Di bawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO (dalam Notoatmodjo, 2007), yakni :

1. Perubahan alamiah (*natural change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan terencana (*planned change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subyek.

3. Kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya) dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut.

## 2.2 Konsep *Brief Interventions*

Konsep *brief interventions* merupakan konsep yang pertama kali dikemukakan oleh seorang ahli ilmu kedokteran masyarakat dari Universitas Wisconsin di Kota Madison, Amerika Serikat yang bernama Michael Fleming, M.D., M.P.H., pada 1999. Fleming memperkenalkan konsep *brief interventions* dalam sebuah penelitian untuk mengatasi permasalahan kesehatan pada masyarakat yang kecanduan alkohol di Amerika Serikat. Dalam konsepnya Fleming melakukan pendekatan secara psikologis untuk mengatasi para pecandu alkohol melalui sebuah konsultasi di pusat kesehatan primer. Berikut merupakan penjelasan konsep *brief interventions* yang dikemukakan oleh Fleming (1999).

### 2.2.1 Komponen esensial *brief interventions*

#### 1. Definisi *brief interventions*

Secara terminologi, *brief* artinya ringkas atau singkat. Sedangkan *interventions* artinya tindakan, intervensi, atau perlakuan. Jadi, *brief interventions* adalah sebuah tindakan atau intervensi yang dilakukan secara singkat (Fleming et al., 1999). *Brief interventions* adalah sebuah konseling yang berpusat pada penderita dengan strategi yang berfokus pada perubahan perilaku dan kepatuhan terhadap suatu terapi. Meski konsep ini ditujukan untuk mengubah pola penggunaan alkohol, pendekatan konsep *brief interventions* juga digunakan ke masalah selain alkohol. Bahkan, dokter dan professional kesehatan lainnya banyak menggunakan teknik ini untuk membantu penderita dalam mengubah berbagai perilaku, misalnya untuk mengubah kebiasaan diet, berhenti merokok, mengurangi berat badan, mengurangi tingkat kolesterol atau tekanan darah. (Fleming, 1999). Secara umum, konsep *brief interventions* terdiri dari lima langkah penting, yang dijabarkan berikut ini (Fleming, 1999):

##### a. *Assesment and direct feedback*

Pengkajian dan umpan balik langsung. Pemberi layanan kesehatan mengkaji penggunaan alkohol dan keberadaannya pada penderita dengan menggunakan sebuah kuesioner. Kemudian pemberi layanan kesehatan mengungkapkan rasa keprihatinannya tentang pola minum alkohol penderita yang kemudian menghubungkannya dengan masalah kesehatan, seperti tekanan darah tinggi dan peradangan pada lambung.

##### b. *Negotiation and goal setting*

Negosiasi dan penetapan tujuan. Merupakan bentuk perawatan yang dilakukan antara pemberi layanan dengan penderita untuk menempuh suatu

keepakatan yang telah disetujui dalam mengurangi penggunaan alkohol, misalnya minum alkohol tingkat moderat yang direkomendasikan oleh NIAAA (1995).

c. *Behavioral modification techniques*

Teknik modifikasi perilaku. Penyedia perawatan kesehatan membantu penderita untuk mengidentifikasi situasi yang berisiko tinggi yang kemungkinan minum alkohol masih akan terjadi, seperti perayaan keluarga atau situasi stres di tempat kerja. Penyedia perawatan juga membiasakan penderita dengan teknik koping untuk mengelola situasi berisiko seperti ini dengan cara-cara untuk membangun dukungan dan jaringan untuk membantu dalam proses ini.

d. *Self help-directed bibliotherapy*

*Bibliotherapy* mandiri sebagai penguatan langsung. Penyedia perawatan kesehatan menyediakan penderita dengan materi informasi tentang penggunaan alkohol dan masalah yang terkait serta pada latihan modifikasi perilaku.

e. *Follow-up and reinforcement*

Tindak lanjut dan penguatan. Untuk memastikan efektifitas jangka panjang dari *brief interventions*, penyedia perawatan kesehatan menetapkan sistem untuk melakukan komunikasi via telepon yang dapat mendukung konsultasi dan tindak lanjut dengan penderita. Seorang pemberi layanan kesehatan biasanya dapat melakukan *brief interventions* dengan menggabungkan beberapa komponen di atas selama 5-10 menit dalam tempat kunjungan. Jumlah kunjungan tersebut yang diperlukan dapat bervariasi untuk memastikan keberhasilan perawatan. Tetapi studi menunjukkan 3-4 kali kunjungan atau dikombinasikan dengan kunjungan klinik dan tindak lanjut via telepon dapat meningkatkan efektifitas *brief interventions* (Fleming et al., 1999). Intervensi dengan buku agenda yang membimbing penyedia pelayanan kesehatan melalui *brief interventions* dan buku kartu harian minum yang membantu

kronologi penderita dalam mengonsumsi alkoholnya atau bisa menjadi alat yang berguna untuk memfokuskan antara penyedia dan penderita. Dengan demikian, sesi konseling yang lebih ekstensif dapat dilakukan oleh pendidik kesehatan klinik atau perawat yang dapat dijadikan pelengkap pada *brief interventions* yang telah disampaikan oleh penyedia layanan perawatan kesehatan primer (Fleming et al., 1999).

### **2.2.2 Konsep *brief interventions for weight management***

*Brief interventions* adalah istilah umum untuk berbagai macam pertemuan dengan penderita yang membutuhkan waktu relatif singkat. *Brief interventions* muncul dari perlakuan penelitian yang menemukan bahwa intervensi untuk masalah kecanduan alkohol yang terdiri dari 1-3 sesi sekitar 5-30 menit adalah sebagai intervensi yang lebih intensif dan efektif daripada tidak ada intervensi (Kaner et al., 2007). Sedangkan *brief interventions for weight management* adalah intervensi yang berfokus pada perubahan perilaku yang terbatas oleh waktu dan sering terjadi dalam beberapa menit per sesinya. *Brief interventions for weight management* merupakan hasil penelitian *evidence-based* yang dapat memandu perubahan perilaku dan berat badan dalam jangka pendek dengan kriteria:

1. Berfokus pada diet dan olahraga
2. Dalam wawancara motivasional penyampaiannya oleh tenaga terlatih
3. Merupakan gabungan beberapa teknik perilaku, khususnya *self-monitoring*
4. Disesuaikan dengan keadaan individu
5. Mendorong individu atau penderita untuk mencari dukungan orang lain.

Fokus pada program *brief interventions for weight management* adalah konsultasi yang dilakukan dengan *face-to-face* yang meliputi perawatan kesehatan

primer, dan tidak hanya intervensi yang berdurasi singkat saja tetapi seperti sesi instruksi latihan. Setiap sesi dalam *brief interventions* memberikan informasi dari saran ke sejumlah sesi seperti sesi wawancara motivasional atau strategi intervensi yang mungkin melibatkan pemeriksaan, pengkajian dan umpan balik tentang perilaku saat ini. Teknik perilaku misalnya penetapan tujuan, *self-monitoring*, penguatan dan dapat disampaikan oleh berbagai profesional kesehatan (Cavill et al., 2011).

### **2.2.3 Standar pelaksanaan *brief interventions for weight management***

Standar pelaksanaan *brief interventions for weight management* terbagi dalam 9 kontekstual yang meliputi 3 domain (Cavill et al., 2011), yaitu:

1. Struktur dan Fungsional *Brief Interventions For Weight Management*
  - a. *Brief interventions for weight management* merupakan kesatuan dari sebuah struktur program yang mengakui dan mendukung intervensi secara psikologis sebagai bagian dari integral perawatan kesehatan primer pada klien dengan *overweight* dan obesitas.
  - b. *Brief interventions for weight management* dapat disampaikan oleh kelompok penasehat untuk mendukung penderita *overweight* dan obesitas. Kelompok penasehat tersebut adalah akademisi, peneliti, nutrisisionis, instruktur kesehatan serta profesional kesehatan lainnya.
  - c. Koordinator akan membuat *planned care pathway* untuk mengatur perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dari *brief interventions for weight management*. Koordinator akan mempersiapkan pengetahuan dan pengalaman melalui strategi intervensi yang dikombinasikan dengan diet dan pendekatan olahraga.

2. Proses *brief interventions for weight management*
  - a. *Brief interventions for weight management* dapat dilakukan pada individu maupun kelompok.
  - b. *Brief interventions for weight management* dapat dilakukan di tatanan komunitas atau tempat umum di masyarakat.
  - c. Penulisan satuan acara pelaksanaan menggambarkan fakta, petunjuk praktek dan kriteria pelaksanaan serta materi strategi intervensi.
  - d. Penilaian konsultasi dan strategi intervensi yang dikombinasikan dengan diet dan pendekatan olahraga akan dikembangkan oleh penderita bersama-sama petugas kesehatan untuk secara langsung memilih intervensi yang tepat dalam membantu mengatasi *overweight* dan obesitas.
3. Hasil *brief interventions for weight management*
  - a. *Brief interventions for weight management* mengukur keberhasilan penderita dengan menggunakan strategi intervensi yang dikombinasikan dengan diet dan pendekatan olahraga dalam mengatasi *overweight* dan obesitas.
  - b. *Brief interventions for weight management* mengukur efektifitas strategi intervensi yang dikombinasikan dengan diet dan pendekatan olahraga dalam mengatasi *overweight* dan obesitas (Cavill et al., 2011).

#### **2.2.4 Langkah-langkah *brief interventions for weight management***

Berikut ini adalah langkah-langkah *brief interventions for weight management* untuk memandu perubahan perilaku dan berat badan dalam jangka pendek (Cavill et al., 2011), yakni :



### 1. Konsultasi awal (*initial consultation*)

Seorang praktisi klinik memiliki banyak hal untuk mencapai selama konsultasi awal dengan pasien, dan dapat menjadi sulit untuk mengalihkan fokus pembicaraan terhadap perubahan perilaku dalam cara berfokus pada pasien dan memberdayakan pasien untuk membuat perilaku atau perubahan gaya hidup. Sementara staf perawatan primer cenderung berpikir konseling merupakan komponen penting dari pekerjaan mereka, ada kurangnya kesepakatan tentang bagaimana hal itu harus disampaikan, terutama dalam waktu yang tersedia (Bull, 2010). Konsultasi awal harus digunakan untuk menilai status berat badan pasien dan kesiapan mereka untuk berubah. Hal ini membantu untuk menginformasikan keputusan tentang kemungkinan atau tidaknya yang merujuk pasien untuk intervensi lebih intensif serta memberikan konsultasi mengenai pentingnya dan keyakinan diri klien tentang perubahan perilaku (Cavill, et al., 2011).

### 2. *Planned care pathway*

Berikut ini adalah susunan perencanaan perawatan (*planned care pathway*) *brief interventions for weight management* menggunakan susunan perencanaan perawatan kesehatan dengan Prinsip Model 5As (Glasgow et al., 2003) yang meliputi:

#### a. *Ask* (Tanya)

Mengidentifikasi klien yang *overweight* dan obesitas

#### b. *Asses* (Kaji)

Mengkaji kesiapan klien untuk berpartisipasi.

c. *Advise* (nasehat)

Memberikan informasi, meningkatkan motivasi untuk berpartisipasi serta mengajarkan keterampilan perilaku diet dan olahraga minimal selama 2 kali pertemuan selama 1 minggu.

d. *Assist* (bantuan)

Memberikan dukungan layanan intervensi yang lebih intensif.

e. *Arrange* (atur)

Tindak lanjut secara berkala untuk membantu klien dalam mencermati kemajuan hasil diet dan olahraga serta memecahkan masalah tentang hambatan yang muncul dan bagaimana mengatasinya.

f. *Stage matched* (tahapan tindakan)

1) Pemantauan diri (*self monitoring*)

2) Konseling (*counselling*) :

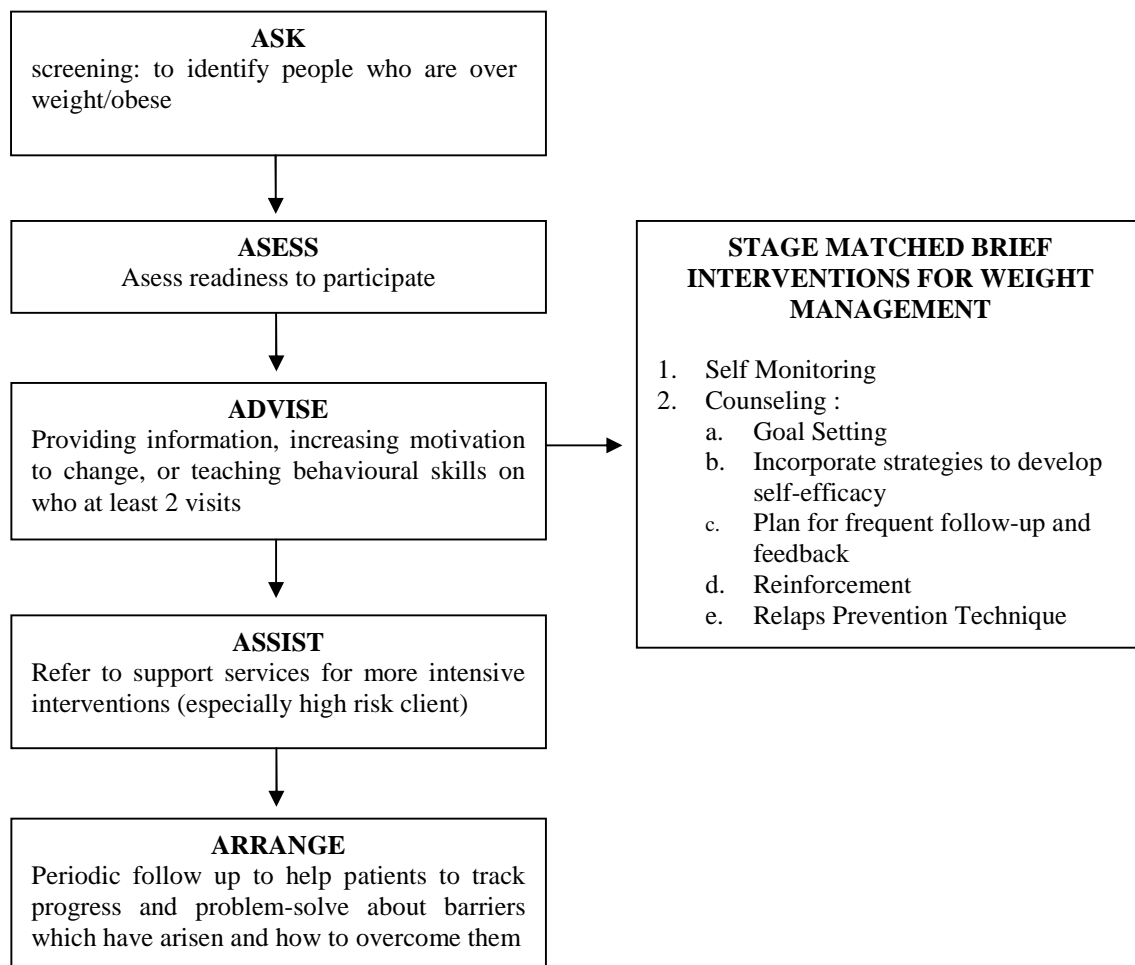
a) Penetapan tujuan/tindakan perencanaan (*goal setting*)

b) Menggabungkan beberapa strategi untuk membangun *self efficacy* (*incorporate strategies to develop self-efficacy*)

c) Perencanaan dalam *follow-up* dan umpan balik rutin (*plan for frequent follow-up and feedback*)

d) Penguatan diri (*reinforcement*)

e) Teknik pencegahan kekambuhan (*relaps prevention technique*)



Gambar 2.1 Model 5 As Konsep *Brief Interventions* yang Menggunakan Model Transteoritik Perubahan Perilaku (Glasgow et al., 2003)

### 2.2.5 Strategi intervensi *brief interventions for weight management*

Strategi intervensi *brief interventions for weight management* dapat diterapkan secara individu maupun kelompok (Carvill et al., 2011), yakni:

#### 1. Pemantauan diri (*self monitoring*)

Pemantauan diri merupakan langkah awal untuk merubah perilaku target. Seseorang harus mengetahui terlebih dahulu perilaku yang mana yang menjadi target. Teknik tersebut mengkaji seberapa sering perilaku target itu timbul dan risiko yang apa yang muncul kalau tidak segera ditangani. Pada teknik ini, klien sangat berperan penting (Taylor, 1983). Teknik ini berfungsi sebagai alat pengumpul data

sekaligus berfungsi terapeutik. Dasar pemikiran teknik ini adalah pemantauan diri terkait dengan evaluasi diri dan pengukuhan diri (Kanfer, 1975). Subyek memantau dan mencatat perilakunya sendiri, sehingga lebih menyadari perilakunya setiap saat. Beberapa langkah dalam teknik pemantauan diri adalah sebagai berikut (Kanfer, 1975):

- a. Mendiskusikan dengan subyek tentang pentingnya subyek memantau dan mencatat perilakunya secara teliti.
- b. Subyek dan terapis secara bersama-sama menentukan jenis perilaku yang hendak dipantau.
- c. Mendiskusikan saat-saat pemantauan dilaksanakan, terapis menunjukkan pada subyek cara mencatat data perilakunya.
- d. Pemantauan diri hendaknya dilakukan untuk satu jenis perilaku dan relatif merupakan respon yang sederhana.

Pemantauan diri memungkinkan individu untuk mengenali kemajuan dalam tujuan yang diidentifikasi (misalnya, menit dari aktivitas atau kalori yang dikonsumsi per harinya) dan menyediakan umpan balik secara langsung. Pemantauan diri dapat mencakup intervensi sederhana berupa *log* “pensil dan kertas” dari aktivitas fisik atau asupan makanan, atau grafik penurunan berat badan, jumlah langkah yang diambil per hari atau jarak berjalan (Artinian et al., 2010).

## 2. Konseling

Apabila konseling perorangan menunjukkan layanan kepada individu atau klien orang-perorangan, maka konseling kelompok mengarahkan layanan konseling kepada sekelompok individu. Dengan satu kali kegiatan, layanan kelompok itu memberikan manfaat atau jasa kepada sejumlah orang. Apalagi pada zaman yang menekankan perlunya efisiensi, perlunya perluasan pelayanan jasa yang mampu

menjangkau lebih banyak konsumen secara tepat dan cepat, layanan konseling kelompok semakin menarik (Prayitno, 2008). Keunggulan yang diberikan oleh layanan kelompok ternyata bukan hanya menyangkut aspek ekonomi/efisiensi. Dinamika perubahan yang terjadi ketika layanan konseling berlangsung juga amat menarik perhatian. Dalam layanan kelompok interaksi antar individu anggota kelompok merupakan suatu yang khas, yang tidak mungkin terjadi dalam konseling perorangan. Dengan interaksi sosial yang intensif dan dinamis selama berlangsungnya layanan, diharapkan tujuan-tujuan layanan (yang sejajar dengan kebutuhan-kebutuhan individu anggota kelompok) dapat tercapai secara lebih mantap. Selain itu, karena para anggota kelompok dalam interaksi mereka membawakan kondisi pribadinya, sebagaimana mereka masing-masing tampilkan dalam kehidupan sehari-hari, maka dinamika kelompok yang terjadi di dalam kelompok itu mencerminkan suasana kehidupan nyata yang dapat dijumpai di masyarakat secara luas (Prayitno, 2008).

Pendekatan yang dilakukan dalam menerapkan konseling mengacu pada teori konseling yang dikelompokkan menjadi tiga pendekatan, yaitu pendekatan konseling direktif, konseling non-direktif dan konseling elektrik. Namun, pendekatan strategi konseling pada konsep *brief interventions for weight management* adalah menggunakan pendekatan konseling direktif, yang karena proses dan dinamika pengentasan masalahnya mirip penyembuhan penyakit (Lin et al., 2010). Konseling direktif ini sering juga disebut konseling yang beraliran *behaviouralistic*, yaitu layanan konseling yang berorientasi pada perubahan tingkah laku secara langsung (Hansen et al., 1977 dan Brammer & Shostrom, 1982). Konseling direktif berlangsung menurut langkah-langkah umum sebagai berikut (Prayitno, 2008):

- 1) Analisis data tentang klien

- 2) Persintesisan data untuk mengenali kekuatan-kekuatan dan kelemahan-kelemahan klien
- 3) Diagnosis masalah
- 4) Prognosis atau prediksi tentang perkembangan masalah selanjutnya
- 5) Pemecahan masalah
- 6) Tindak lanjut dan peninjauan hasil-hasil konseling.

Upaya pemecahan masalah didasarkan pada hasil diagnosis yang pada umumnya berbentuk kegiatan yang berlangsung ditujukan pada perubahan tingkah laku klien.

Berikut ini adalah strategi yang dilakukan dengan cara konseling direktif atau konseling *behaviouralistik* pada program *brief interventions for weight management*, yakni :

a. *Goal setting* (penetapan tujuan)

Menetapkan tujuan pada awal program membantu mencapai perilaku yang diinginkan dapat terwujud. Menetapkan tujuan yang realistis dan spesifik biasanya menyebabkan hasil yang lebih baik dibandingkan tanpa adanya tujuan yang jelas (Artinian et al., 2010). Tujuan harus ditetapkan secara kolaboratif antara pasien dan profesional kesehatan, serta harus berfokus pada perubahan perilaku (misalnya, mengurangi asupan lemak atau berjalan lebih) daripada perubahan fisiologis (misalnya, menurunkan kolesterol). Target perilaku lebih mudah untuk diamati dan dicapai daripada target fisiologis yang mungkin jangka panjang dan juga dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti genetika (*Natinal Institute for Health and Clinical Excellence*, 2006).

- b. *Incorporate strategies to develop self efficacy* (menggabungkan beberapa strategi untuk membangun *self efficacy*)

*Self efficacy* adalah keyakinan individu dalam kemampuan mereka untuk melaksanakan perilaku tertentu. Sebagai contoh, seorang individu mungkin merasa percaya diri dalam kemampuannya untuk berjalan lebih, tetapi kurang percaya diri dalam kemampuan mereka untuk membuat perubahan pola makan yang berkelanjutan. Intervensi harus menggabungkan beberapa strategi yang meningkatkan *self efficacy* untuk meningkatkan kemampuan dalam perubahan perilaku. Strategi yang disusun dapat dilakukan dengan pendekatan koseling yang merupakan proses yang dinamis, di mana klien individu dibantu untuk dapat mengembangkan dirinya, mengembangkan kemampuan-kemampuannya dalam mengatasi masalah-masalah yang sedang dihadapi (Prayitno, 2008). Keyakinan individu cenderung meningkat ketika ia memiliki (Michie et al., 2009):

- 1) Kesempatan untuk mengeksplorasi hambatan dan mengidentifikasi cara untuk mengatasi yang mereka temui, Misalnya, dengan menjawab atas pertanyaan "apa yang menghalangi Anda untuk makan buah lebih banyak?".
- 2) Kesempatan untuk memikirkan pengalaman keberhasilan dalam perubahan perilaku di masa lalu.
- 3) Akses dalam dukungan sosial yang baik, dapat berupa informasi dukungan, dorongan dan dukungan emosional, atau dukungan praktis (seperti saran tentang cara-cara yang mudah ditempuh).
- 4) Berhasil mencapai tujuan itu layak dan proksimal, seperti menukar coklat untuk buah atau berjalan satu mil sehari.
- 5) Melihat seseorang serupa berhasil dalam kemampuan melaksanakan tugas yang diinginkan.

c. *Plan for frequent follow-up and feedback* (perencanaan dalam *follow-up* dan umpan balik rutin)

Profesional kesehatan harus memberikan umpan balik secara rutin pada kemajuan untuk memungkinkan pasien dalam menilai kemajuan dan memodifikasi rencana mereka. Hal ini juga memberikan profesional kesehatan kesempatan untuk mendiskusikan teknik-teknik dalam perubahan perilaku baru atau keterampilan. Tindak lanjut dapat secara langsung, lisan, tertulis atau elektronik sesuai dengan yang disukai individu. Sesi umpan balik lebih sering dapat membantu meningkatkan kepatuhan terhadap strategi dalam perubahan perilaku dengan mendukung pengembangan keterampilan perubahan perilaku diet dan atau aktivitas fisik, berlatih keterampilan, membantu untuk memecahkan masalah, atau mengintegrasikan keterampilan perilaku baru ke dalam rutinitas sehari-hari (Artinian et al., 2010).

d. *Reinforcement* (penguatan)

Digunakan untuk membantu klien mengatur dan memperkuat perilakunya melalui konsekuensi yang dihasilkannya sendiri. Banyak tindakan individu yang dikendalikan oleh konsekuensi yang dihasilkannya sendiri sebanyak yang dikendalikan oleh konsekuensi eksternal. Orang secara tipikal mengatur diri mereka dalam standar tertentu untuk mengelola perilaku dan diri secara menguntungkan atau konsekuensi yang menghukum tergantung dari apakah penampilan mereka fatal, cocok, atau melebihi yang ditentukan dari kebutuhan mereka (Bandura, 2007). Dengan penguatan individu terdorong untuk setiap kali mengulangi lagi perbuatan belajarnya. Apabila penguatan itu sering dilakukan, besar kemungkinan individu yang diberi penguatan itu akan melanjutkan, atau bahkan meningkatkan upaya belajarnya, sampai ia memiliki kebiasaan belajar yang baik (Prayitno, 2008). Pemberian penguatan dilakukan memakai pernyataan berkenaan dengan hal-hal yang



positif yang ada pada diri individu, khususnya berkenaan dengan kegiatan belajarnya itu, misalnya pernyataan tentang motivasi belajarnya cukup tinggi, hasil belajarnya bagus, dan sebagainya. Pernyataan positif itu diharapkan mendorong tumbuhnya rasa puas, rasa diri mampu bekerja dan mampu mencapai nilai tambah serta menghasilkan sesuatu yang berguna, sehingga ia terdorong untuk mengulangi kegiatan yang menghasilkan dampak positif itu (Prayitno, 2008).

Jika memungkinkan strategi dalam konseling dengan pasien, profesional kesehatan harus menggunakan wawancara motivasional. Wawancara motivasional adalah tindakan kolaboratif orang yang berpusat pada individu yang berguna untuk membimbing, memperoleh dan memperkuat motivasi dalam perubahan (Miller, 2009). Wawancara motivasional telah ditemukan efektif dalam mempromosikan perubahan (paling tidak dalam jangka pendek) dengan berbagai perilaku kesehatan termasuk pola makan dan aktivitas fisik (Martins, 2009), serta profesional kesehatan dapat terlatih untuk menjadi kompeten dalam penggunaannya (Madson et al., 2009) Prinsip-prinsip *motivational interviewing* diilustrasikan dalam akronim RULE (Rollnick et al., 2008):

- 1) R: *resist the righting reflex* (melawan refleks yang terjadi)

Praktisi harus menghindari keinginan pasien untuk menempatkan perilakunya yang biasa terjadi bahkan ketika hal itu dianggap menguntungkan kesehatannya.

- 2) U: *understand and explore the patient's own motivation* (memahami dan mengeksplorasi motivasi pasien itu sendiri).
- 3) L: *listen with empathy* (mendengarkan dengan empati).
- 4) E: *empower the patient, encouraging hope and optimism* (memberdayakan pasien, mendorong harapan dan optimismenya).

Selama konseling, antara perilaku praktisi dan pasien dapat mempengaruhi perubahan perilaku pasien. Praktisi juga dapat menggunakan strategi *motivational interviewing* lebih konsisten (menanyakan pertanyaan terbuka tentang perubahan perilaku dan mencerminkan “berbicara perubahan” kembali ketika pasien mendengarnya) maupun strategi *motivational interviewing* lebih sedikit yang tidak konsisten (memberikan nasihat yang tidak diminta dan memberitahu pasien apa yang harus dilakukan), menyebabkan pasien dapat menghabiskan berbicara dalam waktu lebih untuk konseling tentang keinginan mereka, kemampuan, alasan dan perlunya untuk melakukan perilaku positif. “Berbicara perubahan” pada pasien, ini juga berhubungan langsung dalam perubahan perilaku positif (Miller, 2009). Strategi intervensi *motivational interviewing* untuk membantu pasien membuat keputusan dalam perubahan perilaku ke dalam konsultasi praktik umum yang telah dikembangkan dan diterima dengan baik oleh praktisi. Bahkan tiga menit *motivational interviewing* berbasis intervensi dengan kelebihan berat badan atau obesitas pasien oleh dokter di perawatan primer telah ditemukan untuk menyebabkan sejumlah kecil penurunan berat badan (Pollak, 2010).

e. *Relaps prevention technique* (teknik pencegahan kekambuhan)

Konseling sebagai teknik pencegahan kekambuhan. Teknik pencegahan yang perlu dilakukan oleh konselor (Prayitno, 2008) adalah:

- 1) Mendorong perbaikan kondisi diri pribadi klien.
- 2) Meningkatkan kemampuan individu untuk hal-hal yang diperlukan dan mempengaruhi perkembangan dan kehidupannya.
- 3) Mendorong individu untuk tidak melakukan sesuatu yang akan memberikan risiko yang besar dan melakukan sesuatu yang akan memberikan manfaat.
- 4) Menggalang dukungan kelompok terhadap individu yang bersangkutan.

### 2.2.6 Intensitas pelaksanaan *brief interventions for weight management*

Suatu pertimbangan penting adalah berapa banyak sesi yang ditawarkan kepada seseorang, tentang sesi durasi dan sesi frekuensi tindak lanjut, setelah perlakuan awal *brief interventions*. Meskipun ada banyak bukti bahwa *motivational interviewing* dapat efektif bahkan dalam pertemuan singkat hanya 15 menit, jelas menandakan bahwa pertemuan yang dilakukan lebih dari satu pertemuan dengan waktu paparan pasien yang lebih dan kemungkinan efek positif dapat meningkat (Rubak et al., 2005). Dalam kebanyakan studi, lebih sering dan atau lebih lama sesi kontak berhubungan dengan lebih besar penurunan berat tubuh dan perbaikan dalam aktivitas fisik dan diet. Ulasan telah menemukan durasi rata-rata sebuah konseling individu mengalami peningkatan menjadi 60 menit (berkisar = 10-120 menit) dengan 64% waktu dari *brief interventions* (kurang dari durasi 20 menit) menunjukkan efek (Stange et al., 2002). Dan tentunya juga dikombinasikan dengan kontak telepon berbasis mingguan, pemantauan dan konseling sesi perilaku kognitif kelompok untuk pencegahan kekambuhan dengan standar konseling kelompok selama dua kali seminggu (McKay et al., 2005). Dengan demikian, direkomendasikan bahwa intervensi yang dilakukan dapat memberikan waktu yang cukup untuk konsultasi, perencanaan dalam memberikan konsultasi ulang serta mengatur kontrak tindak lanjut rutin. Secara keseluruhan, tingkat dukungan yang ditawarkan harus ditentukan oleh kebutuhan orang tersebut dan bersikap responsif terhadap perkembangan zaman (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2006).

### **2.2.7 Mekanisme *brief interventions for weight management* terhadap peningkatan *self efficacy* dalam diet dan olahraga**

Menurut Bandura (2006) untuk meningkatkan *self efficacy* seseorang adalah dengan intervensi yang didasarkan pada *self efficacy* digunakan pada teori manajemen dan pengaturan diri secara efektif dalam menangani hambatan dalam ketekunan serta dapat meningkatkan keterampilan. Intervensi yang dimaksud Bandura ada di dalam intervensi yang akan diterapkan di dalam program *brief interventions for weight management*. Mekanisme *brief interventions for weight management* dalam upaya meningkatkan *self efficacy* adalah dengan memberikan intervensi secara komprehensif dengan pendekatan model 5As (*ask, asses, advise, assist, arrange, stage matched*) pada dua aspek penting terkait efikasi diri yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy* yang meliputi sifat tugas yang dihadapi, insentif yang diberikan orang lain dan kapasitas kemampuan diri serta sumber-sumber pembentuk *self efficacy* yang meliputi *performance accomplishment, vicarious experience, social persuasion, emotional aurosal* dan *physical or affective status*. Sehingga pada akhirnya *brief interventions for weight management* berdampak pada efikasi diri seseorang yang ditampilkan melalui pemilihan perilaku, kesungguhan usaha dan ketahanan serta pola berfikir dan reaksi emosi yang positif.

Intervensi dapat dilakukan secara individu maupun kelompok. Sesi individu harus digunakan untuk pengkajian kesiapan pasien secara bersama-sama mengidentifikasi tujuan dan mengembangkan rencana pribadi (Artinian et al., 2010). Sesi kelompok menggunakan strategi intervensi konseling berbasis kelompok yang meliputi penetapan tujuan dan pemantauan diri. Konseling kelompok yang dilakukan dapat berguna untuk mengajarkan keterampilan dalam memodifikasi diet dan mengembangkan program aktivitas fisik, memberikan teladan dan belajar dari

kesuksesan orang lain, serta memaksimalkan manfaat dari dukungan sebaya dan pemecahan masalah kelompok (Artinian et al., 2010). *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2006) merekomendasikan prinsip intervensi yang mempertimbangkan, mendukung dan menolong pasien dalam melakukan program manajemen berat badan mereka, yaitu dengan mengikuti prinsip tindakan ini:

1. Membantu orang menilai berat badan mereka dan memutuskan target yang realistis
2. Bertujuan untuk penurunan berat badan mingguan maksimum berat badan dapat turun antara 0,5-1 kg
3. Berfokus pada perubahan gaya hidup jangka panjang daripada pendekatan jangka pendek
4. Menjadi multikomponen dalam menangani diet dan aktivitas dengan menawarkan berbagai pendekatan
5. Merekomendasikan aktivitas fisik secara teratur (aktivitas tertentu yang dapat menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari seperti jalan cepat dan berkebun) dan menawarkan saran yang aman dan praktis untuk menjadi lebih aktif
6. Memberikan beberapa teknik perubahan perilaku seperti menjaga catatan harian dan saran tentang cara mengatasi penyimpangan serta situasi berisiko tinggi (*drop-out*)
7. Merekomendasikan dan atau menyediakan dukungan yang berkelanjutan.

### **2.2.8 Teori keperawatan dalam *brief interventions for weight management***

*Brief interventions for weight management* bertujuan untuk mendukung intervensi secara psikologi dalam manajemen berat badan, seperti terapi perilaku (penggunaan terencana dan terstruktur dari rentang teknik dan perubahan perilaku

yang ditetapkan) atau intervensi yang dikombinasikan dengan diet dan pendekatan olahraga dalam perawatan kesehatan primer. Berdasarkan komponen esensial dari *brief interventions* menurut Fleming (1999) penekanan prinsip intervensi lebih bersifat pencegahan seperti pada penjelasan di atas, *brief interventions* dalam konsultasinya penyedia layanan kesehatan primer mengungkapkan rasa keprihatinannya kepada penderita kecanduan alkohol dengan menghubungkan masalah kesehatan yang berdampak pada kondisi kecanduan alkohol, yakni misalnya penyakit tekanan darah dan peradangan pada lambung. Hal ini sejalan dengan teori keperawatan Betty Neuman yang bertujuan untuk mempertahankan keseimbangan garis pertahanan diri terhadap sesuatu yang mengancam kesehatan yang berfokus pada intervensi promotif dan preventif dalam teorinya *health care systems model*.

### 2.3 Konsep *Health Care Systems Model*

Teori *health care systems model* menggambarkan partisipasi aktif perawat terhadap klien dengan tingkatan yang menyangkut bermacam-macam pengaruh terhadap respon klien akibat tekanan dan stres. Klien dalam hubungan timbal balik dan lingkungan sekitarnya selalu membuat keputusan yang menyangkut hal atau sesuatu yang akan berakibat kepadanya. Ada 4 faktor yang merupakan konsep mental klien yaitu (Neuman, 1996):

#### 1. Individu

Orang adalah multidimensi yang berlapis. Setiap lapisan terdiri dari lima orang variabel atau subsistem:

- a. Fisik/Fisiologis
- b. Psikologis
- c. Sosial budaya

d. Perkembangan

e. Spiritual.

Lapisan biasanya diwakili oleh lingkaran konsentris, terdiri dari inti pusat, garis-garis perlawanan, garis pertahanan normal dan garis pertahanan fleksibel. Struktur inti dasar terdiri dari mekanisme bertahan hidup termasuk: fungsi organ, suhu kontrol, struktur genetik, pola respons dan ego. Garis resistensi dan dua baris pertahanan melindungi inti ini. Orang mungkin sebenarnya menjadi suatu individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat di model Neuman. Orang, dengan inti struktur dasar, dipandang sebagai terus-menerus, dinamis interaksi dengan lingkungan. Sekitar dasar struktur inti garis pertahanan dan perlawanan ditunjukkan dalam diagram sebagai lingkaran konsentris, dengan garis-garis perlawanan lebih dekat ke inti. Orang dilihat sebagai berada dalam keadaan yang selalu berubah dan sebagai sebuah sistem terbuka dalam interaksi timbal balik dengan lingkungan (yaitu yang mempengaruhi dan menjadi terpengaruh oleh hal itu).

## 2. Lingkungan

Lingkungan dipandang sebagai totalitas internal dan kekuatan eksternal yang mengelilingi seseorang dan dengan mana mereka berinteraksi pada waktu tertentu. Kekuatan ini mencakup intrapersonal, interpersonal dan stres pribadi tambahan yang dapat mempengaruhi orang normal dan garis pertahanan sehingga dapat mempengaruhi stabilitas sistem.

a. Lingkungan internal ada di dalam sistem klien.

b. Lingkungan eksternal ada di luar sistem klien.

c. Neuman juga mengidentifikasi lingkungan yang menciptakan lingkungan yang diciptakan dan dikembangkan secara tidak sadar oleh klien dan sistem simbolis keutuhan.

### 3. Sehat

Neuman mendefinisikan kesehatan adalah kondisi di mana semua bagian dan *subpart* (variabel) selaras dengan seluruh klien. Sebagai orang yang berada dalam interaksi yang konstan dengan lingkungan, keadaan kesehatan (dan implikasinya negara lainnya) berada dalam kesetimbangan dinamis, bukan di segala macam kondisi mapan. Neuman mengusulkan *wellness* (penyakit kontinum), dengan posisi orang yang kontinum dipengaruhi oleh interaksi mereka dengan variabel dan tekanan yang mereka hadapi. Sistem klien bergerak ke arah penyakit dan kematian bila dibutuhkan lebih banyak energi daripada yang tersedia. Sistem klien bergerak ke arah kesehatan ketika lebih energis tersedia daripada yang dibutuhkan.

### 4. Keperawatan

Neuman melihat keperawatan sebagai profesi yang unik yang berkaitan dengan semua variabel-variabel yang mempengaruhi tanggapan seseorang terhadap *stressor*. Neuman melihat personal sebagai keseluruhan, dan tugas perawat untuk mengatasi seluruh masalah yang dihadapi penderita. Neuman mendefinisikan keperawatan sebagai tindakan yang membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mempertahankan tingkat maksimum kesehatan dan tujuan utama adalah stabilitas penderita/sistem klien melalui intervensi keperawatan untuk mengurangi stres. Neuman menyatakan persepsi perawat akan mempengaruhi perawatan yang diberikan kepada penderita. Peran perawat dilihat dari segi derajat reaksi terhadap stres dan penggunaan primer, sekunder dan tersier intervensi dalam memberikan perawatan terhadap penderita.

Betty Neuman menggunakan sejumlah orang untuk melakukan pendekatan yang termasuk dalam konsep mayor menurutnya antara lain :



## 1. Tekanan

Rangsangan yang timbul yang diakibatkan kondisi sekitar pandangan Neuman tentang tekanan yaitu :

- a. Intrapersonal yaitu secara individu atau perorangan, misalnya emosi dan perasaan.
- b. Interpersonal yaitu antara individu satu dengan individu yang lain lebih dari satu, misalnya harapan peran.
- c. Ekstrapersonal yaitu di luar individu, misalnya pekerjaan atau tekanan keuangan.

## 2. Struktur pokok sumber energi

Merupakan penggerak untuk melakukan aktivitas.

## 3. Tingkat ketahanan

Merupakan faktor internal untuk menghadapi tekanan.

## 4. Garis pertahanan

Tingkatan kemampuan adaptasi individu untuk menghadapi tekanan di batas normal.

### a. Garis pertahanan fleksibel

Garis pertahanan fleksibel adalah penghalang luar atau bantalan untuk garis pertahanan normal, garis resistensi dan struktur inti. Jika garis pertahanan fleksibel gagal untuk memberikan perlindungan yang memadai terhadap garis pertahanan normal, garis perlawanan menjadi aktif. Garis pertahanan fleksibel bertindak sebagai bantalan dan digambarkan sebagai akordeon seperti sejalan dengan berkembangnya menjauh dari atau kontrak lebih dekat dengan garis pertahanan normal. Pada garis pertahanan fleksibel bersifat dinamis dan dapat berubah/diubah dalam waktu yang relatif singkat.

b. Garis pertahanan normal

Garis pertahanan normal mewakili garis pertahanan stabilitas sistem dari waktu ke waktu. Hal ini dianggap sebagai tingkat biasa pada stabilitas sistem. Garis pertahanan normal dapat berubah dari waktu ke waktu sebagai respons untuk mengatasi atau menanggapi lingkungan. Contohnya adalah kulit, yang stabil dan cukup konstan, tetapi dapat menebal menjadi kalus dari waktu ke waktu.

c. Garis pertahanan resisten

Garis-garis perlawanan melindungi struktur dasar dan menjadi aktif ketika tekanan lingkungan yang menyerang garis pertahanan normal. Contoh: aktivasi respon kekebalan setelah invasi mikroorganisme. Jika garis resistensi yang efektif, sistem ini dapat menyusun kembali dan jika garis resistensi yang tidak aktif, kehilangan energi yang dihasilkan dapat mengakibatkan kematian.

5. Gangguan pertahanan

Kerusakan sistem pertahanan tubuh oleh dan akibat dari tekanan.

6. Tingkat reaksi

Tindakan yang muncul akibat dari pengaruh tekanan.

7. Intervensi

Identifikasi tindakan sebagai akibat dari reaksi yang timbul.

8. Tingkat-tingkat pencegahan

a. Pencegahan primer (sebelum terjadi tindakan)

Mengidentifikasi faktor-faktor risiko, berusaha mengeliminasi *stressor* dan fokus pada pengaman kubu pertahanan normal dan penguatan kubu pertahanan fleksibel. Suatu reaksi belum lagi terjadi, namun tingkat risiko telah diketahui.

b. Pencegahan sekunder (ketika terjadi tindakan)

Berhubungan dengan intervensi adalah penyembuhan aktif yang dimulai setelah gejala-gejala yang terjadi. Fokusnya adalah penguatan kubu-kubu resistensi internal. Mereduksi reaksi dan meningkatkan faktor resistensi.

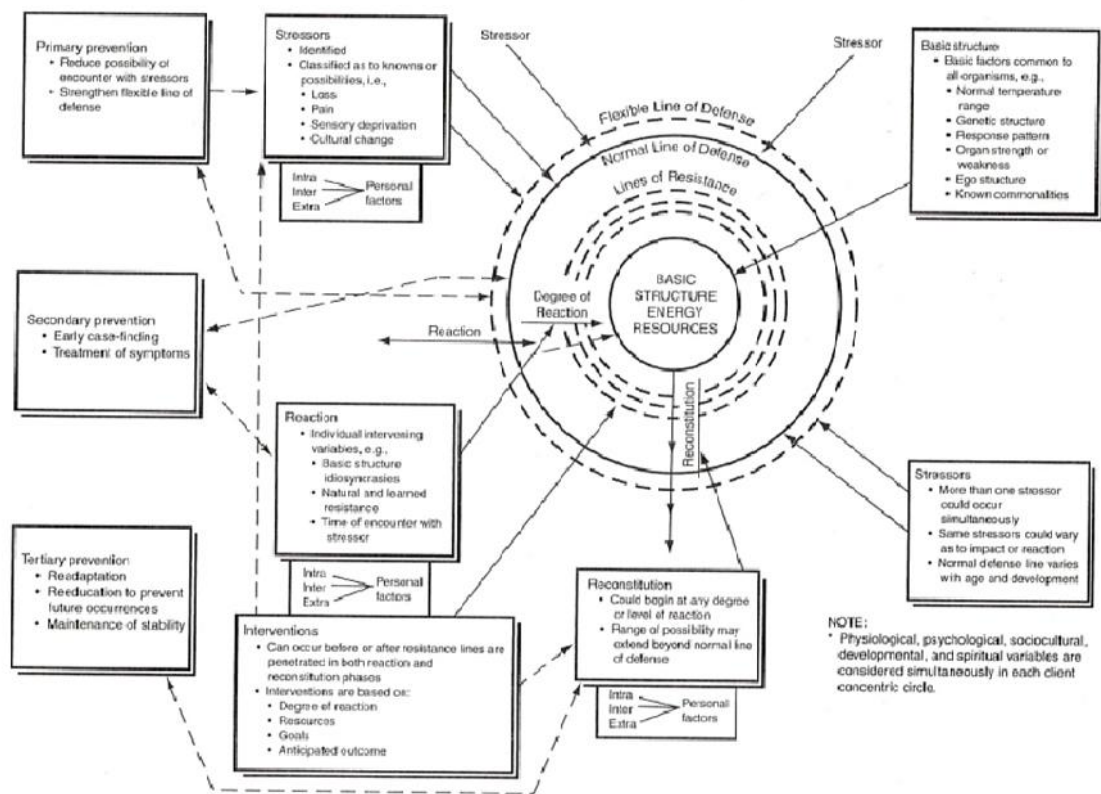
c. Pencegahan tersier (adaptasi pada tindakan)

Mengarah pada intervensi yang menyertai intervensi dalam tahap sekunder. Hal ini terfokus pada readaptasi dan stabilitas serta mengamankan pemulihan kembali pada keaktifan yang menyertai penyembuhan. Perawat menekankan pendidikan klien dalam penguatan resistensi terhadap *stressor* dan cara-cara pertolongan pencegahan kambuhnya reaksi atau rekreasi.

9. Penyesuaian kembali

Adaptasi dari tindakan yang berasal dari sekitar baik secara interpersonal, intrapersonal dan ekstrapersonal. Faktor yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Fisiologi individu, fisik merujuk dari struktur dan fungsi tubuh.
- b. Psikologi individu, mengacu pada proses mental dan emosi.
- c. Sosial kultural, mengacu pada hubungan sosial/budaya.
- d. Perkembangan individu, merujuk kepada mereka yang terkait dengan proses pembangunan seumur hidup.
- e. Spiritual, mengacu pada pengaruh keyakinan spiritual.



Gambar 2.2 Skema *The Neuman Systems Model* (Neuman, 1996)

## 2.4 Konsep *Self Efficacy*

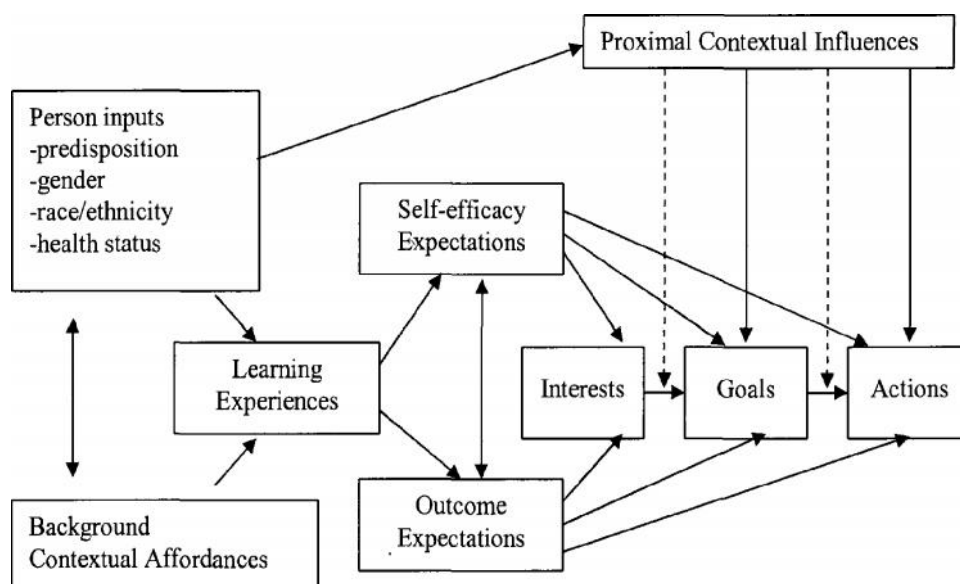
### 2.4.1 Pengertian *self efficacy*

*Self efficacy* menurut Bandura adalah *belief* atau keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai situasi dan menghasilkan hasil (*outcomes*) yang positif. Seseorang dalam hidupnya dituntut oleh keyakinan dia akan meningkat *self efficacy*-nya. Tingginya *self efficacy* membawa masyarakat lebih tahan terhadap permasalahan yang susah, membuang pemecahan masalah yang tidak efektif dan lebih cepat mengambil strategi, mengkaji ulang pekerjaan mereka terhadap kesalahan, menyiapkan diri mereka pada tujuan yang lebih menantang dan menggunakan lebih sedikit waktunya untuk khawatir terhadap konsekuensi dari kegagalan (Bandura, 2006). Implikasi psikologi ini mengandung arti bahwa *self*

*efficacy* cenderung menjadi ramalan keyakinan diri. *Self efficacy* berhubungan dengan keyakinan bahwa diri memiliki kemampuan melakukan tindakan yang diharapkan (Alwisol, 2004).

Keyakinan seseorang akan kemampuannya berfungsi sebagai perangkat faktor penentu dari bagaimana seseorang berperilaku, berfikir dan bagaimana reaksi emosional yang ditunjukkan dalam mengatasi situasi tertentu. Bandura menyatakan bahwa jika seseorang dihadapkan pada situasi yang menekan, maka keyakinan *self efficacy* yang dimiliki oleh individu tersebut akan mempengaruhi reaksi terhadap situasi. Baik reaksi emosional maupun usaha yang diyakini. Keyakinan atau harapan diri disebut *self efficacy* atau *efficacy expectation* dan harapan hasilnya disebut *outcome expectations*, yang dijabarkan sebagai berikut :

- a. *Efficacy expectations*, yaitu persepsi diri sendiri mengenai seberapa bagus diri dapat berfungsi dalam situasi tertentu.
- b. *Outcome expectations*, yaitu perkiraan atau estimasi diri bahwa tingkah laku yang dilakukan diri itu akan mencapai hasil tertentu.



Gambar 2.3 Skema Konsep *Self Efficacy* (McWhirter, 2009)

### 2.4.2 Sumber *self efficacy*

Perubahan tingkah laku, menurut Bandura (2006) kuncinya adalah perubahan *self efficacy*. *Self efficacy* atau keyakinan kebiasaan diri itu dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan, melalui salah satu atau kombinasi lima sumber, yakni *performance accomplishment*, *vicarious experience*, *social persuasion*, *emotional aurosal* dan *physical or affective status* yang dijabarkan sebagai berikut :

#### 1. *Performance accomplishment*

*Performance accomplishment* adalah prestasi yang pernah dicapai pada masa yang telah lalu. Sebagai sumber, *performance* masa lalu menjadi pengubah *self efficacy* yang paling kuat pengaruhnya. Prestasi masa lalu yang bagus meningkatkan *efficacy*, sedang kegagalan akan menurunkan *efficacy*.

#### 2. *Vicarious experience*

*Vicarious experience* diperoleh melalui model sosial. *Efficacy* akan meningkat ketika mengamati keberhasilan orang lain, sebaliknya *efficacy* akan menurun jika mengamati orang yang kemampuannya kira-kira sama dengan dirinya ternyata gagal.

#### 3. *Social persuasion*

*Self efficacy* juga dapat diperoleh, diperkuat atau dilemahkan melalui persuasi sosial. Dampak dari sumber ini terbatas, tetapi pada kondisi yang tepat persuasi diri orang lain dapat mempengaruhi *self efficacy*. Kondisi itu adalah rasa percaya kepada pemberi persuasi dan sifat realistik dari apa yang dipersuasikan.

#### 4. *Emotional aurosal*

Keadaan emosi yang mengikuti suatu kegiatan akan mempengaruhi *efficacy* di bidang kegiatan itu. Emosi yang kuat, takut, cemas, stres, dapat mengurangi *self*

*efficacy*. Namun bisa terjadi, peningkatan emosi (yang tidak berlebihan) dapat meningkatkan *self efficacy*.

#### 5. *Physical or affective status*

Stres dan kecemasan memiliki akibat negatif terhadap *self efficacy*. Jika individu tidak sedang mengalami gejala perasaan maka dirinya akan mampu berpikir relatif tenang, jernih dan terarah. Hal ini berguna agar dapat melihat apakah tujuan yang akan dicapai sulit, sedang atau mudah. Pada akhirnya *self efficacy* yang akan muncul akan lebih sesuai dengan kenyataan yang sedang dihadapi oleh individu yang bersangkutan.

### 2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy*

Dari hasil penelitian dan analisisnya, Bandura (2006) menyatakan bahwa *self efficacy* seseorang dipengaruhi oleh:

#### 1. Sifat tugas yang dihadapi

Sifat tugas meliputi tingkat kerumitan dan kesukaran tugas yang dihadapi. Semakin rumit dan sukar suatu tugas, maka seseorang cenderung menilai rendah kemampuannya untuk dapat menyelesaikan tugas tersebut. Sebaliknya semakin mudah tugas yang dihadapi, seseorang akan merasa mempunyai kemampuan yang tinggi untuk dapat menyelesaikan tugas tersebut dengan baik.

#### 2. Insentif yang diberikan orang lain atas kemampuannya

Insentif yang dapat mempengaruhi *self efficacy* adalah insentif yang berupa dukungan atas penguasaan tugas yang mencerminkan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan tugas.

### 3. Status atau peran individu dalam lingkungannya

*Self efficacy* seseorang yang dalam lingkungannya berperan sebagai pemimpin cenderung lebih tinggi daripada seseorang yang memiliki peran sebagai bawahan. Karena sebagai pemimpin biasanya kemauan atau perintahnya akan dituruti oleh bawahannya, sehingga menambah keyakinan dirinya, yang berarti meningkatkan *self efficacy*.

### 4. Informasi tentang kemampuan diri

Informasi yang menyatakan bahwa seseorang memiliki kemampuan yang tinggi, membawa pengaruh yang positif bagi yang bersangkutan, karena hal ini akan menambah keyakinannya terhadap kemampuannya dalam mengerjakan suatu tugas dan berarti akan meningkatkan *self efficacy*-nya. Sebaliknya bila seseorang mendapat informasi bahwa kemampuannya rendah, maka hal ini akan mengurangi keyakinannya terhadap tugas dan berarti akan menurunkan *self efficacy*-nya.

#### **2.4.4 *Self efficacy* sebagai prediktor tingkah laku**

Sumber pengontrol tingkah laku menurut Bandura (dalam Alwisol, 2004), adalah resiprokal antara lingkungan, tingkah laku, dan pribadi. *Self efficacy* merupakan variabel pribadi yang penting, jika digabungkan dengan tujuan-tujuan spesifik dan pemahaman mengenai prestasi, akan menjadi penentu tingkah laku mendatang yang penting. Setiap individu mempunyai *self efficacy* yang berbeda-beda pada situasi yang berbeda, tergantung kepada :

1. Kemampuan yang dituntut oleh situasi yang berbeda
2. Kehadiran orang lain
3. Keadaan fisiologis dan emosional : kelelahan, kecemasan, apatis, murung.



*Self efficacy* yang tinggi atau rendah, dikombinasikan dengan lingkungan yang responsif atau tidak responsif, akan menghasilkan empat kemungkinan prediksi tingkah laku.

**Tabel 2.1 Kombinasi *Efficacy* Dengan Lingkungan Sebagai Prediktor Tingkah Laku (Alwisol, 2004)**

<i>Efficacy</i>	Lingkungan	Prediksi hasil tingkah laku
Tinggi	Responsif	Sukses, melaksanakan tugas yang sesuai dengan kemampuannya.
Rendah	Tidak responsif	Depresi, melihat orang lain sukses pada tugas yang dianggapnya sulit.
Tinggi	Tidak responsif	Berusaha keras mengubah lingkungan menjadi responsif, melakukan protes, aktivitas sosial, bahkan memaksakan perubahan.
Rendah	Responsif	Apatis, pasrah, merasa tidak mampu.

#### 2.4.5 Mekanisme *self efficacy* dalam perilaku manusia

Dalam teori belajar sosial dari Bandura (2006), *self efficacy* merupakan komponen penting dari serangkaian sistem diri (*self system*) manusia, dalam hal ini sistem diri merupakan pusat penentu hubungan timbal balik antara pribadi individu dengan lingkungan eksternal dalam perubahan lingkungan. Mekanisme *self efficacy* memuat penjelasan bagaimana *self efficacy* bekerja atau bagaimana *self efficacy* berlangsung kepada individu. Menurut Bandura (2006) persepsi diri atas *efficacy* yang berlangsung dalam diri individu keberadaannya sebagai suatu fungsi yang menentukan dalam cara bagaimana individu bertindak, membangun pola-pola pemikiran dan reaksi emosi. Hal ini dapat dijelaskan dibawah ini :

##### 1. Pemilihan perilaku

Pengambilan keputusan tentang tindakan itu yang dilakukan dan sebagai lama tindakan itu dilakukan. Keputusan tersebut melibatkan pilihan aktivitas dan lingkungan sosial tertentu yang sebagian ditentukan oleh personalnya. Individu cenderung menghindari tugas-tugas dan situasi-situasi yang diyakini melebihi

kapabilitasnya, akan tetapi menyetujui dan mendukung aktivitas yang diyakini. Persepsi diri yang menguntungkan tentang *self efficacy* akan mendukung kemampuannya. Sebaliknya persepsi yang *inefficacy* akan mengarah pada pengabaian pengayaan aktivitas dari lingkungan dan tindakan.

## 2. Kesungguhan usaha dan ketahanan

*Self efficacy* dipandang sebagai mekanisme pengaktifan yang memungkinkan seseorang menggabungkan dan menerapkan kemampuan kognitif, *behavioural* dan sosialnya pada saat melaksanakan pada suatu tugas. *Self efficacy* dapat tercermin dari keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk melakukan suatu tugas dengan berhasil pada tingkatan tertentu atau keyakinan seseorang bahwa ia mampu melakukan suatu tindakan yang diperlukan untuk mencapai suatu hasil tertentu dengan berhasil. Keyakinan yang kuat tentang efektifitas kemampuan seseorang sangat menentukan usahanya untuk mencoba mengatasi situasi yang sulit. Keyakinan *self efficacy* tersebut menentukan jenis koping *behaviour*, seberapa keras usaha yang dilakukan untuk mengatasi persoalan atau menyelesaikan tugas seberapa lama ia akan mampu berhadapan dengan hambatan-hambatan atau pengalaman-pengalaman yang tidak diinginkan (Bandura, 2006).

## 3. Pola berfikir dan reaksi emosi

Pertimbangan individu akan kemampuannya juga mempengaruhi pola berfikir dan reaksi emosi selama pengantisipasi dengan stimulus dari lingkungan individu yang merasa dirinya *inefficacy* dalam mengatasi tuntutan lingkungan atau mengalami kesukaran kognitif (Lazarus & Launier, 1987 dalam Bandura, 2006). Dalam pencarian pemecahan permasalahan-permasalahan yang sukar, individu yang memiliki *efficacy* tinggi menganggap kegagalannya sebagai akibat dari usaha yang tidak memadai yang dikaitkan dengan keterampilan. Sedangkan individu yang

memiliki *efficacy* rendah menganggap kegagalan sebagai akibat defisit kemampuan. Peneliti Bandura yang dilakukan di laboratorium/di tempat-tempat lain menunjukkan bahwa keyakinan tentang *self efficacy* menyentuh sebagai dasar aktivitas manusia, termasuk reaksi stres, pencapaian prestasi dan pembinaan karir *self efficacy* yang tinggi mendorong orang untuk memunculkan reaksi yang adekuat terhadap stres dan mencari pemecahan secara adekuat pula (Bandura, 2006).

**Tabel 2.2 Kuesioner *Exercise Self Efficacy Scale* (ESES) (Kroll et al., 2007)**

<i>I am confident that;</i>	<i>Not at All True</i>	<i>Rarely True</i>	<i>Moderately True</i>	<i>Always True</i>
<i>I can overcome barriers and challenges with regard to physical activity and exercise if I try hard enough</i>	1	2	3	4
<i>I can find means and ways to be physically active and exercise</i>	1	2	3	4
<i>I can accomplish the physical activity and exercise goals that I set</i>	1	2	3	4
<i>When I am confronted with a barrier to physical activity or exercise I can find several solutions to overcome this barrier</i>	1	2	3	4
<i>I can be physically active or exercise even when I am tired</i>	1	2	3	4
<i>I can be physically active or exercise even when I am feeling depressed</i>	1	2	3	4
<i>I can be physically active or exercise even without the support of my family and friends</i>	1	2	3	4
<i>I can be physically active or exercise without the help of a therapist or trainer</i>	1	2	3	4
<i>I can motivate my self to start being physically active or exercising again after I've stopped for a while.</i>	1	2	3	4
<i>I can be physically active or exercise even if I had no access to a gym, exercise training, or rehabilitation facility.</i>	1	2	3	4

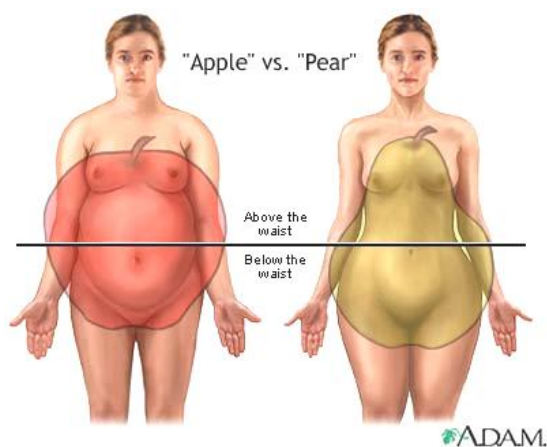
## 2.5 Konsep *Overweight* dan Obesitas

### 2.5.1 Pengertian *overweight* dan obesitas

Terdapat beberapa istilah yang perlu diketahui, yaitu obesitas dan *overweight*. Obesitas adalah peningkatan lemak tubuh (*body fat*). *Overweight* adalah peningkatan berat badan relatif apabila dibandingkan terhadap standar. *Overweight* kemudian menjadi istilah yang mewakili obesitas baik secara klinis ataupun epidemiologis (Soegih, 2009). *Overweight* adalah kelebihan berat badan dibandingkan berat ideal yang terjadi akibat penimbunan jaringan lemak atau non lemak meliputi otot, tulang, lemak dan air (*Indonesian Nutrition Network Forum*, 2005). Sedangkan obesitas adalah ketidakseimbangan antara jumlah makanan yang masuk dibandingkan dengan pengeluaran energi oleh tubuh. Obesitas merupakan peningkatan total lemak tubuh, yaitu apabila ditemukan kelebihan berat badan > 20% pada pria dan > 25% pada wanita karena lemak (Ganong, 2003).

*Overweight* dan obesitas berhubungan erat dengan distribusi lemak tubuh. Tipe *overweight* dan obesitas menurut pola distribusi lemak tubuh dapat dibedakan menjadi obesitas tubuh bagian atas (*upper body obesity*) dan obesitas tubuh bagian bawah (*lower body obesity*). Obesitas tubuh bagian atas merupakan dominasi penimbunan lemak tubuh di *trunkal*. Terdapat beberapa kompartemen jaringan lemak pada *trunkal*, yaitu *trunkal subcutaneus* yang merupakan kompartemen paling umum, *intraperitoneal (abdominal)*, dan *retroperitoneal* (Tchernof, 2007). Obesitas tubuh bagian atas lebih banyak didapatkan pada pria, oleh karena itu tipe obesitas ini lebih dikenal sebagai *android obesity*. Tipe obesitas ini berhubungan lebih kuat dengan diabetes, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular daripada obesitas tubuh bagian bawah. Obesitas tubuh bagian bawah merupakan suatu keadaan tingginya akumulasi lemak tubuh pada *regio gluteofemoral*. Tipe obesitas ini lebih banyak

tejadi pada wanita sehingga sering disebut *gynoid obesity*. Tipe obesitas ini berhubungan erat dengan gangguan menstruasi pada wanita (Tchernof, 2007).



Gambar 2.4 Tipe Kegemukan Pada Tubuh

### 2.5.2 Pengukuran antropometri sebagai penilaian *overweight* dan obesitas

Obesitas dapat dinilai dengan melakukan pengukuran indeks massa tubuh (IMT) dan lingkar perut (Fitriyanti, 2009). Berikut ini adalah penjelasan masing-masing metode pengukuran antropometri tubuh.

#### 1. Pengukuran indeks massa tubuh (IMT)

Pengukuran yang paling sering digunakan dan paling sederhana adalah berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Pengukuran BB dan TB yang akurat merupakan langkah awal dalam pemeriksaan klinis, karena kedua pengukuran tersebut dibutuhkan untuk menghitung IMT. Indeks massa tubuh ( $\text{kg/m}^2$ ) didapatkan dengan cara membagi BB dalam kg dengan TB dalam meter dikuadratkan (Fitriyanti, 2009). klasifikasi IMT dapat dilihat pada tabel berikut ini.

**Tabel 2.3 Klasifikasi IMT (International Diabetes Federation, 2005)**

Klasifikasi IMT	( $\text{kg/m}^2$ )
Berat badan kurang ( <i>underweight</i> )	<18,5
Normal	18,5-24,9
Berat badan lebih ( <i>overweight</i> )	25,0-29,9
Obesitas, kelas I	30,0-34,9
Obesitas, kelas II	35,0-39,9
Obesitas, kelas III	>40

## 2. Pengukuran lingkaran perut

Pengukuran lingkaran paling tepat untuk menentukan obesitas sentral. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan pita plastik atau logam yang tidak elastis, di daerah setinggi umbilikus atau pada titik tengah antara tulang iga paling bawah dengan puncak tulang iliaka. Walaupun pengukuran lemak viseral/sentral yang paling akurat adalah dengan CT *scan* atau MRI, tetapi mahal dan tidak praktis. Penelitian-penelitian membuktikan lingkaran perut adalah pemeriksaan yang baik dan praktis serta tidak sulit (Fitriyanti, 2009).

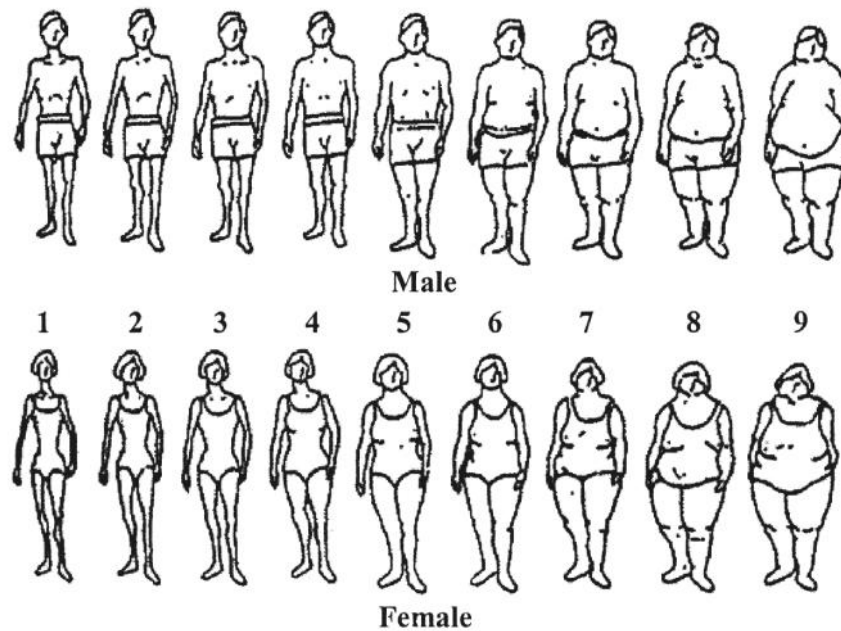
**Tabel 2.4 Ukuran Lingkaran Perut Berdasarkan Etnis (*International Diabetes Federation, 2005*)**

Negara/Kelompok Etnis	Lingkaran Pinggang (cm) pada Obesitas	
	Pria	Wanita
Eropa	>94	>80
Asia Selatan/Populasi China, Melayu Asia-India	>90	>80
China	>90	>80
Jepang	>85	>90
Amerika Tengah	Gunakan rekomendasi Asia Selatan hingga tersedia data spesifik	
Sub-Sahara Afrika	Gunakan rekomendasi Eropa hingga tersedia data spesifik	
Timur Tengah	Gunakan rekomendasi Eropa hingga tersedia data spesifik	

## 3. Pengukuran dengan skala stunkard

Terobosan terbaru saat ini yang telah digunakan dalam pengumpulan 2000 data penelitian dari *Dallas Heart Study*, untuk menilai seseorang dikatakan *overweight* atau obesitas itu tidak hanya bisa diukur dengan BMI, tetapi juga dapat menggunakan skala bergambar yang dikenal sebagai Skala Stunkard. Skala Stunkard merupakan serangkaian gambar dari tipe tubuh yang semakin berat dari skala 1 sampai 9. Dengan menggunakan Skala Stunkard dapat memberikan efisiensi bagi

peneliti *Dallas Heart Study* untuk melakukan pengumpulan data penelitian melalui sebuah interpretasi penilaian status kegemukan (O'Callaghan, 2009).



Gambar 2.5 Skala Stundkard (O'Callaghan, 2009)

### 2.5.3 Penyebab *overweight* dan obesitas

Obesitas penyebabnya multifaktorial dan berbagai penemuan terbaru yang berkaitan dengan penyebab obesitas menyebabkan patogenesis obesitas terus berkembang. Terjadinya obesitas secara umum berkaitan dengan keseimbangan energi di dalam tubuh. (Nugraha, 2009). Keseimbangan energi ditentukan oleh asupan energi yang berasal dari zat gizi penghasil energi yaitu karbohidrat, lemak dan protein serta kebutuhan energi yang ditentukan oleh kebutuhan energi basal, aktivitas fisik dan *thermic effect of food* (TEF) yaitu energi yang diperlukan untuk mengolah zat gizi menjadi energi (Nugraha, 2009). Keseimbangan energi di dalam tubuh dipengaruhi oleh berbagai faktor baik yang berasal dari dalam tubuh yaitu regulasi fisiologis dan metabolisme ataupun dari luar tubuh yang berkaitan dengan gaya hidup (lingkungan) yang akan mempengaruhi kebiasaan makan dan aktivitas

fisik. Regulasi fisiologis dan metabolisme dipengaruhi oleh genetik dan juga oleh lingkungan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa obesitas (peningkatan lemak tubuh)  $\pm 70\%$  dipengaruhi oleh lingkungan dan  $\pm 30\%$  oleh genetik (Nugraha, 2009). Menurut hukum termodinamika, obesitas terjadi karena ketidakseimbangan antara asupan energi dengan keluaran energi sehingga terjadi kelebihan energi yang selanjutnya disimpan dalam bentuk jaringan lemak. Kelebihan energi tersebut dapat disebabkan oleh asupan energi yang tinggi atau keluaran energi yang rendah (Sjarif, 2002).

### 1. Faktor genetik

Banyak gen yang berkaitan dengan terjadinya obesitas, namun sangat jarang yang berkaitan gen tunggal. Sebagian besar berkaitan dengan kelainan pada banyak gen. Setiap peptide/neurotransmitter yang merupakan sinyal neural dan humoral yang mempengaruhi otak memiliki gen tersendiri yang mengkodonya. Setiap mutasi pada gen-gen tersebut akan menyebabkan kelainan pada produksi peptide/neurotransmitter yang mempengaruhi otak, sehingga juga akan mempengaruhi respon otak baik akan meningkatkan asupan makanan ataupun hambatan asupan makanan (Nugraha, 2009). Faktor genetik yang diketahui mempunyai peranan kuat adalah *parental fitness*, anak yang obesitas biasanya berasal dari keluarga yang obesitas. Bila kedua orangtua obesitas, sekitar 80% anak-anak mereka akan menjadi obesitas. Bila salah satu orangtua obesitas kejadiannya menjadi 40%, dan bila kedua orangtua tidak obesitas maka prevalensi obesitas akan turun 14%. Peningkatan risiko menjadi obesitas tersebut kemungkinan disebabkan oleh pengaruh gen atau faktor lingkungan dalam keluarga (Sjarif, 2002).

### 2. Regulasi fisiologis dan metabolisme



Regulasi fisiologis dan metabolisme di dalam tubuh terdiri dari dua faktor, yaitu (Nugraha, 2009):

a. *Controller* (otak)

Otak akan menerima sinyal (input) dari lingkungan dalam bentuk suara, bau, rasa indra pengecap ataupun dari dalam tubuh sendiri dalam bentuk sinyal neural dan humoral yang selanjutnya akan membuat otak memberikan respon dalam bentuk menghambat atau mengaktifasi *motor system* dan memodulasi sistem saraf dan hormonal untuk mencari atau menjauhi makanan. Hasil (output) dari sinyal yang diterima oleh otak akan mempengaruhi pemilihan jenis makanan (zat gizi), porsi makanan, lama makan dan digesti, absorpsi serta metabolisme zat gizi di dalam tubuh. Hasil akhirnya adalah *satiety*, pembentukan jaringan lemak, glikogen dan zat lain (hormon, enzim dll.), atau dibakarnya zat gizi sebagai energi (Nugraha, 2009). Terdapat pula hormon-hormon yang mempengaruhi asupan makanan melalui rangsangan terhadap otak baik meningkatkan ataupun menurunkan yaitu *norepinefrin*, *serotonin*, *dopamin* dan *histamin*. Diantaranya *histamin*, apabila sekresi *histamin* berkurang, maka asupan makanan akan meningkat (Nugraha, 2009).

b. *Controlled system/nutrient partitioning*

yaitu organ lain di luar otak yang berperan dalam menggunakan atau menyimpan energi seperti saluran cerna, liver, otot, ginjal dan jaringan adiposa. Selain sinyal neural dan humoral yang mempengaruhi otak untuk meningkatkan atau mengurangi asupan makanan, setelah zat gizi masuk ke dalam sel, maka terdapat beberapa kemungkinan nasib dari zat gizi tersebut, yaitu diubah menjadi energi, diubah menjadi zat lain misalnya protein, atau disimpan sebagai cadangan di dalam tubuh sebagai lemak (trigliserida) di sel adiposa (Nugraha, 2009). Pengaturan bagaimana nasib zat gizi tersebut ditentukan oleh kebutuhan sel dan tubuh. Secara

lebih spesifik akhir-akhir ini diketahui bahwa terdapat faktor transkripsi yang turut berperan dalam menentukan nasib zat gizi terutama dalam membentuk dan memperbesar cadangan lemak yaitu *peroxisome proliferator activated receptor* (PPAR)-. PPAR- yang lebih aktif akan lebih cenderung memperbesar cadangan lemak di jaringan adiposa (Nugraha, 2009).

### 3. *Intrauterin imprinting* (riwayat BBLR)

Perkembangan janin *intrauterine* diketahui mempengaruhi keadaan fisiologis dan metabolisme setiap individu. Penelitian pada subyek yang lahir dari ibu yang mengalami masa malnutrisi saat hamil ternyata lebih rentan untuk mengalami obesitas dan mengalami penyakit kardiovaskular di kemudian hari. Adanya malnutrisi pada ibu akan menyebabkan malnutrisi pada janin yang akan menyebabkan perubahan fisiologis dan metabolisme yang menetap. Malnutrisi saat janin ditandai dengan berat badan lahir kurang dari 2,5 kg (berat badan lahir rendah/BBLR). Anak dengan BBLR memiliki *lean mass* yang lebih sedikit dibandingkan dengan yang normal. Pada saat pertumbuhannya kemudian akan terjadi peningkatan lemak tubuh dan *lean mass*, namun peningkatan lemak tubuhnya akan lebih cepat dari *lean mass*. Bahkan peningkatan lemak tubuh yang lebih cepat tetap terjadi pada saat asupan makanan tidak berlebihan, sehingga pada subyek dengan riwayat BBLR lebih besar kemungkinan mengalami obesitas (peningkatan lemak tubuh) dibanding dengan yang normal (Nugraha, 2009).

### 4. Makanan

Terjadinya obesitas merupakan dampak dari terjadinya kelebihan asupan energi (*energy intake*) dibandingkan dengan yang diperlukan (*energy expenditure*) oleh tubuh sehingga kelebihan asupan energi tersebut disimpan dalam bentuk lemak. Makanan merupakan sumber dari asupan energi. Di dalam makanan yang akan

diubah menjadi energi adalah zat gizi penghasil energi yaitu karbohidrat, protein dan lemak. Apabila asupan karbohidrat, protein dan lemak berlebih, maka akan karbohidrat akan disimpan sebagai glikogen dalam jumlah terbatas dan sisanya lemak, sedangkan lemak akan disimpan sebagai lemak. Tubuh memiliki kemampuan menyimpan lemak yang tidak terbatas (Nugraha, 2009). Faktor-faktor yang berpengaruh dari asupan makanan terhadap terjadinya obesitas adalah kuantitas, porsi per kali makan, kepadatan energi dari makanan yang dimakan, kebiasaan makan (contohnya kebiasaan makan malam hari), frekuensi makan dan jenis makanan (Nugraha, 2009).

#### 5. Kurangnya aktivitas fisik dan olahraga

Aktivitas fisik merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan kebutuhan energi (*energi expenditure*), sehingga apabila aktivitas fisik rendah maka kemungkinan terjadinya obesitas akan meningkat. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa lamanya kebiasaan menonton televisi (inaktivitas) berhubungan dengan peningkatan prevalensi obesitas (Nugraha, 2009). Meski aktivitas fisik hanya mempengaruhi 1/3 pengeluaran energi seseorang dengan berat normal, namun bagi orang yang memiliki kelebihan berat badan aktivitas fisik memiliki peran yang sangat penting. Saat berolahraga kalori terbakar, semakin banyak berolahraga maka semakin banyak kalori yang hilang. Kalori secara tidak langsung mempengaruhi sistem metabolisme basal. Orang yang duduk bekerja seharian akan mengalami penurunan metabolisme basal tubuhnya. Kekurangan aktivitas fisik akan menyebabkan suatu siklus yang hebat, obesitas membuat kegiatan olahraga menjadi sangat sulit dan kurang dapat dinikmati (Mu'tadin, 2002). Gaya hidup tidak aktif dapat dikatakan sebagai penyebab utama obesitas. Hal ini didasari oleh aktivitas fisik dan latihan fisik yang teratur dapat meningkatkan massa otot dan mengurangi massa

lemak tubuh, sedangkan aktivitas fisik yang tidak adekuat dapat menyebabkan pengurangan massa otot dan peningkatan adipositas. Oleh karena itu pada orang *obese*, peningkatan aktivitas fisik dipercaya dapat meningkatkan pengeluaran energi melebihi asupan makanan, yang berimbas penurunan berat badan (Guyton, 2007).

#### 6. Riwayat tidak mengonsumsi ASI

ASI (air susu ibu) mampu menurunkan kadar hormon pertumbuhan IGF-1 dan insulin dalam darah yang memperlambat laju pertumbuhan, bahkan setelah anak memulai tahap mengonsumsi makanan padat. Berat badan lebih lambat bertambah yang justru mendorong pola makan sehat. Sebaliknya, susu formula dapat meningkatkan produksi sel-sel lemak yang mendorong kenaikan berat badan sepanjang masa. Temuan tim peneliti dari Fakultas Kesehatan Universitas Kopenhagen, Denmark, juga menunjukkan bahwa semakin lama periode ASI, berat badan akan lebih rendah di usia 18 bulan. Hasil penelitian ini datang dari penelitian lebih luas mengenai diet dan kesejahteraan diikuti 330 anak berusia 9, 18, dan 36 bulan. (Madsen, 2011).

#### 7. Tingkat pendapatan dan tingkat pendidikan

Obesitas merupakan masalah yang berkembang di Amerika Serikat. Dua pertiga orang Amerika kelebihan berat badan atau obesitas, dengan 72 juta orang dewasa AS atau 26,7%, mengalami obesitas, dengan indeks massa tubuh atau BMI, dari 30 atau lebih. Beberapa penelitian terkait obesitas dengan pendapatan dan pendidikan beberapa kali dilakukan. Hasil penelitian mengemukakan bahwa 33% pria yang masuk kategori pertama alias mampu mengalami obesitas, dibandingkan dengan 29% pria yang hidup di bawah 130% dari tingkat kemiskinan. Hanya 29% wanita di atas batas kemiskinan mengalami obesitas, bandingkan dengan 42% wanita yang hidup di bawah tingkat kemiskinan yang mengalami obesitas. Pendidikan

memainkan peran penting. Hanya lebih dari 27% pria dengan gelar sarjana yang obesitas dibandingkan dengan 32% dari mereka yang tak mendapatkan pendidikan tinggi. Sedangkan 23% wanita dengan tingkat pendidikan tinggi mengalami obesitas, dibandingkan dengan 42% wanita yang tak mengenyam pendidikan tinggi (Wang, 2007).

#### 8. Jenis kelamin

Secara rata-rata, laki-laki mempunyai massa otot yang lebih banyak dari wanita. Laki-laki menggunakan kalori lebih banyak dari wanita bahkan saat istirahat karena otot membakar kalori lebih banyak dibanding tipe-tipe jaringan yang lain. Dengan demikian, perempuan lebih mudah bertambah berat badan dibanding laki-laki dengan asupan kalori yang sama (Galletta, 2005).

#### **2.5.4 Dampak klinis *overweight* dan obesitas**

Obesitas telah dilaporkan berhubungan langsung dengan mortalitas dan penyakit kronis, seperti hipertensi, diabetes mellitus tipe 2, penyakit jantung koroner, stroke, dislipidemia, *osteoarthritis*, beberapa tipe kanker (*endometrium*, payudara, *colon*), dan penyakit kandung empedu. Pada penelitian lain dilaporkan bahwa individu yang mempunyai massa jaringan adiposa yang tinggi dan aktivitas fisik yang rendah adalah merupakan faktor risiko untuk terjadi kematian (Wargahadibrata, 2009). Individu yang memiliki IMT > 25 diprediksi memiliki risiko tinggi untuk terjadi kematian, dengan mengesampingkan data tingkat aktivitas fisiknya. Dengan kata lain, dengan aktivitas fisik yang tinggi belum tentu dapat mencegah risiko pada *overweight*. Seseorang yang menderita obesitas tentunya belum tentu memiliki penyakit penyerta, dilaporkan bahwa banyak juga yang memiliki metabolisme yang normal. Secara umum, bagaimana pun juga obesitas dianggap sebagai suatu penyakit

dengan gangguan metabolisme. Beberapa penyakit kronik: penyakit jantung koroner, diabetes mellitus tipe 2, hipertensi, stroke, penyakit kandung empedu, mendengkur, beberapa tipe kanker dan *osteoarthritis* menjadi semakin parah bila dibarengi dengan penyakit obesitas (Wargahadibrata, 2009).

#### 1. Sindroma metabolik

Sindroma metabolik merupakan suatu kumpulan faktor risiko metabolik yang berkaitan secara langsung terhadap terjadinya penyakit kardiovaskular arteriosklerotik. Faktor risiko tersebut antara lain terdiri dari displidemia atherogenik, peningkatan tekanan darah, peningkatan kadar glukosa plasma, keadaan prototombik, dan proinflamasi (Semiardji, 2004). Beberapa kelompok pakar telah mengembangkan definisi dan kriteria Sindroma Metabolik. Definisi dan kriteria yang paling banyak digunakan adalah yang dibuat oleh *World Health Organization* (WHO), *the European Group for the Study of Insulin Resistance* (EGIR), *the National Cholesterol Education Program-Third Adult Treatment Panel* (NCEP ATP III) dan *International Diabetes Federation* (IDF). Seluruh organisasi tersebut telah sepakat bahwa komponen utama Sindroma Metabolik adalah obesitas, resistensi insulin, displidemia dan hipertensi (Wargahadibrata, 2009). NCEP ATP III mengidentifikasi 6 (enam) komponen Sindroma Metabolik:

- a. Obesitas abdominal
- b. Displidemia atherogenik
- c. Peningkatan tekanan darah
- d. Resistensi insulin, intoleransi glukosa
- e. Status proinflamasi
- f. Status protrombotik

Faktor-faktor risiko dalam Sindroma Metabolik terdiri dari faktor risiko *underlying*, *major* dan *emerging*. Berdasarkan ATP III faktor risiko untuk PJK adalah (Wargahadibrata, 2009):

- a. *Underlying*: obesitas (terutama obesitas abdominal), tidak aktif dalam hal fisik dan diet yang menimbulkan atherogenik.
- b. *Major*: merokok, hipertensi, meningkatnya LDL, menurunnya HDL, riwayat PJK *premature* pada keluarga dan penuaan.
- c. *Emerging*: peningkatan trigliserida, partikel LDL yang berukuran kecil, resistensi insulin, intoleransi glukosa, status proinflamatori dan status protrombotik.

Berikut adalah penjelasan daripada masing-masing faktor risiko (Wargahadibrata, 2009):

- a. Obesitas abdominal adalah salah satu bentuk obesitas yang memiliki hubungan yang paling kuat dengan Sindroma Metabolik. Obesitas abdominal ini diperoleh melalui pengukuran lingkar perut.
- b. Displidemia atherogenik diidentifikasi melalui peningkatan trigliserida dan penurunan HDL. Analisis yang lebih lengkap: peningkatan lipoprotein remnant, peningkatan apolipoprotein B, partikel LDL yang berukuran besar dan partikel HDL yang berukuran kecil.
- c. Peningkatan tekanan darah sangat berkaitan erat dengan obesitas dan biasanya timbul pada orang yang mengalami resistensi insulin.
- d. Resistensi insulin diderita oleh sebagian besar orang yang mengalami Sindroma Metabolik. Resistensi insulin memiliki kolerasi yang kuat dengan faktor risiko yang lain, terutama merupakan faktor risiko pada PJK.
- e. Status proinflamatori ditandai dengan peningkatan *C-reactive protein* (CRP). Berbagai mekanisme akan menimbulkan peningkatan CRP, salah satunya adalah

obesitas, akibat kelebihan jaringan adiposa akan menghasilkan sitokin yang akan menimbulkan reaksi inflamasi.

- f. Status protrombotik ditandai dengan peningkatan *plasminogen activator inhibitor* (PAI)-1 plasma dan fibrinogen. Fibrinogen merupakan reaktan fase akut seperti CRP, akan meningkat pada kondisi sitokin yang tinggi pada tubuh.

## 2. Hipertensi obesitas

Berbagai penelitian epidemiologi telah membuktikan adanya hubungan kuat antara obesitas dan hipertensi. Data yang diperoleh dari NHANES pada populasi penduduk Amerika Serikat memberikan gambaran yang jelas mengenai hubungan linier antara tingkat BMI dengan tekanan darah sistolik dan diastolik serta tekanan nadi (Price, 2009). *Framingham Heart Study* melaporkan risiko terjadinya hipertensi sebesar 65% pada wanita dan 78% pada pria yang berhubungan langsung dengan obesitas diduga berhubungan dengan kenaikan volume tubuh, peningkatan curah jantung dan menurunnya resistensi vaskular sistemik. Beberapa mekanisme lain yang berperan dalam kejadian hipertensi pada obesitas antara lain peningkatan sistem saraf simpatik, meningkatnya aktivitas *rennin angiotensin aldosteron* (RAAS), peningkatan leptin, peningkatan insulin, peningkatan asam lemak bebas (FFA), peningkatan endotelin 1, terganggunya aktivitas *natriuretic peptide* (NP) serta menurunnya *nitric oxide* (Aneja et al., 2004).

## 3. Penyakit jantung

Penelitian menunjukkan bahwa berat badan berlebih bahkan pada orang yang tidak dianggap obesitas secara substansial meningkatkan risiko gagal jantung. Para peneliti diikuti 5881 orang terdaftar dalam *Framingham Heart Study*, baik obesitas atau hanya kelebihan berat badan, untuk rata-rata 14 tahun. Setelah menyesuaikan statistik untuk faktor risiko lain untuk gagal jantung (seperti diabetes,



penyakit arteri koroner atau hipertensi) mereka yang hanya kelebihan berat badan memiliki risiko terkena gagal jantung sebesar 34% yang lebih besar dari non-kelebihan berat badan individu, sedangkan mereka yang obesitas mengalami peningkatan luar biasa 104% dalam risiko (Fogoros, 2003).

#### 4. *Obstructive sleep apnea*

*Obstructive Sleep Apnea* adalah gangguan umum yang terkait dengan prevalensi epidemi obesitas di masyarakat barat. *Sleep apnea* disebabkan oleh obstruksi jalan nafas atas saat tidur yang diakibatkan oleh peningkatan *collapsibility* saluran napas secara berulang. *Collapsibility* dapat meningkat didasari perubahan anatomi dan atau gangguan pada saluran napas atas dan kontrol neuromuskular, yang keduanya memainkan peran penting dalam patogenesis *obstructive sleep apnea*. Obesitas sentral dan adipositas khususnya merupakan risiko kuat untuk *sleep apnea* (Schwartz et al., 2007). Adanya obesitas sentral dan adipositas dapat meningkatkan *collapsibility* faring melalui efek mekanis pada jaringan lunak faring, volume paru-paru dan melalui sistem saraf pusat yang bertindak dengan aksi sinyal protein (adipokines) yang dapat mempengaruhi kontrol neuromuskular saluran udara. Khusus jalur sinyal molekul mengkodekan dalam perbedaan distribusi dan aktivitas metabolisme jaringan adiposa. Perbedaan ini dapat menghasilkan perubahan dalam kontrol mekanik dan *collapsibility* saraf saluran napas atas yang menentukan kerentanan *sleep apnea*. Meskipun penurunan berat badan dapat mengurangi *collapsibility* saluran udara bagian atas selama tidur, tidak diketahui apakah dampaknya dimediasi atau tidak terutama oleh peningkatan sifat mekanis saluran udara bagian atas atau kontrol neuromuskular (Schwartz et al., 2007). Berbagai perilaku, farmakologis dan pendekatan bedah untuk penurunan berat badan mungkin bermanfaat untuk pasien dengan *sleep apnea*, melalui efek yang berbeda pada massa

dan aktifitas daerah penyimpanan adiposa. Memeriksa respon terhadap strategi penurunan berat badan yang spesifik akan memberikan wawasan penting ke dalam mekanisme yang menghubungkan obesitas dan sleep apnea, serta akan membantu untuk menjelaskan prediktor humoral dan molekular dalam respon penurunan berat badan (Schwartz et al., 2007).

#### 5. Diabetes mellitus tipe 2

Obesitas mengarah ke tingkat asam lemak bebas tinggi yang disimpan dan diubah menjadi lemak dalam berbagai jaringan. Sebuah reseptor permukaan baru-baru ini ditemukan untuk asam lemak bebas yang disebut GPR40, adalah pada sajian perlakuan percobaan tikus dengan hal tingkat produksi insulin sel beta. Tikus seperti manusia yang makan diet kaya kalori, berat badan bertambah dengan cepat dan mengalami gangguan insulin, gula dan lemak dalam darah serta kemudian mengembangkan perlemakan hati dan diabetes. Temuan tim menunjukkan bahwa tikus yang kekurangan reseptor GPR40 adalah sehat dan memperoleh pengalaman berat badan normal pada diet kaya kalori. Bagaimanapun juga tikus-tikus ini terlindung dari komplikasi dan penyakit yang menimbulkan obesitas (Edlund, 2005). Temuan demikian menunjukkan bahwa obesitas menyebabkan peningkatan kadar asam lemak bebas yang merangsang sekresi insulin melalui reseptor GPR40, yang pada gilirannya memberikan kontribusi untuk perkembangan penyakit. Teori ini didukung oleh temuan bahwa tikus dengan peningkatan jumlah reseptor GPR40 pada sel beta mereka dapat mengembangkan diabetes. GPR40 milik kelas reseptor yang paling ditargetkan oleh obat. Reseptor tersebut juga terjadi pada sel beta manusia dan karena itu zat yang memblokir reseptor adalah kandidat utama sebagai obat untuk mencegah atau mengobati diabetes dan komplikasi lain dari obesitas (Edlund, 2005).

#### 6. Kanker

Banyak bukti yang menunjukkan bahwa *overweight* dan obesitas memainkan peran penting dalam kanker. Obesitas dan kelebihan berat badan telah jelas terkait dengan meningkatnya risiko kanker ginjal pada pria dan wanita (risiko relatif meningkat dua kali lipat) dan pada wanita, kanker endometrium (berisiko relatif satu setengah kali lipat) dan kanker payudara pasca menopause (risiko relatif dua kali lipat). Bukti lain menunjukkan bahwa *overweight* dan obesitas juga berkaitan dengan risiko peningkatan kanker kolorektal, kanker kandung empedu dan mungkin lebih sederhana risiko kanker tiroid pada wanita (*National Cancer Institute*, 2004). Seperti obesitas, kanker merupakan masalah kesehatan utama di Amerika Serikat dan juga di negara lain. Berdasarkan *American Cancer Society* (2002) memperkirakan untuk kejadian kanker, kanker terkait dengan obesitas di kalangan wanita terdiri sekitar 51% dari semua kanker yang baru didiagnosis di kalangan perempuan pada tahun 2002: 2% tiroid kanker (15.800 kasus baru), kanker rahim 6% (39.300 kasus baru), kanker kolorektal 12% (75.700 kasus baru), dan kanker payudara 31% (203.500 kasus baru). Di antara pria, kanker terkait dengan obesitas terdiri sekitar 14% kanker baru: kanker ginjal 3% (19.100 kasus baru) dan kanker kolorektal 11% (72.600 kasus baru). Dalam hal kematian, bagi wanita, kanker yang berhubungan obesitas diperkirakan terdiri dari 28% kematian terkait kanker pada tahun 2002: kanker payudara 15% (39.600 kematian), kanker rahim 2% (6.600 kematian) dan kanker kolorektal 11% (28.800 kematian). Di antara pria, obesitas kanker yang berhubungan diperkirakan terdiri dari 13% dari kematian terkait kanker pada tahun 2002: kanker kolorektal 10% (27.800 kematian) dan kanker ginjal 3% (7.200 kematian). Secara keseluruhan, sementara ini mekanisme yang mendasari hubungan obesitas dengan karsinogenesis tidak sepenuhnya dipahami, bukti hadir untuk mendukung rekomendasi bahwa orang dewasa dan anak-anak harus mempertahankan berat

badan yang wajar terhadap tinggi badan dan usia mereka untuk manfaat kesehatan ganda, termasuk mengurangi risiko kanker (*National Cancer Institute, 2004*).

#### 7. Arthritis

CDC mengatakan dalam sebuah laporan baru, orang dewasa obesitas 44% lebih mungkin dengan radang sendi untuk secara fisik tidak aktif daripada orang obesitas yang tidak menderita penyakit menyakitkan yang menyebabkan peradangan dan kekakuan sendi. Menurut Morbiditas CDC (*Centers of Disease Control and Prevention*) dan *Mortality Weekly Report*, arthritis adalah umum pada orang dewasa yang mengalami obesitas. Dan arthritis yang berhubungan dengan nyeri sendi dapat mengurangi atau mencegah aktivitas fisik diantara orang dewasa obesitas. Laporan itu mengatakan arthritis mempengaruhi 35,6% orang dewasa yang mengalami obesitas di AS dan yang mungkin menjadi "penghalang potensial" dalam berolahraga yang dapat menyebabkan penurunan berat badan dan membantu membuat orang merasa lebih baik (Hendrick, 2011).

#### 8. Kolesistitis dan kolelitiasis

Obesitas telah dikenal dengan baik karena hubungannya dengan penyakit kandung empedu. Dalam seri bedah bariatrik, kejadian kolelitiasis pada pasien gemuk tidak sehat mendekati 87-97%. Bila dibandingkan dengan kelompok setara pasien non obesitas, pasien dengan BMI 45 kg/m<sup>2</sup> memiliki risiko 5-7 kali lipat dari pengembangan kolelitiasis. Kolesistitis dan kolesterolosis kandung empedu juga lebih sering pada pasien obesitas (Yeung, 2009). Beberapa studi laparoskopi kolesistektomi (LC) pada pasien obesitas telah menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam waktu operasi, harga konversi atau pasca-operasi morbiditas. Dalam seri lain, ada kecenderungan waktu operasi meningkat dan kegagalan untuk melakukan kolangiografi intraoperatif. LC pada pasien obesitas adalah prosedur

yang lebih menuntut merupakan masalah teknis terkait dengan eksposur dan diseksi yang harus aman pada *Calot Triangle*, masalah potensial dengan pneumoperitoneum, steatosis hati dan dinding perut serta lemak intraperitoneal yang melimpah (Yeung, 2009).

#### 9. *Cerebro vascular accident* (stroke)

Epidemi obesitas dapat menjadi penyebab peningkatan tajam dalam insiden stroke pada anak muda Amerika. Stroke, penyakit yang terkenal mempengaruhi orang dewasa yang lebih tua, tampaknya sekarang akan menjadi penyakit kaum muda. Data yang dirilis pada konferensi *American Stroke Association*, dikumpulkan oleh para analis di Pusat Pengendalian Penyakit dan Pencegahan Amerika Serikat (CDC) yang merupakan laporan pertama untuk melihat kejadian jangka panjang dari stroke dengan kelompok usia di AS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa antara tahun 1994 dan 2007 jumlah stroke meningkat di semua kelompok umur di bawah 44 tahun, termasuk anak-anak. Kenaikan tertinggi melihat pada pria antara usia 15 dan 34 yang menunjukkan peningkatan 51 persen. Wanita dari kelompok usia yang sama meningkat sebesar 17 persen. Di antara anak laki-laki dan perempuan antara 5 sampai 14 ada peningkatan 31 persen dan 36 persen (Nazar, 2011).

#### **2.5.5 Dampak sosial-ekonomi *overweight* dan obesitas**

Penderita obesitas mengalami prasangka dan diskriminasi dalam banyak situasi. Masyarakat dapat memiliki pendapat negatif dari orang yang kelebihan berat badan dan obesitas serta dapat merasakan dengan cara yang negatif. Mereka dapat menemukan prasangka dan diskriminasi dalam banyak hal, misalnya, bidang perjalanan kerja, sekolah, kesehatan, ritel dan sebagainya. Mereka mungkin mengalami kesulitan dalam membeli pakaian yang sesuai dan duduk di kursi

pesawat, menimbulkan biaya tambahan yang di butuhkan sehingga dibuat pakaian khusus dan kursi ganda saat berpergian. Kesulitan dalam mendapatkan atau mempertahankan pekerjaan (dengan gaji berkurang dan prospek promosi) dapat menyebabkan kemiskinan yang diperkuat dengan penurunan harga diri dan kualitas hidup yang rendah (*House of Commons Health Committee, 2004*). Ada tiga jenis ongkos yang disebabkan oleh obesitas. Pertama ongkos langsung (*direct cost*), termasuk di dalamnya ongkos untuk pengobatan atau terapi obesitas. Kedua ongkos yang tidak dapat diraba (*intangible cost*), yaitu ongkos yang ada karena dampak obesitas pada hidup secara umum dan khususnya pada aspek kesehatan. Ketiga ongkos tidak langsung (*indirect cost*), termasuk didalamnya ialah absentisme orang masuk kerja atau kegiatan lainnya (WHO, 2002).

#### **2.5.6 Dampak psikologis *overweight* dan obesitas**

Orang yang *overweight* dan obesitas kesehatan psikologisnya telah sangat berkurang. Harga diri mereka dan interaksi sosial mungkin terganggu, mereka mungkin memiliki citra tubuh yang buruk dan kecemasan serta depresi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa depresi terutama pada wanita yang mengalami obesitas dan bahwa ada depresi lebih hadir pada mereka yang mengalami obesitas daripada orang dengan berat badan normal. Studi juga menunjukkan bahwa acara pesta makan adalah hal umum diantara remaja sangat gemuk dan berhubungan dengan tingkat kecemasan tinggi dan depresi, serta rendahnya tingkat harga diri dan sikap tubuh. Seorang perempuan muda lebih rentan terhadap efek psikologis dan lebih mungkin akan menunjukkan perilaku abnormal seperti pada acara pesta makan (*House of Commons Health Committee, 2004*).

## 2.6 Konsep Diet dan Olahraga

Asupan makanan dan aktifitas fisik memegang peran penting terjadinya obesitas pada seseorang, kedua aspek ini mengalami banyak perubahan pada masyarakat seiring dengan semakin meningkatnya gaya hidup. Sehingga perbaikan kedua aspek ini merupakan pilar penting dalam manajemen obesitas (Fatimah, 2009).

### 2.6.1 Konsep diet

Diet sering menjadi cara efektif untuk sebagian orang dalam rangka menurunkan berat badan. Walaupun membutuhkan perjuangan dan kedisiplinan, namun diet memberikan hasil yang signifikan dan memberi pengetahuan tentang bagaimana mengonsumsi makanan sehari-hari secara lebih sehat. Kebanyakan orang menyangka bahwa ketika mengikuti menu diet obesitas, mereka akan berhadapan dengan makanan misterius yang hambar, membosankan, tidak mengundang selera dan harus dikonsumsi setiap hari. Padahal, prasangka ini tidaklah benar, karena banyak resep diet obesitas memungkinkan orang untuk mengonsumsi makanan favorit mereka, disusun secara sehat, dibumbui dengan rempah-rempah yang lezat dan mungkin pula kombinasi herbal (Nurmalina, 2011). Untuk menanggulangi obesitas umumnya dikenal 2 (dua) macam diet (Fatimah, 2009) yaitu :

#### 1. *Low calorie diet* (LCD)

Adalah diet dengan rata-rata asupan total kalori antara 1.000 sampai 1.200 kalori per hari. Diet rendah kalori dapat aman dan sehat bila dilakukan dengan benar. Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan Amerika Serikat (HHS, 2005) menyatakan bahwa perencanaan diet dengan 1.000 sampai 1.200 kalori per hari dapat membantu pada kebanyakan wanita dalam menurunkan berat badan dengan

aman, sementara 1.200 kalori per hari adalah jumlah yang dianjurkan terendah kalori untuk pria dewasa, wanita gemuk dan wanita aktif secara fisik membutuhkan energi dari kalori yang lebih sedikit. Untuk tetap sehat pada saat rencana diet 1.000 sampai 1.200 kalori, seseorang harus memilih makanan dengan bijak. Ini berarti menghindari minuman manis, seperti kopi spesial, dan tinggi kalori makanan penuh dengan lemak jenuh. Sebaliknya, harus makan makanan bergizi padat seperti sayuran, gandum, buah, rendah lemak produk susu, kacang polong dan potongan daging sedang.

*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2011) menyatakan manfaat utama yang berhubungan dengan diet rendah kalori adalah penurunan berat badan. Sebuah rencana diet 1.000 sampai 1.200 kalori pada kebanyakan wanita dapat membantu menurunkan berat badan pada tingkat yang sehat 1 sampai 2 lbs. per minggu, sementara rencana diet dari 1.200 kalori dapat mengalami hal yang sama bagi kebanyakan pria. Dengan kehilangan hanya 10 persen dari berat tubuh seseorang dapat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan secara keseluruhan, terjadinya penurunan berat badan dapat mengurangi risiko penyakit jantung, tekanan darah tinggi, diabetes tipe 2 dan stroke.

## 2. *Very low calorie diet* (VLCD)

Diet sangat rendah kalori (VLCD) adalah diet yang dilakukan dengan pengawasan dokter yang biasanya menggunakan formula komersial, disiapkan untuk menurunkan berat badan yang cepat pada pasien yang mengalami obesitas. Formula ini, biasanya berbentuk cairan yang dikocok dan dapat mengganti semua asupan makanan selama beberapa minggu atau bulan. Formula VLCD perlu berisi tingkat nutrisi yang tepat dari vitamin dan mikronutrien untuk memastikan bahwa pasien dapat memenuhi kebutuhan gizi mereka. Beberapa dokter juga meresepkan formula



VLCD yang terdiri hampir seluruhnya dari makanan protein, seperti ikan dan ayam. Orang-orang dengan VLCD mengkonsumsi sekitar 800 kalori per hari atau kurang. Formula VLCD tidak sama dengan makanan pengganti dapat Anda temukan di toko kelontong atau apotek, yang dimaksudkan untuk menggantikan satu atau dua kali sehari. Pengganti makan berlebih yang dijual bebas seperti bar, menu utama, atau getar, harus menjelaskan hanya sebagian dari kalori sehari-hari. Ketika digunakan di bawah pengawasan medis yang tepat, VLCD dapat menghasilkan penurunan berat badan dalam waktu relatif cepat yang signifikan pada pasien obesitas. VLCD harus menjadi bagian dari program pengobatan komprehensif dalam penurunan berat badan yang meliputi terapi perilaku, konseling gizi, aktivitas fisik dan atau terapi obat (*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*, 2008).

### **2.6.2 Konsep olahraga**

Berolahraga berarti melakukan aktivitas fisik. Olahraga adalah segala aktivitas fisik yang dilakukan dengan sengaja dan sistematis untuk mendorong, membina, dan mengembangkan potensi jasmani, rohani dan sosial (Mutohir, 2007). Berbagai gerakan dilakukan manusia kemudian diformulasikan sebagai olahraga, seperti olahraga jalan kaki, olahraga bela diri, bulu tangkis, sepak bola, jogging, lari, berenang, mendayung, dan angkat besi (Karim, 2002). Olahraga dapat digolongkan ke dalam bentuk statis dan dinamis. Olahraga statis lebih bersifat anaerobik dan bertujuan untuk memperbesar dan memperkuat otot, salah satu contohnya angkat besi. Olahraga dinamis selalu bersifat aerobik dan mampu meningkatkan aliran darah sehingga sangat menunjang pemeliharaan jantung dan sistem pernapasan (Karim,

2002). Contoh dari olahraga dinamis, antara lain jalan kaki, jogging, lari, berenang, sepak bola, dan bulu tangkis (Karim, 2002).

Pola olahraga terdiri dari tiga hal yaitu frekuensi, intensitas, dan durasi. Frekuensi adalah berapa kali seminggu olahraga dilakukan agar memberi efek latihan bagi kesehatan. Intensitas menunjukkan berat beban latihan yang diberikan agar memberikan efek latihan tanpa membahayakan. Sedangkan durasi mengandung arti jangka waktu atau lamanya latihan yang diberikan agar memberikan manfaat (*Harvard Medical School Health*, 2004). Olahraga yang baik dan benar memiliki beberapa syarat antara lain olahraga dilakukan secara bertahap dimulai dari pemanasan 5-10 menit, diikuti dengan latihan inti minimal 20 menit dan diakhiri dengan pendinginan selama 5-10 menit. Seseorang untuk meningkatkan daya tahan tubuh (*endurance*) perlu waktu latihan atau olahraga antara ½-1 jam tiap harinya (Karim, 2002). Menurut Irianto (2004) tahapan olahraga yang baik adalah:

1. Pemanasan (*warming up*)

Pemanasan dilakukan sebelum latihan bertujuan untuk menyiapkan fungsi organ tubuh agar mampu menerima pembebanan yang lebih berat pada saat latihan sebenarnya. Pemanasan yang dilakukan dengan benar akan mengurangi terjadinya cedera atau kelelahan yang berlebihan.

2. *Conditioning*

Setelah pemanasan cukup diteruskan tahap *conditioning*, yaitu melakukan berbagai rangkaian gerak dengan model latihan yang sesuai dengan tujuan program latihan, misalnya *jogging* untuk meningkatkan daya tahan paru-paru jantung. Takaran latihan terutama intensitas pada tahap ini dipertahankan dalam jangka waktu tertentu sesuai dengan tingkat keterlatihan hingga menuju tahap penenangan.

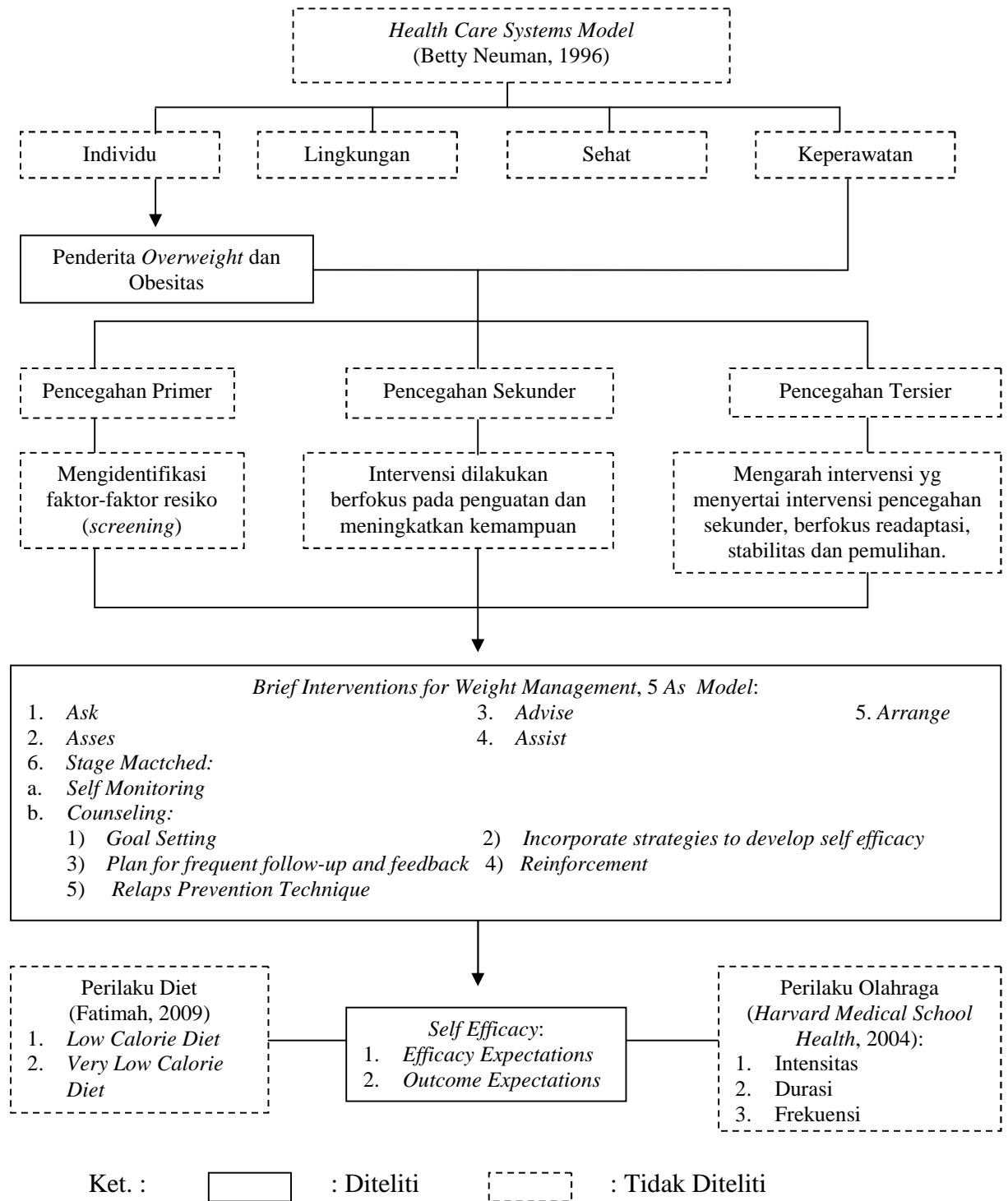
### 3. Penenangan (*cooling down*)

Tahap ini bertujuan untuk mengembalikan kondisi tubuh seperti sebelum berlatih dengan melakukan serangkaian gerak berupa *stretching* dan aerobik ringan misalnya jalan di tempat atau *jogging* ringan. Tahapan ini ditandai dengan menurunnya frekuensi detak jantung, menurunnya suhu tubuh, dan semakin berkurangnya keringat. Peran olahraga bagi kesehatan tubuh manusia sudah dibuktikan banyak peneliti. Olahraga dan pola makan sehat penting untuk kesehatan tubuh. Diet dan olahraga merupakan dua variabel yang saling berpengaruh satu sama lain. Olahraga teratur dapat membantu proses pencernaan, meningkatkan penyimpanan kalsium tulang, serta menguatkan jantung sehingga zat gizi dapat diantarkan ke sel-sel dengan efisien (Bredbenner et al., 2009).

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh *Brief Interventions For Weight Management* Terhadap *Self Efficacy* Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita *Overweight* Dan *Obesitas*

Dari gambar di atas dapat dijelaskan bahwa teori *health care systems model* (Neuman, 1996) mengemukakan empat konsep utama dari paradigma keperawatan terkait keperawatan kesehatan komunitas yang meliputi manusia, lingkungan, sehat dan keperawatan. Sehat menurut Model Neuman adalah suatu keseimbangan biologi, psikologi, sosial, kultural dan spiritual pada tiga garis pertahanan manusia yaitu fleksibel, normal dan resisten. Keperawatan ditujukan untuk mempertahankan keseimbangan tersebut dengan berfokus pada tiga prinsip pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko, berusaha mengeliminasi *stressor* dan fokus pada pengamanan kubu pertahanan normal dan penguatan kubu pertahanan fleksibel. Pencegahan sekunder dilakukan berhubungan dengan intervensi yang berfokus pada penguatan kubu-kubu resistensi internal, mereduksi reaksi dan meningkatkan garis pertahanan resisten. Pencegahan tersier dilakukan mengarah pada intervensi yang menyertai intervensi dalam tahap pencegahan sekunder dan berfokus pada readaptasi, stabilitas, serta mengamankan proses pemulihan. Dalam hal ini penderita *overweight* dan obesitas merupakan kelompok garis pertahanan normal dan resisten yang terganggu.

Perawat sebagai edukator dapat membantu penderita *overweight* dan obesitas dalam mengidentifikasi masalah, memberikan pendidikan yang tepat dan mendemonstrasikan keterampilan keperawatan dasar yang dapat dilakukan klien di komunitas yang bertujuan meningkatkan kesehatan serta menyeimbangkan garis pertahanan normal dan resisten untuk mengatasi kondisi *overweight* dan obesitas. Intervensi yang bersifat pencegahan tersebut sejalan dengan konsep *brief interventions*. Pendekatan yang dilakukan oleh program *brief interventions for weight management* adalah dengan menggunakan *5 As Models* yaitu *Ask, Assess,*

*Advise, Assist, Arrange*, dan *Stage Matched* yang didasarkan pada teori mekanisme model transteoretikal perubahan perilaku (Glasgow et al., 2003). Intervensi yang didasarkan pada *self efficacy* digunakan dalam teori manajemen dan pengaturan diri secara efektif dalam menangani hambatan dalam ketekunan serta dapat meningkatkan keterampilan (Bandura, 2006). Program *brief interventions for weight management* bertujuan untuk mendukung intervensi secara psikologi dalam manajemen berat badan, seperti terapi perilaku (penggunaan terencana dan terstruktur dari rentang teknik dalam perubahan perilaku yang ditetapkan) atau intervensi yang dikombinasikan dengan diet dan pendekatan olahraga dalam perawatan kesehatan primer. (Cavill et al., 2011). Menurut Bandura (2006) bila seseorang yang memiliki *perceived self efficacy* yang tinggi akan terus mencoba, memperoleh lebih banyak dan bertahan lebih lama terhadap suatu tugas dibandingkan dengan mereka yang memiliki *self efficacy* dalam tingkat yang lebih rendah. Dengan demikian, penderita *overweight* dan obesitas ini dapat memperoleh bimbingan untuk mengubah perilakunya menjadi lebih aktif dalam diet dan olahraga serta secara rutin pergi ke tempat pusat kebugaran yang ditandai dengan adanya peningkatan *self efficacy*.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

- H1 : Ada pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet pada penderita *overweight* dan obesitas.
- H1 : Ada pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas.



## 4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita *overweight* dan obesitas di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya. Pada saat penelitian diperoleh populasi sebanyak 31 orang.

### 2. Sampel

Dalam pemilihan sampel, peneliti menerapkan kriteria sebagai berikut.

#### a. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Responden yang memiliki indeks massa tubuh kategori *overweight* ( $IMT = 25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$ )
- 2) Responden yang memiliki indeks massa tubuh kategori obesitas ( $IMT > 30,0 \text{ kg/m}^2$ )
- 3) Responden yang memiliki tingkat kategori *self efficacy* sedang dan rendah.

#### b. Kriteria eksklusi (menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab) dalam penelitian ini adalah :

- 1) Responden yang sedang sakit sehingga tidak memungkinkan untuk mengikuti dan atau melanjutkan acara penelitian.
- 2) Responden yang sedang berada di luar kota atau meninggalkan Kota Surabaya minimal 1 (satu) minggu berturut-turut sejak dimulainya acara penelitian.

### 3. Besar Sampel (*sample size*)

Besar sampel disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi di atas, maka didapatkan jumlah responden sebesar 20 orang.



#### 4. Teknik Pengambilan Sampel

Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *purposive sampling* yaitu pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan pemahaman dan pengetahuan peneliti terkait populasi dan tujuan penelitian (Polit & Back, 2008).

### 4.3 Variabel Penelitian

#### 1. Klasifikasi Variabel

Pada penelitian ini menggunakan dua variabel, yaitu variabel dependen dan variabel independen. Variabel dependen (terikat) dalam penelitian ini adalah *self efficacy* dalam diet dan *self efficacy* dalam olahraga. Variabel independen dalam penelitian ini adalah *brief interventions for weight management*.

#### 2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pemberian arti atau makna pada masing-masing variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel-variabel yang dirumuskan dalam suatu penelitian.

**Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh *Brief Interventions For Weight Management* Terhadap *Self Efficacy* Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita *Overweight* Dan *Obesitas***

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<b>Independen:</b> <i>Brief interventions for weight management</i>	Proses pembelajaran yang dijalankan untuk memfasilitasi dan memandu seseorang dalam perubahan perilaku dan berat badan secara individu dan kelompok.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Ask</i> (Tanya) Mengidentifikasi orang yang <i>overweight</i> dan obesitas</li> <li>2. <i>Asses</i> (Kaji) Mengkaji kesiapan klien untuk berpartisipasi</li> <li>3. <i>Advise</i> (Nasehat) Memberikan informasi, meningkatkan motivasi dalam perubahan perilaku serta mengajarkan keterampilan perilaku diet dan olahraga</li> <li>4. <i>Assist</i> (Bantu) Memberikan dukungan layanan intervensi yang lebih intensif</li> <li>5. <i>Arrange</i> (Atur) Tindak lanjut secara berkala untuk membantu klien dalam mencermati kemajuan hasil diet dan olahraga serta memecahkan masalah tentang hambatan yang muncul dan bagaimana mengatasinya</li> <li>6. <i>Stage Matched</i> (Tahapan Tindakan)               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemantauan diri (<i>Self Monitoring</i>)</li> <li>b. <i>Konseling (Counselling)</i>:</li> </ol> </li> </ol>	Satuan Acara Kegiatan (SAK)		

- 1) Penetapan tujuan/tindakan perencanaan (*Goal Setting*)
  - 2) Menggabungkan beberapa strategi untuk membangun *self efficacy* (*incorporate strategies to develop self efficacy*)
  - 3) Perencanaan dalam *follow-up* dan umpan balik rutin (*plan for frequent follow-up and feedback*)
  - 4) Penguatan diri (*reinforcement*)
  - 5) Teknik pencegahan kekambuhan (*relaps prevention technique*)
- Intervensi dilakukan kepada responden secara individu 2 (dua) kali seminggu dengan durasi tiap pertemuan 30 menit selama 3 minggu.

**Dependen:**

1. <i>Self efficacy</i> dalam diet	<i>Belief</i> atau keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai dalam mengelola asupan makanan dan menghasilkan hasil ( <i>outcomes</i> ) yang positif.	1. <i>Efficacy Expectations</i> 2. <i>Outcome Expectations</i>	Kuesioner	Ordinal	<p>Penilaian:                  Untuk pertanyaan no. 1-26                  Jawaban pertanyaannya                  SS = sangat setuju, skor 4                  S = setuju, skor 3                  TS = tidak setuju, skor 2                  STS = sangat tidak setuju, skor 1                  Dengan kriteria sebagai berikut:  <i>Self Efficacy</i> Tinggi                  :76-100% (Skor: 80-104)  <i>Self Efficacy</i> Sedang</p>
------------------------------------	---	---	-----------	---------	--

---

						:56-75% (Skor: 59-79) <i>Self Efficacy</i> Rendah :≤ 55% (Skor: 26-58)
2.	<i>Self efficacy</i> dalam olahraga	<i>Belief</i> atau keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai dalam melakukan aktivitas fisik dengan intensitas, durasi dan frekuensi secara sistematis serta menghasilkan hasil ( <i>outcomes</i> ) yang positif.	1. <i>Efficacy Expectations</i> 2. <i>Outcome Expectations</i>	Kuesioner	Ordinal	Penilaian: Untuk pertanyaan no. 1-20 Jawaban pertanyaannya SS = sangat setuju, skor 4 S = setuju, skor 3 TS = tidak setuju, skor 2 STS = sangat tidak setuju, skor 1 Dengan kriteria sebagai berikut: <i>Self Efficacy</i> Tinggi :76-100% (Skor: 61-80) <i>Self Efficacy</i> Sedang :56-75% (Skor: 45-60) <i>Self Efficacy</i> Rendah :≤ 55% (Skor: 20-44)

---

#### 4.4 Bahan Penelitian

Bahan penelitian berisi mengenai macam dan spesifikasi bahan yang digunakan. Bahan penelitian adalah segala sesuatu yang dikenai perlakuan atau yang dipakai untuk perlakuan (Purwaningsih, 2011). Bahan Penelitian ini adalah satuan acara kegiatan (SAK) dari program *brief interventions for weight management*.

#### 4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner. ESES (*Exercise Self Efficacy Scale*) merupakan kuesioner yang dikembangkan dan digunakan oleh Thilo Kroll, PhD beserta rekan-rekannya (2007) sebagai bagian dari proyek rehabilitasi berupa latihan/olahraga pada penderita *spinal cord injury* (SCI). ESES telah dijadikan sebagai alat ukur dari survey nasional pada perilaku olahraga di Amerika Serikat. Ukuran terdiri dari 10 item skala pengukuran *Likert* keyakinan diri untuk berolahraga/berlatih fisik. Reliabilitas telah diuji oleh komputasi konsistensi internal (alfa) dan membagi setengah koefisien *Spearman Brown*. Validitas dan kesesuaian isi kognitif telah diuji dalam enam wawancara kognitif dengan individu dengan SCI dari latar belakang demografi dan pendidikan yang beragam serta validitas konvergen diperoleh dengan menghubungkan ESES dengan skala 10 item efektivitas diri umum (Jerusalem & Schwarzer, 1992).

*Self Efficacy* adalah salah satu konsep yang paling banyak diteliti dalam promosi kesehatan. Teori ini telah ditemukan aplikasi dalam penelitian pada kurikulum latihan berat badan untuk orang dewasa dengan cedera sumsum tulang belakang (Wise, Ellis & Trunnell, 2002). Sementara beberapa tindakan diri yang cukup generik atau sangat ada kemanjuran spesifik, tetapi banyak kurangnya pemeriksaan psikometri suara. Selain itu, alat-alat yang diperlukan yang menilai

latihan *self efficacy* berkenaan dengan kegiatan fisik bahwa orang dengan SCI dapat melakukannya di masyarakat, dan yang tidak terbatas pada satu spesifik aktivitas fisik pada SCI saja. Penilaian setiap item terdiri dari Sangat Setuju (4), Setuju (3), Tidak Setuju (2), Sangat Tidak Setuju (1) (Kroll et al., 2007). Selain item kuesioner dari ESES instrumen yang digunakan untuk mengukur *self efficacy* dalam olahraga juga dikombinasikan dengan item *Self-Efficacy to Regulate Exercise Questionnaire* dari Albert Bandura dalam bukunya yang berjudul *Self Efficacy Beliefs of Adolescents* (Bandura, 2006). Sedangkan instrumen yang digunakan untuk mengukur *self efficacy* dalam diet menggunakan *Self-Efficacy to Regulate Eating Habits Questionnaire* hanya dari Albert Bandura dalam bukunya yang berjudul *Self Efficacy Beliefs of Adolescents* (Bandura, 2006).

#### 4.5.1 Validitas instrumen

Pengujian validitas alat pengumpul data yang dilakukan dalam penelitian adalah seluruh item yang terdapat dalam angket yang mengukur *self efficacy* penderita *overweight* dan obesitas. Uji validitas alat pengumpul data dilakukan untuk mengetahui apakah instrumen yang digunakan dalam penelitian dapat digunakan untuk mengukur apa yang diukur (Arikunto, 2008). Pengujian validitas alat pengumpul data ini menggunakan metode statistika dengan memanfaatkan program komputer *software* SPSS. Pengujian validitas dilakukan dengan analisa butir. Sebuah instrumen dikatakan valid, jika koefisien korelasinya setiap item  $\geq 0,30$  yang dapat dilihat pada kolom *corrected item-total correlation* pada *output* program SPSS (Setiaji, 2004). Uji validitas yang telah dilakukan dari 28 item pertanyaan kuesioner *self efficacy* diet, hasilnya 26 item pertanyaan dinyatakan valid dan untuk 2 item pertanyaan dinyatakan tidak valid yang kemudian dieliminasi oleh peneliti.

**Tabel 4.3 Tabel Uji Validitas Instrumen Kuesioner *Self Efficacy* Dalam Diet**

Item Soal	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	Item Soal	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	Item Soal	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>
Soal 1	0,312	Soal 11	0,560	Soal 21	0,553
Soal 2	0,236	Soal 12	0,666	Soal 22	0,609
Soal 3	0,450	Soal 13	0,600	Soal 23	0,346
Soal 4	0,287	Soal 14	0,474	Soal 24	0,369
Soal 5	0,602	Soal 15	0,648	Soal 25	0,518
Soal 6	0,435	Soal 16	0,562	Soal 26	0,641
Soal 7	0,331	Soal 17	0,655	Soal 27	0,605
Soal 8	0,337	Soal 18	0,502	Soal 28	0,635
Soal 9	0,499	Soal 19	0,661		
Soal 10	0,386	Soal 20	0,387		

Sedangkan uji validitas yang telah dilakukan dari 24 item pertanyaan kuesioner *self efficacy* dalam olahraga, hasilnya 20 item pertanyaan dinyatakan valid dan untuk 4 item pertanyaan dinyatakan tidak valid yang kemudian dieliminasi oleh peneliti.

**Tabel 4.4 Tabel Uji Validitas Instrumen Kuesioner *Self Efficacy* Dalam Olahraga**

Item Soal	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	Item Soal	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	Item Soal	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>
Soal 1	0,526	Soal 9	0,520	Soal 17	0,399
Soal 2	0,516	Soal 10	0,736	Soal 18	0,664
Soal 3	0,433	Soal 11	0,480	Soal 19	0,223
Soal 4	0,382	Soal 12	0,433	Soal 20	0,387
Soal 5	0,578	Soal 13	0,631	Soal 21	0,245
Soal 6	0,695	Soal 14	0,351	Soal 22	0,384
Soal 7	0,618	Soal 15	0,037	Soal 23	0,317
Soal 8	0,585	Soal 16	0,332	Soal 24	0,270

#### 4.5.2 Reliabilitas instrumen

Reliabilitas adalah tingkat kemampuan suatu instrumen penelitian untuk dapat mengukur suatu variabel secara berulang kali dan mampu menghasilkan informasi atau data yang sama atau sedikit sekali bervariasi. Dengan kata lain instrumen tersebut mampu menunjukkan keakuratan, kestabilan dan konsistensi dalam menghasilkan data dari variabel yang diukur (Arikunto, 2008). Teknik

pengujian reliabilitas menggunakan koefisien *cronbach's alpha* dengan tingkat signifikansi 0,05 pada *software* komputer SPSS. Adapun tolak ukur untuk menginterpretasikan derajat reliabilitas instrumen yang diperoleh dapat menggunakan tabel berikut ini.

**Tabel 4.5 Interpretasi Reliabilitas (Arikunto, 2008)**

Koefisien Korelasi	Kriteria Reliabilitas
$0,81 \leq r \leq 1,00$	Sangat Tinggi
$0,61 \leq r \leq 0,80$	Tinggi
$0,41 \leq r \leq 0,60$	Cukup
$0,21 \leq r \leq 0,40$	Rendah
$0,00 \leq r \leq 0,20$	Sangat Rendah

Keterangan: r = harga reliabilitas yang diperoleh

Hasil uji coba instrumen yang telah dilakukan pada 28 item pertanyaan kuesioner *self efficacy* dalam diet diperoleh harga reliabilitas sebesar 0,912 yang artinya artinya bahwa derajat keterandalan instrumen yang digunakan sangat tinggi dan dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Sedangkan hasil uji coba instrumen yang telah dilakukan pada 24 item pertanyaan kuesioner *self efficacy* dalam olahraga diperoleh harga reliabilitas sebesar 0,876 yang artinya bahwa derajat keterandalan instrumen yang digunakan sangat tinggi dan dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data.

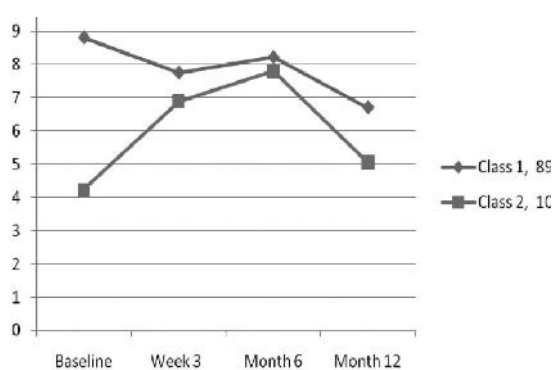
#### 4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi pada penelitian ini adalah Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya, Jl. Pacar Kembang V No. 72-74 Kelurahan Pacar Kembang, Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya. Alasan penelitian dilakukan di pusat kebugaran tersebut di samping alasan pusat kebugaran merupakan sarana olahraga yang berkembang di masyarakat perkotaan, juga merupakan sarana olahraga untuk menurunkan berat badan. Pusat Kebugaran *Vertical Gym* merupakan salah satu pusat kebugaran yang menawarkan biaya jasa layanan paling terjangkau (ekonomis) dengan fasilitas cukup lengkap di



Kota Surabaya yang dapat diketahui setelah peneliti melakukan survei dari 45 pusat kebugaran yang ada di seluruh Kota Surabaya dengan via telepon yang kemudian diklarifikasi dengan melakukan kunjungan.

Menurut Manurung (2004) Jika harga suatu barang semakin murah, maka permintaan konsumen terhadap barang itu akan bertambah. Begitu juga sebaliknya, jika harga suatu barang semakin mahal, maka permintaan konsumen terhadap barang itu akan menurun. Dengan demikian Pusat Kebugaran *Vertical Gym* dapat diinterpretasikan memiliki banyak pelanggan termasuk penderita *overweight* dan obesitas didalamnya. Waktu penelitian ini dilakukan selama 3 minggu, yakni pada tanggal 9 Mei – 29 Mei 2012. Hasil penelitian yang dilakukan oleh McAuley et al., (2010) dalam sebuah *Health Psychology Journal* yang berjudul *Growth Trajectories of Exercise Self Efficacy in Older Adults: Influence of Measures and Initial Status* menunjukkan bahwa kelompok individu dalam penelitian mengalami peningkatan *self efficacy* yang terjadi baik selama 3 minggu dan 6 bulan. Kemudian tingkat *self efficacy* akan kembali sedikit di atas ke garis permulaan pada 12 bulan.



### *Exercise Self-Efficacy*

Gambar 4.1 Pertumbuhan *Self Efficacy* (McAuley et al., 2010)

#### 4.7 Prosedur Pengambilan Data

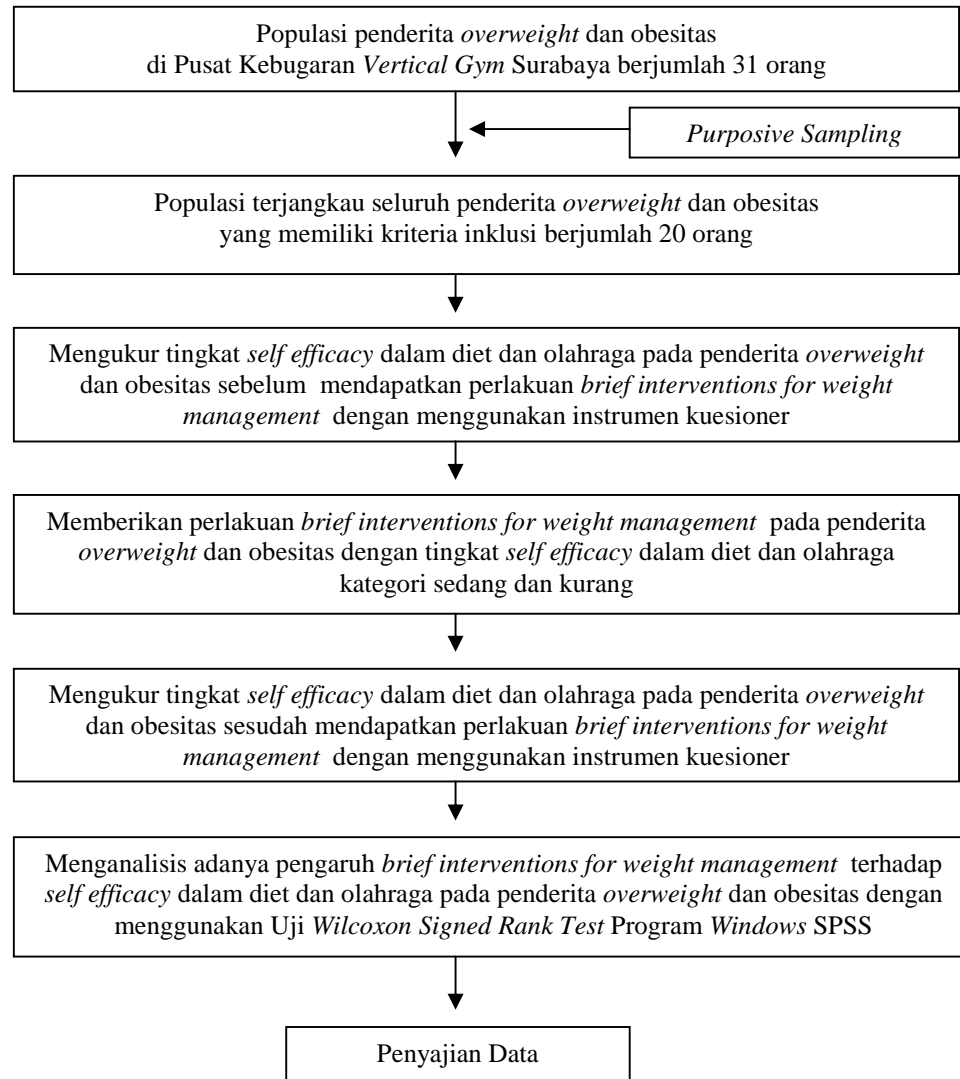
Setelah mendapatkan izin tertulis dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan mendapatkan izin dari Kepala Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya, peneliti melaksanakan penelitian dalam beberapa tahap. Langkah awal penelitian, peneliti menyeleksi sampel dengan berpedoman pada kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan serta hasil *pre test* perlakuan yang telah dilakukan. Selanjutnya peneliti memberikan informasi dan meminta persetujuan kepada calon responden. Peneliti melakukan pengumpulan data pertama melalui kuesioner yang diberikan kepada responden di saat usai berolahraga. Selanjutnya peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan langkah dari penelitian serta memberikan lembar persetujuan (*inform consent*) menjadi responden penelitian untuk ditandatangani dengan menjelaskan rangkaian kegiatan penelitian selama 3 (tiga) minggu ke depan. Setelah responden menyetujui *informed consent*, responden diminta untuk mengisi sendiri biodata atau data demografi serta menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah tertulis dalam kuesioner yang diberikan.

Peneliti kemudian menemani responden dalam pengisian kuesioner dan jika ada pertanyaan yang tidak dimengerti maka peneliti yang akan membantu responden dalam pengisian kuesioner. Langkah kedua adalah mengikutsertakan semua responden ke dalam kelompok perlakuan yang kemudian dibagi menjadi dua kelas, yaitu kelompok responden kelas sore yakni pukul 15.00-18.00 WIB dan kelompok responden kelas malam yakni pukul 19.00-21.00 WIB. Setelah didapatkan jadwal pertemuan dengan dua kelompok responden tersebut, dalam minggu pertama peneliti melakukan kegiatan pada pertemuan I yakni konsultasi awal (*initial consultation*) selama 3 hari pertama secara individu dengan durasi masing-masing individu selama 30 menit, kemudian dilanjutkan dengan kegiatan pada pertemuan II yakni melakukan

*self monitoring* selama 3 hari berikutnya secara individu dengan durasi masing-masing individu selama 30 menit. Minggu kedua peneliti melakukan kegiatan pada pertemuan III yakni konseling *goal setting* selama 3 hari pertama dengan durasi 30 menit secara individu, kemudian dilanjutkan dengan kegiatan pada pertemuan IV yakni melakukan konseling perencanaan dalam *follow-up* dan umpan balik rutin selama 3 hari berikutnya dengan durasi 30 menit secara individu. Minggu ketiga peneliti melakukan kegiatan pada pertemuan V yakni konseling untuk *reinforcement* dan *relaps prevention technique* selama 3 hari pertama dengan durasi 30 menit secara individu, kemudian dilanjutkan dengan kegiatan pada pertemuan VI yakni melakukan evaluasi hasil program dengan mengisi kuesioner yang sama sebagai *post test* perlakuan serta terminasi kegiatan dengan responden dalam 3 hari berikutnya di akhir pekan secara individu.

#### 4.8 Kerangka Operasional

Kerangka operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh *Brief Interventions For Weight Management* Terhadap *Self Efficacy* Dalam Diet Dan Olahraga Pada Penderita *Overweight* Dan Obesitas

#### 4.9 Cara Analisis Data

Data kuantitatif yang tersedia akan diolah dan dianalisis. Analisis tersebut dihasilkan tabel-tabel frekuensi dan diagram untuk memberikan gambaran secara umum mengenai semua variabel yang diteliti dengan menggunakan distribusi frekuensi dan prosentase dengan menggunakan rumus:

$$P = Sp/Sn \times 100\%$$

(Arikunto, 2008)

Keterangan : P = Prosentase

Sp = Nilai yang didapat

Sn = Nilai dari keseluruhan

Hasil dari perhitungan tersebut diinterpretasikan dengan tiga kategori (Arikunto, 2008) yaitu kategori tinggi (76-100%), kategori sedang (56-75%) dan kategori rendah ( 55%). Apabila nilai sudah diubah dalam skala prosentase, maka dicocokkan dengan nilai yang akan dikategorikan untuk mengelompokkan data. Setelah data yang terkumpul dan memenuhi syarat dikelompokkan dan ditabulasikan sesuai dengan sub variabel. Kemudian data disajikan dalam bentuk diagram atau tabel. Penggunaan uji statistik *Wilcoxon Signed Ranked Test* digunakan apabila data diperoleh bukan data dengan distribusi normal. Untuk mengetahui data berdistribusi normal atau tidak, dapat diselidiki dengan mempelajari fungsi dan sifat-sifat distribusi data tersebut, sebagai berikut (Arikunto, 2008):

- a. Simetris, yaitu rata-rata distribusi terletak di tengah dengan luas bagian sebelah kiri sama dengan bagian sebelah kanan
- b. 68% dari nilai variable terletak dalam jarak standar deviasi = 1 (satu)
- c. 95% dari nilai variabel terletak dalam jarak standar deviasi = 1,96
- d. 99% dari nilai variable terletak dalam jarak standar deviasi = 3 (tiga)

Dari hasil pengambilan data awal diperoleh rata-rata sebesar 29,74 dengan standar deviasi = 4,05 maka sudah jelas bahwa data yang diperoleh bukan data berdistribusi normal, jadi uji statistik pada penelitian ini dapat menggunakan uji *Wilcoxon Signed Ranked Test* Program *Windows SPSS* dengan menggunakan derajat kemaknaan  $\leq 0,05$  yang kemudian dari analisis uji tersebut dilakukan pembahasan dengan

membandingkan nilai antara sebelum dan sesudah perlakuan sehingga diperoleh suatu gambaran dan pengertian yang lengkap tentang hasil penelitian.

#### **4.10 Etika Penelitian**

Pada penelitian ilmu keperawatan, karena hampir 90% subyek yang dipergunakan adalah manusia, maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian. Setelah mendapat persetujuan, penelitian dilaksanakan dengan berpedoman pada masalah etik yang meliputi:

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Lembar kesediaan menjadi responden diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi. Bila menolak, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas, peneliti tidak akan mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data. Data tersebut hanya diberi kode nomor tertentu.

3. Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti dengan tidak memberitahukan hasil kuesioner pada responden yang lain dan pengelola pusat kebugaran setempat.

#### 4.11 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan diantaranya:

1. Pengumpulan data seharusnya dilakukan secara individu maupun kelompok, namun untuk perlakuan secara kelompok tidak berhasil dilakukan. Dengan alasan untuk memperoleh homogenitas selama penelitian, peneliti akhirnya memberikan perlakuan secara individu saja (*face to face*) secara keseluruhan pada semua rangkaian acara kegiatan penelitian.
2. Pengalaman peneliti yang masih minimal sehingga hasil penelitian masih banyak kekurangan.
3. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pra eksperimental *pre-post test design*. Hal ini dapat diketahui bahwa keterbatasan yang dimiliki adalah sampel dalam penelitian ini tidak memiliki kelompok kontrol.

## **BAB 5**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Bab ini akan menyajikan tentang hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data penelitian pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas. Hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik umum responden dan karakteristik *self efficacy* responden dalam diet dan olahraga yang terdiri dari *efficacy expectations* dan *outcome expectations* sebelum dan sesudah perlakuan serta data khusus yang selanjutnya dijadikan sebagai pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian.

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya yang terletak di Jalan Pacar Kembang Gg. V No. 72-74 Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya. Pusat kebugaran ini merupakan badan wirausaha yang menyediakan jasa sarana olahraga *indoor* untuk semua kalangan masyarakat umum yang didirikan sejak tahun 2007. Pusat kebugaran ini menawarkan dua kelas pelayanan sarana olahraga, yaitu kelas reguler dan kelas VIP. Waktu operasional pusat kebugaran ini berlangsung setiap hari yakni Hari Senin s.d. Hari Minggu. Bahkan hari besar nasional dan agamapun, pusat kebugaran ini tetap buka. Untuk Hari Senin s.d. Hari Jum'at buka mulai pukul 07.00 s.d. 21.30 WIB. Untuk Hari Sabtu buka mulai pukul 07.00 s.d. 20.00 WIB. Sedangkan untuk Hari Minggu, hari besar nasional dan hari besar agama buka mulai pukul 07.00 s.d. 15.00 WIB. Selain menyediakan jasa layanan sarana olahraga, Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya juga menjual

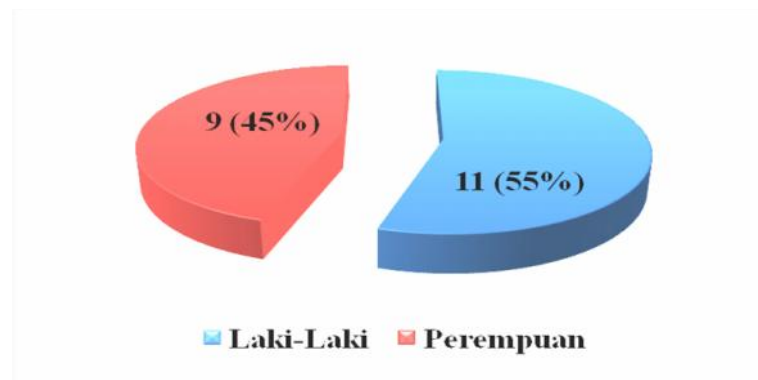


aneka ragam suplemen diet, nutrisi dan multivitamin dalam menunjang aktivitas diet dan olahraga pelanggannya sehari-hari serta ditambah lagi dengan lantunan musik setiap harinya menjadikan suasana pusat kebugaran ini menjadi lebih menyenangkan apalagi dengan fasilitas gratis air mineral dan biaya gratis area parkir termasuk memadainya tempat *locker* untuk menyimpan barang berharga para pelanggan. Kegiatan pelanggan selama berada di pusat kebugaran ini, tak lain adalah berolahraga dengan menggunakan beraneka ragam alat seperti *dumbell*, *treadmill*, sepeda statis, *bench press*, *rowing*, *elips trainer*, katrol, *butterfly*, dan lain-lain. Tidak hanya aktivitas olahraga, ternyata ada juga beberapa pelanggan terlihat sedang mengonsumsi suplemen diet secara langsung di tempat pusat kebugaran ini, baik sebelum maupun sesudah berolahraga.

### 5.1.2 Karakteristik umum responden

Pada bagian ini diuraikan tentang karakteristik responden yang meliputi: 1) jenis kelamin, 2) usia, 3) status pernikahan, 4) agama/kepercayaan, 5) pendidikan terakhir, 6) pekerjaan utama dan 7) tingkat penghasilan.

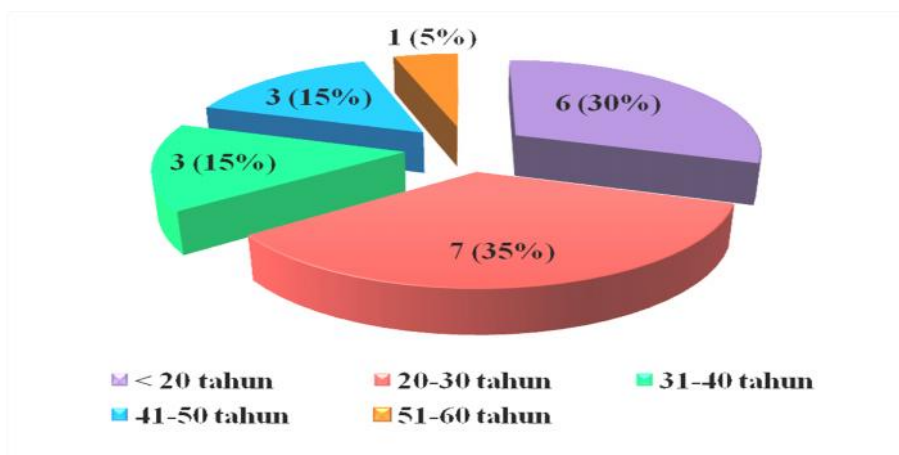
#### 1) Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.1 menunjukkan distribusi responden berdasarkan jenis kelamin yaitu sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (55%).

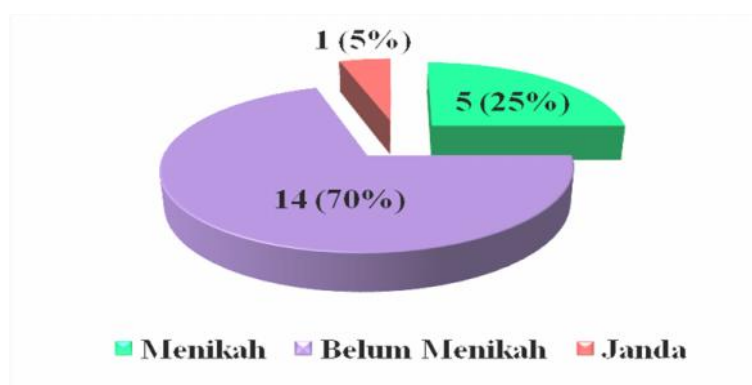
## 2) Distribusi responden berdasarkan usia



Gambar 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.2 menunjukkan distribusi responden berdasarkan usia yaitu sebagian besar responden berusia 20-30 tahun (35%).

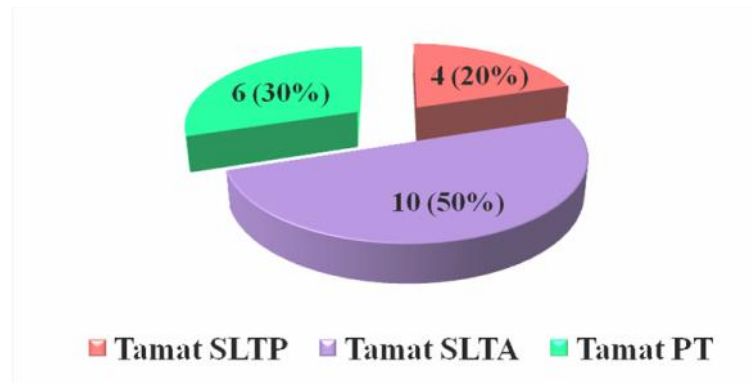
## 3) Distribusi responden berdasarkan status pernikahan



Gambar 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.3 menunjukkan distribusi responden berdasarkan status pernikahan yaitu sebanyak 70% responden belum menikah, 25% responden telah menikah dan 5% responden dengan status janda.

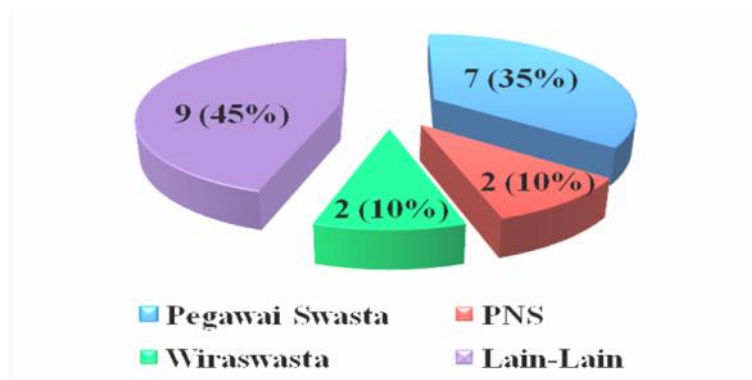
## 4) Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir



Gambar 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.4 menunjukkan distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir yaitu sebanyak 50% responden tamat SLTA, 30% responden tamat Perguruan Tinggi dan 20% responden tamat SLTP.

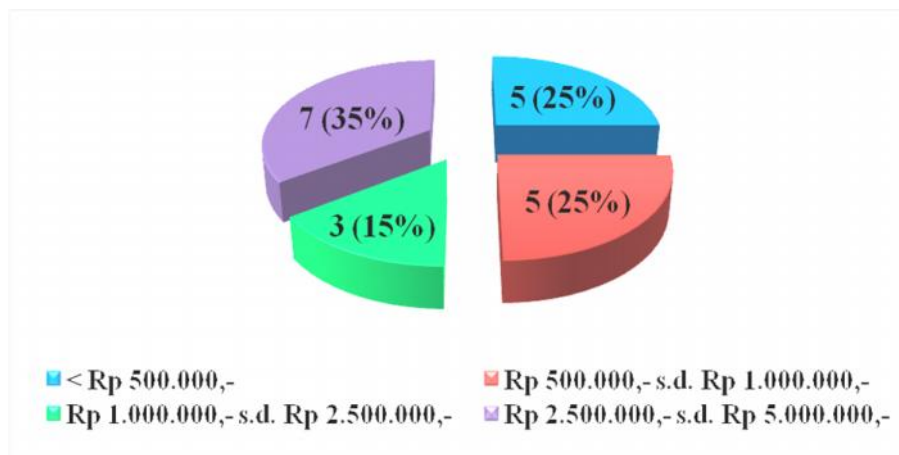
## 5) Distribusi responden berdasarkan pekerjaan utama



Gambar 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Utama di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.5 menunjukkan distribusi responden berdasarkan pekerjaan utama yaitu sebanyak 45% responden bekerja dalam kategori lain-lain yang terdiri dari pelajar SMA, mahasiswa, ibu rumah tangga, dokter gigi dan asisten guru. Sebanyak 35% responden bekerja sebagai pegawai swasta, serta responden bekerja sebagai PNS dan wiraswasta masing-masing 10%.

## 6) Distribusi responden berdasarkan tingkat penghasilan



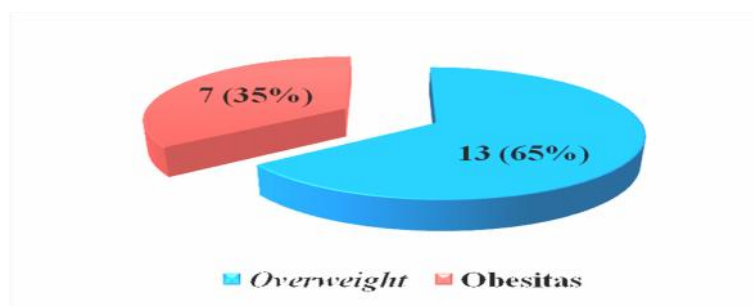
Gambar 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Penghasilan di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.6 menunjukkan distribusi responden berdasarkan tingkat penghasilan rata-rata per bulan yaitu sebagian besar tingkat penghasilan responden mencapai Rp 2.500.000,- s.d. Rp 5.000.000,- per bulan (35%).

### 5.1.3 Karakteristik antropometri dan perilaku olahraga responden

Pada bagian ini diuraikan tentang karakteristik responden yang meliputi: 1) kategori BMI, 2) lama bergabung dengan Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya, 3) frekuensi olahraga, dan 4) durasi olahraga.

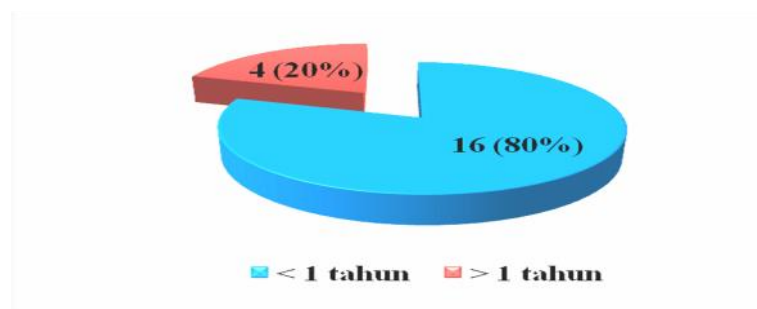
#### 1) Distribusi responden berdasarkan kategori *body mass index* (BMI)



Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori BMI di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.7 menunjukkan distribusi responden berdasarkan kategori BMI yaitu sebagian besar responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini mengalami *overweight* (65%), disusul responden yang mengalami obesitas (35%).

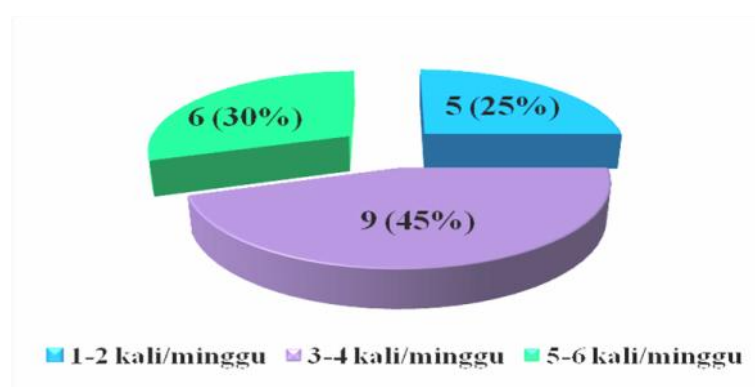
2) Distribusi responden berdasarkan lama bergabung dengan Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya



Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Bergabung di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.8 menunjukkan distribusi responden berdasarkan lama bergabung dengan Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya yaitu sebagian besar responden telah bergabung untuk berolahraga di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya masih berlangsung selama < 1 tahun (80%).

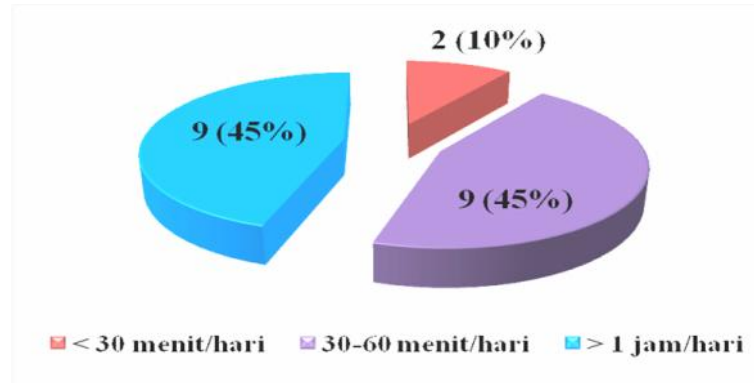
3) Distribusi responden berdasarkan frekuensi olahraga



Gambar 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Olahraga di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.9 menunjukkan distribusi responden berdasarkan frekuensi olahraga yaitu sebagian besar responden memiliki frekuensi olahraga di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya selama 3-4 kali/minggu (45%).

4) Distribusi responden berdasarkan durasi olahraga



Gambar 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Durasi Olahraga di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya tanggal 9-29 Mei 2012

Dari gambar 5.10 menunjukkan distribusi responden berdasarkan durasi olahraga yaitu sebagian besar responden memiliki durasi waktu yang sama besarnya yakni 30-60 menit/hari dan lebih dari 1 jam/hari masing-masing 45%.

#### 5.1.4 Karakteristik *self efficacy* responden

Pada bagian ini akan disajikan hasil penelitian mengenai *self efficacy* dalam diet dan *self efficacy* dalam olahraga pada responden sebelum dan sesudah mendapatkan perlakuan *brief interventions for weight management*.

- 1) Pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet

**Tabel 5.1** Tabel Responden Berdasarkan *Self Efficacy* Dalam Diet Sebelum dan Sesudah Mendapatkan Perlakuan *Brief Interventions For Weight Management*

<i>Self Efficacy</i> Dalam Diet	Pra Intervensi		Pasca Intervensi	
		%		%
Tinggi	0	0	3	15
Sedang	20	100	17	85
Rendah	0	0	0	0
Total	20	100	20	100
Rerata Skor Kuesioner	67,90		70,00	
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> p=0,083				

Dari tabel 5.1 menunjukkan perbandingan *self efficacy* dalam diet responden sebelum dan sesudah mendapatkan perlakuan *brief interventions for weight management*. Sebelum mendapatkan perlakuan, tingkat *self efficacy* dalam diet responden 100% masuk dalam kategori *self efficacy* sedang. Setelah mendapatkan perlakuan, terdapat peningkatan *self efficacy* dalam diet pada responden, 15% masuk dalam kategori *self efficacy* tinggi dan 85% masih termasuk kategori *self efficacy* sedang serta rerata skor kuesioner *self efficacy* dalam diet menunjukkan pra dan pasca intervensi masing-masing 67,90 dan 70,00. Hasil perhitungan menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan p=0,083 hal ini berarti hipotesis ditolak dan menyatakan bahwa *brief interventions for weight management* tidak berpengaruh terhadap *self efficacy* dalam diet.

- 2) *Self efficacy* dalam olahraga pada responden sebelum dan sesudah mendapatkan perlakuan *brief interventions for weight management*

**Tabel 5.2** Tabel Responden Berdasarkan *Self Efficacy* Dalam Olahraga Sebelum dan Sesudah Mendapatkan Perlakuan *Brief Interventions For Weight Management*

<i>Self Efficacy</i> Dalam Olahraga	Pra Intervensi		Pasca Intervensi	
		%		%
Tinggi	0	0	6	30
Sedang	20	100	14	70
Rendah	0	0	0	0
Total	20	100	20	100
Rerata Skor Kuesioner	54,15		57,00	
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> p=0,014				

Dari tabel 5.2 menunjukkan perbandingan *self efficacy* dalam olahraga responden sebelum dan sesudah mendapatkan perlakuan *brief interventions for weight management*. Sebelum mendapatkan perlakuan, tingkat *self efficacy* dalam olahraga responden 100% masuk dalam kategori *self efficacy* sedang. Setelah mendapatkan perlakuan, terdapat peningkatan *self efficacy* dalam olahraga pada responden, 30% masuk dalam kategori *self efficacy* tinggi dan 70% masih termasuk kategori *self efficacy* sedang serta rerata skor kuesioner *self efficacy* dalam olahraga menunjukkan pra dan pasca intervensi masing-masing 54,15 dan 57,00. Hasil perhitungan menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan  $p=0,014$  hal ini berarti hipotesis diterima dan menyatakan bahwa *brief interventions for weight management* berpengaruh terhadap *self efficacy* dalam olahraga.

## 5.2 Pembahasan

Fakta menunjukkan bahwa tingkat *self efficacy* dalam diet maupun *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas sebelum mendapatkan perlakuan *brief interventions for weight management* adalah 100% kedua-duanya masuk dalam kategori *self efficacy* sedang. Untuk kategori *self*



*efficacy* rendah menurut Alwisol (2004), seseorang yang memiliki *self efficacy* rendah telah timbul sikap yang apatis, pasrah, depresi dan merasa dirinya tidak mampu. Jadi, kelompok dengan kategori *self efficacy* rendah telah *drop-out* dari pusat kebugaran (Annesi et al., 2008). Setelah mendapatkan perlakuan *brief interventions for weight management*, tingkat *self efficacy* dalam diet maupun *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas mengalami perubahan. Ketekunan perilaku sangat berhubungan erat dengan tingkat *self efficacy* (Bandura, 2006). Tinjauan definitif telah menyimpulkan bahwa diet saja tidak efektif untuk mengontrol berat badan yang berkelanjutan, perlu metode seperti berdasarkan pendidikan dalam pola makan dan perilaku aktivitas fisik (Tomiyama et al., 2007). Hal tersebut telah dibuktikan oleh Annesi, dkk pada tahun 2003 yang disampaikan dalam studi penelitian melalui *European Journal of Sports Science*, meskipun tingkat pengetahuan orang tentang manfaat olahraga lebih baik dari sebelumnya, banyak yang masih merasa sulit untuk tetap berolahraga di pusat kebugaran. Antara 55% dan 65% dari anggota *gym* baru *drop-out* dalam tiga sampai enam bulan pertama.

*Brief interventions for weight management* merupakan salah satu bentuk penerapan teori keperawatan Betty Neuman yang bertujuan mempertahankan keseimbangan garis pertahanan diri terhadap sesuatu yang mengancam kesehatan, yang berfokus pada intervensi promotif dan preventif dalam teorinya *health care systems model*, dengan cara memberikan dukungan intervensi secara psikologi yang menggunakan prinsip model 5As (*ask, asses, advise, assist, arrange* dan *stage matched*). Aspek utama dalam pelaksanaan *brief interventions for weight management* meliputi konsultasi awal (*initial consultation*), *planned care pathway* dan *stage matched brief interventions for weight management* yang meliputi

pemantauan diri (*self monitoring*), konseling untuk penetapan tujuan (*goal setting*), perencanaan dalam *follow-up* dan umpan balik rutin (*plan for frequent follow-up and feedback*), menggabungkan beberapa strategi untuk membangun *self efficacy* (*incorporate strategies to develop self efficacy*), penguatan serta teknik pencegahan kekambuhan (*relaps prevention technique*) (Cavill, 2011).

Menurut Bandura (2006) untuk meningkatkan *self efficacy* seseorang adalah dengan intervensi yang didasarkan pada *self efficacy* digunakan pada teori manajemen dan pengaturan diri secara efektif dalam menangani hambatan dalam ketekunan serta dapat meningkatkan keterampilan. Intervensi yang dimaksud Bandura ada di dalam intervensi yang diterapkan di dalam program *brief interventions for weight management*. Mekanisme *brief interventions for weight management* dalam upaya meningkatkan *self efficacy* adalah dengan memberikan intervensi secara komprehensif pada dua aspek penting terkait efikasi diri yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy* yang meliputi sifat tugas yang dihadapi, insentif yang diberikan orang lain dan kapasitas kemampuan diri serta sumber-sumber pembentuk *self efficacy* yang meliputi *performance accomplishment*, *vicarious experience*, *social persuasion*, *emotional arousal* dan *physical or affective status*. Sehingga pada akhirnya *brief interventions for weight management* berdampak pada efikasi diri seseorang yang ditampilkan melalui pemilihan perilaku, kesungguhan usaha dan ketahanan serta pola berfikir dan reaksi emosi yang positif.

Berikut ini akan diuraikan penjelasan hasil penelitian terkait identifikasi dan pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas yang menggunakan desain penelitian pra eksperimental tipe *pre-post test design* di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya.

### **5.2.1 Identifikasi *self efficacy* dalam diet dan *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas**

Fakta menunjukkan bahwa tingkat *self efficacy* dalam diet penderita *overweight* dan obesitas sebelum mendapat perlakuan *brief interventions for weight management* adalah 100% terdapat pada kategori sedang. Setelah diberikan perlakuan *brief interventions for weight management*, tingkat *self efficacy* dalam diet berubah menjadi 85% masih terdapat pada kategori *self efficacy* sedang dan 15% mengalami peningkatan kategori menjadi tingkat *self efficacy* tinggi. Tinggi dan rendahnya *self efficacy* dalam diet seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu sifat tugas yang dihadapi, insentif yang diberikan orang lain atas kemampuannya, serta informasi tentang kemampuan diri (Bandura, 2006). Begitu pula dengan tingkat *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas.

Fakta menunjukkan bahwa tingkat *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas sebelum mendapatkan perlakuan *brief interventions for weight management* adalah 100% terdapat pada kategori sedang. Setelah diberikan perlakuan *brief interventions for weight management*, tingkat *self efficacy* dalam olahraga berubah menjadi 70% masih terdapat pada kategori *self efficacy* sedang dan 30% mengalami peningkatan kategori menjadi tingkat *self efficacy* tinggi. Perubahan tingkat *self efficacy* yang dialami seseorang selain dipengaruhi oleh beberapa faktor di atas, tingkat *self efficacy* juga disebabkan oleh adanya kepercayaan terhadap *self efficacy*-nya yang bersumber pada beberapa hal yaitu menurut Bandura (2006) yang meliputi keberhasilan dari upaya yang sudah dicapai, model sosial, persuasi sosial, serta keadaan mental dan fisik.

### 5.2.2 Pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet pada penderita *overweight* dan obesitas

Fakta menunjukkan hasil analisis uji *wilcoxon signed rank test* terkait pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* responden dalam menjalankan aktivitas diet sehari-hari menyatakan bahwa *brief interventions for weight management* tidak berpengaruh ( $p=0,083$ ) terhadap *self efficacy* dalam diet pada penderita *overweight* dan obesitas. Meskipun *brief interventions for weight management* dinyatakan tidak berpengaruh, namun jika dilihat dari analisis rerata skor jawaban kuesioner *self efficacy* dalam diet menunjukkan adanya perbedaan rerata sebelum dengan sesudah mendapat perlakuan yakni rerata skor jawaban kuesioner sesudah mendapatkan perlakuan lebih besar daripada rerata skor jawaban kuesioner sebelum mendapatkan perlakuan. Hal ini berarti *brief interventions for weight management* sesungguhnya berpengaruh terhadap *self efficacy* dalam diet pada penderita *overweight* dan obesitas, akan tetapi pengaruh tersebut terjadi pada responden secara minoritas. Peningkatan *self efficacy* dalam diet terjadi pada responden tersebut disebabkan ia telah memiliki tingkat *self efficacy* yang lebih tinggi dari responden yang lain meskipun sama-sama masih berada dalam kategori *self efficacy* sedang, hal ini ditunjukkan adanya perbedaan skor total jawaban kuesioner sebelum perlakuan, yakni skor responden tersebut hampir mendekati batas skor *self efficacy* kategori tinggi. Sehingga, setelah diberikan perlakuan *brief interventions for weight management*, tingkat *self efficacy* responden tersebut menjadi lebih mudah terjadi peningkatan hingga masuk ke dalam kategori *self efficacy* tinggi dibandingkan dengan tingkat *self efficacy* responden yang lain.

Adanya kepercayaan seseorang akan *self efficacy* dapat dipengaruhi oleh empat sumber yang termasuk pengalaman pribadi, bertemu seseorang yang

mengalami kejadian yang sama dengan dirinya yang berhasil dan sukses, pengaruh sosial serta keadaan emosi seseorang (Alwisol, 2004). Pada penelitian ini menunjukkan analisis jawaban kuesioner *self efficacy* dalam diet yang sebagian besar menyatakan tidak setuju bisa tetap diet sehat bahkan ketika sedang merayakan pesta dengan orang lain serta menyatakan tidak setuju bisa tetap diet sehat bahkan ketika depresi. Beban yang dirasakan ketika harus berdiet menyebabkan dorongan *food craving* berlebihan terhadap jenis makanan tertentu sehingga ketika pertahanan *self efficacy* runtuh, orang yang melakukan diet justru akan memakan porsi yang lebih banyak. Hal ini berarti masih adanya tingkat kepercayaan responden akan *self efficacy* dalam diet yang kurang, yang penyebab terbesarnya lebih cenderung terdapat pada pengaruh sosial yang tidak mendukung dan keadaan emosi yang destruktif yang justru menimbulkan perilaku makan yang tidak terkontrol. Hal serupa juga disampaikan oleh Bandura (2006) bahwa sifat tugas atau kegiatan yang sedang dijalani yang meliputi tingkat kerumitan dan kesukaran yang dirasakan akan mempengaruhi *self efficacy* seseorang. Semakin dirasakan rumit dan sukar suatu kegiatan yang sedang dijalankan, maka seseorang cenderung menilai rendah kemampuannya untuk dapat menjalani aktivitas atau kegiatan tersebut.

Menurut Gibney (2009) dalam paradigma internal dan eksternal *emotional eating* dalam teori psikosomatis dapat terjadi dua respon yang berbeda. Respon pertama, seseorang yang mengalami kegemukan berlebih (*obese*) memakan dengan porsi yang lebih banyak dibandingkan dengan seseorang yang berat badannya normal ketika mereka berada dalam kondisi stres. Atau respon kedua, orang yang berat badannya normal makan lebih sedikit dibandingkan orang yang *obese* ketika mereka berada dalam kondisi stres. Teori psikosomatik (Gibney, 2009) menyatakan bahwa orang yang *obese* tidak dapat membedakan antara rasa lapar dan cemas, serta

bereaksi terhadap stres dengan makan. Hal ini berarti kondisi stres dan kecemasan memiliki akibat negatif terhadap adanya *self efficacy* seseorang (Bandura, 2006) yang didukung dari penelitian ini yang menunjukkan sebagian besar menyatakan tidak setuju bisa tetap diet sehat bahkan ketika sedang kacau dengan masalah keluarga dan sebanyak 3 orang menyatakan sangat tidak setuju pada pernyataan yang sama.

Seseorang cenderung makan bukan karena lapar yang sebenarnya, namun lapar karena adanya dorongan yang kuat secara visual dan psikologis terhadap makanan tertentu dengan situasi dan kondisi yang mendukung hasrat seseorang tersebut untuk makan. Analoginya bisa dicontohkan ketika hujan turun dan seseorang mendengar suara tukang bakso keliling, secara tiba-tiba seseorang tersebut pasti merasa ingin menyantapnya untuk menghangatkan diri bukan untuk mengatasi rasa laparnya. Inilah yang dimaksud dengan *emotional eating*, yaitu suatu kondisi dengan hasrat rasa ingin makan yang terjadi pada seseorang yang disebabkan oleh adanya *mood* (Gibney, 2009). Analogi yang serupa dapat terlihat dari hasil analisis jawaban kuesioner *self efficacy* dalam diet yang sebagian besar menyatakan tidak setuju bisa tetap diet sehat bahkan ketika mengunjungi sebuah kota dan sedang ingin berwisata kuliner makanan khas dan restoran. Sebagian besar juga menyatakan tidak setuju bisa tetap diet sehat bahkan ketika berada di pesta dimana makanan tinggi lemak yang menggugah selera yang disajikan. Selain itu, sebagian besar menyatakan tidak setuju bisa tetap diet sehat bahkan ketika liburan dan perayaan dimana makanan cepat saji yang dihidangkan.

Adanya kegagalan diet pada seseorang selain tingkat *self efficacy* dalam diri yang dirasakan tidak adekuat, kegagalan dalam diet juga disebabkan oleh situasi dan kondisi yang dirasakan tidak mendukung yang cenderung dipengaruhi oleh keadaan

emosi, pengaruh sosial dan lingkungan yang dapat menyebabkan seseorang tersebut menjadi depresi ketika melihat orang lain sukses pada tugas yang sama dan dianggap bagi dirinya adalah sulit bahkan menjadi apatis, pasrah, dan pada akhirnya memandang dirinya sudah tidak mampu lagi menjalankan aktivitas atau kegiatan tersebut. Sehingga pada penelitian ini merekomendasikan perlu adanya pendekatan hubungan saling percaya antara pemberi dukungan kepada seseorang dengan kondisi *inefficacy*, baik secara kognitif, *behavioral* maupun sosial yang lebih lanjut dalam mengaplikasikan program *brief interventions for weight management* yang sesuai sosial dan budaya masyarakat Indonesia yakni dengan meningkatkan intensitas dan durasi intervensi secara berkala dan berkelanjutan serta beberapa strategi yang berfokus pada pembinaan karakter dan kepribadian secara berkelompok yang berlandaskan prinsip *family center care* sehingga diharapkan tingkat *self efficacy* seseorang akan mengalami peningkatan dan pertahanan kepercayaan akan *self efficacy*-nya tersebut menjadi lebih adekuat.

### **5.2.3 Pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas**

Fakta menunjukkan hasil analisis uji *wilcoxon signed rank test* terkait pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* responden dalam menjalankan aktivitas olahraga sehari-hari menyatakan bahwa *brief interventions for weight management* berpengaruh ( $p=0,014$ ) terhadap *self efficacy* dalam diet pada penderita *overweight* dan obesitas. *Brief interventions* muncul dari perlakuan penelitian yang menemukan bahwa intervensi untuk masalah kecanduan alkohol yang terdiri dari 1-3 sesi sekitar 5-30 menit adalah sebagai intervensi yang lebih intensif dan efektif (Cavill, 2011) dibandingkan dengan intervensi penyuluhan,

ceramah atau seminar (Hiswani, 2008). Intervensi yang didasarkan pada *self efficacy* digunakan dalam teori manajemen dan pengaturan diri secara efektif dalam menangani hambatan dalam ketekunan serta dapat meningkatkan keterampilan (Bandura, 2006). Setelah dilakukan penelitian, telah terbukti bahwa *brief interventions for weight management* yang merupakan intervensi yang juga didasarkan pada *self efficacy* ternyata juga berpengaruh positif berupa peningkatan *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas. Keberhasilan dalam meningkatkan *self efficacy* diri sendiri dipengaruhi juga oleh karakter pribadi yang dimiliki (Bandura, 2006). Seseorang yang memiliki kepribadian tangguh, tidak pantang menyerah, berani mencoba, tekad dan kemauan yang kuat dalam menjalani suatu kegiatan dapat memudahkan dirinya untuk meningkatkan *self efficacy*-nya. *Self efficacy* dipandang sebagai pengaktifan yang memungkinkan seseorang menggabungkan dan menerapkan kemampuan kognitif, *behavioral* dan sosialnya yakni dengan senantiasa belajar dan selalu aktif yang secara otomatis dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang ia miliki. Belajar dari pengalaman orang lain yang sudah mengalami kesuksesan sebagai ideal diri bagi dirinya dan turut serta dalam pergaulan sosial yang memiliki kesamaan tujuan yang ingin dicapai dengan lingkungan yang responsif.

*Self efficacy* dapat tercermin dari keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk melakukan suatu tugas dengan berhasil pada tingkatan tertentu (Bandura, 2006). Hal tersebut juga tercermin pada penelitian ini yang menunjukkan bahwa keyakinan atau persepsi diri yang positif akan berdampak pada peningkatan *self efficacy* yang ditunjukkan oleh hasil analisis jawaban kuesioner *self efficacy* dalam olahraga yang sebagian besar responden menyatakan percaya bahwa dirinya bisa mengatasi hambatan dan tantangan yang berkaitan dengan olahraga jika



berusaha cukup keras serta percaya dapat menemukan sarana dan cara untuk berolahraga. Selain itu, keyakinan yang kuat tentang efektifitas kemampuan seseorang sangat menentukan usahanya untuk mencoba mengatasi situasi yang sulit (Bandura, 2006) dan hal ini ditunjukkan dari hasil analisis jawaban kuesioner *self efficacy* dalam olahraga diperoleh sebagian besar responden juga percaya bahwa ketika berhadapan dengan penghalang dalam olahraga mereka dapat menemukan beberapa solusi untuk mengatasi penghalang tersebut. Di samping itu, keyakinan *self efficacy* tersebut menentukan jenis *coping behavior* seseorang (Bandura, 2006) dan hal ini juga ditunjukkan dari analisis jawaban kuesioner *self efficacy* dalam olahraga diperoleh sebagian besar responden setuju dapat secara aktif olahraga bahkan ketika merasa lelah dan setuju dapat secara aktif olahraga bahkan setelah berlibur. Sehingga hasil penelitian ini turut mendukung bahwa keyakinan *self efficacy* yang dimiliki seseorang sangat menentukan seberapa keras usaha yang dilakukan untuk mengatasi persoalan atau menyelesaikan tugas dan seberapa lama ia akan mampu berhadapan dengan hambatan-hambatan atau pengalaman-pengalaman yang tidak diinginkan (Bandura, 2006).

Meskipun penelitian ini dilakukan hanya dalam kurun waktu 3 minggu, ternyata sudah membuktikan bahwa *self efficacy* dapat mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Hal tersebut juga telah dibuktikan pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Mc Auley, dkk pada tahun 2010 serta sekaligus telah membuktikan bahwa *brief intervention for weight management* juga dapat memberikan pengaruh positif berupa peningkatan *self efficacy* dalam menjalankan aktivitas olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas di pusat kebugaran. Sehingga penelitian ini dapat memberikan kontribusi pada masalah yang ditemukan pada penelitian sebelumnya yakni penelitian yang dilakukan oleh Annesi, dkk pada

tahun 2003 yang menyatakan bahwa 55% dan 65% dari anggota *gym* baru *drop-out* dari pusat kebugaran dalam tiga sampai enam bulan berlatih yang salah satu penyebabnya adalah adanya penurunan tingkat *self efficacy* (Annessi et al., 2008).

#### **5.2.4 Pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas ditinjau dari karakteristik umum**

Fakta menunjukkan hasil kuesioner pasca perlakuan *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet menunjukkan responden yang terdapat pada kategori *self efficacy* tinggi adalah semuanya berjenis kelamin wanita. Meskipun berdasarkan tabulasi data umum, jenis kelamin responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin pria, namun untuk *self efficacy* dalam olahraga baik pada pria maupun wanita tidak menunjukkan perbedaan. Pada beberapa aktivitas atau kegiatan tertentu pria memiliki *self efficacy* yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita, begitu juga sebaliknya *self efficacy* wanita unggul dalam beberapa aktivitas atau kegiatan tertentu dibandingkan dengan pria (Bandura, 2006) dan hal ini ditunjukkan pada penelitian ini bahwa untuk aktivitas diet wanita lebih unggul yakni skor tertinggi jawaban kuesioner *self efficacy* dalam diet pasca intervensi diraih oleh responden wanita, sedangkan untuk aktivitas olahraga pria yang lebih unggul yakni skor tertinggi jawaban kuesioner *self efficacy* dalam olahraga pasca intervensi diraih oleh responden pria.

Usia juga turut mempengaruhi *self efficacy* seseorang (Bandura, 2006) dan hal ini ditunjukkan dari hasil kuesioner pasca intervensi *self efficacy* dalam diet diperoleh skor tertinggi jawaban kuesioner yang terdapat pada kategori *self efficacy* tinggi diraih oleh responden yang masuk dalam rentang usia 51-60 tahun. *Self*

*efficacy* terbentuk melalui proses belajar sosial yang dapat berlangsung selama kehidupan. Individu yang lebih tua memiliki rentang waktu dan pengalaman yang lebih banyak dalam mengatasi suatu hal jika dibandingkan dengan individu yang lebih muda (Bandura, 2006). Meskipun berdasarkan tabulasi data umum, rentang usia responden yang ikut berpartisipasi dalam penelitian ini hampir sebagian masuk dalam rentang usia 20-30 tahun, rupanya pernyataan Bandura tersebut juga didukung pada penelitian ini yakni pada hasil kuesioner pasca intervensi *self efficacy* dalam olahraga menunjukkan skor tertinggi jawaban kuesioner yang terdapat pada kategori *self efficacy* tinggi diraih oleh responden yang masuk dalam rentang usia 41-50 tahun.

Tingkat pendidikan yang ditempuh turut serta mempengaruhi *self efficacy* seseorang (Bandura, 2006) dan hal ini ditunjukkan dari hasil kuesioner pasca intervensi *self efficacy* dalam diet diperoleh skor tertinggi jawaban kuesioner yang terdapat pada kategori *self efficacy* tinggi diraih oleh responden yang telah menempuh pendidikannya hingga tamat perguruan tinggi. *Self efficacy* terbentuk melalui proses belajar sosial yang dapat terjadi pada institusi pendidikan formal. Individu yang memiliki jenjang pendidikan tinggi biasanya memiliki *self efficacy* yang lebih tinggi. Karena pada dasarnya mereka lebih banyak menerima pendidikan formal dan lebih banyak mendapatkan kesempatan untuk belajar dan mengatasi suatu persoalan (Bandura, 2006). Meskipun lebih rendah dari tingkat pendidikan responden peraih skor tertinggi pasca intervensi *self efficacy* dalam diet, teori yang dikemukakan oleh Bandura itu juga dapat dinilai terbukti bagi *self efficacy* dalam olahraga. Berdasarkan hasil skor tertinggi jawaban kuesioner pasca intervensi *self efficacy* dalam olahraga yang terdapat pada kategori *self efficacy* tinggi diraih oleh responden yang telah menempuh pendidikannya hingga tamat SLTA.

Semakin lama seseorang berkecimpung maka semakin tinggi *self efficacy* yang dimilikinya dalam bidang aktivitas tertentu (Bandura, 2006) dan hal ini juga terjadi pada penelitian yang menunjukkan skor tertinggi jawaban kuesioner *self efficacy* dalam diet pasca intervensi yang terdapat pada kategori *self efficacy* tinggi diraih oleh responden yang telah cukup lama bergabung di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya yakni selama 5-6 bulan. *Self efficacy* terbentuk sebagai proses belajar sosial, adaptasi dan pembelajaran yang ada dalam komunitas (Bandura, 2006). Hal serupa juga terjadi pada penelitian ini yang menunjukkan skor tertinggi jawaban kuesioner *self efficacy* dalam olahraga pasca intervensi yang terdapat pada kategori *self efficacy* tinggi diraih oleh responden yang telah bergabung selama lebih dari 1 tahun. Semakin lama seseorang berkecimpung dalam suatu komunitas tertentu yang didasari dengan tingkat *self efficacy* yang tinggi untuk mendapatkan suatu tujuan yang diinginkan dapat secara otomatis mempermudah bagi dirinya dalam berusaha, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan serta memiliki mental dan emosional yang baik sehingga usaha, ketahanan, tekad, kemauan dan komitmen yang dimiliki tidak mudah tergoyahkan.

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan disajikan simpulan dan saran hasil penelitian pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya.

#### **6.1 Simpulan**

1. *Brief interventions for weight management* berpengaruh terhadap *self efficacy* dalam olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya.
2. *Brief interventions for weight management* sesungguhnya berpengaruh terhadap *self efficacy* dalam diet pada penderita *overweight* dan obesitas, akan tetapi pengaruh tersebut terjadi pada responden secara minoritas.

#### **6.2 Saran**

1. Bagi penderita *overweight* dan obesitas sebaiknya lebih percaya diri, menjadikan pengalaman positif yang pernah terjadi untuk dijadikan sumber penguat keyakinan diri dalam berkomitmen dan konsisten, selalu bersemangat, belajar dari keberhasilan yang sudah pernah dilakukan oleh orang lain, serta menjaga keadaan emosi, fisik dan pikiran agar tetap dalam kondisi prima sehingga aktivitas dalam diet dan olahraga yang sudah dijalani tetap terjaga hingga mencapai tujuan yang diinginkan.

2. Bagi pengelola pusat kebugaran sebaiknya memberikan pengetahuan, keterampilan, dukungan semangat serta meluangkan waktu untuk memberikan konsultasi mengenai diet dan olahraga kepada setiap para pelanggannya yang pemberiannya bukan hanya di awal-awal pelanggan baru bergabung saja, melainkan secara berkala dan berkelanjutan terutama kepada pelanggan yang menderita *overweight* dan obesitas.
3. Bagi perawat hendaknya dapat mengembangkan intervensi keperawatan kesehatan komunitas, khususnya di bidang nutrisi dan keolahragaan sebagai upaya promotif dan preventif serta memandang masalah kegemukan sebagai ancaman kesehatan yang serius bila tidak ditangani akan sangat berisiko untuk terjangkit penyakit kronis baik pada anak, remaja, dewasa, serta lanjut usia.
4. *Brief intervention for weight management* dapat dijadikan sebuah solusi pada masalah yang ditemukan pada penelitian sebelumnya yakni penelitian yang dilakukan oleh Annesi, dkk pada tahun 2003 yang menyatakan bahwa 55% dan 65% dari anggota *gym* baru *drop-out* dari pusat kebugaran dalam tiga sampai enam bulan berlatih yang salah satu penyebabnya adalah adanya penurunan tingkat *self efficacy*.
5. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan dapat mengidentifikasi dan menganalisis lebih lanjut *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas dengan menggunakan desain penelitian *quasy experiment*, baik pada anak, remaja, dewasa, serta lanjut usia yang berlandaskan prinsip *family center care*.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Almatsier, S 2009, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Alwisol, 2004, *Psikologi Kepribadian Edisi Revisi*, Universitas Muhammadiyah Malang, Malang.
- Aneja A, El-atat F, McFarlan S, Sowers J 2004, Hypertension and Obesity. *Recent Progress in Hormone Research*.
- Annesi J, Whitaker, A 2003, Effects of a cognitive behavioral treatment package on exercise attendance and drop out in fitness centers. *European Journal of Sport Science*, 3(2):1–12.
- Annesi J, Whitaker, A 2008, Weight Loss and Psychologic Gain in Obese Woman Participants in a Supported Exercise Intervention. *The Permanente Journal*, Vol 12(3): 1-10.
- Arikunto, S 2008, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi V*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Hom L, Lichtenstein AH, et al 2010, Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults: a Scientific Statement from the American Heart Association, *Journal of Circulation*, Jul;122(4):406-41.
- Bandura, A 2006, Self-efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychology Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A 2006, *Self-efficacy Beliefs of Adolescents*, Information Age Publishing Allright of Reproduction in Anyform Reserved, hal 307-337.
- Bensimhon DR, Kraus WE, Donahue, MP 2006, Obesity and Physical Activity: a Review. *Am Heart J*, 151: 598-603.
- Brammer LM, Shostrom, EL 1982, *Therapeutic Psychology*, Englewood Cliff, Prentice Hall Inc, New Jersey.
- Buchholz AC, McGillivray CF, Pencharz, PB 2003, Physical activity levels are low in free-living adults with chronic paraplegia, *Obesity Research*, 11(4):563-570.
- Bull FC, Milton, KE 2010, A Process Evaluation of a “Physical Activity Pathway” in the Primary Care Setting, *BMC Public Health*, England.
- Cassidy, C 2006, The Management of Overweight and Obesity, 2006, *Clinical Practice Guideline For The Screening & Management of Overweight and*

- Obesity*, [http://www.healthquality.va.gov/obesity/obe06\\_final.htm](http://www.healthquality.va.gov/obesity/obe06_final.htm). (Akses 15 Maret 2012 pukul 14.00 WIB).
- Cavill N, Hillsdon M, Anstiss, T 2011, *Brief Interventions for Weight Management*, National Obesity Observatory, Oxford.
- Departemen Ilmu Penyakit Dalam, 2006, *Dislipidemia Ilmu Penyakit Dalam Jilid 3 Edisi IV*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Dwyer T, Hosmer D, Venn, AJ 2007, The Invers Relationship Between Number Of Steps Per Day And Obesity In A Population-Based Sample-The Ausdiab Study. *International Journal Obesity*, 31:797-804.
- Edlund, H 2005, Obesity Linked to Diabetes, *News Medical*. (Akses 12 Maret 2012 pukul 12.30 WIB).
- Elley C, Kerse N, Arroll B, Robinson, E 2003, Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice : a cluster randomized controlled trial, *British Journal of General Practice*. (akses tanggal 24 Maret 2012 pukul 16.50 WIB).
- Fatimah, S 2009, *Obesitas Permasalahan dan Terapi Praktis*, Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, Sagung Seto, Bandung.
- Effendi F, Makhfudli 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Fitriyanti, S 2009, *Obesitas Permasalahan dan Terapi Praktis*, Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, Sagung Seto, Bandung.
- Fleming M, Manwell, L 1999, Brief Intervention in Primary Care Settings, *Alcohol Research & Health*. (akses 7 Maret 2012 pukul 14.45 WIB).
- Fogoros, R 2003, Obesity and Heart Failure, *Obesity Article*, <http://heartdisease.about.com/cs/heartfailure/a/obesityhf.htm>. (akses 28 Maret 2012 pukul 14.00 WIB)
- Ganong, WF 2003, *Keseimbangan Energi, Metabolisme dan Nutrisi Dalam Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 20*, EGC, Jakarta.
- Gibney, M 2009, *Gizi Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
- Glasgow RE, Emont S, Miller, DC 2003, Assessing Delivery of The Five 'As' for Patient-Centered Counseling, *Clinical Research Unit, Kaiser Permanente Colorado USA*. (akses 8 Maret 2012 pukul 15.00 WIB).
- Ghozali, I 2007, *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS Edisi IV*, BP Universitas Diponegoro, Semarang.



- Godwin, J 2004, Vanderbilt Mental Health Self Efficacy Questionnaire Grade 11/Year 12. *Fast Track Project Technical Report*. (akses 19 Maret 2012 pukul 08.00 WIB).
- Guyton and Hall, 2007, *Fisiologi Kedokteran*, EGC, Jakarta.
- Hansen JC, Stevic RR, Warner, RW 1977, *Counseling: Theory and Process*, Allyn and Bacon Inc, Boston.
- Harvard Medical School Health, 2004, *Exercise Your Right to Health*, Harvard Letter, July: 4-5. (akses 15 Maret 2012 pukul 13.25 WIB).
- Hawari, D 2004, *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hendrick, B 2011, CDC Links Obesity, Arthritis and Lack of Exercise. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=144680>. (akses 19 Maret 2012 pukul 19.30 WIB).
- Hidayat B, Hidayatu SN, Irawan, R 2006, Obesitas, *Artikel SMF Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya*. (akses 7 April 2012 pukul 12.33 WIB).
- Hiswani, 2008, *Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Ceramah dan Diskusi Dalam Meningkatkan Pengetahuan, Sikap Dan Perubahan Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di Rumah Sakit Umum Dokter Pringadi Medan*, Skripsi Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Horwin, B 2009, A Perspective on Cognitive Behavioral Therapy, *Psychology Article*, <http://www.psychology.com/articles/?p=126>. (akses tanggal 22 Maret 2012 pukul 11.05 WIB).
- House of Common Health Committee, 2008, Effects of Obesity, <http://www.dwp.gov.uk/publications/specialist-guides/medical-conditions/a-z-of-medical-conditions/obesity/effects-obesity.shtml>. (akses 19 Maret 2012 pukul 20.00 WIB).
- Ikrar, T 2011, Kegemukan Antara Penyakit Kesehatan, dan Penampilan, [http://www.kabarinews.com/article/Berita\\_Amerika/Amerika\\_Kesehatan/Kegemukan\\_Antara\\_Penyakit\\_Kesehatan\\_dan\\_Penampilan/37262](http://www.kabarinews.com/article/Berita_Amerika/Amerika_Kesehatan/Kegemukan_Antara_Penyakit_Kesehatan_dan_Penampilan/37262), (diakses 18 Maret 2012 pukul 19.00 WIB).
- International Diabetes Federation, 2005, *IDF Clinical Guidelines Task Force, Global Guideline for type 2 diabetes*, IDF, Brussels.
- Irianto, K 2004, *Gizi dan Pola Hidup Sehat*, CV Yrama Widya, Bandung.
- Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al 2007, Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations, *Cochrane Database Syst Rev*. (akses 7 Maret 2012 pukul 14.50 WIB).

- Kanfer FH, Goldstein, AP 1975, *Helping People Change*, Pergamon Press, Mishawaka.
- Karim, F 2002, *Panduan Kesehatan Olahraga Bagi Petugas Kesehatan*, Direktur Kesehatan Komunitas, Jakarta.
- Kroll T, Matthew K, Pei-Shu, H 2007, The SCI Exercise Self-Efficacy Scale (ESES) : development and psychometric properties, *Internasional Journal of Behavioural Nutrition And Physical Activity*, 4:34.
- Li Z, Bowerman S, Heber, D 2005, Health Ramifications of the Obesity Epidemic, *Surgical Clinic North America*, 85(4):681-701.
- Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil, TL 2010, *Behavioral Counseling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease on Adults: a Systemic Review for the U.S.* Preventive Services Task Force Ann Intern Med, United States, p:736-50.
- Lindstorm, M 2008, *Means Of Transportation To Work And Overweight And Obesity: A Population-Based Study In Southern Sweden*. Prev Med, 46:22-28.
- Madsen, AL 2011, Breastfeeding Promotes Healthy Growth, University of Copenhagen, *Science Daily Article*, <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/12/111220133907.htm> (akses 15 Maret 2011 pukul 20.00 WIB).
- Madson M, Loignon, A 2009, Training in Motivational Interviewing, *Journal of Teaching in the Addictions*. 5:3-17.
- Manurung, M 2004, Uang, Perbankan, dan Ekonomi Moneter: Kajian Kontekstual Indonesia, Prathama Rahardja, Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Martins RK, McNeil, DW 2009, *Review of Motivational Interviewing in Promoting Health behaviors*, Clin Psychol Rev, Jun;29(4):283-93.
- McAuley E, Emily L, Maily SP, Mullen AN 2010, *Growth Trajectories of Exercise Self Efficacy in Older Adults: Influence of Measures and Initial Status*, Health Psychology, American Psychology Association, p. 5-7.
- McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati, HM 2005, *The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes*, Arch Gen Psychiatry, 62:199–207, doi: 10.1001/archpsyc.62.2.199.
- Michie S, Abraham C, Whittington C, McAteer J, Gupta, S 2009, *Effective Techniques in Healthy Eating and Physical Activity Interventions: a meta-regression Psychol*, PsycINFO Database Record 2009 APA, all rights reserved, United States, P. 690-701.

- Miller WR, Rose, GS 2009, *Toward a Theory of Motivational Interviewing*, Am Psychol, Sep;64(6):527-37.
- Mu'tadin, Z 2002, *Obesitas dan Faktor Penyebab*, <http://www.e-psikologi.com/remaja/index.htm>. (akses pada tanggal 29 Februari 2012 pukul 20.00 WIB).
- Murray, RK 2003, *Biokimia Harper*, EGC, Jakarta.
- Mutohir TC, Maksum, Ali 2007, *Sport Development Index: Alternatif Baru Mengukur Kemajuan Pembangunan Bidang Keolahragaan (Konsep, Metodologi dan Aplikasi)*. Indeks, Jakarta.
- Musculoskeletal Network, 2011, Higher Gout Prevalence With Grow in Obesity and Hypertension, *The Journal of Musculoskeletal Medicine*. (akses 6 Maret 2012 pukul 20.00 WIB).
- National Cancer Institute, 2004, *Obesity and Cancer Risk*, <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/obesity>. (akses 3 April 2012 pukul 20.00 WIB)
- National Center for Health Statistics, 2012, *National Health and Nutrition Examination Survey, Questionnaires, datasets, and related documentation*. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/>. (akses 21 Maret 2012 pukul 15.00 WIB).
- National Health and Medical Research Council, 2003, *Overweight and obesity in adults: a guide for general practitioners*, NHMRC, Canberra.
- National Heart Foundation of Australia, 2003, *Position statement on dietary fat and overweight/obesity*, Nutrition Diet, Australia, 60: 174-6.
- National Heart Foundation of Australia, 2007, *Physical activity and energy balance*, Quick reference guide for health professionals, Canberra.
- National Institute of Control Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 2008, *Very Low Calorie Diets*, National Institutes of Health, USA.
- National Institute of Health and Clinical Excellence, 2006, *Four Commonly Used Methods to Increase Physical Activity: Brief Interventions in Primary Care, Exercise Referral Schemes, Pedometers and Community-Based Exercise*, NICE, London.
- Nazar, R 2011, *Obesity Possibly to Blame for Stroke Rise in Young*, Emax Health. (akses 14 April 2012 pukul 16.00 WIB).
- Neuman, B 1996, *The Neuman Systems Model in Research and Practice*, *Nursing Science Quarterly*, (9):67-70.

- Nirmala, 2009, *Obesitas (Kegemukan) Mulai Jadi Ancaman di Indonesia*, *Artikel Forum Kesehatan*. (akses 22 Maret 2012 pukul 16.44 WIB).
- Notoatmodjo, S 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Nugraha, GI 2009, *Obesitas Permasalahan dan Terapi Praktis*, Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, Sagung Seto, Bandung.
- Nurmalina, R 2011, *Pencegahan & Manajemen Obesitas Panduan Untuk Keluarga*, Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Edisi 2, Salemba Medika, Jakarta.
- O'Callaghan, T 2009, *Obese and Unaware: can you be too comfortable with your body size?*, *Time Health Land*. (Akses 13 April 2012 pukul 18.00 WIB).
- Papalia, D 2008, *Human Development 11<sup>th</sup> Edition*, McGraw-Hill Higher Education, New York.
- Polit DF, Beck, CT 2008, *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice 7<sup>th</sup> Ed*, China: Lippincott William and Wilkins, hal 181-185, 225-249, 306-324.
- Pollak KI, Alexander SC, Coffman CJ, Tulsky JA, Lyna P, Dolor RJ, et al 2010, *Physician Communication Techniques and Weight Loss in Adults: Project CHAT*, *Am J Prev Med*, Oct;39(4):321-8.
- Prayitno, Amti, E 2008, *Dasar-dasar Bimbingan dan Konseling*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Price, C 2009, *Most Obesity-related Hypertension in Men Isolated Diastolic or Systodiastolic*, *Medwire News*. (akses 1 April 2012 pukul 21.00 WIB).
- Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, & Redding, CA 1998, *The Transtheoretical Model of Behaviour Change*, *Homeostasis*, 38, 216-233.
- Purwaningsih, 2011, *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya.
- Rahmat, P 2010, *Pengaruh Terapi Relaksasi Afirmasi Terhadap Self Efficacy Kesembuhan Pada Pasien Kanker Nasofaring*, Skripsi Universitas Airlangga, Tidak Dipublikasikan.
- Riskesdas, 2010, *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.

- Rollnick R, Miller W, Butler, C 2008, *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior (Applications of Motivational Interviewing)*, Guilford Press, London.
- Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen, B 2005, *Motivational Interviewing: a Systemic Review and Meta-analysis*, Br J Gen Pract, Apr;55(513):305-12.
- Sallis JF, Zabinski, MF 2002, *Measurement of physical activity*. In: Fairburn CG, Brownell KD (eds), *Eating disorders and obesity* 2nd edn, Guilford, New York.
- Sarwono, 2004, *Psikologi Remaja*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Schwartz AR, Patil SP, Schneider H 2007, *Adult Obstructive Sleep Apnea: Pathophysiology and Diagnosis*, Chest, 132(1):325-37.
- Setiaji, B 2004, *Panduan Riset dengan Pendekatan Kuantitatif*, Program Pasca Sarjana UMS, Surakarta.
- Silitonga, Nelvin 2009, *Pola Makan dan Aktivitas Fisik Pada Orang Dewasa yang Mengalami Obesitas*, University of North Sumatera Press, Medan.
- Sjarif, DR 2002, *Evaluasi dan Tatalaksana Obesitas pada Anak*, Prosiding Simposium Temu Ilmiah Akbar 2002, Pusat Informasi dan Penelitian, Bag. IPD. pp 23-28, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Smith B, Marshall A, Huang, N 2005, Screening for physical activity in family practice : Evaluation of two brief assessment tools, *American Journal of Preventive Medicine*. (akses tanggal 29 September 2011 pukul 16.00 WIB).
- Soegih R, Wiramihardja, KK 2009, *Obesitas Permasalahan dan Terapi Praktis*, Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran, Sagung Seto, Bandung.
- Stange KC, Woolf SH, Gjeltrema, K 2002, One Minute for Prevention: the Power of Leveraging to Fullfil the Promise of Health Behavior Counseling, *Am J Prev Med*, May;22(4):320-3.
- Supariasa I, Bakri B, Fajar, I 2002, *Penilaian Status Gizi*, EGC, Jakarta.
- Tapan, E 2005, *Penyakit Degeneratif*, Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Taylor, SE 1983, Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation, *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Tchernof, A 2007, *Visceral Adipocytes and the Metabolic Syndrome*, Nutrition Reviews, 65: S24-S29.
- Team CP, 2008, Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care : A starting point for continuous improvement,

- British Journal of General Practice*. (akses tanggal 24 September 2011 pukul 16.30 WIB).
- The Obesity Society, 2010, *Cancer and Obesity*, <http://www.obesity.org/resources-for/cancer-and-obesity.htm>. (akses 12 Maret pukul 13.00 WIB).
- Tim Redaksi, 2009, *Obesitas dan Kurang Aktivitas Fisik Menyumbang 30% Kanker*, Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan, <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/137-obesitas-dan-kurang-aktivitas-fisik-menyumbang-30-kanker.pdf>. (akses tanggal 26 September 2011 pukul 13.50 WIB).
- Tomiyama J, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman, J 2007, *Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer*. *Am Psychology* Apr;62(3):220–33.
- U.S. Department of Health & Human Services, 2005, *Dietary Guidelines for Americans 6<sup>th</sup> Edition*, US Government Printing Office, Washington DC.
- Wang Y, Beydoun, MA 2007, *The Obesity Epidemic in the United States—Gender, Age, Socioeconomic, Racial/Ethnic, and Geographic Characteristics: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis*, <http://epirev.oxfordjournals.org/content/29/1/6.full>. (akses: 15 Maret 2011 pukul 20.30 WIB).
- Wicaksono, AL 2010, *Pengaruh Diabetes Self Management Education (DSME) Terhadap Pengelolaan Mandiri Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2*, Skripsi Universitas Airlangga, Tidak Dipublikasikan.
- Williams, MH 2009, *Nutrition for Health, Fitness & Sport*, McGraw-Hill Higher Education, New York.
- Wise JB, Ellis GD, & Trunnell, EP 2002, *Effects of a Curriculum Designed to Generalize Self Efficacy from Weight Training Exercise to Activities of Daily Living Among Adults With Spinal Injuries*, *Journal of Applied Social Psychology*, 32(3), 500-521.
- World Health Organization, 2002, *World Health Report : Reducing risks, promoting healthy lifestyle*, WHO, Geneva.
- World Health Organization, 2006, *Obesity and overweight*, *WHO Fact Sheet No. 311*.
- Yeung, S 2009, *Obesity and Acute Cholecystitis*, [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14452197.2009.04912\\_8.x/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14452197.2009.04912_8.x/abstract). (akses 27 Maret 2012 pukul 09.30 WIB).
- Yuniarti, W 2010, *Hubungan Self Efficacy dan Motivasi Dengan Stress Pada Pasien Diabetes Mellitus*, Skripsi Universitas Airlangga, Tidak Dipublikasikan.

Lampiran 1

Lampiran 2



Lampiran 3

Lampiran 4

**FORMULIR PERSETUJUAN  
MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

PENGARUH *BRIEF INTERVENTIONS FOR WEIGHT MANAGEMENT*  
TERHADAP *SELF EFFICACY* DALAM DIET DAN OLAHRAGA  
PADA PENDERITA *OVERWEIGHT* DAN OBESITAS

Oleh:  
Arif Hidayat  
010810660B

Saya adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan Skripsi Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *brief interventions for weight management* terhadap *self efficacy* dalam diet dan olahraga pada penderita *overweight* dan obesitas di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya. Saya sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas, artinya saudara bebas untuk ikut ataupun tidak, tanpa sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, silakan saudara menandatangani kolom dibawah ini. Atas kerja sama dan partisipasi saudara, saya sebagai peneliti mengucapkan banyak terima kasih.

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia / tidak bersedia ikut (\*) berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Arif Hidayat, mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang berjudul: **“Pengaruh *Brief Interventions for Weight Management* Terhadap *Self Efficacy* Dalam Diet dan Olahraga Pada Penderita *Overweight* dan *Obesitas*”**. Demikian pernyataan ini saya buat secara sadar dan tanpa paksaan dari siapapun.

Surabaya, 2012

Yang Membuat Pernyataan

( )

\*Pilih salah satu

**KUESIONER PENELITIAN**  
**PENGARUH *BRIEF INTERVENTIONS FOR WEIGHT MANAGEMENT***  
**TERHADAP *SELF EFFICACY* DALAM DIET DAN OLAHRAGA**  
**PADA PENDERITA *OVERWEIGHT* DAN OBESITAS**

Tanggal Pengisian Kuesioner:

Kode/No:

**A. Karakteristik Umum Responden****Kode diisi oleh Peneliti**

Berilah tanda ( ) pada kolom jawaban yang menurut Anda benar.

1. Nama Responden: .....

2. Jenis Kelamin

( ) Laki-Laki                      ( ) Perempuan.

3. Umur

( ) < 20 tahun                      ( ) 20-30 tahun  
( ) 31-40 tahun                      ( ) 41-50 tahun  
( ) 51-60 tahun                      ( ) 60 tahun

4. Status Pernikahan

( ) Menikah                      ( ) Belum Menikah  
( ) Duda                      ( ) Janda

5. Agama / Kepercayaan

( ) Islam                      ( ) Kristen Protestan  
( ) Kristen Katolik                      ( ) Hindu  
( ) Budha

6. Pendidikan Terakhir

( ) Tamat SD                      ( ) Tamat SLTP  
( ) Tamat SLTA                      ( ) Tamat Perguruan Tinggi

7. Pekerjaan Utama

( ) Wiraswasta                      ( ) Pegawai Swasta  
( ) PNS                      ( ) Pedagang  
( ) TNI/POLRI  
( ) Lain-Lain (sebutkan).....

8. Berapa penghasilan Anda rata-rata per bulan?

( ) < Rp 500.000,-  
( ) Rp 500.000,- s.d. Rp 1.000.000,-  
( ) Rp 1.000.000,- s.d. Rp 2.500.000,-  
( ) Rp 2.500.000,- s.d. Rp 5.000.000,-  
( ) > Rp 5.000.000,-

**B. Karakteristik Antropometri Responden**

1. Berat Badan : .....kg. Tinggi Badan :.....cm.  
Lingkar Perut : .....cm.
2. *Body Mass Index* (BMI) :.....kg/m<sup>2</sup>.  

$$\text{BMI} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m}^2\text{)}}$$
 Kategori BMI : ( ) *Underweight* (< 18,5 kg/m<sup>2</sup>)  
 ( ) Normal (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>)  
 ( ) *Overweight* (25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>)  
 ( ) *Obesitas* (> 30,0 kg/m<sup>2</sup>)

**C. Karakteristik Perilaku Olahraga Responden**

1. Sudah berapa lama Anda bergabung di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya?  
 ( ) < 1 bulan ( ) 1-2 bulan ( ) 3-4 bulan  
 ( ) 5-6 bulan ( ) > 6 bulan ( ) > 1 tahun
2. Berapa kali Anda berolahraga rata-rata dalam seminggu di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya?  
 ( ) 1-2 kali/minggu ( ) 3-4 kali/minggu  
 ( ) 5-6 kali/minggu
3. Berapa durasi Anda berolahraga rata-rata dalam sehari di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya?  
 ( ) < 30 menit/hari  
 ( ) 30-60 menit/hari  
 ( ) > 1 jam/hari

**D. Self Efficacy Dalam Diet Sehat**

Berilah tanda ( ) pada kolom jawaban yang menurut Anda benar.

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya menonton televisi.				
2.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika selama masa liburan.				
3.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya makan di rumah teman untuk makan malam.				
4.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya menyiapkan makanan untuk orang lain.				
5.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sedang makan di restoran sendirian.				
6.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya marah atau jengkel.				
7.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sangat lapar.				
8.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya depresi.				
9.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya ingin duduk di belakang untuk menikmati makanan.				
10.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika ada makanan tinggi lemak yang sedang tersedia di rumah.				
11.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sedang merayakan pesta dengan orang lain.				
12.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika ada seseorang menawarkan makanan tinggi lemak kepada saya.				
13.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika merasa ada dorongan yang sangat kuat untuk makan makanan tinggi lemak yang saya sukai.				
14.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sedang menjamu para tamu.				
15.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika selama berlibur.				

16.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya makan di luar bersama orang lain yang memesan hidangan tinggi lemak.				
17.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya berada di pesta dimana makanan tinggi lemak yang menggugah selera yang disajikan.				
18.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sedang mengunjungi sebuah kota dan sedang membutuhkan sebuah makanan dengan cepat.				
19.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sedang mengunjungi sebuah kota dan sedang ingin berwisata kuliner makanan khas dan restoran.				
20.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika liburan dan perayaan dimana makanan cepat saji yang dihidangkan.				
21.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sedang kacau dengan masalah keluarga.				
22.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya ingin menambahkan beberapa variasi dalam menu diet saya.				
23.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sedang sarapan di sebuah restoran.				
24.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika ada orang lain membawa atau menyajikan makanan tinggi lemak.				
25.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sedang menyajikan makanan untuk saya sendiri.				
26.	Saya percaya bahwa saya bisa tetap diet sehat bahkan ketika saya sedang menjumpai makanan tinggi lemak yang menarik di supermarket.				

Ket: diadaptasi dan dimodifikasi *Self Efficacy to Regulate Eating Habits Questionnaire* (Bandura, 2006)

**E. Self Efficacy Dalam Olahraga**

Berilah tanda ( ) pada kolom jawaban yang menurut Anda benar.

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya percaya bahwa saya bisa mengatasi hambatan dan tantangan yang berkaitan dengan olahraga jika saya berusaha cukup keras.				
2.	Saya percaya bahwa saya dapat menemukan sarana dan cara untuk berolahraga.				
3.	Saya percaya bahwa saya dapat mencapai tujuan olahraga yang saya tetapkan.				
4.	Saya percaya bahwa ketika berhadapan dengan penghalang dalam olahraga, saya dapat menemukan beberapa solusi untuk mengatasi penghalang tersebut.				
5.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan ketika saya lelah.				
6.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan selama cuaca buruk.				
7.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan ketika saya merasa di bawah tekanan dari pekerjaan.				
8.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan setelah pulih dari cedera yang menyebabkan saya berhenti berolahraga.				
9.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan selama atau setelah mengalami masalah pribadi.				
10.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan ketika saya cemas.				
11.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan setelah berlibur.				
12.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan ketika saya merasa tidak enak badan saat berolahraga.				
13.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan ketika saya mengalami depresi.				
14.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan tanpa dukungan dari keluarga dan teman-teman saya.				
15.	Saya percaya bahwa saya bisa memotivasi diri saya sendiri untuk mulai menjadi aktif kembali berolahraga setelah saya sudah berhenti untuk sementara.				



16.	Saya percaya bahwa saya dapat aktif olahraga bahkan ketika saya tidak memiliki akses ke <i>gym</i> , tempat latihan, atau fasilitas lainnya.				
17.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan ketika saya sedang terlalu banyak pekerjaan yang harus dilakukan di rumah.				
18.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan ketika ada hal lain yang menarik untuk dilakukan.				
19.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan selama berlibur.				
20.	Saya percaya bahwa saya dapat secara aktif olahraga bahkan ketika saya memiliki kontrak waktu dengan yang lain.				

Ket: diadaptasi dan dimodifikasi dari *Exercise Self Efficacy Scale* (ESES, 2007) dan *Self Efficacy to Regulate Exercise Questionnaire* (Bandura, 2006)

## Lampiran 5

**Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Self Efficacy* dalam Diet****Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Soal_1	68.7857	122.535	.312	.912
Soal_2	69.1607	122.865	.236	.913
Soal_3	69.0179	118.781	.450	.910
Soal_4	69.2857	122.644	.287	.912
Soal_5	68.8214	117.131	.602	.907
Soal_6	68.4464	121.124	.435	.910
Soal_7	68.8393	120.646	.331	.912
Soal_8	69.1607	120.865	.337	.912
Soal_9	69.0179	117.436	.499	.909
Soal_10	69.2857	120.753	.386	.911
Soal_11	68.8571	117.361	.560	.908
Soal_12	68.9107	113.319	.666	.906
Soal_13	69.0536	117.033	.600	.907
Soal_14	68.7500	118.991	.474	.909
Soal_15	69.0000	114.873	.648	.906
Soal_16	68.5536	120.033	.562	.908
Soal_17	68.9821	116.127	.655	.906
Soal_18	68.9643	118.471	.502	.909
Soal_19	69.0893	116.192	.661	.906
Soal_20	69.0893	120.374	.387	.911
Soal_21	69.2857	117.335	.553	.908
Soal_22	68.9821	116.818	.609	.907
Soal_23	69.1786	120.149	.346	.912
Soal_24	68.4286	121.049	.369	.911
Soal_25	68.6429	118.816	.518	.909
Soal_26	68.8929	116.025	.641	.906
Soal_27	68.4821	117.054	.605	.907
Soal_28	68.5714	114.868	.635	.906

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.912	28

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	56	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	56	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

## Lampiran 6

**Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Self Efficacy* dalam Olahraga**

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Soal_1	64.6667	71.461	.526	.870
Soal_2	64.7083	70.934	.516	.870
Soal_3	64.7083	72.722	.433	.872
Soal_4	64.9375	72.273	.382	.873
Soal_5	65.6458	67.468	.578	.867
Soal_6	65.5208	65.829	.695	.863
Soal_7	65.2708	68.244	.618	.866
Soal_8	65.3958	67.436	.585	.867
Soal_9	64.8750	69.941	.520	.869
Soal_10	65.3750	65.814	.736	.862
Soal_11	64.8125	71.645	.480	.871
Soal_12	65.7083	70.424	.433	.872
Soal_13	65.4792	67.574	.631	.866
Soal_14	64.9792	71.212	.351	.874
Soal_15	65.3125	75.326	.037	.884
Soal_16	64.7083	72.509	.332	.874
Soal_17	64.8125	71.092	.399	.873
Soal_18	65.5208	68.127	.664	.865
Soal_19	65.8542	73.276	.223	.878
Soal_20	65.4167	71.142	.387	.873
Soal_21	65.1875	73.134	.245	.877
Soal_22	65.0208	71.680	.384	.873
Soal_23	65.7500	72.319	.317	.875
Soal_24	65.2917	72.934	.270	.876

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.876	24

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Lampiran 7

**SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)**  
**PENGARUH *BRIEF INTERVENTIONS FOR WEIGHT MANAGEMENT***  
**TERHADAP *SELF EFFICACY* DALAM DIET DAN OLAHRAGA**  
**PADA PENDERITA *OVERWEIGHT* DAN OBESITAS**

Variabel Independen : *Brief Interventions For Weight Management*  
 Variabel Dependen : *Self Efficacy*  
 Waktu : 9 Mei s.d. 29 Mei 2012  
 Jumlah Pertemuan : 6 kali Pertemuan (@ 2 kali/minggu)  
 Durasi Pertemuan : @ ± 30 Menit

---

**A. Analisis Situasional**

1. Peneliti : Arif Hidayat
2. Responden : Penderita *Overweight* dan Obesitas
3. Tempat : di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya.

**B. Tujuan Instruksional**

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan program *brief interventions for weight management* sebanyak 6 kali pertemuan selama 3 minggu, responden dapat mengalami peningkatan *self efficacy* dan mendapatkan keterampilan pengelolaan diet dan olahraga dalam mengatasi kondisi *overweight* dan obesitas.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah kegiatan ini, penderita dapat:

- a. Mengelola perilaku makan
- b. Mengelola perilaku aktivitas fisik
- c. Memodifikasi perencanaan diet
- d. Memodifikasi perencanaan olahraga
- e. Mengatasi hambatan dalam mengelola aktifitas fisik dan olahraga
- f. Mengatasi hambatan dalam mengelola perilaku makan dan perencanaan diet.

**C. Materi Pelaksanaan**

1. Pola Makan Sehat
2. Pola Hidup Sehat
3. Perencanaan Diet untuk Menurunkan Berat Badan

4. Olahraga untuk Obesitas.

#### **D. Metode Pelaksanaan**

1. Melakukan Konsultasi Awal (*Initial Consultation*)
2. Membuat *Planned Care Pathway*
3. Melakukan *Stage Matched Brief Intervention for Weight Management*
  - a. Melakukan *Self Monitoring* pada Penderita *Overweight* dan Obesitas
  - b. Konseling untuk:
    - 1) *Goal Setting* (Penetapan Tujuan)
    - 2) *Plan for Frequent Follow-Up and Feedback* (Perencanaan Dalam *Follow-Up* dan Umpan Balik Rutin)
    - 3) *Incorporate Strategies to Develop Self-Efficacy* (Menggabungkan Beberapa Strategi untuk Membangun *Self Efficacy*)
    - 4) *Reinforcement* (Penguatan)
    - 5) *Relaps Prevention Technique* (Teknik Pencegahan Kekambuhan).

#### **E. Media Pelaksanaan**

1. Kuesioner Data Umum, Karakteristik Antropometri dan *Self Efficacy*
2. Alat Tulis dan Catatan Konseling
3. Timbangan Berat Badan dan Alat Ukur Tinggi Badan
4. Pita Pengukur (Meteran).

#### **F. Langkah-Langkah Pelaksanaan**

1. Pertemuan I: Konsultasi Awal (*Initial Consultation*)
  - a. Menjelaskan tujuan dan manfaat kegiatan serta kontrak kegiatan sampai penelitian selesai
  - b. *Inform consent* dan pengisian data umum
  - c. Konsultasi untuk membuat *planned care pathway*
  - d. Waktu: 9-11 Mei 2012, pukul 15.00-21.00 WIB
  - e. Sifat: individu (*face to face*).
2. Pertemuan II: Melakukan *Self Monitoring* pada Penderita *Overweight* dan Obesitas
  - a. Waktu: 12-15 Mei 2012, pukul 15.00-21.00 WIB.
  - b. Sifat: individu (*face to face*)

3. Pertemuan III: *Konseling Goal Setting* (Penetapan Tujuan)
  - a. Menetapkan tujuan pada awal program membantu mencapai perilaku yang diinginkan dapat terwujud
  - b. Menetapkan tujuan yang realistis dan spesifik biasanya menyebabkan hasil yang lebih baik dibandingkan tanpa adanya tujuan yang jelas
  - c. Tujuan harus ditetapkan secara kolaboratif antara peneliti dan responden, serta harus berfokus pada perubahan perilaku (misalnya, mengurangi asupan lemak atau berjalan lebih) daripada perubahan fisiologis (misalnya, menurunkan kolesterol)
  - d. *Incorporate strategies to develop self-efficacy* (menggabungkan beberapa strategi untuk membangun *self efficacy*).
  - e. Waktu: 16-18 Mei 2012, pukul 15.00-21.00 WIB.
  - f. Sifat: individu (*face to face*)
4. Pertemuan IV: *Konseling Plan for Frequent Follow-Up and Feedback* (Perencanaan Dalam *Follow-Up* dan Umpan Balik Rutin)
  - a. Memberikan umpan balik secara rutin pada kemajuan untuk memungkinkan responden dalam menilai kemajuan dan memodifikasi rencana mereka
  - b. Tindak lanjut dapat secara langsung, lisan, tertulis atau elektronik sesuai dengan yang disukai responden
  - c. Waktu: 19-22 Mei 2012, Pukul 15.00-21.00 WIB.
  - d. Sifat: individu (*face to face*)
5. Pertemuan V: *Konseling Reinforcement* (Penguatan) dan *Relaps Prevention Technique* (Teknik Pencegahan Kekambuhan)
  - a. Mendorong perbaikan kondisi diri pribadi responden
  - b. Meningkatkan kemampuan kelompok responden untuk hal-hal yang diperlukan dan mempengaruhi perkembangan dan kehidupannya
  - c. Mendorong kelompok responden untuk tidak melakukan sesuatu yang akan memberikan risiko yang besar dan melakukan sesuatu yang akan memberikan manfaat
  - d. Pemberian penguatan (*reinforcement*) dilakukan memakai pernyataan berkenaan dengan hal-hal yang positif yang ada pada diri setiap anggota kelompok dengan menggunakan prinsip-prinsip *motivational interviewing*

- e. Waktu: 23-25 Mei 2012, pukul 15.00-21.00 WIB.
  - f. Sifat: individu (*face to face*)
6. Pertemuan VI: Evaluasi Hasil Program *Brief Interventions For Weight Management*
- a. Mengisi Kuesioner *Self Efficacy (Post Test)*
  - b. Terminasi program kegiatan dengan responden
  - c. Waktu: 26-29 Mei 2012, Pukul 15.00-21.00 WIB.
  - d. Sifat: Individu (*face to face*).

**G. Pengorganisasian Program *Brief Interventions For Weight Management***

1. Fasilitator dan Konselor : Arif Hidayat
2. Pembimbing : Sriyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB  
Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.,Ns.,M.Kep

## Lampiran 8

**Hasil Tabulasi Karakteristik Umum Responden di Pusat Kebugaran  
Vertical Gym Surabaya 9 Mei-29 Mei 2012**

Kode Respon den	Jenis kelamin	Rentang Umur	Status Pernikahan	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan Utama	Tingkat Penghasilan
R1	1	1	1	2	6	1
R2	1	4	2	3	1	4
R3	2	4	2	2	6	2
R4	2	2	2	3	6	2
R5	2	1	1	2	6	1
R6	1	2	1	3	2	4
R7	1	2	1	4	2	4
R8	2	1	1	3	6	1
R9	2	3	1	3	2	2
R10	1	2	1	4	6	3
R11	1	3	1	4	3	4
R12	1	4	2	3	1	4
R13	2	3	2	4	2	4
R14	1	1	1	3	6	2
R15	2	1	1	3	6	2
R16	1	2	1	3	2	3
R17	1	2	1	4	2	4
R18	1	2	1	2	2	1
R19	2	5	3	4	3	3
R20	2	1	1	3	6	1

Keterangan Tabulasi :

- Jenis Kelamin** : 1 = Laki-Laki      2 = Perempuan
- Rentang Umur** : 1 = < 20 tahun      2 = 20-30 tahun  
3 = 31-40 tahun      4 = 41-50 tahun  
5 = 51-60 tahun      6 = > 60 tahun
- Status Pernikahan** : 1 = Belum Menikah      2 = Menikah  
3 = Janda      4 = Duda
- Pekerjaan Utama** : 1 = Wiraswasta      2 = Pegawai Swasta  
3 = PNS      4 = Pedagang  
5 = TNI/POLRI      6 = Lain-Lain
- Tingkat Penghasilan** : 1 = < Rp 500.000,-  
2 = Rp 500.000,- s.d. Rp 1.000.000,-  
3 = Rp 1.000.000,- s.d. Rp 2.500.000,-  
4 = Rp 2.500.000,- s.d. Rp 5.000.000,-  
5 = > Rp 5.000.000,-



## Lampiran 9

**Hasil Tabulasi Karakteristik Antropometri dan Perilaku Olahraga  
Responden di Pusat Kebugaran *Vertical Gym* Surabaya 9 Mei-29 Mei 2012**

Kode Responden	Kategori BMI	Perilaku Olahraga		
		Lama Bergabung	Frekuensi	Durasi
R1	1	4	2	3
R2	2	6	2	3
R3	2	2	2	3
R4	1	2	2	3
R5	1	2	1	1
R6	1	3	2	2
R7	2	1	2	2
R8	1	2	3	2
R9	1	1	3	3
R10	1	6	3	3
R11	2	2	1	2
R12	1	2	1	2
R13	1	1	1	2
R14	1	6	3	3
R15	2	2	2	2
R16	1	2	3	3
R17	1	6	2	2
R18	1	3	2	3
R19	2	4	3	2
R20	2	6	1	1

Keterangan Tabulasi :

- Kategori BMI** : 1 = *Overweight*      2 = Obesitas
- Lama Bergabung** : 1 = < 1 bulan      2 = 1-2 bulan  
3 = 3-4 bulan      4 = 5-6 bulan  
5 = > 6 bulan      6 = > 1 tahun
- Frekuensi Olahraga** : 1 = 1-2 bulan      2 = 3-4 bulan  
3 = 5-6 bulan
- Durasi Olahraga** : 1 = < 30 menit/hari      2 = 30-60 menit/hari  
3 = > 1 jam/hari

## Lampiran 10

**Hasil Tabulasi Kuesioner *Self Efficacy* Dalam Diet Responden Pra Intervensi**

Kode	SOAL																										Skor Total	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
R1	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	4	3	3	3	4	2	3	2	3	1	2	3	2	3	2	3	68	2
R2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	64	2
R3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	74	2
R4	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	4	4	3	3	77	2
R5	3	4	3	4	2	3	4	3	3	2	2	2	3	3	4	3	2	2	3	3	3	4	4	2	3	2	76	2
R6	3	2	3	4	3	1	3	1	3	3	2	4	3	2	2	3	3	2	3	3	1	2	3	2	3	2	66	2
R7	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	67	2
R8	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	63	2
R9	2	4	2	3	2	2	4	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	59	2
R10	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	72	2
R11	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	60	2
R12	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	1	3	3	2	3	3	64	2
R13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	76	2
R14	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	61	2
R15	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	67	2
R16	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	71	2
R17	3	2	3	3	2	3	1	3	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	2	4	3	2	3	3	3	65	2
R18	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	62	2
R19	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	79	2
R20	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	67	2

Keterangan	:			
Skor Jawaban	:	1 = sangat tidak setuju 2 = tidak setuju	3 = setuju 4 = sangat setuju	
Penilaian Skor	:	<i>Self Efficacy</i> Dalam Diet	:	a. <i>Self Efficacy</i> Tinggi (Skor: 80-104) b. <i>Self Efficacy</i> Sedang (Skor: 59-79) c. <i>Self Efficacy</i> Rendah (Skor: 26-58)
Kategori	:	1 = rendah 2 = sedang 3 = tinggi		

## Lampiran 11

**Hasil Tabulasi Kuesioner *Self Efficacy* Dalam Diet Responden Pasca Intervensi**

Kode	SOAL																										Skor Total	Kategori	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26			
R1	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	71	2	
R2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	68	2	
R3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	72	2	
R4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	81	3	
R5	3	3	3	4	2	3	3	4	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	75	2	
R6	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	68	2	
R7	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	70	2	
R8	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	65	2
R9	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62	2	
R10	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	70	2	
R11	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	60	2	
R12	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	66	2	
R13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	81	3	
R14	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	63	2	
R15	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	68	2	
R16	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	73	2	
R17	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	68	2	
R18	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	62	2	
R19	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	88	3	
R20	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	69	2	

Keterangan	:			
Skor Jawaban	:	1 = sangat tidak setuju 2 = tidak setuju	3 = setuju 4 = sangat setuju	
Penilaian Skor	:	<i>Self Efficacy</i> Dalam Diet	:	a. <i>Self Efficacy</i> Tinggi (Skor: 80-104) b. <i>Self Efficacy</i> Sedang (Skor: 59-79) c. <i>Self Efficacy</i> Rendah (Skor: 26-58)
Kategori	:	1 = rendah 2 = sedang 3 = tinggi		

## Lampiran 12

Hasil Tabulasi Kuesioner *Self Efficacy* Dalam Olahraga Responden Pra Intervensi

Kode	SOAL																				Skor total	Kategori	Keterangan:
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
R1	3	2	4	2	2	3	2	2	3	2	3	2	1	3	2	3	1	2	3	3	48	2	Skor Jawaban 1 = sangat tidak setuju  2 = tidak setuju 3 = setuju 4 = sangat setuju  Penilaian Skor <i>Self Efficacy</i> Tinggi (Skor: 61-80) <i>Self Efficacy</i> Sedang (Skor: 45-60) <i>Self Efficacy</i> Rendah (Skor: 20-44)  Kategori 1 = rendah 2 = sedang 3 = tinggi
R2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	60	2	
R3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	56	2	
R4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	58	2	
R5	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	4	2	4	3	3	2	2	2	3	2	59	2	
R6	4	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	4	4	2	2	3	4	2	56	2	
R7	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	56	2	
R8	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	48	2	
R9	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	47	2	
R10	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	53	2	
R11	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	52	2	
R12	4	4	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	4	4	3	2	2	3	3	59	2	
R13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60	2	
R14	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	57	2	
R15	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	56	2	
R16	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	53	2	
R17	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	52	2	
R18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	56	2	
R19	3	3	4	3	2	2	2	3	2	1	3	1	1	3	2	2	2	1	4	2	46	2	
R20	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	51	2	

## Lampiran 13

Hasil Tabulasi Kuesioner *Self Efficacy* Dalam Olahraga Responden Pasca Intervensi

Kode	SOAL																				Skor total	Kategori	Keterangan:
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
R1	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	52	2	Skor Jawaban 1 = sangat tidak setuju  2 = tidak setuju 3 = setuju 4 = sangat setuju
R2	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	2	2	2	4	4	4	3	3	3	66	3	
R3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	55	2	
R4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	63	3	
R5	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	2	3	3	3	2	3	2	61	3	
R6	3	3	4	3	2	3	3	4	3	4	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	58	2	
R7	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	55	2	
R8	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	48	2	
R9	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	50	2	
R10	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	2	
R11	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	52	2	
R12	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4	2	3	3	64	3	
R13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60	2	
R14	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	62	3	
R15	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	65	3	
R16	3	4	3	4	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	2	57	2	
R17	3	3	3	4	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	54	2	
R18	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	3	3	3	3	3	2	59	2	
R19	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	52	2	
R20	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	49	2	

Penilaian Skor  
*Self Efficacy* Tinggi (Skor: 61-80)  
*Self Efficacy* Sedang (Skor: 45-60)  
*Self Efficacy* Rendah (Skor: 20-44)

Kategori  
1 = rendah  
2 = sedang  
3 = tinggi

## Lampiran 14

**Distribusi Frekuensi Data Umum dan Variabel Penelitian****Jenis\_Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	11	55.0	55.0	55.0
	Perempuan	9	45.0	45.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Rentang\_Usia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 20 tahun	6	30.0	30.0	30.0
	20-30 tahun	7	35.0	35.0	65.0
	31-40 tahun	3	15.0	15.0	80.0
	41-50 tahun	3	15.0	15.0	95.0
	51-60 tahun	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Status\_Pernikahan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum Menikah	14	70.0	70.0	70.0
	Janda	1	5.0	5.0	75.0
	Menikah	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Agama**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	13	65.0	65.0	65.0
	Kristen Katolik	3	15.0	15.0	80.0
	Kristen Protestan	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	



**Pendidikan\_Terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tamat PT	6	30.0	30.0	30.0
	Tamat SLTA	10	50.0	50.0	80.0
	Tamat SLTP	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Pekerjaan\_Utama**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Assistant Teacher (LL)	1	5.0	5.0	5.0
	Dokter Gigi (Lain-Lain)	1	5.0	5.0	10.0
	Ibu Rumah Tangga (LL)	2	10.0	10.0	20.0
	Mahasiswa (Lain-Lain)	3	15.0	15.0	35.0
	Pegawai Swasta	7	35.0	35.0	70.0
	Pelajar SMA (Lain-Lain)	2	10.0	10.0	80.0
	PNS	2	10.0	10.0	90.0
	Wiraswasta	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Tingkat\_Penghasilan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< Rp 500.000,-	5	25.0	25.0	25.0
	Rp 1.000.000,- s.d. Rp 2.500.000,-	3	15.0	15.0	40.0
	Rp 2.500.000,- s.d. Rp 5.000.000,-	7	35.0	35.0	75.0
	Rp 500.000,- s.d. Rp 1.000.000,-	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Kategori\_BMI**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Obesitas	7	35.0	35.0	35.0
	Overweight	13	65.0	65.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Lama\_Bergabung**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 bulan	4	20.0	20.0	20.0
	> 1 tahun	4	20.0	20.0	40.0
	1-2 bulan	8	40.0	40.0	80.0
	3-4 bulan	2	10.0	10.0	90.0
	5-6 bulan	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Frekuensi Olahraga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 kali/minggu	5	25.0	25.0	25.0
	3-4 kali/minggu	9	45.0	45.0	70.0
	5-6 kali/minggu	6	30.0	30.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Durasi Olahraga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 30 menit/hari	2	10.0	10.0	10.0
	> 1 jam/hari	9	45.0	45.0	55.0
	30-60 menit/hari	9	45.0	45.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Lampiran 15

**Hasil Uji Wilcoxon Signed Rank Test**  
**Self Efficacy Dalam Diet Sebelum dan Sesudah Perlakuan**  
**Brief Interventions For Weight Management**

**Wilcoxon Signed Ranks Test****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre	20	59	79	67.90	6.043
Post	20	60	88	70.00	7.034
Valid N (listwise)	20				

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pasca Intervensi - Pra Intervensi	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	3 <sup>b</sup>	2.00	6.00
	Ties	17 <sup>c</sup>		
	Total	20		

a. Pasca Intervensi &lt; Pra Intervensi

b. Pasca Intervensi &gt; Pra Intervensi

c. Pasca Intervensi = Pra Intervensi

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Pasca Intervensi - Pra Intervensi
Z	-1.732 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.083

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 16

**Hasil Uji Wilcoxon Signed Rank Test**  
**Self Efficacy Dalam Olahraga Sebelum dan Sesudah Perlakuan**  
**Brief Interventions For Weight Management**

**Wilcoxon Signed Ranks Test****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pre	20	46	60	54.15	4.416
Post	20	48	66	57.00	5.487
Valid N (listwise)	20				

**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pasca Intervensi - Pra Intervensi	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	6 <sup>b</sup>	3.50	21.00
	Ties	14 <sup>c</sup>		
	Total	20		

a. Pasca Intervensi &lt; Pra Intervensi

b. Pasca Intervensi &gt; Pra Intervensi

c. Pasca Intervensi = Pra Intervensi

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Pasca Intervensi - Pra Intervensi
Z	-2.449 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.014

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test