

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SMARTPHONE ADDICTION* DAN *SEDENTARY LIFESTYLE*
DENGAN KEJADIAN STATUS GIZI LEBIH PADA REMAJA**

PENELITIAN *KORELASIONAL*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh:

Windi Khoiriyah

NIM.131511133072

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

2019

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 24 Juli 2019

Yang Menyatakan



Windi Khoiriyah
NIM. 131511133072

HALAMAN PERNYATAAN

PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Windi Khoiriyah
NIM : 131511133072
Program Studi : S1 Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-Exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Hubungan *Smartphone Addiction* dan *Sedentary Lifestyle* dengan Kejadian Status Gizi Lebih Pada Remaja”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan), dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alih media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis (pencipta) dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Surabaya, 24 Juli 2019

Yang Menyatakan,



Windi Khoiriyah

NIM. 131511133072

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SMARTPHONE ADDICTION* DAN *SEDENTARY LIFESTYLE*
DENGAN KEJADIAN STATUS GIZI LEBIH PADA REMAJA**

Oleh:

Windi Khoiriyah

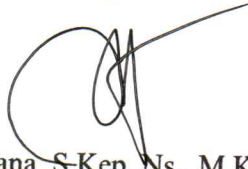
NIM. 131511133072

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 18 Juli 2019

Oleh

Pembimbing Ketua



Ilya Krisnana, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 198109282012122002

Pembimbing

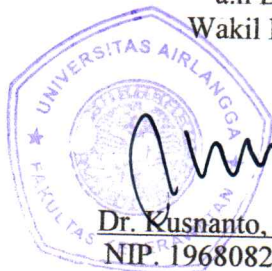


Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197410292003122002

Mengetahui

a.n Dekan

Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SMARTPHONE ADDICTION* DAN *SEDENTARY LIFESTYLE*
DENGAN KEJADIAN STATUS GIZI LEBIH PADA REMAJA**

Oleh:

Windi Khoiriyah

NIM. 131511133072

Telah diuji

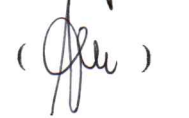
Pada tanggal, 24 Juli 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 198509112012122001

Anggota : 1. Ilya Krisnana, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 198109282012122002

2. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197410292003122002

()
()
()

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S. Kp., M. Kes.
NIP. 196808291989031002

MOTTO

**“KARENA SESUNGGUHNYA SESUDAH KESULITAN ADA
KEMUDAHAN (QS. AL INSHIRAH 5-6)”**

**“TUHAN TIDAK MENUNTUT KITA UNTUK SUKSES, NAMUN TUHAN
MENYURUH KITA BERJUANG TANPA HENTI (Y.S.P)”**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi berjudul “Hubungan *Smartphone Addiction* dan *Sedentary Lifestyle* dengan Kejadian Status Gizi Lebih Pada Remaja”. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Saya menyadari bahwa banyak pihak yang telah membantu dan mendukung dalam menyelesaikan skripsi ini, untuk itu saya dengan kerendahan hati mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menempuh dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan dukungan dan kesempatan kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Ibu Ilya Krisnana, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan arahan sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
4. Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, motivasi, arahan dan bantuan ilmu dalam penyusunan skripsi ini.
5. Dr. Retno Indarwati, S.Kep.,Ns., M.Kep dan Pak Setho Hadisuyatmana, S.Kep.,Ns., M.Ns (CommHlth&PC) selaku dosen penguji proposal, terima kasih telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan saran serta arahan dalam penyusunan skripsi ini yang lebih baik.
6. Ibu Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku dosen penguji skripsi, terima kasih telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan saran serta arahan dalam penyusunan skripsi ini yang lebih baik.
7. Ibu Tiyas kusumaningsih, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku koordinator program studi.
8. Dosen serta seluruh staf pengajar Program Studi Pendidikan S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendidik dan membimbing serta memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
9. Kepala Bakesbangpol & Linmas Kota Surabaya dan Kepala Dinas pendidikan yang telah memberikan bantuan, ijin, dan kerjasamanya dalam melaksanakan penelitian ini.
10. Kepala SMP Muhammadiyah 9 Surabaya yang telah memberikan ijin kepada saya untuk melakukan penelitian.

11. Kepada orang tua, kakak, dan keluarga tercinta yang selalu memberikan semangat, dukungan, motivasi serta doa yang tiada terbatas selama ini kepada saya.
12. My beloved yang selalu setia memberikan semangat, do'a dan dukungan yang tiada terbatas serta membantu saat pengolahan data.
13. Teman-teman A15 yang telah memberikan semangat kepada saya khususnya kiup-kiup terdiri dari (Asti dan Yenny), Niswa yang selalu membantu saya dari awal penyusunan proposal hingga pengambilan data, dan juga Agi yang selama ini bersedia membantu saya saat pengambilan data penelitian.
14. Edustatconsultant yang telah bersedia membantu dalam proses pengolahan data.
15. Seluruh responden, yaitu siswa kelas 7 dan kelas 8 SMP Muhammadiyah 9 Surabaya yang telah meluangkan waktu untuk berpartisipasi dan mendukung penelitian ini.
16. Terima kasih saya sampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberikan motivasi dan bantuan hingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, ilmu, dan bantuan yang lain dalam menyelesaikan skripsi ini. Kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari segi isi maupun penulisannya, tetapi kami berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca maupun bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 24 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

**HUBUNGAN *SMARTPHONE ADDICTION* DAN *SEDENTARY LIFESTYLE*
DENGAN KEJADIAN STATUS GIZI LEBIH PADA REMAJA**

Penelitian *korelasional* di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya

oleh: Windi Khoiriyah

Pendahuluan: Status gizi lebih dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti penggunaan *smartphone* dan gaya hidup pasif. Tujuan penelitian ini menganalisis hubungan *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan status gizi lebih berdasarkan teori *Precede-Proceed*. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Responden dalam penelitian ini yaitu remaja berusia 12-15 tahun. Total sampel sebanyak 110 responden dengan menggunakan teknik *total sampling*. Variabel independen adalah *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle*. Variabel dependen adalah status gizi lebih. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner *Smartphone Addiction Scale* (SAS), *Adolescent Sedentary Activity Questionnaire* (ASAQ) serta perhitungan berat badan dan tinggi badan menggunakan timbangan dan *microtoise*. Data dianalisis dengan menggunakan uji *Spearman Rho* $p \leq 0,05$. **Hasil:** Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara *smartphone addiction* dengan status gizi lebih ($p = 0,487$). Namun ada hubungan yang signifikan antara *sedentary lifestyle* dengan status gizi lebih ($p = 0,021$; $r = 0,220$). **Diskusi:** *Sedentary lifestyle* merupakan faktor yang berhubungan dengan status gizi lebih. Sehingga, semakin tinggi *sedentary lifestyle* maka semakin tinggi pula status gizi pada remaja.

Kata kunci: *smartphone addiction*, *sedentary lifestyle*, status gizi lebih.

ABSTRACT

THE CORRELATION BETWEEN SMARTPHONE ADDICTION AND SEDENTARY LIFESTYLE WITH THE INCIDENCE OF MORE NUTRITIONAL STATUS IN ADOLESCENTS

Correlational research in SMP Muhammadiyah 9 Surabaya

By: Windi Khoiriyah

Introduction: More nutritional status can be influenced by several factors such as the use of smartphones and passive lifestyles. The purpose of this study was to analyze the relationship between smartphone addiction and sedentary lifestyle with more nutritional status based on the theory of Precede-Proceed. **Method:** This study used a descriptive correlational research design with a cross-sectional approach. Respondents in this study were teenagers aged 12-15 years. The total sample is 110 respondents using the total sampling technique. The independent variable is smartphone addiction and a sedentary lifestyle. The dependent variable is more nutritional status. The instruments used were a Smartphone Addiction Scale (SAS) questionnaire, Adolescent Sedentary Activity Questionnaire (ASAQ) and calculation of weight and height using scales and microtome. Data were analyzed using the Spearman Rho $p \leq 0.05$. **Results:** The results of this study indicate that there is no significant relationship between smartphone addiction and more nutritional status ($p = 0.487$). But there was a significant relationship between a sedentary lifestyle and more nutritional status ($p = 0.021$; $r = 0.220$) which means that the sedentary lifestyle increases, the nutritional status will increase. **Discussion:** a sedentary lifestyle is a factor associated with more nutritional status. So that the higher the sedentary lifestyle, the higher the nutritional status of adolescents.

Keywords: smartphone addiction, sedentary lifestyle, over nutrition status.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
MOTTO	vi
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
ABSTRAK	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Teoritis	6
1.4.2 Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Remaja	7
2.1.1 Pengertian Remaja	7
2.1.2 Batasan Usia Remaja.....	7
2.1.3 Tahap Perkembangan Remaja.....	8
2.1.4 Aspek-Aspek Perkembangan Masa Remaja	9
2.1.5 Ciri-Ciri Masa Remaja	10
2.2 Konsep Gizi Lebih	12

2.2.1	Definisi Gizi Lebih.....	12
2.2.2	Indeks Massa Tubuh	13
2.2.3	Cara Pengukuran IMT/U	14
2.2.4	Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Lebih Pada Remaja	15
2.2.5	Dampak Gizi Lebih	17
2.3	Konsep <i>Sedentary Lifestyle</i>	17
2.3.1	Definisi <i>sedentary lifestyle</i>	17
2.3.2	Penyebab <i>Sedentary Lifestyle</i>	18
2.3.3	Dampak <i>Sedentary Lifestyle</i>	19
2.3.4	Cara mengatasi <i>Sedentary Lifestyle</i>	19
2.3.5	Pengukuran <i>Sedentary Lifestyle</i>	20
2.4	Konsep <i>Smartphone Addiction</i>	21
2.4.1	Definisi <i>Smartphone Addiction</i>	21
2.4.2	Tipe <i>Addiction</i>	22
2.4.3	Tanda dan Gejala <i>Smartphone Addiction</i>	22
2.4.4	Faktor penyebab <i>Smartphone Addiction</i>	24
2.4.5	Karakteristik <i>Smartphone Addiction</i>	29
2.4.6	Dampak <i>Smartphone Addiction</i>	31
2.4.7	Penatalaksanaan <i>Smartphone Addiction</i>	32
2.4.8	Pengukuran <i>Smartphone Addiction</i>	33
2.5	Teori <i>Precede-Proceed</i>	34
2.5.1	Definisi <i>Precede-Proceed</i>	34
2.5.2	Faktor perilaku kesehatan	35
2.6	Keaslian penelitian	37
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		42
3.1	Kerangka konseptual	42
3.2	Hipotesis penelitian	44
BAB 4 METODE PENELITIAN		45
4.1	Rancangan penelitian	45
4.2	Populasi, Sampel, dan Sampling	46
4.2.1	Populasi	46
4.2.2	Sampel	46
4.2.3	Sampling	47

4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	47
4.3.1	Variabel Penelitian	47
4.3.2	Definisi Operasional.....	48
4.4	Alat dan Bahan Penelitian	50
4.5	Instrumen Penelitian.....	50
4.6	Uji Validitas dan Reliabilitas	53
4.6.1	Uji Validitas	53
4.6.2	Uji Reliabilitas	54
4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	55
4.8	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	55
4.9	Cara Analisa Data.....	57
4.10	Kerangka Operasional/Kerja	60
4.11	Masalah Etik (<i>Ethical Clearance</i>).....	60
4.12	Keterbatasan Penelitian	62
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN		63
5.1	Hasil Penelitian	63
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	63
5.1.2	Karakteristik Responden	66
5.1.3	Data Khusus	67
5.2	Pembahasan	72
5.2.1	<i>Smartphone Addiction</i>	72
5.2.2	<i>Sedentary Lifestyle</i>	74
5.2.3	Status Gizi Lebih.....	77
5.2.4	Hubungan <i>Smartphone Addiction</i> dengan Status Gizi Lebih.....	79
5.2.5	Hubungan <i>Sedentary Lifestyle</i> dengan Status Gizi Lebih.....	80
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....		83
5.3	Simpulan.....	83
5.4	Saran.....	84
DAFTAR PUSTAKA		85
LAMPIRAN.....		91

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian.....	37
Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Antara <i>Smartphone Addiction</i> dan <i>Sedentary Lifestyle</i> dengan Kejadian status gizi lebih Pada Remaja	48
Tabel 4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Smartphone Addiction Scale</i> (SAS)	51
Tabel 4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Adolescent Sedentary Activity Questionnaire</i>	52
Tabel 4.4 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Remaja Berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut (IMT/U)	53
Tabel 4.5 Interpretasi Koefisien Korelasi	59
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi data demografi responden berdasarkan karakteristik siswa SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019.....	66
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat adiksi <i>Smartphone (Smartphone Addiction)</i> responden di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019	67
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi (Mean, SD) berdasarkan indikator <i>smartphone addiction</i>	67
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat <i>sedentary lifestyle</i> responden di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019.....	68
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi (Mean, SD) berdasarkan indikator <i>sedentary lifestyle</i>	68
Tabel 5.6 Distribusi frekuensi berdasarkan status gizi responden di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019.....	69
Tabel 5.7 Distribusi frekuensi (Mean, SD) tinggi badan dan berat badan responden	69
Tabel 5.8 Distribusi hubungan <i>smartphone addiction</i> dengan status gizi lebih pada remaja di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019.....	70
Tabel 5.9 Distribusi hubungan <i>sedentary lifestyle</i> dengan status gizi lebih pada remaja di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019.....	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Teori <i>Precede Proceed</i> Model (Green & Kreuter, 1991).....	36
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan antara <i>smartphone addiction</i> dan <i>sedentary lifestyle</i> dengan kejadian status gizi lebih pada remaja. Berdasarkan <i>Precede-Proceed</i> Model (Green LW & Kreuter MW,1991).	42
Gambar 4.1 Rancangan Penelitian	45
Gambar 4.2 Kerangka Operasional Kerja Hubungan <i>Smartphone Addiction</i> dan <i>Sedentary Lifestyle</i> dengan kejadian Status Gizi Lebih pada Remaja ...	60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian	91
Lampiran 2. Surat Pengambilan Data dari Bakesbangpol	92
Lampiran 3. Surat Perijinan dari Dispen.....	93
Lampiran 4. Keterangan Lolos Uji Etik.....	94
Lampiran 5. Penjelasan Penelitian	95
Lampiran 6. Permohonan Menjadi Responden.....	97
Lampiran 7. <i>Informed Consent</i>	98
Lampiran 8. Kuesioner Demografi	99
Lampiran 9. Kuesioner SAS	100
Lampiran 10. Kuesioner ASAQ.....	103
Lampiran 11. SOP Pengukuran TB, BB, dan IMT	106
Lampiran 12. Penentuan Standar Indeks Massa Tubuh Menurut Usia Untuk Anak Perempuan (Usia 12-15 Tahun).....	108
Lampiran 13. Penentuan Standar Indeks Massa Tubuh Menurut Usia Untuk Anak Laki-laki (Usia 12-15 Tahun).....	110
Lampiran 14. Izin Kuesioner SAS	112
Lampiran 15. Izin Kuesioner ASAQ.....	113
Lampiran 16 Print Out Hasil Uji Statistik.....	114

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

%	= persen
<	= kurang dari
>	= lebih dari
/	= atau
APJII	= Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia
ASAQ	= <i>Adolescent Sedentary Activity Questionnaire</i>
BB	= Berat Badan
BMI	= <i>Body Mass Index</i>
Cm	= <i>centimeter</i>
CDC	= <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CT	= <i>Comprehensive Therapy</i>
CVD	= <i>Cerebrovascular Disease</i>
CBT-IA	= <i>Cognitive-Behavior Therapy For Internet Addiction</i>
CYAND	= <i>China Youth Association for Network Development</i>
dkk	= dan kawan-kawan
DVD	= <i>Digital Versatile Disc</i> atau <i>Digital Video Disc</i>
EA	= <i>Electro-Acupuncture</i>
EU	= <i>European Union</i>
ERP	= <i>Event-Related Potentials</i>
IMT/U	= Indeks Massa Tubuh menurut Umur
Kg	= Kilogram
LDL	= <i>Low-density lipoprotein</i>
METs	= <i>Metabolic Equivalents</i>
NIH	= <i>National Institutes of Health</i>
OECD	= <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
PI	= <i>Psycho-Intervention</i>

RI	= Republik Indonesia
SAS	= <i>Smartphone Addiction Scale</i>
SLTP	= Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
TB	= Tinggi Badan
TV	= Televisi
WHO	= <i>World Health Organization</i>
<i>Et al</i>	= et alia
p	= p-value (nilai probabilitas/ signifikansi)
n	= Jumlah
r	= Koefisien korelasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada masa remaja mengalami beberapa perkembangan salah satunya perkembangan sosial, sehingga pada masa ini remaja mulai mencoba untuk berinteraksi dengan orang lain dimana dipengaruhi teman sebaya dan juga lingkungan yang berkaitan erat dengan gaya hidup (Conger 1991; Jahja 2011). Salah satu cara untuk berinteraksi dengan orang lain adalah melalui *smarthpone*. Adanya masalah penggunaan *smartphone* yang berlebihan dan gaya hidup pasif pada remaja menjadi hal yang cukup serius, karena berdasarkan hasil observasi yang dilakukan penelitian, di lingkungan masyarakat keseharian remaja sebelum maupun setelah sekolah hanya duduk bersantai sambil menggunakan *smartphone* dan lebih cenderung untuk bermalas-malasan dalam beraktivitas. Kurangnya aktivitas fisik berkaitan dengan angka kejadian gizi lebih (Hanifah, 2013). Sebagaimana di salah satu SMP Surabaya 7,60% siswa mengalami *overweight* dan 15,19% mengalami obesitas (Rianti, 2018). Meningkatnya kejadian tersebut tidak lepas dari adanya kemajuan teknologi yang berkembang pesat terutama gaya hidup di perkotaan yang semakin disibukkan dengan adanya *smartphone* daripada bermain dengan teman sebaya di luar (Praditasari, 2018). Namun, hubungan *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan status gizi lebih belum dapat dijelaskan.

Sebagian besar remaja di Negara Asia mengalami peningkatan prevalensi *overweight* dan Obesitas dalam beberapa tahun terakhir (Ramachandran & Snehalatha, 2010). Menurut data Riskesdas (2018) proporsi status gizi lebih di Indonesia pada

remaja usia 13-15 tahun berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki (*overweight* 10,7%, obesitas 5,3%) dan perempuan (*overweight* 11,7%, obesitas 4,3%), sedangkan berdasarkan pada tingkat pendidikan salah satunya anak usia Sekolah Menengan Pertama (12,1%) (Riskesdas, 2018). Masalah gizi lebih yang terjadi pada remaja usia 13-15 di Provinsi Jawa Timur memiliki prevalensi yang masih cukup tinggi karena angka prevalensi *overweight* (13,3%) sedangkan obesitas (6,0%) (Riskesdas, 2018). Hasil survey pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan April 2019 kepada remaja di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya menunjukkan bahwa 2 diantara 10 pengguna *smartphone* yang mengalami *overweight* dan 1 remaja obesitas. Hasil survey juga menunjukkan 9 diantara 10 siswa, mengatakan bahwa mereka merasa tidak mampu bertahan tanpa *smartphone*, dan 1 siswa mengatakan bahwa penggunaan *smartphone* mampu menghilangkan stress. Sementara itu, aktivitas yang dilakukan oleh remaja sebelum dan sesudah sekolah, mereka sering melakukan aktivitas sedentari seperti menonton TV pada *weekday* (2 jam setiap hari) dan saat *weekend* >2 jam setiap hari, serta duduk bersantai sambil bermain HP rata-rata >2 jam setiap hari saat *weekday* maupun *weekend*. Aktivitas tersebut termasuk gaya hidup pasif (sedentari) (Pramudita, 2017).

Masalah gizi lebih terjadi karena beberapa faktor salah satunya yaitu aktivitas fisik (Salam, 2010). Aktivitas fisik yang kurang dapat memicu terjadinya *overweight* dan obesitas, karena ketidakseimbangan antara konsumsi energi melalui makanan dengan energi yang dikeluarkan (Hanifah, 2013). Salah satu kegiatan yang memicu aktivitas fisik seseorang kurang seperti adanya penggunaan *smartphone* membuat individu kurang melakukan aktivitas fisik. Penelitian yang telah dilakukan oleh Kwon,

et al., (2013) menyebutkan bahwa terdapat beberapa karakteristik seseorang yang mengalami kecanduan *smartphone* yaitu merasa terganggu dalam beraktivitas sehari-hari jika tanpa *smartphone* (*daily life disturbance*), menganggap bahwa *smartphone* sebagai penghilang stress (*positive anticipation*), merasa tidak sabar, resah dan *intolerable* ketika tidak menggunakan *smartphone* (*withdrawal*). Individu selalu berorientasi dengan dunia maya dalam menjalin hubungan pertemanan (*cyberspace oriented relationship*), penggunaan *smartphone* yang sangat berlebihan dan tidak terkendali (*overuse*), dan individu yang selalu gagal untuk mengendalikan penggunaan *smartphone* (*Tolerance*) (Kwon, *et al.*, 2013).

Istilah *smartphone addiction* merupakan jenis kecanduan baru yang disebabkan oleh berkembangnya media termasuk internet dan *smartphone* di dunia industri komunikasi. *Smartphone* mengakibatkan kecanduan dalam perilaku yang serius dan rentan terutama pada kalangan remaja (Kwon, *et al.*, 2013). Sebuah penelitian di Arab Saudi bahwa kecanduan *smartphone* akan menimbulkan risiko kesehatan salah satunya terhadap penambahan berat badan (Alhazmi, *et al.*, 2018). Perkembangan teknologi yang semakin pesat membuat para remaja sering menghabiskan waktu dengan duduk santai berjam-jam dalam memainkan *smartphone* sehingga remaja kurang melakukan aktivitas fisik atau olahraga (Hendra, *et al.*, 2016). Kurangnya aktivitas fisik menunjukkan kurang pengeluaran energi sehingga tubuh melakukan penyimpanan energi yang lebih berupa lemak. Pengeluaran energi yang kurang menyebabkan zat gizi yang seharusnya digunakan untuk produksi energi sel menjadi lemak yang disimpan dalam jaringan adipose (Putri dkk., 2015). Kecanduan *smartphone* pada remaja dapat menimbulkan dampak yang besar yakni berlebihan dapat menyebabkan dampak

negatif yang berakibat fatal bagi pengguna, seperti terjadi perubahan fisik, lelah mental, gangguan jiwa, tindakan kriminal, bahkan kematian (Setiono, *et al.*, 2017).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 dari kementerian kesehatan menunjukkan bahwa sebesar 24,1% penduduk Indonesia melakukan aktivitas sedentari lebih dari enam jam dalam satu hari. Jawa Timur menempati posisi ketiga berdasarkan aktivitas sedentari menurut karakteristik ≥ 6 jam sebesar 33,9% (Riskesdas, 2013). Hasil penelitian Fulca (2018) menyebutkan bahwa melakukan gaya hidup sedentari prevalensinya banyak yang berstatus gizi gemuk (*overweight*) sebesar 33,33% dibandingkan responden yang tidak melakukan gaya hidup sedentari (Fulca, 2018). Bentuk aktivitas sedentari seperti menonton TV, menonton Video/DVD, menggunakan komputer untuk bermain *game*, duduk santai dengan bermain *handphone* sehingga keseharian remaja cenderung malas bergerak ataupun berolahraga dan remaja selalu menggunakan *handphone* kemanapun. Alasan para remaja malas bergerak dikarenakan tidak ingin mengalami kelelahan dan berkeringat (Lestari, 2018). Dampak dari tingginya prevalensi *overweight* dan obesitas akan menimbulkan berbagai masalah kesehatan seperti tekanan darah tinggi, kolesterol LDL tinggi, diabetes mellitus tipe 2, penyakit jantung koroner, stroke, osteoarthritis, penyakit kantung empedu, *sleep apnea*, dan lain-lain (CDC, 2017).

Menurut teori *Precede-Proceed* (Green dan Kreuter, 1991), adanya hobi, kebiasaan, dan adanya persepsi dari individu mampu mempengaruhi perilaku seseorang dan adanya faktor pendorong seperti pengaruh dari kebiasaan orang tua serta teman sebaya yang ikut serta mempengaruhi perilaku kesehatan remaja. Berdasarkan penjelasan fenomena diatas, peneliti ingin mengetahui hubungan *smartphone addiction*

dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih yang terjadi pada remaja. Penelitian ini bertujuan untuk mengadvokasi serta pencegahan adanya kejadian status gizi lebih pada remaja yang selama ini belum mendapat perhatian, dan memberikan rekomendasi kepada pemegang kebijakan terkait upaya peningkatan *outcome* kesehatan yang lebih baik dan kehidupan remaja menjadi berkualitas.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah yang telah diuraikan diatas dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut: “Adakah hubungan antara *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi *smartphone addiction* pada remaja
2. Mengidentifikasi *sedentary lifestyle* pada remaja
3. Mengidentifikasi kejadian status gizi lebih pada remaja
4. Menganalisis hubungan antara *smartphone addiction* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja
5. Menganalisis hubungan antara *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan keilmuan di bidang keperawatan tentang *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih khususnya pada remaja.

1.4.2 Praktis

1. Manfaat bagi Remaja

Memberikan tambahan informasi tentang pentingnya pengetahuan tentang bahaya *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* yang akan berisiko terhadap tubuh seperti gizi lebih.

2. Manfaat bagi institusi Sekolah

Penelitian ini dapat dijadikan informasi kepada guru sekolah untuk meningkatkan upaya pencegahan adanya *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada murid.

3. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber pengetahuan ataupun penelitian selanjutnya terkait gizi lebih pada remaja.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Remaja

2.1.1 Pengertian Remaja

Kata remaja berasal dari bahasa latin yaitu *adolescence* yang berarti *to grow* atau *to grow maturity* (Golinko, 1984, Rice, 1990; Jahja, 2011). Batasan usia remaja menurut WHO (2007) yaitu mencapai umur 10-18 tahun. Masa remaja disebut juga masa puber, yaitu masa peralihan antara masa anak-anak dengan masa dewasa. Pertumbuhan masa remaja sangat pesat, baik fisik maupun psikologis. Perkembangan yang pesat pada usia 11-16 tahun pada anak laki-laki dan 10-16 tahun pada anak perempuan (Par'i, 2017).

2.1.2 Batasan Usia Remaja

Menurut Kartono (1990) Rentang usia pada masa remaja dibedakan menjadi 3 periode, yaitu:

1. Usia 12-15 tahun merupakan masa remaja awal
2. Usia 15-18 tahun merupakan masa remaja pertengahan
3. Usia 18-21 tahun merupakan masa remaja akhir

Batasan usia remaja menurut WHO (2007) adalah 12 sampai 24 tahun. Namun jika, pada usia remaja seseorang sudah menikah, maka ia tergolong dalam dewasa dan bukan lagi remaja. Sebaliknya, jika usia sudah bukan lagi remaja tetapi masih tergantung pada orang tua (tidak mandiri), maka tetap termasuk sebagai remaja.

Kebanyakan orang menggolongkan remaja dari usia 12-24 tahun dan beberapa literatur menyebutkan 15-24 tahun. Hal terpenting adalah seseorang mengalami perubahan pesat dalam hidupnya di berbagai aspek (Effendi & Makhfudli, 2009).

2.1.3 Tahap Perkembangan Remaja

Proses penyesuaian diri dari anak-anak menuju kedewasaan, terdapat tiga tahapan perkembangan remaja yaitu remaja awal, remaja pertengahan, dan remaja akhir :

1. Remaja awal (12-15 tahun)

Pada masa ini, remaja mengalami perubahan jasmani yang sangat pesat dan perkembangan intelektual yang sangat intensif sehingga minat anak pada dunia luar sangat besar dan pada saat ini remaja tidak mau dianggap sebagai anak-anak namun belum dapat meninggalkan pola kekanak-kanakannya. Selain itu masa ini, remaja sering merasa sunyi, ragu-ragu, tidak stabil, tidak puas dan merasa kecewa.

2. Remaja Pertengahan (15-18 tahun)

Kepribadian remaja masa ini masih kekanak-kanakan tetapi pada masa ini timbul unsur baru yaitu kesadaran akan kepribadian dan kehidupan badanih sendiri. Remaja mulai menentukan nilai-nilai tertentu dan melakukan perenungan terhadap pemikiran filosofis dan etis. Bermula dari perasaan yang penuh keraguan pada masa remaja awal maka pada masa ini rentan timbulnya kemantapan pada diri sendiri. Rasa percaya diri pada remaja menimbulkan

kesanggupan pada dirinya untuk melakukan penilaian terhadap tingkah laku yang dilakukannya. Selain itu masa ini remaja mulai menemukan jati dirinya.

3. Remaja Akhir (18-21 tahun)

Pada masa ini remaja sudah mantap dan stabil. Remaja sudah mengenal dirinya dan ingin hidup dengan pola hidup yang digariskan sendiri dengan keberanian. Remaja mulai memahami arah hidupnya dan menyadari tujuan hidupnya. Remaja sudah mempunyai pendirian tertentu berdasarkan satu pola yang jelas yang baru ditemukannya (Kartono, 1990; Ahyani & Dwi, 2018).

2.1.4 Aspek-Aspek Perkembangan Masa Remaja

1) Perkembangan fisik

Perkembangan fisik adalah perubahan-perubahan pada tubuh, otak, kapasitas sensoris, dan keterampilan motorik (Papalia dan Olds, 2001; Jahja, 2011). Menurut Piaget, perubahan pada tubuh ditandai dengan penambahan tinggi dan berat tubuh, pertumbuhan tulang dan otot, dan kematangan organ seksual dan fungsi reproduksi. Tubuh remaja mulai beralih dari tubuh kanak-kanak menjadi tubuh orang dewasa yang cirinya ialah kematangan. Perubahan fisik otak strukturnya semakin sempurna untuk meningkatkan kemampuan kognitif (Papalia dan Olds, 2001; Jahja, 2011).

2) Perkembangan kognitif

Perkembangan kognitif adalah perubahan kemampuan mental seperti belajar, memori, menalar, berpikir, dan bahasa. Menurut Piaget, seorang remaja termotivasi untuk memahami dunia karena perilaku adaptasi secara biologis mereka. Dalam pandangan piaget, remaja secara aktif telah mampu

membedakan antar hal-hal atau ide-ide yang lebih penting dibandingkan ide lainnya (Papalia dan Olds, 2001; Jahja 2011).

3) Perkembangan kepribadian dan Sosial

Perkembangan kepribadian adalah perubahan cara individu berhubungan dengan dunia dan menyatakan emosi secara unik, sedangkan perkembangan sosial adalah perubahan dalam berhubungan dengan orang lain. Perkembangan kepribadian yang penting ialah pencarian identitas diri. Perkembangan sosial pada remaja lebih melibatkan kelompok teman sebaya dibandingkan orang tua. Pada masa remaja kelompok teman sebaya berpengaruh besar. Pada diri remaja, pengaruh lingkungan juga berpengaruh dalam menentukan perilaku. Kelompok teman sebaya merupakan sumber referensi utama bagi remaja dalam hal persepsi dan sikap yang berkaitan dengan gaya hidup (Conger 1991; Jahja 2011).

2.1.5 Ciri-Ciri Masa Remaja

Ciri-ciri umum masa remaja menurut Gunawan (2011), adalah :

1) Masa yang penting

Pada masa remaja lebih penting daripada periode lainnya karena banyak dampak langsung maupun jangka panjang yang dapat terjadi.

2) Masa transisi

Masa perlihan dari masa perkembangan ke masa berikutnya, dimana hal yang pernah terjadi sebelumnya akan mempengaruhi masa sekarang dan yang akan datang.

3) Masa perubahan

Selama masa remaja banyak perubahan yang terjadi, mulai dari perubahan, sikap, perilaku, maupun fisik dan emosional.

4) Emosi yang tinggi

Tuntutan perubahan yang terjadi, baik itu perubahan tubuh, peran maupun minat yang diharapkan dalam kelompok dapat menimbulkan masalah baru. Perubahan terhadap minat dan pola tingkah laku dipengaruhi oleh perubahan nilai-nilai. Kebanyakan remaja ingin diberikan kebebasan namun tidak mau diberikan tanggung jawab atas resiko dari kebebasan tersebut dan meragukan kemampuan diri sendiri dalam mengatasinya.

5) Masa bermasalah

Masa remaja merupakan masalah yang sulit ditangani, baik remaja laki-laki maupun perempuan. Setiap remaja memiliki masalah sendiri, mereka ingin mengatasi masalahnya sendiri karena mereka merasa sudah mandiri.

6) Masa pencarian identitas

Pada masa ini remaja mulai membentuk kelompok-kelompok sebagai media eksplorasi diri. Bagi remaja penyesuaian diri dengan standar kelompok penting untuk dilakukan terutama pada tahun-tahun awal. Perlahan mereka mulai mengharapkan identitas diri dan tidak puas dengan teman-teman sebayanya.

7) Masa munculnya ketakutan

Pada masa ini penting adanya suatu bimbingan dan pengawasan orang dewasa agar dapat menaggulangi segala persepsi negatif pada remaja

seperti perilaku merusak, tidak simpatik atau acuh, tidak mau bertanggung jawab dan tidak dapat dipercaya.

8) Masa yang tidak realistik

Pada masa ini remaja cenderung memandang diri sendiri dan orang lain berdasarkan keinginan pribadi dan tidak didasarkan pada kenyataan yang ada. Jika diterapkan dalam hal cita-cita yang tidak realistik maka dapat mengakibatkan tingginya emosi sebagai ciri awal masa remaja.

9) Masa menuju masa dewasa

Saat masa ini usia kematangan semakin dekat, remaja merasa gelisah untuk meninggalkan usia belasan tahun yang indah di satu sisi dan harus bersiap-siap menuju masa dewasa, mereka dituntut untuk lebih bertanggung jawab dan menatap masa depan.

2.2 Konsep Gizi Lebih

2.2.1 Definisi Gizi Lebih

Menurut Soetjningsih (2012) bahwa gizi lebih (Obesitas dan *overweight*) merupakan kondisi yang terdapat penimbunan lemak dalam tubuh yang berlebihan dari yang seharusnya diperlukan untuk fungsi tubuh yang normal (Soetjningsih, 2012). Apabila energi yang masuk dalam tubuh lebih besar dibandingkan dengan energi yang dikeluarkan, maka berat badan akan bertambah dan sebagian besar energi tersebut akan disimpan sebagai lemak (Guyton and Hall, 2007).

Menurut CDC (2018) bahwa *overweight* didefinisikan sebagai *Body Mass Index* (BMI) diatas persentil ke-85 dan dibawah persentil ke-95 untuk anak-anak dan remaja pada usia dan jenis kelamin yang sama sedangkan obesitas diatas persentil ke-95 atau

berdasarkan IMT/U (CDC, 2018). Obesitas berarti terlalu banyak lemak dalam tubuh, berbeda dengan *overweight* yang berarti terlalu berat (NIH, 2019).

2.2.2 Indeks Massa Tubuh

Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah skala yang digunakan untuk penyaringan status gizi individu dengan cara mengukur berat badan dalam kilogram dibagi tinggi badan individu dalam meter. Tingginya IMT dapat mengindikasikan tingginya kadar lemak secara kasar dalam tubuh sehingga dapat digunakan untuk penyaringan kadar lemak dalam tubuh walaupun tidak bisa menentukan secara pasti kadar lemak dalam tubuh karena beberapa faktor yang mempengaruhi (CDC, 2015).

IMT merupakan indeks pengukuran yang sederhana bagi seseorang yang kekurangan berat badan (*underweight*), kelebihan berat badan (*overweight*), dan obesitas. *Cut off point* dalam penentuan obesitas adalah $IMT \geq 30 \text{ kg/m}^2$. IMT lebih berhubungan dengan lemak tubuh dibandingkan dengan indikator lainnya untuk tinggi badan dan berat badan. Pengukuran fisik seseorang sangat erat hubungannya dengan status gizi. Atas dasar tersebut, ukuran-ukuran yang baik dan dapat diandalkan bagi penentuan status gizi dengan melakukan pengukuran antropometri. Saat ini pengukuran antropometri (ukuran-ukuran tubuh) digunakan secara luas dalam penilaian status gizi, terutama jika terjadi ketidakseimbangan antara intake energi dan protein yang masuk dalam tubuh. Pengukuran antropometri terdiri atas dua dimensi, yaitu pengukuran pertumbuhan dan komposisi tubuh. Komposisi tubuh seseorang mencakup komponen lemak tubuh dan bukan lemak tubuh (Riyadi, 2004; Pramudita, 2017).

2.2.3 Cara Pengukuran IMT/U

Data status gizi didapatkan dari pengukuran antropometri terhadap tinggi badan dan berat badan dibandingkan dengan usia lalu dikategorikan menurut IMT/U. Menurut WHO pengukuran *overweight* dan obesitas pada anak usia 5-19 tahun menggunakan BMI atau Indeks Massa Tubuh (IMT) berdasarkan umur dan jenis kelamin (WHO, 2007). Sebelum menentukan IMT/U yang menjadi indikator yang umum untuk digunakan mengukur pola pertumbuhan pada anak dan remaja, tentukan berat badan dan tinggi badan meter (kg/m^2), dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB}^2 (\text{m}^2)}$$

Klasifikasi pertumbuhan statu gizi menurut WHO (2007) berdasarkan kategori IMT/U untuk anak usia 5-19 tahun yaitu sebagai berikut:

1. Normal ($-2 \leq \text{Z-Score} < 1$)
2. *Overweight* ($1 \leq \text{Z-Score} < 2$)
3. Obesitas ($\text{Z-Score} > 2$)

Sedangkan interpretasi hasil BMI/U atau IMT/U untuk usia 5-18 tahun menurut Peraturan Pemerintahan Kementerian Kesehatan (Kemenkes RI) Tahun 2011 yaitu:

1. Sangat kurus : $< -3 \text{ SD}$
2. Kurus : -3 SD sampai dengan $< -2 \text{ SD}$
3. Normal : -2 SD sampai dengan 1 SD

4. *Overweight* : >1 SD sampai dengan 2 SD

5. *Obesitas* : >2 SD

2.2.4 Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Lebih Pada Remaja

Terdapat berbagai faktor yang dapat meningkatkan risiko remaja mengalami kegemukan, diantaranya sebagai berikut:

1. Faktor Genetik

Remaja yang obesitas cenderung memiliki orang tua yang obesitas pula (Hendra *et al.*, 2016). Dalam hal ini faktor genetik ikut berperan dalam menentukan jumlah unsur lemak dalam tubuh. Hal ini karena pada saat ibu yang obesitas sedang hamil maka unsur sel lemak yang berjumlah besar dan melebihi ukuran normal, secara otomatis akan diturunkan kepada bayi selama dalam kandungan. Seorang anak mempunyai 40% kemungkinan mengalami kegemukan jika salah satu orang tuanya obesitas. Tetapi jika kedua orang tuanya kelebihan berat badan, maka seorang anak 80% akan mengalami obesitas (Salam, 2010).

2. Faktor Pola makan

Remaja yang gemuk lebih responsif untuk makan dibandingkan dengan orang yang mempunyai berat badan normal terhadap isyarat lapar dari luar, seperti rasa dan bau makanan, atau saatnya makan malam. Remaja yang gemuk cenderung makan jika ia merasa ingin makan bukan makan pada saat lapar. Pola makan yang berlebih akan menyebabkan remaja yang gemuk sulit untuk mengurangi berat badannya jika tidak memiliki kontrol diri dan motivasi yang kuat (Salam, 2010).

3. Aktivitas Fisik

Remaja yang kurang melakukan aktivitas fisik cenderung mengalami obesitas karena kurangnya aktivitas menyebabkan menumpuknya lemak tubuh secara berlebihan, kurangnya aktivitas fisik yang tidak diimbangi dengan asupan makan juga akan memicu terjadinya obesitas. Dengan adanya kemajuan teknologi saat ini membuat remaja lebih sering menghabiskan waktu dengan duduk berjam-jam memainkan *smartphone*, main komputer dan menonton TV sehingga kurangnya melakukan aktivitas fisik seperti olahraga (Hendra *et al.*, 2016).

4. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan juga berpengaruh terhadap kegemukan. Jika remaja dibesarkan dalam lingkungan yang menganggap gemuk adalah simbol kemakmuran dan keindahan maka remaja akan cenderung untuk menjadi gemuk. Selama pandangan tersebut tidak dipengaruhi oleh faktor eksternal maka remaja yang obesitas tidak akan mengalami masalah-masalah psikologis yang berhubungan dengan kegemukan (Salam, 2010).

5. Pengaruh Emosional

Orang gemuk seringkali mengatakan bahwa mereka cenderung makan lebih banyak apabila mereka sedang tegang atau cemas (Salam, 2010). Begitu juga adanya stress atau kecewa yang biasanya dialami para remaja akan mempengaruhi peningkatan nafsu makan, gangguan pola makan akibat stress dapat berupa pola makan berlebihan atau nafsu makan yang meningkat ketika remaja mengalami stress karena suatu masalah yang sedang dihadapi (Hendra *et al.*, 2016).

2.2.5 Dampak Gizi Lebih

Menurut CDC (2016) Obesitas selama masa anak-anak dan remaja dapat memiliki efek berbahaya pada tubuh, meliputi sebagai berikut:

1. Tekanan darah tinggi dan kolesterol tinggi yang merupakan faktor risiko penyakit kardiovaskular (CVD)
2. Peningkatan risiko gangguan toleransi glukosa, resisten insulin, diabetes tipe 2
3. Masalah pernafasan seperti asma dan *sleep apnea*
4. Masalah sendi
5. Penyakit liver, batu empedu, refluks gastroesofagus
6. Masalah lain seperti masalah psikologis (cemas, depresi)
7. Harga diri rendah, kualitas hidup yang rendah
8. Masalah sosial seperti *bullying* dan stigma (CDC, 2016).

2.3 Konsep *Sedentary Lifestyle*

2.3.1 Definisi *sedentary lifestyle*

Gaya hidup sedentari adalah perilaku yang terjadi saat duduk atau berbaring dalam sehari-hari baik ditempat kerja (di depan komputer, membaca, dll), di rumah (menonton TV, bermain game elektronik, dll), di perjalanan/transportasi (bus, kereta, motor) namun tidak termasuk tidur (Riskesdas, 2013). Gaya hidup yang sedentari dapat menurunkan aktivitas fisik dan meningkatkan risiko *overweight* dan obesitas (Arundhana, *et al.*, 2013). Sehingga berisiko terhadap salah satu terjadinya penyumbatan pembuluh darah, penyakit jantung hingga kematian.

Sedentary lifestyle berhubungan dengan kegiatan yang hanya menggunakan energi $\leq 1,5$ *Metabolic Equivalents* (METs) yang dilakukan secara sadar, tidak tidur. Kegiatan yang dilakukan individu dalam aktivitas sedentari biasanya duduk atau berbaring sambil melakukan aktivitas fisik yang kurang, seperti menonton televisi, bermain video games, membaca buku dan menyetir mobil (Tremblay, dkk, 2017). Total kegiatan sedentari dalam beraktivitas sekitar 150 menit dalam satu minggu. Diklasifikasikan menjadi sedentari <3 jam, 3-6 jam dan ≥ 6 jam. Hal tersebut menunjukkan bahwa aktivitas sedentari jika <3 jam dapat meningkatkan umur harapan hidup sekitar 2 tahun (Katzmarzyk, P & Lee, 2012 dalam Riskesdas, 2013).

2.3.2 Penyebab *Sedentary Lifestyle*

Adanya peningkatan nasional bruto per kapita dan angka harapan hidup di Indonesia ditambah dengan adanya kemajuan teknologi, jenis pekerjaan, hobi, fasilitas/kemudahan, kebiasaan dan kurang olahraga merupakan faktor risiko atau faktor pencetus terjadinya perubahan perilaku terutama dalam perilaku aktivitas fisik masyarakat yang semakin rendah (*sedentary activity*). Keadaan ini tentu akan berdampak pada kesehatan, apabila terjadi dalam jangka waktu yang lama akan berdampak pada produktivitas seseorang (Fadila, 2016;Yusfita, 2018).

Kemajuan teknologi yang sekarang ini memberikan banyak perubahan pada gaya hidup di masyarakat yang menjadi faktor penyebab terjadinya perilaku sedentari, faktor tersebut diantaranya sebagai berikut:

1. Jenis Pekerjaan : Beberapa jenis pekerjaan tertentu perilaku sedentari sulit dihindari, seperti programmer/peneliti/penulis yang selalu duduk di depan komputer.
2. Hobi/Kesenangan: Misalnya menonton TV, bermain video games membuat orang betah untuk duduk berjam-jam.
3. Fasilitas/Kemudahan: Adanya kemajuan teknologi membuat seseorang mudah dalam beraktivitas sehari-hari, seperti *lift/escalator* yang menggantikan tangga di gedung-gedung.
4. Kebiasaan : Menggunakan mobil atau motor meskipun pergi dalam jarak yang dekat. Anak-anak dan remaja pergi ke sekolah dengan diantar menggunakan kendaraan meskipun jaraknya dekat (Yusfita, 2018).

2.3.3 Dampak *Sedentary Lifestyle*

Perilaku sedentari berdampak pada kesehatan tubuh. Hasil penelitian menunjukkan bahwa gaya hidup sedentari menyebabkan kematian dini di dunia. Risiko akan lebih besar pada orang yang sedentari lebih dari 5 jam (Yusfita, 2018). Menurut WHO (2010) gaya hidup sedentari dan aktivitas sedentari yang rendah menjadi faktor risiko beberapa penyakit, seperti penyakit kardiovaskular, diabetes mellitus, resisten insulin, hipertensi, dislipidemia, obesitas dan lainnya.

2.3.4 Cara mengatasi *Sedentary Lifestyle*

Perbaiki gaya hidup dengan cara menerapkan gaya hidup sehat. Melakukan perubahan gaya hidup dan konsumsi sehat diharapkan fungsi organ dan sel tubuh bekerja secara optimal dan memperkecil risiko penyakit degeneratif. Berbagai cara

gaya hidup sehat seperti melalui penerapan kebiasaan makan dengan gizi seimbang, memperbanyak olahraga, menghindari perilaku sedentari, dan mencukupi kebutuhan tubuh untuk beristirahat (Yusfita, 2018).

Berbagai cara untuk meninggalkan gaya hidup sedentari adalah dengan aktif bergerak. Aktivitas fisik dapat dilakukan dengan berbagai situasi dan tempat seperti melakukan pekerjaan rumah menyapu, mengepel, mencuci pakaian. Bersepeda, lompat tali, senam, memperbanyak aktivitas di luar ruangan dan tempat terbuka, menghindari posisi duduk terlalu lama. Langkah lainnya adalah dengan menjauhi *junk food*, rokok, dan alkohol (Yusfita, 2018).

2.3.5 Pengukuran *Sedentary Lifestyle*

Pengukuran *sedentary lifestyle* dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Salah satu kuesioner yang dapat digunakan adalah *Adolescent Sedentary Activity Questionnaire* (ASAQ). ASAQ memiliki nilai reliabilitas 0,57-0,86, memiliki nilai validitas yang baik, dan dapat mengidentifikasi 3 dimensi perilaku sedentari, yakni tipe, durasi, dan frekuensi. ASAQ digunakan untuk mengukur gaya hidup sedentari pada usia 11-15 tahun (Hardy *et al.*, 2007).

ASAQ merupakan pelaporan waktu yang digunakan untuk kegiatan sedentari yang dilakukan selama 1 minggu. Penilaian ASAQ terdiri dari 9 tipe aktifitas sedentari yang meliputi: menonton TV, menonton video/DVD, bermain Video games, menggunakan komputer, membaca, les, berkendara, melakukan hobi, duduk bersantai, dan bermain alat musik. Sistem pelaporan ASAQ terdapat 11 perilaku sedentari pada hari senin hingga jum'at yang berupa durasi jam atau menit yang dihabiskan dalam

kegiatan sedentari. Sedangkan pada hari sabtu dan minggu terdapat 12 perilaku sedentari. Waktu aktivitas sedentari yang dihitung yaitu sebelum dan sesudah sekolah. Hasil akhirnya menunjukkan durasi jam perhari seseorang yang dihabiskan untuk melakukan aktivitas sedentari (Hardy, *et al.*, 2007).

2.4 Konsep *Smartphone Addiction*

2.4.1 Definisi *Smartphone Addiction*

Menurut *Cambridge Dictionary*, *Smartphone* adalah telepon genggam yang digunakan seperti menggunakan komputer kecil, dan tersambung dengan internet (*Cambridge Dictionary*, 2019). *Smartphone* juga disebut sebagai komputer saku yang memiliki kegunaan untuk mengakses jejaringan sosial, *newsgroup*, *mailing lists*, *googling*, *searching*, dan membuka *website* dengan adanya bantuan dari internet (Severin, 2011).

Kecanduan (*addiction*) didefinisikan sebagai aktivitas yang dilakukan berulang-ulang serta dapat menimbulkan dampak negatif bagi penggunanya. Kecanduan tidak hanya mengacu pada penyalahgunaan obat atau zat, tetapi juga mengacu pada perjudian, *smartphone*, internet dan *game* (Kwon, *et al.*, 2013).

Smartphone addiction atau kecanduan *smartphone* adalah kecanduan yang dianggap menjadi jenis kecanduan perilaku ditandai dengan adanya masalah dengan kontrol impuls. Menurut Kwon, *et al.*, (2013) penarikan diri, toleransi, gangguan fungsi adaptif, paksaan dan gangguan patologis, kurangnya kontrol dan masalah yang berasal dari penggunaan *smartphone*, toleransi, dan gangguan adanya kegiatan lain yang dapat menjadi gejala kecanduan *smartphone* (Kwon, *et al.*, 2013).

2.4.2 Tipe Addiction

Pandangan mengenai kecanduan internet mempunyai istilah umum yang mencakup beberapa jenis. Terdapat lima tipe yang spesifik dari perilaku online adiktif dalam buku Kuss, *et al.*, (2018):

1. Kecanduan *cybersexual* : penggunaan adiktif dari situs web dewasa tujuannya untuk seksual.
2. Kecanduan *cyber-relationship* : keterlibatan adiktif dalam berhubungan secara online.
3. *Net compulsions* : kecanduan perjudian online, berbelanja atau berdagang.
4. Informasi yang berlebihan: penggunaan internet yang membuat ketagihan untuk mencari informasi.
5. Kecanduan komputer : kecanduan game online.

2.4.3 Tanda dan Gejala *Smartphone Addiction*

Adiksi secara garis besar digolongkan menjadi dua, yaitu adiksi zat dan *behavioral addiction*. *Smartphone addiction* termasuk ke dalam golongan *behavioral addiction*. *American Psychiatric Association* (2013), *World Health Organization* (2008), dan *American Society for Addiction Medicine* (2010) telah mengakui keberadaan *behavioral addiction* untuk berbagai tingkat dengan kriteria klinis yang berbeda namun terdapat kemiripan atau masih serupa (Rosenberg & Feder, 2014).

Menurut Mark Griffiths (2005) dalam Rosenberg & Feder (2014) mendefinisikan bahwa *behavioral addiction* berdasarkan konsensus penelitian lain yaitu terdapat enam komponen utama, sebagai berikut:

1) *Salience*

Salience adalah suatu perilaku yang menjadi kegiatan paling penting dalam kehidupan seseorang dan cenderung mendominasi pikiran, perasaan, dan perilakunya.

2) Modifikasi mood

Disebut juga modifikasi suasana hati yaitu dimaksudkan pada efek emosioanl perilaku pada individu yang sering berfungsi sebagai strategi coping dan dilaporkan membangkitkan “kesibukan” atau mati rasa atau sebagai penenang perilaku individu “pelarian diri”.

3) Toleransi

Toleransi adalah proses meningkatnya jumlah perilaku yang diperlukan untuk mencapai efek modifikasi mood sebelumnya, sering berarti periode waktu yang lebih banyak dihabiskan untuk berperilaku dan ada peningkatan (eksalasi) intensitas keinginan, kecerobohan, bersifat menghancurkan, bersifat ego-distonik dari tingkah laku.

4) Gejala *withdrawal*

Gejala *withdrawal* adalah suatu keadaan perasaan individu yang tidak menyenangkan atau adanya keluhan fisik seperti gemetar, kemurungan, dan mudah marah yang terjadi ketika seseorang tidak mampu untuk terlibat dalam perilaku.

5) Konflik

Konflik adalah perselisihan antara orang tersebut dan orang disekitarnya (misalnya konflik interpersonal), konflik dengan kegiatan lainnya (misalnya di kehidupan

sosial, pekerjaan, hobi dan minat) atau dari dalam diri individu sendiri (seperti konflik intrapsikis dan perasaan subjektif dari hilangnya kontrol) yang terkait dengan waktu yang banyak dihabiskan untuk terlibat dalam perilaku adiktif.

6) Relapse

Membahas mengenai kecenderungan untuk berulangnya kembali pola perilaku sebelumnya yang berlebihan hingga mengalami kekambuhan dan kembalinya pola perilaku berlebihan paling ekstrim setelah periode terkontrol.

2.4.4 Faktor penyebab *Smartphone Addiction*

Menurut Young & de Abreu (2011), dalam bukunya menjelaskan bahwa ketergantungan fisik terjadi ketika individu tubuh mengembangkan ketergantungan pada zat dan pengalaman tertentu yang menunjukkan gejala penarikan setelah menghentikan konsumsi, seperti alkohol atau obat. Meskipun awalnya zat adiktif menginduksi kesenangan pengguna, konsumsinya terus lebih didorong oleh kebutuhan untuk menghilangkan kecemasan yang dibawa oleh ketiadaan, sehingga mengarah individu berperilaku konfusif. Ketergantungan psikologis menjadi jelas ketika gejala pengalaman pecandu penarikan seperti depresi, keinginan insomnia, dan mudah tersinggung. Kedua kecanduan perilaku dan kecanduan zat biasanya menimbulkan ketergantungan psikologis. Berikut ini menguraikan berbagai model yang menjelaskan kecanduan internet terkait dengan ketergantungan psikologis. Berikut ini menguraikan berbagai model yang menjelaskan kecanduan internet terkait dengan ketergantungan psikologis:

1. *Cognitive-Behavioral Model*

Kecanduan teknologi sebagai bagian dari kecanduan perilaku; kecanduan internet unggulan komponen inti dari kecanduan (yaitu sangat terlihat/menonjol/ketara, modifikasi suasana hati, toleransi, penarikan, konflik, dan kambuh). Dari perspektif ini, pecandu internet ditampilkan arti penting untuk aktivitas, sering mengalami keinginan berlebihan dan merasa disibukkan dengan keinginan berinternet saat *offline*. Internet dianggap sebagai cara untuk mencapai kepuasan, mengalami penarikan ketika mengurangi penggunaan internet, konflik dengan orang lain karena aktivitas, dan kambuh kembali ke kecanduan internet. Model ini diterapkan untuk perilaku seperti hubungan seksual, berlari, konsumsi makanan, dan perjudian dan ini digunakan untuk membedakan pengguna internet patologis atau adiktif (Young & de Abreu, 2011).

2. *Neuropsychological Model*

China Youth Association for Network Development (CYAND) mengemukakan standar untuk menilai kecanduan internet harus memenuhi satu prasyarat dan tiga kondisi. Prasyaratnya adalah bahwa kecanduan internet sudah sangat membahayakan fungsi sosial dan komunikasi interpersonal. Seorang individu akan diklasifikasikan sebagai pecandu internet selama ia memenuhi salah satu dari tiga kondisi seperti merasa bahwa lebih mudah untuk mencapai aktualisasi diri secara online daripada di kehidupan nyata, mengalami *dysphoria* atau depresi setiap kali akses ke internet bermasalah atau berhenti berfungsi, mencoba untuk menyembunyikan akses internet atau waktu penggunaan yang sebenarnya dari anggota keluarga (Young & de Abreu, 2011).

3. *Compensation Theory*

The Institute of Psychology of the Chinese Academy of Sciences berpendapat bahwa “sistem penilaian tunggal” untuk prestasi akademik telah menyebabkan banyak orang muda mencari “kompensasi spriritual” dari aktivitas *online*. Selain itu, melalui internet orang-orang muda juga mencari kompensasi untuk identitas diri, harga diri, dan jaringan sosialnya. Selama 20 tahun terakhir, orang-orang muda telah menggunakan puisi, gitar, dan olahraga untuk mengekspresikan kebutuhan dan perasaan mereka, sedangkan sekarang mereka cenderung menggunakan permainan elektronik dan alat-alat lain berbasis *web* (Young & de Abreu, 2011).

4. Faktor Situasional

Faktor situasional berperan dalam pengembangan kecanduan internet. Individu yang merasa kewalahan, yang mengalami masalah pribadi, mengalami peristiwa yang mengubah hidup seperti baru-baru ini bercerai, pemindahan, atau kematian dapat menyerap diri dalam dunia maya penuh fantasi dan intrik. Internet dapat menjadi pelarian psikologis yang mengalihkan perhatian pengguna dari masalah kehidupan nyata atau situasi yang sulit. Misalnya, seseorang akan melalui perceraian yang menyakitkan dapat beralih ke teman-teman *online* untuk membantu mengatasi situasi. Seseorang yang baru pindah karena pekerjaan baru atau dipindahtugaskan dalam perusahaan yang sama, mulai merasa kesepian di temat baru tersebut. Sebagai sarana untuk mengatasi kesepian yang dialami terhadap lingkungan baru, pengguna beralih ke internet untuk mengisi kekosongan malam-malam kesepian. Pengguna juga mungkin memiliki riwayat

alkohol atau ketergantungan obat, menggunakan internet hanya untuk kompulsif alternatif yang aman secara fisik dari kecenderungan adiktif. Pengguna merasa percaya bahwa yang kecanduan internet secara medis lebih aman daripada menjadi kecanduan obat-obatan atau alkohol, meskipun perilaku kompulsif masih tidak mencegah situasi yang tidak menyenangkan yang mendasari kecanduan (Young & de Abreu, 2011).

Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan Agusta (2016), terdapat beberapa faktor resiko kecanduan *smartphone*, yaitu sebagai berikut:

1. Faktor internal

Faktor internal adalah factor yang menggambarkan karakteristik individu tersebut. Faktor ini menjadi faktor yang paling mempengaruhi individu, karena dijadikan sebagai suatu dorongan bagi setiap individu. Faktor ini dipengaruhi oleh tiga aspek yaitu, kontrol diri yang rendah, sensation seeking yang tinggi dan *self esteem* yang rendah. Kontrol diri adalah suatu aktivitas pengendalian tingkah laku untuk menyusun, membimbing, mengatur dan mengarahkan bentuk perilaku yang dapat membawa individu ke arah konsekuensi positif. Sensation seeking adalah sebuah sifat yang ditandai oleh kebutuhan berbagai macam sensasi dan pengalaman yang baru, luar biasa dan kompleks serta kesediaan untuk mengambil resiko baik secara fisik, sosial, hukum maupun finansial. Sedangkan *Selfesteem* merupakan ukuran keterikatan interpersonal individu yang mengingatkan seseorang ketika suatu keterikatan mengalami

kemunduran atau kekurangan. Seseorang yang *self esteem* yang rendah cenderung mengungkapkan diri mereka secara negatif.

2. Faktor Situasional

Faktor situasional adalah faktor dimana seseorang merasa nyaman saat menggunakan *smartphone* baik dalam kondisi sendiri (individu) maupun berkelompok (kolektif). Ketika individu merasa kurang nyaman, seperti ketika mempunyai masalah individu akan mulai mengalihkan dengan menggunakan *smartphone* untuk membuat dirinya menjadi nyaman, dengan kata lain faktor situasional adalah faktor yang mengandung aspek tentang situasi psikologis individu ketika menggunakan *smartphone*.

3. Faktor eksternal

Faktor eksternal adalah pengaruh media terhadap pemaparan *smartphone* dan berbagai fasilitas yang disediakan. Faktor ini dipengaruhi oleh aspek paparan media yang tinggi tentang *smartphone* sehingga menyebabkan munculnya perilaku impulsif dalam membeli *smartphone*. Pengaruh dari teman sebaya memberikan kontribusi yang berpengaruh pada remaja dalam perilaku berlebihan menggunakan *smartphone*. Selain pengaruh adanya teman sebaya, pengaruh media juga menjadi faktor eksternal kecanduan *smartphone*. Pemaparan media tentang *smartphone* baik dalam bentuk iklan, promo atau info pameran *smartphone* terbaru yang dapat di akses atau dilihat oleh remaja kapanpun dan diamanpun.

4. Faktor sosial

Faktor sosial mempunyai aspek tentang kebutuhan individu dalam interaksi sosial. Interaksi sosial yang dilakukan melalui media (*smartphone*) akan membentuk pola interaksi baru. Keberadaan *smartphone* yang tidak dapat dilepaskan terutama pada kalangan remaja, membuat individu lebih asik dengan *smartphonenya* daripada orang disekitarnya. Saat berjalanpun kebanyakan remaja asik memainkan *smartphonenya* dan hanya menunduk dan menatap *smartphone* yang dibawa mereka, tanpa menghiraukan lingkungan sekitar. Cara berkomunikasi seseorang yang melalui *smartphone* membuat kualitas komunikasi tatap muka menjadi menurun. Suatu anggapan bahwa berkomunikasi melalui *smartphone* karena lebih praktis, efisien, memperpendek jarak dan mempercepat waktu.

2.4.5 Karakteristik *Smartphone Addiction*

Menurut Kwon, *et al.*, (2013), karakteristik *smartphone addiction* memiliki beberapa kriteria, yaitu:

1. *Daily Life Disturbance*

Daily Life Disturbance adalah gangguan dalam aktivitas sehari-hari, maksudnya adalah ketika individu merasa kesulitan saat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa adanya *smartphone*. Seperti tidak mengerjakan pekerjaan yang telah direncanakan, sulit berkonsentrasi dalam kelas, menderita sakit kepala ringan, penglihatan kabur, menderita sakit di pergelangan tangan atau di belakang leher dan gangguan tidur. Selain itu individu akan mengalami kesulitan berkonsentrasi dalam kegiatan atau pekerjaan yang sedang dilakukan.

2. *Positive Anticipation*

Positive Anticipation yaitu individu merasa bersemangat saat menggunakan *smartphone* dan menganggap bahwa *smartphone* sebagai penghilang stress serta muncul perasaan hampa tanpa *smartphone*.

3. *Withdrawal*

Withdrawal adalah suatu kondisi dimana individu merasa tidak sabar, resah dan *intolerable* ketika tidak menggunakan *smartphone*. Selain itu individu juga akan terus-menerus memikirkan *smartphone* yang dimiliki meskipun sedang tidak menggunakannya. Serta muncul sikap marah saat merasa diganggu dalam menggunakan *smartphone*.

4. *Cyberspace Oriented Relationship*

Cyberspace Oriented Relationship yaitu individu selalu berorientasi dengan dunia maya dalam menjalin pertemanan, sehingga meninggalkan hubungan dunia yang sebenarnya. Hal ini menyebabkan individu mengalami perasaan kehilangan yang tidak terkendali ketika tidak dapat menggunakan *smartphone* yang dimiliki. Selain itu, individu juga terus-menerus memeriksa *smartphone* yang dimilikinya.

5. *Overuse*

Penggunaan *smartphone* yang sangat berlebihan dan tidak terkendali sehingga membuat individu mengalami kecanduan. Penggunaan secara berlebihan menyebabkan individu lebih memilih untuk mencari pertolongan melalui *smartphone*. *Overuse* juga mengacu pada perilaku dimana pengguna

selalu mempersiapkan pengisian daya *smartphone* dan merasakan dorongan untuk terus-menerus menggunakan *smartphone*.

6. *Tolerance*

Tolerance yaitu kondisi dimana individu selalu gagal untuk mengendalikan penggunaan *smartphone*. Hal ini berarti, individu dengan kecanduan *smartphone* akan mengalami kegagalan dalam mengendalikan dirinya terhadap penggunaan *smartphone*.

2.4.6 Dampak *Smartphone Addiction*

Smartphone addiction memiliki dampak bagi individu mengalaminya. Dampak kecanduan *smartphone* dapat berupa fisik maupun psikis. Menurut Kwon, *et al.*, (2013), beberapa dampak yang muncul, sebagai berikut:

- 1) Membahayakan pengendara maupun pejalan kaki saat melintas di jalan karena fokusnya sedang tertuju pada *smartphone*.
- 2) Sulit berkonsentrasi saat mengerjakan tugas sehingga mengganggu kinerja, karena terus-menerus menggunakan *smartphone*.
- 3) Gagal melaksanakan rencana karena penggunaan *smartphone* yang berlebihan
- 4) Merasakan sakit kepala, pergelangan tangan, punggung, dan leher, serta pandangan kabur
- 5) Mengalami gangguan tidur.

Selain itu, adanya kecanduan internet dapat menyebabkan gangguan psikiatrik lainnya, seperti gangguan afektif, gangguan kecemasan, ADHD, penggunaan zat dan alkohol, depresi, ide bunuh diri, skizofrenia, gangguan obsesif-kompulsif, psikotik,

perilaku agresif, antisosial, dan masalah psikosomatik, seperti kondisi kesehatan yang buruk, tidur yang berlebihan, kurangnya energi, disfungsi fisiologis, imunitas yang lemah, obesitas, dan penglihatan yang buruk (Kuss, 2013).

2.4.7 Penatalaksanaan *Smartphone Addiction*

Weinstein (2014) menyebutkan bahwa terdapat intervensi dan strategi untuk penanganan kecanduan internet diantaranya meliputi intervensi psikologis dan farmakologis yang sangat efektif untuk mengurangi jumlah waktu pecandu internet yang dihabiskan secara online. Bentuk intervensi psikologis dan farmakologis, sebagai berikut:

a. Pendekatan Psikososial

Pendekatan yang berupa terapi perilaku kognitif kelompok atau CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) yang digunakan untuk kecanduan internet pada remaja. Terapi tersebut akan terus dipantau selama 6 bulan. Hasil intervensi menunjukkan para remaja dapat mengatur waktu dan manajemen gejala emosi serta kognitif dan perilaku menjadi lebih baik. CBT berbasis kelompok efektif untuk remaja dengan kecanduan internet, terutama dalam meningkatkan manajemen emosi dan kemampuan regulasi serta gaya perilaku dan manajemen diri. Pantang terhadap penggunaan komputer dan akses internet mungkin juga diperlukan dalam berbagai situasi.

b. Terapi farmakologi

Terapi ini sebelumnya digunakan untuk pengobatan gangguan seperti ADHD dan OCD dan terutama pengguna *Online Gaming Addiction* dari *Internet Addiction*

Disorder. Sebuah studi menunjukkan bahwa setelah 8 minggu pengobatan, ukuran penggunaan internet dan durasi penggunaan internet berkurang secara signifikan. Bupropion, obat penghambat dopamine dan norepinefrin yang biasanya digunakan untuk mengobati nikotin dan ketergantungan zat, dapat juga digunakan untuk kecanduan videogame online.

c. Pengobatan lain

Pengobatan melalui penggabungan elektro-akupunktur dengan intervensi psikologis pada fungsi kognitif seseorang yang mengalami kecanduan internet (Weinstein, *et al.*, 2014).

2.4.8 Pengukuran *Smartphone Addiction*

Pengukuran kecanduan *smartphone* dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Salah satu kuesioner yang dapat digunakan adalah *Smartphone Addiction Scale* (SAS). Alat ukur SAS pertama yang digunakan oleh Kwon, *et al.*, (2013) terdapat 48 item yang dibagi menjadi tujuh subskala. Reliabilitas tiap item maupun tiap subskala yakni 0,967. Selanjutnya Kwon, *et al.*, (2013) melakukan adaptasi dengan membuang item-item yang tidak valid serta menghilangkan beberapa indikator yang juga tidak dianggap valid. Sehingga terdapat 33 item dengan enam indikator yaitu *daily life disturbance*, *positive anticipation*, *withdrawal*, *cyberspace oriented relationship*, *overuse* dan *tolerance* yang telah lolos dan dapat dikatakan valid dengan reliabilitas 0,911.

2.5 Teori *Precede-Proceed*

2.5.1 Definisi *Precede-Proceed*

Model *Precede-Proceed* mengidentifikasi masalah perilaku manusia (*Precede*), faktor-faktor yang mempengaruhi dan cara menindaklanjutinya (*proceed*) dengan berusaha mengubah, memelihara, dan meningkatkan perilaku yang lebih positif (Nursalam, 2016). Lawrence W.Green menyatakan bahwa kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behavior cause*) dan faktor luar lingkungan (*nonbehavior cause*). Program perbaikan perilaku kesehatan merupakan penerapan empat proses ke dalam model *precede-proceed* (Nursalam, 2016).

1. Kualitas hidup

Kualitas hidup merupakan sasaran utama sebagai indikator kesejahteraan manusia.

2. Derajat kesehatan

Derajat kesehatan adalah target yang ingin dicapai tergambar pada masalah kesehatan yang dialami. Lingkungan serta perilaku seseorang berpengaruh pada derajat kesehatan tersebut.

3. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan berupa fisik, biologis, dan sosial budaya yang dapat berpengaruh pada derajat kesehatan secara langsung atau tidak langsung.

4. Faktor perilaku dan gaya hidup

Faktor perilaku terjadi ketika terdapat stimulus sedangkan gaya hidup terjadi karena kebiasaan yang dilakukan untuk mengikuti lingkungan sosial.

2.5.2 Faktor perilaku kesehatan

Menurut Green & Kreuter (1991) Perilaku kesehatan dibentuk oleh tiga faktor yaitu:

1. Faktor-faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

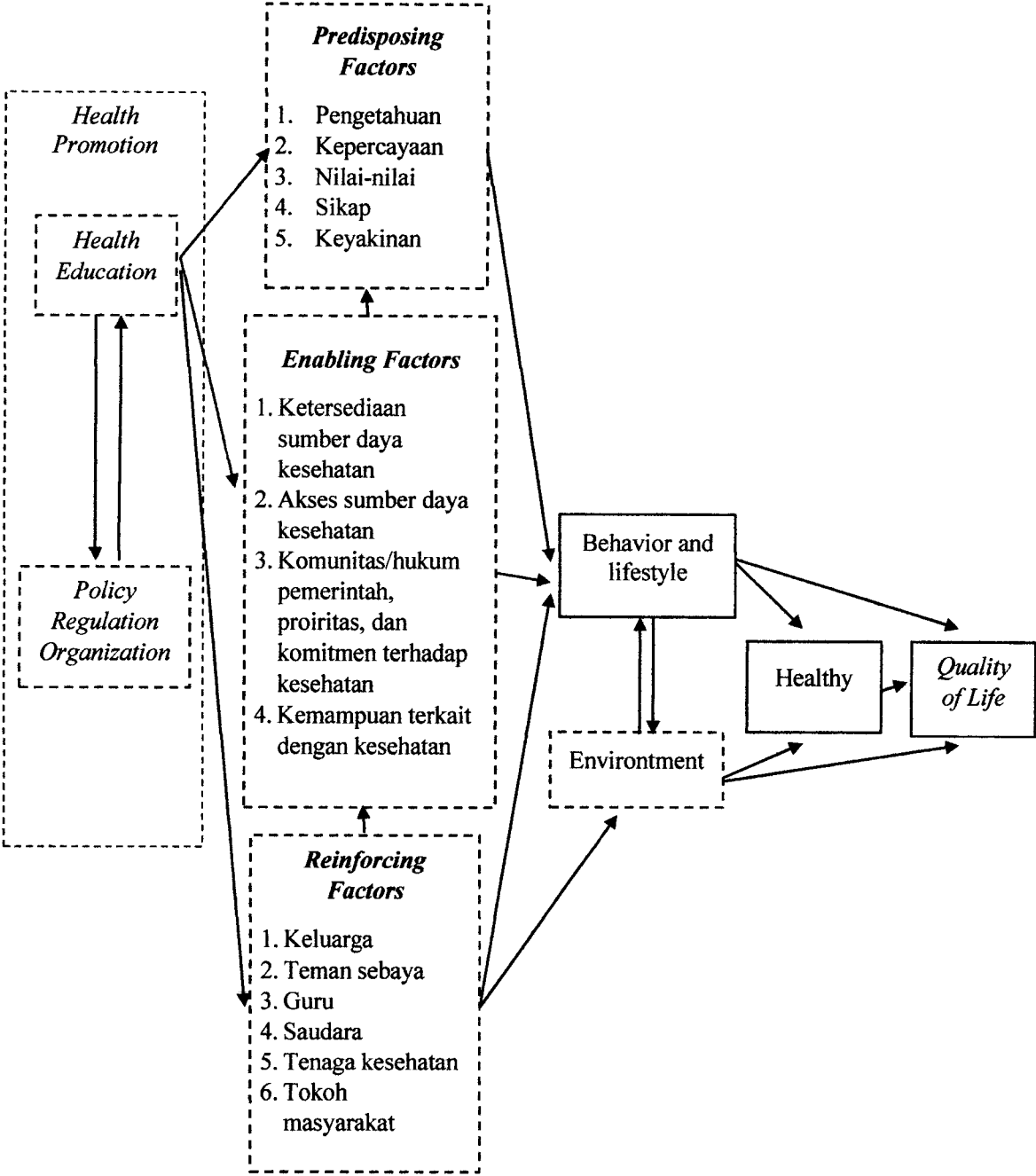
Faktor internal yang ada pada individu, kelompok, atau masyarakat seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, norma, dan sebagainya yang menentukan perilaku.

2. Faktor-faktor Pendukung (*enabling factors*)

Faktor yang memungkinkan individu berperilaku seperti terwujud dalam lingkungan fisik, terkait dengan tersedianya fasilitas kesehatan. Dalam berperilaku, masyarakat perlu sarana prasarana yang memungkinkan untuk terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor ini disebut juga faktor pemungkin.

3. Faktor-faktor Pendorong (*reinforcing factors*)

Faktor yang memperkuat terjadinya perilaku seperti orang tua, teman sebaya, kebijakan dari pemegang keputusan daerah, tokoh masyarakat, hingga sikap dan perilaku petugas kesehatan.



Gambar 2.1 Teori *Precede Proceed* Model (Green & Kreuter, 1991)

2.6 Keaslian penelitian

Peneliti mencari jurnal pada halaman *Scholar*, *ScienceDirect*, dan *ProQuest* untuk mengetahui ada dan tidak penelitian sebelumnya yang meneliti tentang *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja.

Kata kunci/keyword : *smartphone addiction*, *sedentary lifestyle*, *overweight* dan obesitas.

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Karya Ilmiah, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	Hubungan antara <i>Academic Stress</i> dengan <i>Smartphone Addiction</i> pada Mahasiswa Pengguna <i>Smartphone</i> (Karuniawan & Cahyanti, 2013) Google Scholar	- D: <i>Cross Sectional</i> - S : 221 orang pengguna <i>smartphone</i> di Surabaya - V : V.Independen: <i>Academic Stress</i> V.Dependent: <i>Smartphone Addiction</i> - I: Kuesioner - A : korelasi <i>product moment</i>	Ada hubungan yang signifikan antara <i>academic stress</i> dengan <i>smartphone addiction</i> pada mahasiswa pengguna <i>smartphone</i> di Kota Surabaya. Koefisien korelasi yang menunjukkan nilai positif menandakan bahwa terdapat hubungan positif antar variabel dalam penelitian ini. Hubungan positif tersebut memiliki makna bahwa hubungan yang terbentuk antar kedua variabel adalah searah. Artinya jika semakin tinggi akademik stres, maka semakin besar pula ketergantungan <i>smartphone</i> pada mahasiswa. Begitu pula sebaliknya, semakin rendah akademik stres yang diterimanya, maka semakin rendah pula ketergantungan <i>smartphone</i> pada mahasiswa.
2	Asupan lemak, aktivitas fisik dan kegemukan pada	- D: <i>case control</i> dengan pendekatan <i>retrospective</i>	Hasil analisis hubungan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara asupan lemak

remaja putri di SMP Bina Insani Surabaya (Praditasari, 2018) Google Scholar	- S: 32 siswi (16 sampel kontrol dan 16 sampel kasus) - V : V.Independen: Asupan lemak dan aktivitas fisik V.Dependent: Kegemukan (<i>overweight</i> dan obesitas) - I: Kuesioner - A : <i>Chi-square</i>	dengan kegemukan namun terdapat hubungan antara aktivitas fisik dengan kegemukan pada remaja. Aktivitas fisik yang sangat ringan memiliki faktor risiko 9,533 kali lebih besar untuk menyebabkan terjadinya kegemukan dibandingkan dengan aktivitas fisik ringan.
3 Hubungan antara aktivitas sedentari dengan prevalensi <i>overweight</i> (Lestari, 2018) Google Scholar	- D: <i>Cross Sectional</i> - S : 83 siswa - V : V.Independen: aktivitas sedentari V.Dependent: prevalensi <i>overweight</i> - I: Kuesioner - A : <i>Chi-square</i>	Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara aktivitas sedentari siswa dan prevalensi <i>overweight</i> , dengan besarnya sumbangan 23,1%.
4 Konsumsi <i>Fast Food, Soft Drink</i> , Aktivitas Fisik, dan Kejadian <i>Overweight</i> Siswa Sekolah Dasar di Jakarta (Putri, 2015) Google Scholar	- D: <i>Cross Sectional</i> - S : 57 anak <i>overweight</i> dan berat normal - V : V.Independen: konsumsi <i>Fast Food, Soft Drink</i> , Aktivitas Fisik V.Dependent: kejadian <i>overweight</i> /kegemukan - I: Kuesioner - A : <i>Chi-square</i>	Ada perbedaan yang signifikan antara kelompok <i>overweight</i> dibanding berat normal berdasarkan asupan energi dan zat gizi makro, LP dan TLB. Perlu ditekankan pola makan dan pola hidup sehat untuk menghindari dampak negatif <i>overweight</i> di masa depan.
5 Pengaruh Konsumsi Makanan Jajanan, Aktivitas Fisik, <i>Screen Time</i> , dan Durasi Tidur terhadap Obesitas pada Remaja Pengguna <i>Smartphone</i> di Madrasah Aliyah Negeri Binjai Tahun 2018	- D : <i>case control</i> - S : 82 orang yang terdiri dari 41 kasus dan 41 kontrol - V : V.Independen: Pengaruh Konsumsi Makanan Jajanan, Aktivitas Fisik, <i>Screen Time</i> , dan Durasi Tidur V.Dependent: Obesitas - I: Kuesioner - A : <i>Chi-square</i>	Hasil analisis uji <i>chi-square</i> menunjukkan ada hubungan antara konsumsi makanan jajanan, <i>screen time</i> dan durasi tidur dengan obesitas. Hasil uji regresi logistik berganda menunjukkan konsumsi makanan jajanan yang paling besar pengaruhnya terhadap obesitas.

(Suraya, 2018)			
Google Scholar			
6	<i>Relationship Between Smartphone Addictions with Sleep Quality in Adolescents</i>	- D: <i>Cross Sectional</i> - S : 75 dari total populasi 300 siswa - V : V.Independen: <i>Smartphone Addictions</i> V.Dependent: <i>Sleep Quality</i> - I: Kuesioner - A : <i>Chi-square</i>	Ada hubungan antara kecanduan <i>Smartphone</i> dan kualitas tidur pada remaja. Berdasarkan hasil ini juga dapat dipahami bahwa korelasinya negatif, sehingga menunjukkan hubungan terbalik, yang berarti bahwa semakin tinggi kecanduan <i>Smartphone</i> , semakin rendah kualitas tidur pada remaja.
(Asiyah & Putri, 2018)			
Google Scholar			
7	<i>The effects of Activity Promotion System (APs) on promoting physical activity (PA) for overweight subjects with metabolic abnormalities.</i>	- D: <i>Cross Sectional</i> - S : 53 orang - V : V.Independen: <i>Activity Promotion System (APs)</i> V.Dependent: <i>overweight</i> - I: Kuesioner - A : <i>T-test</i>	Hasil penelitian ditemukan bahwa aktivitas fisik memiliki efek jangka pendek pada penurunan waktu sedentari dan peningkatan aktivitas fisik ringan, total aktivitas fisik, jumlah langkah harian dan pembakaran kalori. Schubungan dengan hasil pengukuran sekunder pada kelainan metabolik, hasilnya menunjukkan bahwa aktivitas fisik tidak memiliki efek terhadap kelainan metabolik kecuali batas penurunan lingkar pinggang.
(Yang et al., 2017)			
Sciencedirect			
8	<i>Association of multiple unhealthy lifestyle behaviors with overweight/obesity and abdominal obesity among Brazilian adolescents:A country-wide survey</i>	- D: <i>Cross Sectional</i> - S : 62.063 siswa (12-17 tahun) - V : V.Independen: <i>unhealthy lifestyle behaviors</i> V.Dependent: <i>overweight/obesity and abdominal obesity</i> - I: Kuesioner - A: <i>Chi-square</i>	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara perilaku gaya hidup tidak sehat seperti tidak melakukan aktivitas fisik, lamanya <i>screen time</i> , asupan serat yang rendah, pesta minuman keras dan merokok dengan terjadinya <i>overweight</i> , obesitas umum dan obesitas abdominal.
(Cureau, et al., 2018)			

Sciencedirect			
9	<i>Correlates of physical activity and sedentary behaviors among overweight hispanic school-age children</i> (Hartson, et al., 2018) Sciencedirect	- D: Korelasi - S : 40 anak - V : - V.Independen: <i>physical activity and sedentary behaviors</i> - V.Dependent: <i>overweight</i> - I: Kuesioner - A: <i>Spearman correlation</i>	Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa harga diri anak usia 7-14 tahun dan pemberian asupan sayur oleh orang tua rata-rata berhubungan dengan aktivitas fisik, sedangkan asupan sayur orang tua dan asupan buah anak sangat berkaitan dengan aktivitas fisik terutama laki-laki. Aktivitas fisik secara signifikan tidak terkait dengan indeks massa tubuh, perilaku <i>screen time</i> yang menetap.
10	<i>Smartphone use while eating increases caloric ingestion</i> (Gonçalves et al., 2019) Sciencedirect	- D: Eksperimen - S : 62 sukarelawan (26 laki-laki dan 36 perempuan usia antara 18 dan 28 tahun). - V : - V.Independen: <i>Smartphone use</i> - V.Dependent: <i>Caloric ingestion</i> - I: <i>Experimental snack tests</i> - A : Uji Anova	Tidak ada perbedaan yang cukup signifikan antara efek kondisi (tanpa gangguan, <i>smartphone</i> , membaca). Saat makan tanpa gangguan rata-rata asupan kalori 164 kkal, sedangkan menggunakan <i>smartphone</i> 203 kkal. Asupan energi ditemukan tergantung jenis kelamin dan usia, dimana pria yang lebih tua menelan lebih banyak kalori. Penggunaan <i>smartphone</i> selama makan meningkatkan asupan kalori dan lemak.
11	<i>Prevalence and factors associated with smartphone addiction among medical students at King Abdulaziz University, Jeddah</i> (Alhazmi, Alaa Aziz, 2018) ProQuest	- D: <i>Cross Sectional</i> - S : 181 dari 203 (87 responden pria dan 94 responden wanita) - V : - V.Independen: <i>Prevalence and factors</i> - V.Dependent: <i>smartphone addiction</i> - I: Kuesioner - A : <i>Chi-square</i>	Hasil studi menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kecanduan <i>smartphone</i> dan status merokok atau tingkat obesitas. Ada hubungan yang signifikan antara total skor pada skala kecanduan <i>smartphone</i> dan jam penggunaan per hari.

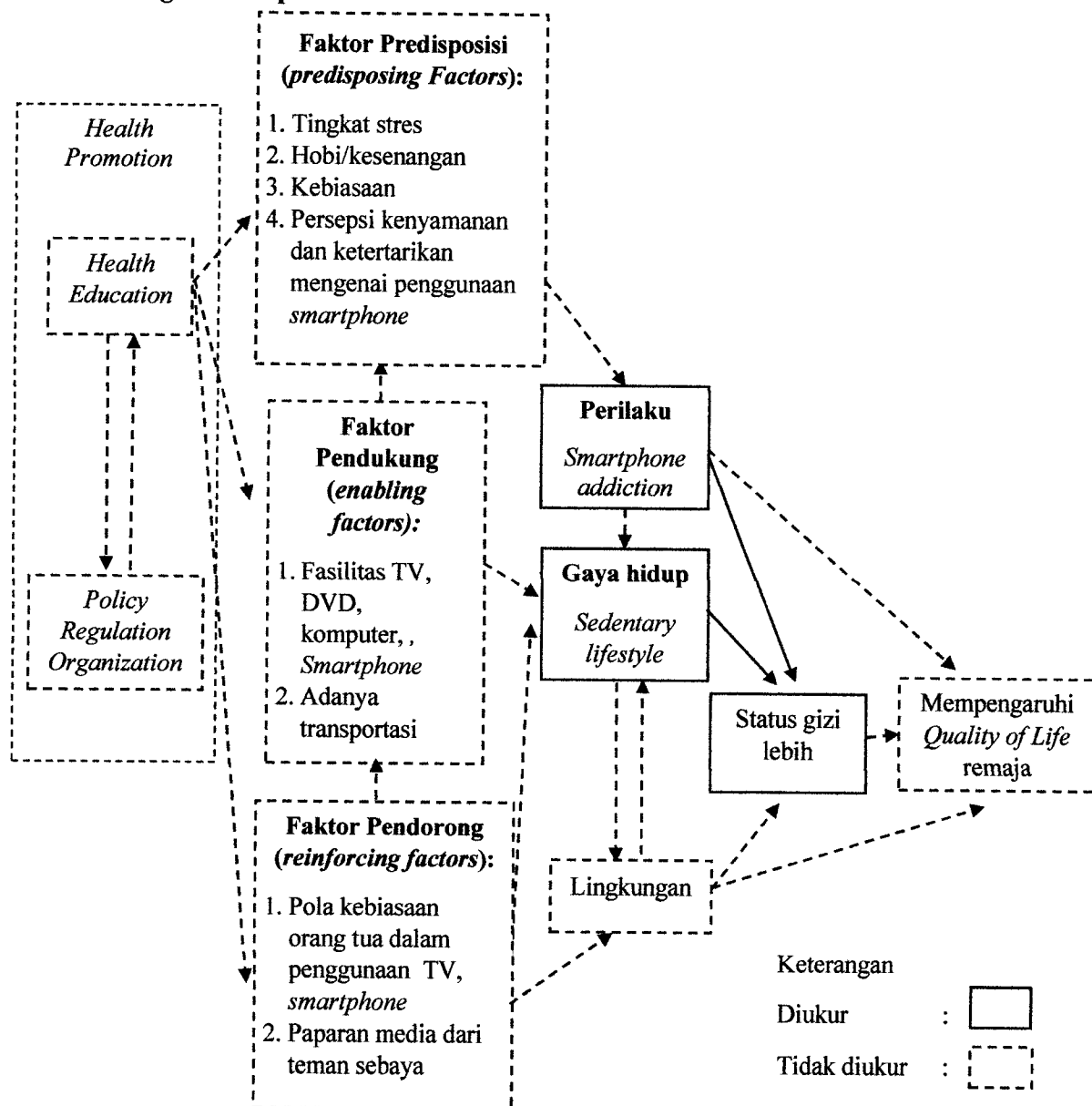
12	<i>Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behaviour and parenteral characteristics</i> (Thibault, Contrand, Saubusse, Baine, & Maurice-Tison, 2010)	- D: Cross Sectional - S : 2385 remaja usia 11-18 tahun - V : V.Independent: <i>physical activity, sedentary behaviour and parenteral characteristics</i> V.Dependent: <i>overweight and obesity</i> - I: kuesioner - A : <i>Chi-square</i>	Hasil hipotesis bahwa kelebihan berat badan (<i>overweight</i>) secara parenteral dan status sosial ekonomi rendah serta perilaku sedentari pada remaja adalah faktor risiko yang kuat untuk remaja <i>overweight</i> dan obesitas. Gaya hidup aktivitas orang tua juga dikaitkan dengan risiko rendah terjadi <i>overweight</i>.
----	--	--	--

ProQuest

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan antara *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja. Berdasarkan *Precede-Proceed Model* (Green LW & Kreuter MW, 1991).

Menurut teori *Precede-Proceed* (Lawrence Green & Kreuter (1991)) menyebutkan terdapat 3 faktor yang mempengaruhi pembentukan perilaku kesehatan yaitu faktor-faktor predisposisi (*predisposing Factors*), faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), dan faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) (Nursalam, 2016). Masalah kelebihan berat badan menjadi masalah yang banyak dialami oleh remaja sekarang seperti *overweight* dan obesitas itu sendiri dipengaruhi oleh adanya perilaku dan gaya hidup. Faktor-faktor predisposisi mencakup tingkat stress, hobi/kesenangan, kebiasaan yang dilakukan remaja setiap harinya, adanya kenyamanan dan kesenangan mengenai penggunaan *smartphone*. Faktor-faktor pendukung, mencakup adanya tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas seperti adanya fasilitas TV, DVD, komputer, *smartphone* dan adanya transportasi misalnya motor, mobil. Sedangkan faktor-faktor pendorong merupakan faktor yang menguatkan suatu perilaku, meliputi pola kebiasaan orang tua dalam penggunaan TV, *smartphone*, serta adanya paparan media dari teman sebaya yang dapat menimbulkan perilaku dan gaya hidup remaja. Dari ketiga faktor tersebut yang dapat menyebabkan timbulnya suatu perilaku yaitu *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* atau gaya hidup kurang gerak, dari perilaku dan gaya hidup tersebut dapat dipengaruhi oleh adanya lingkungan sekitar seperti kebiasaan yang pola gaya hidup lingkungan masyarakat yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi atau begitu sebaliknya. Perilaku kecanduan *smartphone* dan gaya hidup sedentari menyebabkan aktivitas fisik yang kurang sehingga terjadi ketidakseimbangan energi dalam tubuh yang kemungkinan besar akan berpengaruh terhadap kesehatan yaitu status gizi lebih. Dengan demikian, status gizi lebih akan mempengaruhi *Quality of Life* pada remaja.

Berdasarkan pendekatan diatas, peneliti akan meneliti terkait dengan hubungan *smartphone addiction* dengan status gizi lebih dan adanya hubungan *sedentary lifestyle* dengan status gizi lebih.

3.2 Hipotesis penelitian

H1 = Terdapat hubungan yang signifikan antara *smartphone addiction* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja

H2 = Terdapat hubungan yang signifikan antara *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja.

BAB 4

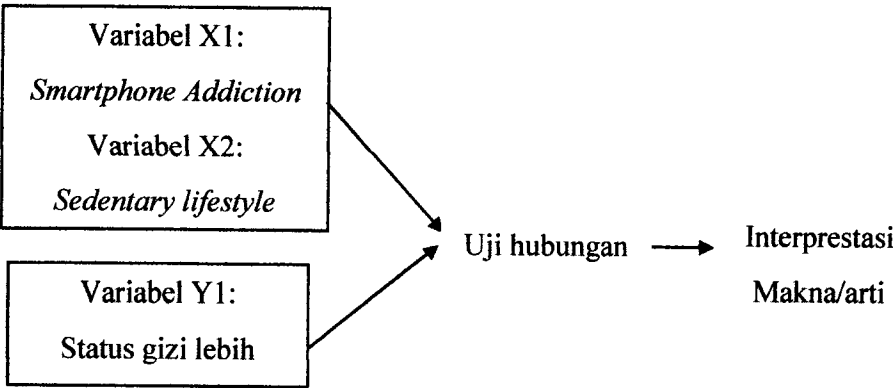
METODE PENELITIAN

Pada bab ini peneliti akan membahas tentang rancangan penelitian, populasi, sampel dan sampling, variabel penelitian dan definisi operasional, alat dan bahan, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, cara analisis data, kerangka operasional, masalah etik.

4.1 Rancangan penelitian

Rancangan Penelitian merupakan hal yang penting dalam menentukan jenis uji statistik yang digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2016). Penelitian ini menggunakan desain penelitian korelasional, dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian korelasional merupakan penelitian yang bertujuan untuk mengungkapkan hubungan antar variabel. Penelitian *cross sectional* adalah jenis penelitian dimana peneliti mengukur atau mengobservasi data variabel independen dan dependen yang dilakukan hanya satu kali pada satu waktu, jika tidak ada *follow up* (Nursalam, 2016).

Rancangan penelitian digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4.1 Rancangan Penelitian

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah semua subjek penelitian yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2016). Populasi dibagi menjadi dua yaitu, populasi target dan terjangkau:

1) Populasi target

Populasi target merupakan populasi yang menjadi sasaran akhir penelitian (Nursalam, 2016). Populasi target dalam penelitian ini adalah remaja di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya.

2) Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2016). Populasi terjangkau dalam penelitian ini yaitu remaja kelas VII dan VIII di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya yang berjumlah 110 remaja.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2016). Kriteria sampel dalam penelitian dapat dibagi menjadi dua bagian sebagai berikut:

- a. Kriteria Inklusi merupakan karakteristik secara umum dari subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan yang akan diteliti (Nursalam, 2016).

Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah:

- 1) Remaja usia 12-15 tahun yang memiliki *smartphone*.

- b. Kriteria Eksklusi merupakan menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang sebelumnya memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab (Nursalam, 2016).

Kriteria eksklusi dari penelitian sebagai berikut:

- 1) Tidak masuk sekolah saat penelitian dilakukan karena sakit atau sedang ijin.
- 2) Remaja dalam keadaan menggunakan kursi roda dan tidak dapat berdiri untuk melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi (Nursalam, 2016). Dalam penelitian ini teknik sampel yang digunakan dalam memilih subyek pada penelitian ini menggunakan *total sampling* yaitu dengan teknik menggunakan semua sampel sebagai objek penelitian sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang akan diteliti.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam, 2016). Variabel dalam penelitian ini meliputi variabel independen (bebas) dan variabel dependen (terikat).

1. Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2016). Variabel independen atau variabel bebas dari penelitian ini adalah *Smartphone Addiction* dan *Sedentary lifestyle*.

2. Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi, nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2016). Variabel dependen atau terikat dari penelitian ini adalah status gizi lebih.

4.3.2 Definisi Operasional

Menjelaskan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian. Perumusan definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Antara *Smartphone Addiction* dan *Sedentary Lifestyle* dengan Kejadian status gizi lebih Pada Remaja

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variable Independen: <i>Smartphone Addiction</i>	Penggunaan <i>smartphone</i> disertai keinginan yang berlebihan hingga menyebabkan gangguan di kehidupan sehari-hari.	Tingkat adiksi meliputi: 1. Gangguan kehidupan sehari-hari (<i>Daily life disturbance</i>) 2. Semangat dalam penggunaan dan hampa tanpa menggunakan <i>smartphone</i> (<i>Positive anticipation</i>) 3. Tidak sabar, resah, dan bias mengantisipasi (<i>Withdrawal</i>) 4. Mengabaikan kehidupan sosial	Kuesioner <i>Smartphone Addiction Scale</i> (SAS)	Ordinal	1. Adiksi rendah: $X < \text{Mean} - \text{SD}$ 2. Adiksi sedang: $\text{Mean} - \text{SD} \leq X \leq \text{Mean} + \text{SD}$ 3. Adiksi berat: $X > \text{Mean} + \text{SD}$ Keterangan: X: Skor total SD: Standar Deviasi

					(Cyberspace oriented relationship)
					5. Penggunaan yang berlebihan (Overuse)
					6. Tidak dapat mengontrol (Tolerance)
Variabel independen: <i>Sedentary lifestyle</i>	Gaya hidup seseorang yang kurang melakukan aktivitas fisik atau dengan kata lain aktivitas fisik yang minim.	Perilaku sedentari mempunyai beberapa aspek: 1. <i>Small screen recreation</i> 2. <i>Education</i> 3. <i>Travel</i> 4. <i>Cultural activities</i> 5. <i>Social activities</i>	Kuesioner <i>Adolescent Sedentary Activity Questionnaire (ASAQ)</i>	Ordinal	1. Rendah (<2 Jam/hari) 2. Sedang (2-5 Jam/hari) 3. Tinggi (>5 Jam/hari)
		Serta mengidentifikasi 3 dimensi yakni tipe, durasi, dan frekuensi			
Variabel Dependen: Status gizi lebih	Keadaan seseorang yang tubuhnya mengalami kelebihan berat badan, baik dikarenakan oleh gaya hidup, perilaku, maupun pengaruh	Lembar observasi dengan penimbangan BB dan TB. Ketentan umum dengan menggunakan standar antropometri dari Kemenkes 2011 untuk mengklasifikasi kan Indeks	Alat timbangan analog untuk menimbang berat badan responden dan microtoise dengan untuk mengukur	Ordinal	1. Gizi tidak lebih : (<-3 SD sampai dengan 1 SD) 2. Gizi lebih: (>1 SD sampai dengan >2 SD)

dari lingkungan sekitar.	Massa Tubuh (IMT) (Kemenkes, 2011)	tinggi badan
--------------------------	------------------------------------	--------------

4.4 Alat dan Bahan Penelitian

Peneliti menggunakan kertas, *bolpoint*, timbangan badan analog, dan *microtoise* yang digunakan dalam pengambilan data. Kertas digunakan untuk permohonan penelitian, *informed consent* dan pengisian kuesioner. Peneliti mengambil data untuk pengukuran kecanduan *smartphone* menggunakan kuesioner *Smartphone Addiction Scale (SAS)* sedangkan untuk pengukuran *sedentary lifestyle* menggunakan kuesioner *Adolescent Sedentary Activity Questionnaire (ASAQ)*. Peneliti mengambil data status gizi dengan melakukan secara langsung penimbangan Berat Badan serta mengukur Tinggi Badan responden.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen merupakan sebuah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data atau informasi untuk menjawab permasalahan dalam suatu penelitian. Penelitian ini menggunakan data primer. Data primer dari penelitian ini didapatkan dari kuesioner meliputi wawancara menggunakan kuesioner SAS (*smartphone addiction Scale*) dan ASAQ (*Adolescent Sedentary Activity Questionnaire*), serta observasi pengukuran antropometri remaja untuk berat badan dan tinggi badan sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun (2011). Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari:

1. Alat ukur untuk mengetahui *smartphone addiction* pada remaja

Kuesioner yang digunakan adalah *Smartphone Addiction Scale (SAS)* diambil dari jurnal yang berjudul “*Smartphone Addiction Scale: Development and Validation of a Short Version for Adolescents*” diadaptasi dari alat ukur Kwon, *et al.* (2013). Dalam penelitian ini, penulis menggunakan kuesioner yang telah diadaptasi oleh Rahmadyan (2017).

Skala item memiliki alternatif pilihan jawaban dengan skor 1 sampai 6. Jika responden memilih jawaban sangat tidak setuju mendapat skor 1, tidak setuju mendapat skor 2, tidak terlalu setuju mendapat skor 3, agak setuju mendapat skor 4, setuju mendapat skor 5, sangat setuju mendapat skor 6. Semakin tinggi skor kecanduan *smartphone* maka semakin tinggi kecanduan *smartphone* yang dialami individu. Sebaliknya, semakin rendah skor kecanduan *smartphone* maka semakin rendah kecanduan *smartphone* yang dialami individu.

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner *Smartphone Addiction Scale (SAS)*

No	Indikator/aspek	Distribusi Aitem		Jumlah
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	<i>Daily life disturbance</i>	1,2,3,4,5		5
2	<i>Positive anticipation</i>	6,7,8,9,10,11,12,13		8
3	<i>Withdrawal</i>	14,15,16,17,18,19		6
4	<i>Cyberspace oriented relationship</i>	20,21,22,23,24,25,26		7
5	<i>Overuse</i>	27,28,29,30		4
6	<i>Tolerance</i>	31,32,33		3
			Jumlah	33

2. Alat ukur untuk *sedentary lifestyle* pada remaja

Kuesioner yang digunakan adalah *Adolescent Sedentary Activity Questionnaire* (ASAQ) diambil dari jurnal yang berjudul “*The reliability of the Adolescent Sedentary Activity Questionnaire (ASAQ)*” yang diadaptasi dari alat ukur Hardy, *et al.* (2007). ASAQ dapat mengidentifikasi 3 dimensi perilaku sedentari, yakni tipe, durasi, dan frekuensi. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang telah diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia oleh Pramudita (2017). Sistem pelaporan ASAQ terdapat 11 item pertanyaan dilakukan pada hari senin hingga jum’at yang berupa durasi jam atau menit yang dihabiskan dalam kegiatan sedentari. Sedangkan pada hari Sabtu dan Minggu terdapat 12 item pertanyaan. Waktu aktivitas sedentari yang dihitung yaitu sebelum dan sesudah sekolah.

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner *Adolescent Sedentary Activity Questionnaire* (ASAQ)

No	Indikator/aspek	Distribusi Aitem	Jumlah
1	<i>Small screen recreation (SSR)</i>	1,2,3	3
2	<i>Education</i>	4,5,7	3
3	<i>Travel</i>	8	1
4	<i>Cultural activities</i>	6,9,11	3
5	<i>Social activities</i>	10,12	2
Jumlah			12

3. Alat ukur untuk mengukur status gizi lebih pada remaja

Status gizi responden ditentukan dengan menggunakan standar antropometri penilaian status gizi yang tertuang dalam Keputusan Menteri

Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011 yaitu menggunakan indikator antropometri indeks massa tubuh dibandingkan usia (IMT/U) untuk usia 5-18 tahun dibedakan antara laki-laki dan perempuan. Pengukuran dilakukan menggunakan alat timbangan *analog* untuk menimbang berat badan responden dengan ketelitian 0,1 kg serta *microtoise* dengan ketelitian 0,1 cm digunakan untuk mengukur tinggi badan sampel, hasil akhirnya akan dikategorikan dengan perhitungan IMT berdasarkan usia dan juga jenis kelamin, berdasarkan kalsifikasi yaitu sebagai berikut:

Tabel 4.4 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Remaja Berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut (IMT/U)

Kategori status gizi	Ambang batas (Z-score)
1. Gizi tidak lebih	
➤ Sangat kurus	<-3 SD
➤ Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
➤ Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
2. Gizi lebih	
➤ <i>Overweight</i>	>1 SD sampai dengan 2 SD
➤ Obesitas	>2 SD

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.6.1 Uji Validitas

Suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrument. Instrument dikatakan valid apabila dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat (Arikunto, 2013).

Instrument penelitian *smartphone addiction* menggunakan kuesioner *Smartphone Addiction Scale* (SAS) yang dialihkan bahasakan ke dalam bahasa Indonesia oleh Rahmadyan (2017). Hasil analisis uji coba dari Rahmadyan (2017) yang

telah dilakukan terhadap skala kecanduan *smartphone* yang terdiri dari 33 item, secara umum item-item dalam kuesioner sudah baik dan telah di uji validitas instrument menggunakan *expert judgement*.

Instrument penelitian *sedentary lifestyle* menggunakan *Adolescent Sedentary Activity Questionnaire* (ASAQ) yang dialih bahasakan ke dalam bahasa Indonesia oleh Pramudita (2017) yang telah dilakukan terhadap skala *sedentary lifestyle* yang terdiri dari 12 item dan memiliki nilai validitas yang baik.

4.6.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas memiliki arti bahwa sebuah instrument dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Instrument yang berkualitas tidak bersifat tandensius atau mengarahkan responden untuk memilih jawaban-jawaban tertentu (Arikunto, 2013).

Instrument penelitian *smartphone addiction* menggunakan *Smartphone Addiction Scale* (SAS) yang dialihkan bahasakan ke dalam bahasa Indonesia oleh Rahmadyan (2017). Setelah dilakukan uji reliabilitas *pearson correlations* didapatkan koefisien reliabilitas *Cronbach Alpha* sebesar 0,947. Seluruh item merupakan *item favourable*.

Instrument penelitian *sedentary lifestyle* menggunakan *Adolescent Sedentary Activity Questionnaire* (ASAQ) yang dialih bahasakan ke dalam bahasa Indonesia oleh Pramudita (2017). Setelah dilakukan uji reliabilitas *pearson correlations* didapatkan koefisien reliabilitas *Cronbach Alpha* sebesar 0,57-0,86.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini yaitu di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya yang terletak di Jl. Jojoran I. No.50, Mojo. Gubeng, Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 27-28 Mei 2019.

4.8 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

- 1) Prosedur pelaksanaan penelitian diawali dengan mengurus surat izin permohonan data awal ke bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang ditujukan kepada Bakesbangpol & Linmas Kota Surabaya, Dinas Pendidikan Kota Surabaya.
- 2) Peneliti melakukan survey pengambilan data awal di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya. Pengumpulan data awal dengan meminta izin ke bagian Tata Usaha kemudian disampaikan kepada kepala sekolah SMP Muhammadiyah 9 untuk mewawancarai sebagian siswa.
- 3) Peneliti melakukan penentuan jadwal pelaksanaan penelitian setelah melakukan sidang proposal dan dinyatakan layak etik yang dilaksanakan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- 4) Peneliti mengurus surat ijin permohonan penelitian ke bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, kemudian peneliti meminta izin kepada pihak sekolah dan kepala sekolah SMP Muhammadiyah 9 Surabaya dengan menyerahkan surat permohonan pengantar pengambilan data penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Prosedur dan menjelaskan tujuan penelitian kepada pihak SMP Muhammadiyah 9 Surabaya.

- 5) Sebelum dilakukan pengambilan data, responden di kumpulkan secara bersama-sama di musholla sekolah. Kemudian seluruh responden yang hadir diberikan penjelasan penelitian dan diberikan *informed consent* (surat persetujuan menjadi subjek penelitian) yang diberikan kepada orang tua/wali terlebih dahulu dan dikumpulkan keesokan harinya. Responden boleh menolak ikut serta dalam penelitian.
- 6) Saat pengambilan data, peneliti didampingi oleh 4 orang dari peneliti yang mempunyai pemahaman sama mengenai pengukuran tinggi badan dan berat badan. Setiap orang mempunyai tugas masing-masing, 1 orang bertugas untuk menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan, sisanya menyebarkan kuesioner. Responden dikumpulkan kembali di musholla. Setelah mendapatkan responden yang bersedia menjadi subjek peneliti dan mengumpulkan *informed consent* kemudian diambil dari nama-nama siswa yang bersedia menjadi subjek peneliti dan termasuk dalam kriteria inklusi dan eksklusi yaitu dengan metode *total sampling*. Teknik pengambilan sampel yaitu dengan mengambil semua sampel yang telah hadir saat penelitian dan bersedia menjadi subjek penelitian dengan jumlah sampel yang telah ditentukan sebanyak 110 responden.
- 7) Setelah mendapatkan responden kemudian menjelaskan kepada responden cara pengisian kuesioner dan alur yang harus dilakukan responden. Setelah itu diberikan kuesioner mengenai data demografi yang berisi jenis kelamin, tanggal lahir, usia, kelas, untuk bagian kolom TB dan BB diisi setelah mengisi kuesioner *Smartphone Addiction Scale (SAS)* yang berisi 33 item pertanyaan dan kuesioner *Adolescent Sedentary Activity Questionnaire (ASAQ)* yang berisi 11 item

perilaku sedentari saat *weekday* dan 12 perilaku sedentari saat *weekend* yang dilakukan sebelum dan sesudah sekolah. Setelah responden selesai mengisi kuesioner dan cek kebenaran serta kelengkapan pengisian kuesioner, kemudian dilanjutkan penimbangan berat badan menggunakan alat timbangan analog dan pengukuran tinggi badan menggunakan stature meter dalam menentukan status gizi.

- 8) Pada tahap akhir, semua responden mengumpulkan kuesioner dilanjutkan dengan pemberian *goodie Bag* berupa alat tulis dan mengucapkan terima kasih kepada semua responden yang bersedia menjadi subjek penelitian serta mengucapkan terima kasih kepada pihak sekolah yang telah mengizinkan untuk dilakukan penelitian.

4.9 Cara Analisa Data

Analisa data merupakan kegiatan setelah seluruh kuesioner dari responden terkumpul. Setelah data terkumpul selanjutnya melakukan pengolahan dan analisa data sebagai berikut:

1. Pengolahan data

Menurut Notoatmojo (2012), pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer dengan program sistem pengolahan data komputer. Adapun langkah-langkah pengolahan data dilakukan sebagai berikut:

a. *Editing*

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan ulang kebenaran data yang telah terkumpul dengan pemeriksaan kembali kelengkapan data responden untuk

menghindari kekurangan data dan kelengkapan mengisi kuesioner.

b. *Coding*

Peneliti memberikan kode pada masing-masing identitas responden berupa angka untuk menjaga kerahasiaan responden. *Coding* dilakukan untuk memudahkan dalam menyajikan data setelah selesai dari lapangan.

c. *Tabulating*

Melakukan tabulasi data dengan memasukkan data yang telah dituliskan sesuai dengan pengkodean dalam bentuk tabel. Tujuan dari *tabulating* yaitu untuk mempermudah *entry* data ke komputer.

d. *Entry Data*

Peneliti memasukkan data yang telah terkumpul dari responden ke dalam *software* komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana. Data atau jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode yang kemudian dimasukkan ke dalam program atau *software* komputer, serta melakukan pengecekan untuk kebenaran data.

2. Analisa Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan prosedur pengolahan data yang digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan prosedur pengolahan data yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen dan dependen. Data diolah dan di uji dengan menggunakan uji statistik non

parametrik yaitu uji *Spearman Rank (Rho)*. Seluruh pengukuran dilakukan secara komputerisasi menggunakan *Statistical Product and Service Solution (SPSS)* versi 21.0.

Tingkat kepercayaan dalam penelitian ini yaitu 95% ($\alpha= 0,05$).

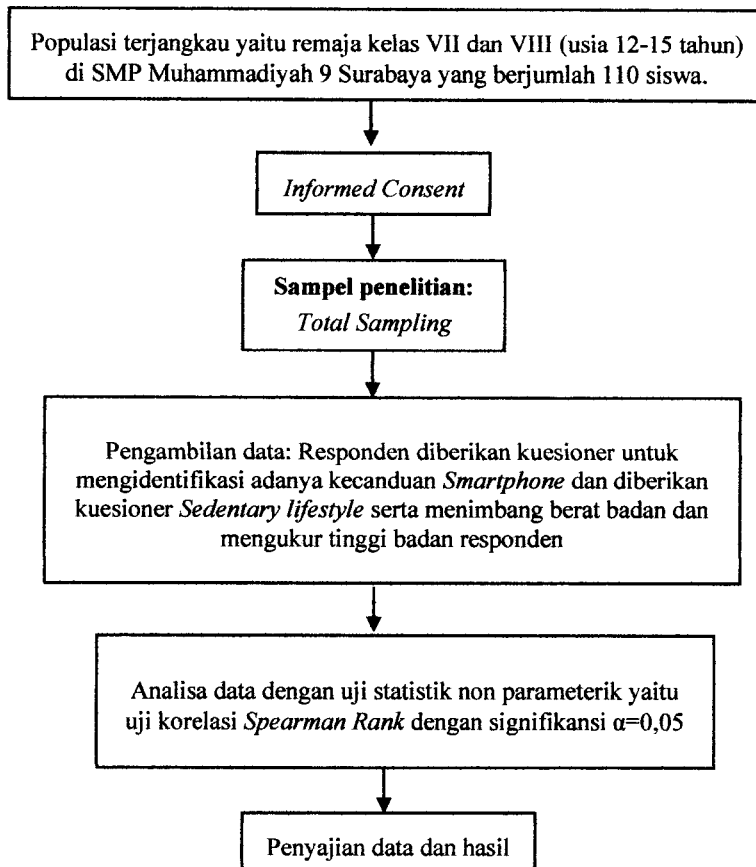
Pengambilan keputusan diambil dari nilai p, yaitu:

- 7) Jika $p \text{ (signifikan)} > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak, yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antar variabel.
- 8) Jika $p \text{ (signifikan)} < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan yang bermakna antar variabel.

Tabel 4.5 Interpretasi Koefisien Korelasi

Koefisien Korelasi	Interpretasi
0,8 - 1	Sangat kuat
0,6 – 0,799	Kuat
0,4 – 0,599	Sedang
0,2 – 0,399	Lemah
00 – 0,190	Sangat Lemah

4.10 Kerangka Operasional/Kerja



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Kerja Hubungan *Smartphone Addiction* dan *Sedentary Lifestyle* dengan kejadian Status Gizi Lebih pada Remaja

4.11 Masalah Etik (*Ethical Clearance*)

Penelitian ini telah mendapat sertifikat etik Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan dinyatakan telah lulus uji etik dengan nomor sertifikat etik 1437-KEPK. Adapun aspek etik untuk melindungi kepentingan dan hak-hak responden dalam penelitian ini akan dijabarkan sebagai berikut:

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan sebagai peserta/responden diberikan sebelum penelitian dilaksanakan pada saat pengumpulan data dengan tujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Jika siswa-siswi kelas VII dan VIII bersedia menjadi responden penelitian maka orang tua/wali responden menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bukti bersedia. Apabila responden tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tetap menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh responden. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah peneliti.

4. Keadilan (*Justice*)

Responden diperlakukan secara adil dan baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia mengikuti penelitian.

4.12 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian adalah kelemahan atau hambatan yang dihadapi oleh peneliti pada saat dilaksanakannya penelitian. Keterbatasan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keterbatasan dalam mengkondisikan siswa-siswi per kelas terutama yang laki-laki untuk berkumpul di musholla karena pada waktu penelitian bersamaan dengan serangkaian acara pondok romadhon.
2. Penggunaan metode *recall* dan tidak menggunakan *stopwatch (timer)* untuk pengisian kuesioner *sedentary lifestyle* sehingga kemungkinan hasilnya kurang akurat, karena membutuhkan daya ingat yang kuat dari responden untuk mengingat berapa jam atau berapa menit aktivitas sedentari yang telah dilakukan sebelum dan sesudah sekolah.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini akan membahas mengenai hasil penelitian dan pembahasan. Hasil penelitian yang diperoleh pada tanggal 27-28 Mei 2019, dari data hubungan *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya. Penyajian hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data demografi responden, dan variabel yang diukur. Data demografi responden meliputi usia, jenis kelamin, dan kelas. Sedangkan data khusus meliputi *smartphone addiction*, *sedentary lifestyle* dan status gizi lebih pada remaja di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya. Uji statistik korelasi *Spearman's Rho* digunakan untuk mengetahui hubungan antar variabel dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya merupakan salah satu SMP Swasta yang terletak di Jl. Jojoran I No.50, Kelurahan Mojo, Kecamatan Gubeng Kota Surabaya. Luas tanah SMP Muhammadiyah 9 Surabaya sebesar 343 meter persegi. Sekolah ini letaknya berbatasan dengan beberapa tempat, diantaranya adalah di sebelah barat sekolah ini berbatasan dengan Musholla Jannatul Ma'wa Jojoran I, di sebelah timur dan sebelah barat sekolah ini berbatasan dengan pemukiman penduduk sekitar. Sebelah selatan sekolah ini berbatasan dengan SMK 45 Surabaya dengan jarak kurang lebih 35 meter. Sekolah ini berdiri pada tanggal 6 Mei 1978. Dahulunya sekolah ini pada awal pendiriannya menempati bangunan awal yang terletak di Jl. Kertajaya

No. 112-114 atau yang sekarang menjadi lokasi masjid Jami' Kertajaya, kemudian pada tahun 1998 lokasi awal sekolah ini pindah di Jl. Jojoran I No.50 Mojo Gubeng sampai sekarang.

Sekolah ini berakreditasi A yang memiliki visi unggul dalam akhlaq, prestasi dan mandiri dengan jargonnya "*Achievement with Morality*" dan mengacu pada kurikulum 2013. Sekolah ini mempunyai seorang Kepala Sekolah yakni Bapak Imam Sapari, 23 orang guru atau staf pengajar yang berpendidikan S1 maupun S2 serta, 5 orang karyawan baik yang masih magang maupun karyawan tetap. Total peserta didik yang sedang menempuh pendidikan tahun ajaran 2018/2019 berjumlah 208 siswa dengan jumlah 104 siswa laki-laki dan 104 siswa perempuan. Adapun sebaran kelas dan jumlah siswa adalah kelas VII terdiri dari 2 kelas dengan jumlah 66 siswa, kelas VIII terdiri dari 3 kelas dengan jumlah 82 siswa dan kelas IX terdiri dari 3 kelas dengan jumlah 60 siswa. Siswa bersekolah 5 hari dalam seminggu yaitu pada hari senin hingga hari jumat.

Sekolah ini merupakan sekolah dengan berbagai macam prestasi diantaranya Juara 1 Panahan Tradisional Putri Jawa Timur 2018, pernah meraih medali emas, perak dan juga 7 medali perunggu pada Tapak *Suci Sport And Art Competition* 2018, Juara 1 Karate tingkat Provinsi Jawa Timur pada Tahun 2018, Juara 1 Futsal Cup MKKS SMP Swasta Kota Surabaya, Juara 2 Futsal seluruh SMP di Surabaya, dan lain-lain. Terdapat program no kurikuler unggulan sekolah seperti futsal, tashfidul Qur'an, pendidikan khusus untuk anak ABK (Anak Berkebutuhan Khusus), program sinau pagi dan bengkel siswa, tari, basket, band, dan vocal

Fasilitas yang disediakan di sekolah ini meliputi musholla, kantin, lapangan olahraga, koperasi sejahtera, ruang aula, ruang UKS, ruang osis, ruang perpustakaan,

laboratorium IPA, laboratorium komputer, ruang perpustakaan multimedia, ruang kelas, ruang guru, Kamar mandi/WC, dan parkir. Berdasarkan data primer tahun 2018, terdapat 4 responden (5,06%) dengan status gizi kurus, 69,62% responden dengan status gizi normal dan merupakan jumlah mayoritas dari keseluruhan responden. Responden dengan status gizi gemuk sebanyak 6 responden (7,60%). Berkaitan dengan kasus obesitas terdapat 14 responden (17,72%) siswi SMP Muhammadiyah 9 Surabaya yang mengalami obesitas.

Aktivitas sehari-hari yang biasa dilakukan oleh siswa-siswi di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya, seperti saat jam istirahat laki-laki banyak yang melakukan kegiatan hanya duduk santai, ada yang sambil bermain musik, bermain sepak bola dan ada juga yang hanya tiduran namun terdapat juga yang berada dikelas berkumpul dengan teman dekatnya sambil mengobrol atau bersantai. Sedangkan yang perempuan juga hanya duduk santai sambil berbincang-bincang dengan temannya, namun ada juga yang melakukan hafalan karena saat penelitian bersamaan dengan kegiatan pondok romadhon. Terkait penggunaan *smartphone* aturan dari pihak sekolah tidak membolehkan siswa-siswinya membawa *smartphone* ke sekolah sehingga tidak dapat memantau kegiatan yang sering dilakukan oleh siswa-siswi saat menggunakan *smartphone*. Namun beberapa siswa saat ditanyai tentang penggunaan *smartphone* saat dirumah, kebanyakan menjawab digunakan untuk *game online* dalam waktu cukup lama terutama yang laki-laki. Sedangkan bagi anak perempuan, *smartphone* digunakan untuk sosial media seperti aplikasi *whatsapp*, baik digunakan untuk *chatting* dengan temannya maupun hanya sebatas membuat update status. Jika siswa-siswinya akan menghubungi orang tua untuk antar jemput, pihak sekolah menyediakan telephone

untuk digunakan menghubungi orang tua mereka. Jam istirahat di sekolah diberikan dua kali istirahat, untuk istirahat pertama digunakan untuk kegiatan bebas atau jajan dan istirahat kedua digunakan untuk shalat berjamaah.

5.1.2 Karakteristik Responden

Karakteristik responden menguraikan meliputi usia responden, jenis kelamin responden, dan kelas.

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi data demografi responden berdasarkan karakteristik siswa SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019

Karakteristik		n	%
Kelompok Usia (Tahun)	12	4	3,6
	13	36	32,7
	14	58	52,7
	15	12	10,9
Total		110	100,0
Jenis Kelamin	Perempuan	57	51,8
	Laki-laki	53	48,2
Total		110	100,0
Kelas	7	48	43,6
	8	62	56,4
Total		110	100,0

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.1 mengenai hasil data karakteristik didapatkan yaitu distribusi sampel berdasarkan kelompok usia dengan jumlah terbanyak adalah usia 14 tahun sebanyak 58 responden (52,7%). Distribusi sampel berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah perempuan sebanyak 57 responden (51,8%) dibandingkan laki-laki sebanyak 53 responden (48,2%). Sedangkan distribusi berdasarkan kelas yang dominan adalah kelas 8 dengan jumlah 62 responden (56,4%).

5.1.3 Data Khusus

1. *Smartphone Addiction*

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat adiksi *Smartphone (Smartphone Addiction)* responden di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019

Tingkat Adiksi	n	%
Adiksi Rendah	15	13,6
Adiksi Sedang	79	71,8
Adiksi Berat	16	14,5
Total	110	100,0

Sumber : Data Primer 2019

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa tingkat adiksi *smartphone* remaja SMP Muhammadiyah 9 Surabaya yang memiliki adiksi rendah sebanyak 15 responden (13,6%), adiksi berat sebanyak 16 responden (14,5%), mayoritas responden terbanyak adalah adiksi sedang sebanyak 79 responden (71,8%). Adiksi sedang merupakan kategori yang diperoleh dari rentang nilai $85,74 \leq X \leq 124,82$ dengan mean 105,28 dan SD (Standar Deviasi) 19,54.

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi (Mean, SD) berdasarkan indikator *smartphone addiction*

No	Indikator/aspek	Mean ($\bar{X}$)	SD
1	<i>Daily life disturbance</i>	16,79	4,71
2	<i>Positive anticipation</i>	27,89	6,82
3	<i>Withdrawal</i>	17,46	5,11
4	<i>Cyberspace oriented relationship</i>	19,20	6,17
5	<i>Overuse</i>	12,80	3,44
6	<i>Tolerance</i>	11,11	3,13

Sumber : Data Primer 2019

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa mayoritas responden berdasarkan indikator *smartphone addiction* yaitu dari aspek/indikator *Positive anticipation* dengan mean (27,89), dan Standar Deviasi (6,82). Sedangkan yang paling sedikit yaitu dari aspek/indikator *Tolerance* dengan mean (11,11), dan Standar Deviasi (3,13).

2. *Sedentary Lifestyle*

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat *sedentary lifestyle* responden di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019

Tingkat <i>Sedentary Lifestyle</i>	n	%
Rendah	49	44,5
Sedang	57	51,8
Tinggi	4	3,6
Total	110	100,0

Sumber : Data Primer 2019

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa tingkat *sedentary lifestyle* remaja SMP Muhammadiyah 9 Surabaya adalah rendah sebanyak 49 responden (44,5%), sedangkan tingkat *sedentary lifestyle* tinggi sebanyak 4 responden (3,6%), dan sebagian besar tingkat *sedentary lifestyle* adalah dalam kategori sedang sebanyak 57 responden (51,8%).

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi (Mean, SD) berdasarkan indikator *sedentary lifestyle*

No	Indikator/aspek	$\bar{X}$ (menit)	SD (menit)
1	<i>Small screen recreation (SSR)</i>	247,2	169,79
2	<i>Education</i>	66,69	88,84
3	<i>Travel</i>	62,17	91,11
4	<i>Cultural activities</i>	119,60	131,68
5	<i>Social activities</i>	198,16	173,63

Sumber : Data Primer 2019

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa mayoritas responden berdasarkan indikator *sedentary lifestyle* yaitu dari aspek/indikator *Small screen recreation (SSR)* dengan mean (247,2 menit) dan Standar Deviasi (169,7 menit). Sedangkan yang paling sedikit yaitu dari aspek/indikator *Travel* dengan mean (62,1 menit) dan Standar Deviasi (91,1 menit).

3. Status Gizi Lebih

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi berdasarkan status gizi responden di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019

Status Gizi	n	%
Gizi tidak lebih	81	73,6
Gizi lebih	29	26,4
Total	110	100,0

Sumber : Data Primer 2019

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari total 110 responden diketahui terdapat 81 responden (73,6%) dengan status gizi tidak lebih. Berkaitan dengan status gizi lebih sendiri, terdapat 29 responden (26,4%) yang mengalami gizi lebih.

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi (Mean, SD) tinggi badan dan berat badan responden

No		Mean ($\bar{X}$)	SD
1	Berat Badan	49,2 (kg)	11,03 (kg)
2	Tinggi Badan	155,6 (cm)	9,4 (cm)

Sumber : Data Primer 2019

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa berat badan responden dengan mean atau rata-rata (49,2 kg) dan Standar Deviasi (11,03 kg). Sedangkan tinggi badan dengan mean (155,6 cm) dan Standar Deviasi (9,4 cm). Rentan berat badan responden yaitu antara 29 kg-83 kg, sedangkan rentan tinggi badan responden antara 106 cm-179 cm.

4. Hubungan *smartphone Addiction* dengan status gizi lebih

Tabel 5.8 Distribusi hubungan *smartphone addiction* dengan status gizi lebih pada remaja di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019

		Status Gizi					
		Gizi tidak lebih		Gizi lebih		Total	
		n	%	n	%	n	%
<i>Smartphone Addiction</i>	Adiksi Rendah	13	11,8	2	1,8	15	13,6
	Adiksi Sedang	56	50,9	23	20,9	79	71,8
	Adiksi Berat	12	10,9	4	3,6	16	14,5
Total		81	73,6	29	26,4	110	100
<i>Spearman's Rank</i>		<i>Koefisien Korelasi (r): 0,067</i>				<i>Signifikan (p) : 0,487</i>	

Sumber : Data Primer 2019

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa tingkat *smartphone addiction* rendah terbanyak pada responden dengan status gizi tidak lebih sebanyak 13 responden (11,8%), tingkat *smartphone addiction* berat terbanyak pada responden dengan status gizi tidak lebih sebanyak 12 responden (10,9%). Status gizi tidak lebih terbanyak pada responden dengan adiksi sedang sebanyak 56 responden (50,9%). Sedangkan status gizi lebih terbanyak pada responden dengan adiksi sedang sebanyak 23 responden (20,9%). Analisa data menggunakan uji *Spearman's Rho* didapatkan angka koefisien korelasi sebesar 0,067. Artinya hubungan (korelasi) antara *smartphone addiction* dengan status gizi termasuk korelasi yang sangat lemah. Angka koefisien bernilai positif, sehingga kedua variabel tersebut bersifat searah (jenis hubungan searah), dengan demikian dapat diartikan bahwa semakin meningkat *smartphone addiction* maka status gizi pun akan

semakin meningkat. Berdasarkan output yang didapat maka diketahui nilai signifikan (p) sebesar 0,487 dengan derajat signifikansi $p > 0,05$.

5. Hubungan *sedentary lifestyle* dengan status gizi lebih

Tabel 5.9 Distribusi hubungan *sedentary lifestyle* dengan status gizi lebih pada remaja di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya Mei 2019

		Status Gizi					
		Gizi tidak lebih		Gizi lebih		Total	
		n	%	n	%	n	%
<i>Sedentary Lifestyle</i>	Rendah	40	36,4	9	8,2	49	44.5
	Sedang	41	37,3	16	14,5	57	51.8
	Tinggi	0	0	4	3,6	4	3.6
Total		81	73,6	29	26,4	110	100
<i>Spearman's Rank</i>		<i>Koefisien Korelasi (r): 0,220</i>				<i>Signifikan (p) : 0,021</i>	

Sumber : Data Primer 2019

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa tingkat *sedentary lifestyle* rendah terbanyak pada responden dengan status gizi tidak lebih sebanyak 40 responden (36,4%), tingkat *sedentary lifestyle* tinggi terbanyak pada responden dengan status gizi lebih sebanyak 4 responden (3,6%). Status gizi tidak lebih terbanyak pada responden dengan tingkat *sedentary lifestyle* sedang sebanyak 41 responden (37,3%), status gizi lebih terbanyak pada responden dengan tingkat *sedentary lifestyle* sedang sebanyak 16 responden (14,5%). Analisa data menggunakan uji *Spearman's Rho* didapatkan angka koefisien korelasi 0,220. Artinya hubungan (korelasi) antara *sedentary lifestyle* dengan status gizi termasuk korelasi yang lemah. Angka koefisien bernilai positif, sehingga kedua variabel tersebut bersifat searah (jenis hubungan searah) dengan kekuatan lemah. Hal ini dapat diartikan bahwa semakin meningkat *sedentary lifestyle* maka status gizi pun

akan semakin meningkat. Berdasarkan output yang didapat maka diketahui nilai signifikan (p) sebesar 0,021 dengan derajat signifikansi $p < 0,05$.

5.2 Pembahasan

5.2.1 *Smartphone Addiction*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas tingkat adiksi responden termasuk kategori adiksi sedang. Hal ini sejalan dengan penelitian Palupi (2018), hasil analisis menunjukkan bahwa distribusi responden dengan ketergantungan *smartphone* mayoritas responden dengan kategori ketergantungan sedang (71,5%) (Palupi dkk., 2018). Menurut Young & de Abreu (2011) dalam bukunya menyatakan bahwa kecanduan teknologi seperti *smartphone* sebagai bagian dari kecanduan perilaku, yang biasanya akan menimbulkan ketergantungan psikologis. Kecanduan *smartphone* yang dialami seseorang biasanya sebagai sarana untuk mengatasi kesepian terhadap lingkungan baru, pengguna beralih ke internet untuk mengisi kekosongan malam-malam kesepian mereka. Sesuai penelitian Agusta (2016) bahwa individu yang mengalami kecanduan seringkali menggunakan fantasi mereka sebagai pengalihan secara psikologis terhadap perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan atau situasi yang menimbulkan stress. Faktor situasional yang menjadi penyebab kecanduan *smartphone* pada remaja berada pada kategori sedang. Individu cenderung terganggu aktivitasnya bila ada situasi yang tidak diinginkan ketika menggunakan *smartphone* dan cepat bertindak ketika perasaan tidak nyaman (Agusta, 2016).

Faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan *smartphone* pada seseorang yaitu adanya persepsi kemudahan penggunaan, hal ini mencakup kemudahan penggunaan

system informasi sesuai dengan keinginan penggunanya. Selain itu adanya persepsi kegunaan atau manfaat, persepsi tersebut akan membentuk suatu kepercayaan untuk mengambil keputusan. Anggapannya jika pengguna mempercayai kalau system tersebut berguna maka tentu akan menggunakannya, tetapi sebaliknya jika tidak percaya kalau berguna maka jawabannya pasti tidak akan menggunakannya (Davis 1986; Rahmadyan, 2017). Berdasarkan hasil yang didapatkan bahwa rata-rata responden paling banyak termasuk dalam indikator *positive anticipation* dengan rata-rata 27,89. Maka diketahui bahwa responden banyak mengalami *positive anticipation*. Hasil kuesioner menunjukkan bahwa sebagian besar remaja menganggap bahwa penggunaan *smartphone* sebagai sarana untuk mengurangi atau menghilangkan stress. individu muncul perasaan bersemangat dalam menggunakan *smartphone*. Bagi sebagian besar pengguna *smartphone* dijadikan sebagai teman yang memberikan kesenangan, mengurangi kelelahan, mengurangi rasa cemas dan memberikan rasa aman (Kwon, *et al.*, 2013)

Selain indikator *positive anticipation* yang paling banyak dilakukan responden yaitu *Cyberspace oriented relationship* dengan rata-rata 19,20. Hal ini menandakan bahwa responden terus-menerus memeriksa *smartphone* yang dimiliki, lebih memilih untuk berteman melalui dunia maya dari pada di kehidupan yang nyata. Seseorang yang mengalami kecanduan *smartphone* seperti penggunaan internet akan kesulitan mengembangkan kemampuan atau kecakapannya dalam berhubungan dengan orang lain sehingga membuat hubungan sosial dan interaksi mereka dengan teman, keluarga dan orang disekitarnya menjadi kurang baik serta mengalami prestasi akademik yang menurun (Jannah & Nirwana, 2015).

Indikator sebagian kecil yang jarang dilakukan responden adalah indikator *tolerance*. Hasil ini menunjukkan bahwa individu dengan kecanduan *smartphone* akan menunjukkan kegagalan dalam mengendalikan dirinya terhadap penggunaan *smartphone*. Kenikmatan dan kepuasan yang pada awalnya dicari. Kepuasan yang diperoleh ketika menggunakan internet secara terus-menerus dalam jumlah waktu yang sama akan menurun secara mencolok sehingga individu berangsur-angsur harus meningkatkan waktu penggunaan internet pada *smartphone*. Gejala ini akan menimbulkan adanya keinginan yang kuat pada individu untuk meningkatkan jumlah waktu penggunaan internet guna mencapai kepuasan (Sari, *et al.*, 2018). Kemajuan teknologi yang berkembang saat ini seperti penggunaan *smartphone* dapat mempengaruhi kurangnya kerja tubuh terutama kalangan anak dan remaja. Menggunakan *smartphone* juga akan membuat individu duduk dengan tenang dalam waktu yang cukup lama.

5.2.2 *Sedentary Lifestyle*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden melakukan *sedentary lifestyle* dengan kategori sedang. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Pribadi (2018) bahwa distribusi yang paling banyak terdapat pada responden dengan kategori tinggi (79,2%). Beberapa faktor penyebab seseorang melakukan aktivitas sedentari seperti hobi/kesenangan contohnya menonton TV atau bermain video games, kemudian adanya fasilitas/kemudahan contohnya penggunaan lift/eskalator, dan kebiasaan yang dilakukan contohnya paling banyak dilakukan kalangan remaja yaitu menggunakan mobil atau motor jika bepergian (Yusfita, 2018).

Berdasarkan hasil yang didapat bahwa rata-rata responden paling banyak termasuk dalam jenis indikator *Small screen recreation* (SSR) dengan rata-rata 247,2 menit. Maka dapat disimpulkan bahwa responden banyak melakukan aktivitas sedentari jenis indikator *Small screen recreation* (SSR). Hal ini menandakan bahwa kegiatan yang sering dilakukan oleh responden berhubungan dengan aktivitas *Small screen recreation*. Kegiatan tersebut berupa menonton tv, menonton video/DVD, bermain *play's station*, dan menggunakan komputer. Salah satu tanda bahwa seseorang melakukan *sedentary lifestyle* yaitu dengan pengeluaran energi yang rendah. Seseorang dikatakan *sedentary* ketika sebagian besar kegiatannya hanya duduk santai tanpa banyak melakukan aktivitas dan melebihi batas waktu maksimum yang telah disarankan seperti di depan televisi atau di depan layar komputer (aturannya 2 jam untuk usia 5-17 tahun) (Tremblay, *et al.*, 2017). Anak dengan gaya hidup sedentari akan memiliki resiko sebesar 4,6 kali lebih besar untuk mengalami obesitas dibandingkan dengan anak yang tidak melakukan gaya hidup sedentari (Saputri, dkk., 2019). Paparan *screen time* berdampak terhadap timbulnya obesitas, karena di depan televisi jumlah paparan yang berlebihan salah satunya disebabkan oleh tingginya konsumsi makanan yang kurang sehat tinggi gula tambahan dan lemak pada makanan yang populer di kalangan remaja. Tingginya *screen time* seperti menonton televisi dan juga video games dalam keseharian dapat meningkatkan aktivitas sedentari yang menurunkan pengeluaran energi sehingga berisiko mengalami penumpukan energi berlebihan dalam tubuh berupa lemak (Shochat T, *et al.*, 2010).

Selain jenis indikator *Small screen recreation* (SSR) yang banyak dilakukan responden, yaitu *Social activities* dengan rata-rata (198,16). Hal ini menandakan bahwa

kegiatan yang sering dilakukan responden berhubungan dengan aktivitas sosial seperti duduk santai sambil berinteraksi dengan orang di sekitar (berbincang dengan teman secara langsung atau melalui *handphone*), dan kegiatan keagamaan. Duduk santai termasuk aktivitas fisik yang ringan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa aktivitas fisik berhubungan dengan status gizi. Semakin tinggi aktivitas fisik seseorang, maka status gizinya akan semakin rendah. Aktivitas fisik yang cukup dapat membantu dalam meningkatkan metabolisme tubuh yang menyebabkan cadangan energy yang tertimbun dalam tubuh bentuknya berupa zat lemak dapat terbakar sebagai kalori. Seseorang yang status gizi lebih kebanyakan kurang melakukan kegiatan aktivitas atau berolahraga, hal tersebut bisa saja dikarenakan adanya peningkatan rutinitas kegiatan, sehingga waktu luang yang digunakan hanya untuk melakukan aktivitas ringan seperti duduk santai (Dieny, 2007).

Aktivitas remaja di sekolah saat penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan mereka melakukan aktivitas fisik yang minim, faktor pemicu mungkin dikarenakan saat bulan puasa sehingga aktivitas mereka hanya duduk santai sambil berbincang-bincang dengan teman-temannya. Selain itu terdapat beberapa dari mereka yang melakukan kegiatan seperti hafalan, membaca novel dan bermain alat musik. Selain itu, hanya beberapa yang pergi ke sekolah dengan berjalan kaki, mayoritas menggunakan antar jemput dari orang tua atau menggunakan jasa dari aplikasi grab. Kegiatan tersebut menjadikan mereka kurang beraktivitas sehingga dapat memicu penambahan berat badan.

5.2.3 Status Gizi Lebih

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status gizi responden mayoritas paling banyak yaitu dengan status gizi tidak lebih. Sedangkan pada responden dengan status gizi lebih cukup besar yaitu (26,4%). Responden berdasarkan usia sebagian besar berusia 14 tahun (52,7%) dan sebagian kecil berusia 12 tahun (3,6%). Remaja yang berusia 12-15 tahun mengalami beberapa perubahan salah satunya perkembangan fisik. Perubahan drastis dalam bentuk dan ciri-ciri berhubungan erat dengan mulainya pubertas. Aktivitas kelenjar pituitari pada saat ini berakibat dalam sekresi hormon yang meningkat, dengan efek fisiologis yang tersebar luas. Usia remaja merupakan usia-usia dimana individu memasuki masa puber, hormon pertumbuhan memproduksi masa pertumbuhan dengan cepat yang akan menuju masa dewasa, sehingga berbagai masalah kesehatan seperti gizi lebih sering terjadi pada saat usia ini (Ahyani & Dwi, 2018).

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa remaja perempuan lebih banyak mengalami gizi lebih yaitu sebesar (13,6%) sedangkan laki-laki (12,7%). Hasil Riskesdas (2013) yang menyebutkan bahwa perempuan lebih banyak mengalami gizi lebih dibandingkan laki-laki. Perempuan memiliki jaringan lemak banyak, yaitu dua kali dan massa otot lebih sedikit dibandingkan laki-laki (Almaitser, 2009). Perempuan lebih banyak menyimpan kelebihan energi dalam bentuk jaringan lemak pada tubuh, sedangkan laki-laki menggunakan kelebihan energinya untuk mensintesis protein. Hal ini menyebabkan perempuan mudah mengalami status gizi lebih dibandingkan laki-laki (Oktaviani, 2012). Faktor jenis kelamin mempengaruhi kelebihan berat badan/obesitas pada remaja, terutama bagi remaja perempuan. Berasumsi bahwa

remaja perempuan cenderung lebih banyak melakukan ngemil daripada remaja laki-laki. Pola makan yang tidak sehat dapat menyebabkan penumpukan lemak dalam tubuh. Oleh karena itu, konsumsi tinggi kalori makanan tanpa disertai dengan aktivitas fisik yang cukup dapat menyebabkan lemak tubuh minimal terbakar. Kondisi tersebut yang menyebabkan terjadinya kelebihan berat badan/obesitas pada remaja (Kurdaningsih, *et al.*, 2016).

Terdapat beberapa penyebab yang berhubungan dengan gizi lebih, yaitu genetik, pola makan berlebih, kurang olahraga, pengaruh emosional, dan lingkungan. Selain faktor-faktor tersebut terdapat perubahan berat badan seseorang seperti adanya pengetahuan gizi yang kurang. Sebagian besar remaja yang mengalami kegemukan memungkinkan remaja kurang dapat memilih menu makanan dan mengatur makan. Tingkat pengetahuan gizi seorang remaja akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam memilih makanan (Simbolon & Tafrieani, 2018). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kusteviani (2015) bahwa faktor usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, kebiasaan merokok, perilaku konsumsi sayur dan buah, konsumsi makanan atau minuman manis, konsumsi makanan berlemak juga berhubungan dengan obesitas abdominal (Kusteviani, 2015).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berat badan responden rata-rata (49,2 kg) dan tinggi badan responden rata-rata (155,6 cm). Secara keseluruhan pertambahan tinggi badan sekitar 25 cm pada anak perempuan dan 28 cm pada anak laki-laki. Pertambahan tinggi badan terjadi dua tahun lebih awal pada anak perempuan dibandingkan anak laki-laki. Puncak pertumbuhan tinggi badan pada anak perempuan terjadi sekitar usia 12 tahun, sedangkan pada anak laki-laki pada usia 14 tahun.

Sedangkan pertumbuhan berat badan terutama terjadi karena perubahan komposisi tubuh, pada anak laki-laki terjadi akibat meningkatnya massa otot, sedangkan pada anak perempuan terjadi karena meningkatnya massa lemak. Perubahan komposisi tubuh terjadi karena pengaruh hormon steroid seks (Batubara, 2010). Peneliti berasumsi bahwa kondisi gizi lebih yang terjadi pada saat remaja maka akan dialami terus sampai dewasa nanti, dan dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan.

5.2.4 Hubungan *Smartphone Addiction* dengan Status Gizi Lebih

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *smartphone addiction* tidak berhubungan dengan status gizi lebih. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alhazmi (2018) yang menyatakan bahwa *smartphone addiction* lebih menonjol pada responden yang aktivitas fisiknya kurang dan tingkat stress yang lebih tinggi. Beberapa gejala yang berhubungan dengan *smartphone addiction* seperti gangguan tidur, gangguan konsentrasi, masalah pendengaran, dan sakit kepala. Faktor yang terkait dengan *smartphone addiction* seperti jenis kelamin, merokok, Indeks massa tubuh namun hasilnya tidak terdapat hubungan antara keduanya (Alhazmi, *et al.*, 2018). Hasil penelitian lain yang sesuai yakni penelitian Ramadhani (2018), mengatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara intensitas penggunaan *smartphone* dengan obesitas. Hasilnya menunjukkan bahwa anak dengan kategori tidak obesitas dan obesitas lebih banyak menggunakan *smartphone* kurang dari 2 jam (Ramadhani, 2018).

Penyebab penelitian ini tidak ditemukan hubungan yang signifikan dapat dikarenakan faktor keturunan dari orang tua yaitu penyebab dari gizi lebih pada remaja, sehingga sudah dari kecil mempunyai riwayat gizi lebih. Dapat juga dikarenakan dari

pola makan yang berkontribusi individu mengalami gizi lebih. Dilihat dari hasil penelitian bahwa mayoritas responden yang mengalami kecanduan *smartphone* dengan status gizi tidak lebih dibandingkan dengan gizi lebih. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Susanti (2018) bahwa anak yang mengalami kecanduan *smartphone* mengalami gangguan pada pola makan. Semakin lama seseorang menggunakan *smartphone* maka seseorang akan melupakan waktu untuk makan, belajar, tidur dan beraktivitas lainnya. Sehingga aktivitas sehari-hari mereka menjadi tidak seimbang. Konsekuensinya, remaja akan mengalami kekurangan nutrisi yang tepat dan tidak teratur (Susanti, *et al*, 2018).

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Akodu, *et al* (2018), menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kecanduan *smartphone* dengan berat badan dan indeks massa tubuh. Populasi yang digunakan berusia 16 tahun keatas. Tidak terdapatnya hubungan tersebut kemungkinan dikarenakan adanya stress akademik atau tuntutan suatu pekerjaan yang menuntut untuk menghindari terjadinya kenaikan berat badan (Akodu, *et al.*, 2018). Dari penelitian tersebut membuktikan bahwa faktor lingkungan seperti adanya stress dapat menjadi faktor yang menentukan indeks massa tubuh seseorang. Apabila tidak dapat mengontrol stress kemungkinan dapat membuat berat badan seseorang menjadi obesitas atau sebaliknya membuat berat badan seseorang menjadi berkurang.

5.2.5 Hubungan *Sedentary Lifestyle* dengan Status Gizi Lebih

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ditemukan hubungan yang signifikan antara *sedentary lifestyle* dengan status gizi lebih. Penelitian ini sejalan dengan

penelitian Amini (2017) bahwa terdapat hubungan *Sedentary Lifestyle* dengan obesitas. Dari penelitian yang telah dilakukan bahwa remaja yang obesitas memiliki *sedentary lifestyle* >5 jam per hari berisiko 2,1 kali menjadi obesitas (Amini, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian rata-rata responden menghabiskan waktu untuk melakukan aktivitas sedentari 2-5 jam/hari. Dapat disimpulkan bahwa aktivitas sedentari yang banyak dilakukan responden dalam kategori sedang. Berbeda dengan hasil penelitian Ramadhani (2018) meskipun aktivitas sedentari responden saat *weekend* dan *weekdays* dalam kategori tinggi dengan rata-rata 12,6 jam/hari saat *weekend* dan 5,5 jam/hari saat *weekdays* menunjukkan tidak terdapat hubungan antara aktivitas sedentari dengan kejadian obesitas (Ramadhani, 2018).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *sedentary lifestyle* yang paling banyak dilakukan oleh remaja adalah menonton televisi, menonton video/DVD, bermain *game online*. Waktu yang digunakan untuk melakukan aktivitas sedentary tersebut kebanyakan dilakukan saat *weekend*. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa remaja yang menonton televisi dalam waktu 3 hingga 4 jam perhari berisiko 2,13 kali menjadi obesitas (Vilchis-gil, *et al.*, 2015). Menonton televisi sambil makan cenderung meningkatkan asupan makanan sehingga menyebabkan tingginya asupan selama menonton televisi (Braude & Stevenson, 2014). Perilaku makan tersebut disertai dengan rendahnya energi yang dikeluarkan sehingga akan menyebabkan obesitas. Begitu pula dengan bermain *game online*, berdasarkan suatu penelitian bahwa lamanya bermain *game* berhubungan dengan rendahnya aktivitas fisik dan tingginya indeks massa tubuh. Hal tersebut disebabkan karena bermain *game online* hanya membutuhkan pergerakan tubuh yang minim (Ballard M, *et al.*, 2009).

Selain menonton televisi dan bermain game online, duduk santai sambil berbincang dengan teman secara langsung atau melalui *smartphone* juga menjadi kegiatan yang paling sering dilakukan oleh remaja. Seiring berkembangnya teknologi remaja sekarang banyak melakukan interaksi melalui sosial media dari aplikasi *smartphone*, itulah yang membuat remaja semakin berlama-lama untuk duduk bersantai. Remaja melakukan kegiatan hanya duduk santai, sehingga energi yang dikeluarkan juga semakin rendah. Apabila kondisi ini terus berlangsung terus-menerus, maka dapat menyebabkan obesitas (Amini, 2017).

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menjabarkan mengenai simpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang hubungan *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja di SMP Muhammadiyah 9 Surabaya dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Remaja yang mengalami *smartphone addiction* terbanyak yaitu kategori adiksi sedang. Mayoritas remaja termasuk dalam indikator *positive anticipation*.
2. Remaja yang mengalami *sedentary lifestyle* terbanyak adalah kategori sedang. Mayoritas termasuk dalam indikator *Small screen recreation* (SSR).
3. Mayoritas remaja mengalami status gizi tidak lebih, dan hanya sebagian kecil yang mengalami status gizi lebih.
4. *Smartphone addiction* tidak berhubungan dengan status gizi lebih. Dapat dikarenakan faktor psikologis sehingga menyebabkan adanya penggunaan *smartphone* hanya sebagai sarana untuk menghilangkan stress tanpa memperhatikan status gizi.
5. *Sedentary lifestyle* dapat meningkatkan *kejadian* status gizi lebih pada remaja. Semakin tinggi *sedentary lifestyle* maka semakin tinggi pula status gizi pada remaja.

6.2 Saran

1. Bagi remaja

Diharapkan dapat menurunkan *smartphone addiction* dan tidak melakukan gaya hidup sedentari (menetap/berdiam diri) sehingga status gizi remaja dapat normal.

2. Bagi institusi SMP Muhammadiyah 9 Surabaya

Diharapkan dapat memberikan pengetahuan bagi para dewan guru untuk dapat memberikan motivasi terhadap remaja di sekolah dalam menurunkan tingkat *smartphone addiction* berupa edukasi terkait bahaya kecanduan *smartphone* dan tidak bergaya hidup sedentari sehingga dapat membuat status gizi siswa menjadi normal.

3. Bagi Profesi keperawatan

Dapat memberikan sumber referensi sebagai tenaga kesehatan tentang *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dapat berdampak terhadap kesehatan.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Dapat mengembangkan penelitian dengan jumlah sampel yang digunakan lebih banyak dari penelitian ini dan dapat menghubungkan terkait faktor lain yang dapat berhubungan dengan status gizi lebih selain *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* seperti faktor emosional.

DAFTAR PUSTAKA

- Agusta, D. (2016). Faktor-Faktor Resiko Kecanduan Menggunakan Smartphone. E-Journal Bimbingan Dan Konseling Edisi 3 Tahun Ke-5 2016, 86–96.
- Ahyani & Dwi . (2018). ‘Buku Ajar Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja’, (January 2019), 84.
- Akodu, A. K., Ph, D., Akinbo, S. R., Ph, D., Young, Q. O., & Sc, M. (2018). Correlation among smartphone addiction , craniovertebral angle , scapular dyskinesis , and selected anthropometric variables in physiotherapy undergraduates. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13(6), 528–534. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2018.09.001>
- Alhazmi, A.A., *et al.* (2018). Prevalence and factors associated with smartphone addiction among medical students at King Abdulaziz University, Jeddah. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(4), 984–989. <https://doi.org/10.12669/pjms.344.15294>
- Almatsier, Sunita., 2009. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta:Gramedia Pustaka Utama.
- Amini, A. Z. (2017). sedentary lifestyle sebagai faktor risiko obesitas pada remaja smp stunting usia 12-15 tahun di kota semarang. Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro. At <http://eprints.undip.ac.id/62154/>
- Arikunto, S. (2013). Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arundhana, A. I., Hadi, H., & Julia, M. (2013). Perilaku sedentari sebagai faktor risiko kejadian obesitas pada anak sekolah dasar di Kota Yogyakarta dan Kabupaten Bantul. *Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 1(2), 71. [https://doi.org/10.21927/ijnd.2013.1\(2\).71-80](https://doi.org/10.21927/ijnd.2013.1(2).71-80)
- Asiyah, S. N., & Putri, A. Y. (2018). International Conference on Sustainable Health Promotion 2018 Relationship Between Smartphone Addictions with Sleep Quality in Adolescents, 92–99.
- Ballard M, Gray M, Reilly J, Noggle M (2009). Correlates of video game screen time among males: Body mass, physical activity, and other media use. *Eating Behaviors*. 2009; 10: 161–167. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015309000531?via%3Dihub>
- Batubara, J. R. L. (2010). Adolescent Development. Departemen Ilmu Kesehatan Anak, RS Dr Cipto Mangunkusumo, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 12(1), 21–29.
- Braude, L., & Stevenson, R. J. (2014). Watching television while eating increases energy intake . Examining the mechanisms in female participants, 76, 9–16.

- Cambridge Dictionary, (2019). 'Meaning Of "Smartphone" In The English Dictionary'. Diakses pada 22 Maret 2019. At <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/smartphone>
- CDC. (2015). United States Health, 2015 - With Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities. *Health, United States*. <https://doi.org/76-641496>
- CDC, (2016). 'Childhood Obesity Causes & Consequences'. Diakses pada 20 Maret 2019. At <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/causes.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). *Youth Risk Behavior Survey (YRBS) 2017 Standard Questionnaire Item Rationale*. CDC. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1635.Centers>
- CDC, (2018). 'Defining Childhood Obesity'. Diakses pada 26 Maret 2019. At <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/defining.html>
- Cureau, F. V., Sparrenberger, K., Bloch, K. V., Ekelund, U., & Schaan, B. D. (2018). Associations of multiple unhealthy lifestyle behaviors with overweight/obesity and abdominal obesity among Brazilian adolescents: A country-wide survey. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 28(7), 765–774. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2018.04.012>
- Dieny, F. F. (2007) 'Hubungan Body Image, Aktivitas Fisik, Asupan Energi dan Protein dengan status Gizi Pada Siswa SMA', Undergraduate thesis, Program Studi Ilmu Gizi. UNDIP, p. <http://eprints.undip.ac.id/26130/>.
- Effendi, F. & Makhfudli, 2009, 'Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan'. Jakarta: Salemba Medika.
- Fulca, M. S. (2018). Hubungan Gaya Hidup Sedentari dengan Indeks Massa Tubuh Pada Usia 13-15 Tahun. Surabaya.
- Gonçalves, R. F. da M., Barreto, D. de A., Monteiro, P. I., Zangeronimo, M. G., Castelo, P. M., van der Bilt, A., & Pereira, L. J. (2019). Smartphone use while eating increases caloric ingestion. *Physiology & Behavior*, 204(October 2018), 93–99. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSBEH.2019.02.021>
- Gunawan, Arif 2011, 'Remaja dan Permasalahannya', Yogyakarta: Penerbit Hanggar
- Guyton A.C. and J.E. Hall, 2007, 'Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 11', Jakarta: EGC.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W 1991, 'Health promotion planning : an educational and environmental approach', California: Mayfield Pub. Co.
- Hanifah, N. & T. S. (2013). Hubungan Kontribusi Beban Glikemik Makanan dan Aktivitas Fisik terhadap Kejadian Gizi Lebih pada Remaja di SMP Full Day Surabaya. *Media Gizi Indonesia*, 9(No. 1 Januari-Juni 2013), 66–71. Retrieved from jurnalpsik.unitri@gmail.com

- Hardy, L. L., Booth, M. L., & Okely, A. D. (2007). The reliability of the Adolescent Sedentary Activity Questionnaire (ASAQ). *Preventive Medicine*, 45(1), 71–74. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.03.014>
- Hartson, K. R., Gance-Cleveland, B., Amura, C. R., & Schmiede, S. (2018). Correlates of Physical Activity and Sedentary Behaviors Among Overweight Hispanic School-aged Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.019>
- Hendra, C., Manampiring, A. E., & Budiarmo, F. (2016). Faktor-Faktor Risiko Terhadap Obesitas Pada Remaja di Kota Bitung. *Jurnal E-Biomedik (EBM)*, 4(1), 2–6. <https://doi.org/10.1177/135485659800400413>
- Jahja, Y. (2011). *Psikologi Perkembangan. Psikologi Perkembangan* (Edisi 1). kharisma Putra Utama.
- Jannah, N., & Nirwana, H. (2015). Hubungan Kecanduan Game dengan Motivasi Belajar Siswa dan Implikasinya Terhadap Bimbingan dan Konseling. Universitas Negeri Padang. ISSN: 1412-9760., 4(December).
- Karuniawan, A., & Cahyanti, I. Y. (2013). Hubungan antara Academic Stress dengan Smartphone Addiction pada Mahasiswa Pengguna Smartphone. *Jurnal Psikologi Klinis Dan Kesehatan Mental*, 2(1), 16–21.
- Kemenkes, RI. (2011). Buku sk antropometri. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1219204>
- Kurdaningsih, S. V., Sudargo, T., & Lusmilasari, L. (2016). Physical Activity and Sedentary Lifestyle Towards Teenagers' Overweight/Obesity Status. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 3(3), 630–635. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20160623>
- Kuss, D. J. (2013). Internet gaming addiction: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 6(November 2013), 125–137. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S39476>
- Kuss, Daria J., Pontes, Halley M. (2018), 'Internet Addiction Volume 41 dari Advances in Psychotherapy – Evidence-Based Practice, Hogrefe Verlag, 2018.
- Kustaviani, F. (2015). Faktor Yang Berhubungan Dengan Obesitas Abdominal. FKM UNAIR, Vol.3 no.1 Jan, 45–56.
- Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H., & Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *PLoS ONE*, 8(12), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083558>
- Lestari, M. & F. (2018). Hubungan Antara Aktivitas Sedentari Dengan Prevalensi Overweight (Studi pada Siswa Kelas XI IPS SMA Negeri 11 Surabaya) Mega Lestari *, Faridha Nurhayati. *Jurnal Pendidikan Olahraga Dan Kesehatan*, 06(02), 369–373.

- NIH, 2019, 'Overweight', diakses 12 Maret 2019
<<https://medlineplus.gov/ency/article/003101.htm>>
- Notoatmodjo, S., 2012, '*Metodologi Penelitian Kesehatan*', Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam, 2016, '*Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Pendekatan Praktis. Edisi 4*', Jakarta: Salemba Medika
- Oktaviani, Saraswati, Lintang Dian dan Rahfiludin, M.Zen. 2012. Hubungan Kebiasaan Konsumsi Fast Food, Aktivitas Fisik, Pola Konsumsi, Karakteristik Remaja dan Orang Tua dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) (Studi Kasus pada Siswa SMA Negeri 9 Semarang Tahun 2012). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1 (2):pp.542-553
- Palupi, D. A., Sarjana, W. and Hadiati, T. (2018) 'Hubungan Ketergantungan Smartphone Terhadap Kecemasan Pada Mahasiswa Fakultas Diponegoro', 7(1), pp. 140–145.
- Par'i, H. M. dkk. (2017). Bahan Ajar Gizi. Penilaian Status Gizi. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 31.
- Praditasari, J. & S. (2018). Asupan lemak, aktivitas fisik dan kegemukan pada remaja putri di smp bina insani surabaya, (2018), 117–122. <https://doi.org/10.20473/mgi.v13i2.117>
- Pramudita, S. . & S. R. . (2017). Gambaran Aktivitas Sedentari Dan Tingkat Kecukupan Gizi Pada Remaja Gizi Lebih Dan Gizi Normal. *Media Gizi Indonesia*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.20473/mgi.v12i1.80-87>
- Pribadi, P. S. A. & F. N. (2018) 'Hubungan Antara Aktivitas Sedentari Dengan Status Gizi Siswa Kelas X Man Kota Mojokerto', *Jurnal Pendidikan Olahraga & Kesehatan*, Volume 06, pp. 327–330. Available at: <http://ejournal.unesa.ac.id/index.php/jurnal-pendidikan-jasmani/issue/archive>.
- Putri, V. R. dkk. (2015). Konsumsi Fast Food, Soft Drink, Aktivitas Fisik, dan Kejadian Overweight Siswa Sekolah Dasar di Jakarta. *Indonesian Journal of Human Nutrition*, 1(2), 135–148.
- Rahmadyan, H. R. (2017). Hubungan Antara Kecemasan Sosial dengan *Smartphone Addiction* Pada Remaja Awal. *FPsi UNAIR*, p21–22.
- Ramachandran, A., & Snehalatha, C. (2010). Rising Burden of Obesity in Asia. *Journal of Obesity*. <https://doi.org/10.1155/2010/868573>
- Ramadhani, S., Mundiastuti, L. and Mahmudiono, T. (2018) 'Aktivitas Fisik Saat Istirahat, Intensitas Penggunaan Smartphone, dan Kejadian Obesitas Pada Anak SD Full day School (Studi di SD Al Muslim Sidoarjo)', *Amerta Nutrition*, 2(4), p. 325. doi: 10.20473/amnt.v2i4.2018.325-331.
- Rianti, F. S 2018, 'Hubungan Antara Obesitas dengan Usia Menarche siswi SMP

Muhammadiyah 9 Surabaya Berdasarkan Kategori Indeks Massa Tubuh (IMT) ' Skripsi Universitas Airlangga.

- Riskesdas. (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013 Kementerian RI. *Proceedings, Annual Meeting - Air Pollution Control Association*, 6. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00001-X> 1 Desember 2013
- Riskesdas. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018/ Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB* (Vol. 3). Jakarta.
- Rosenberg, K. P., & Feder, L. C. (2014). *An Introduction to Behavioral Addictions. Behavioral Addictions: Criteria, Evidence, and Treatment*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00001-X>
- Salam, A. (2010). Faktor Risiko Kejadian Obesitas Pada Remaja. *Jurnal MKMI Vol*, 6(3), 185–190.
- Saputri, dkk. (2019). Analisis Hubungan Antara Sedentary Lifestyle Dengan Kejadian Obesitas Pada Usia Sekolah Dasar Kelas 4-6 (Studi di Kota Salatiga). *FKM UNDIP*, 7, 236–245.
- Sari, A. P., Ilyas, A., & Ifdil, I. (2018). Tingkat Kecanduan Internet pada Remaja Awal. *JPPI (Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia)*, 3, 110–117.
- Setiono, A. K., Ardianto, D. T., & Erandaru. (2017). Perancangan Film Semi Dokumenter Mencegah Perilaku Kecanduan Smartphone Pada Remaja Usia 12-18 Tahun, 1–9.
- Severin, Werner J & James W. Tankard, Jr., 2011, 'Teori Komunikasi Sejarah Metode dan Terapan di dalam Media Massa edisi kelima', Jakarta: Kencana Prenada Media Group
- Shochat, T., Flint-bretler, O., & Tzischinsky, O. (2010). Sleep patterns , electronic media exposure and daytime sleep-related behaviours among Israeli adolescents, *Acta Pædiatrica*(22), 1396–1400. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01821.x>
- Simbolon, D., & Tafrieani, W. (2018). Edukasi Gizi dan Perubahan Berat Badan Remaja Overweight dan Obesitas. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 289–294. Retrieved from <http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK>
- Soetjiningsih, 2012, *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta: EGC
- Suraya, R. (2018). Pengaruh Konsumsi Makanan Jajanan , Aktivitas Fisik , Screen Time , dan Durasi Tidur terhadap Obesitas pada Remaja Pengguna Smartphone di Madrasah Aliyah Negeri Binjai Tahun 2018, 1–149.
- Susanti, M. M., Widodo, W. U., & Safitri, D. I. (2018). Hubungan Kecanduan Bermain Game Online Pada Smartphone (Mobile Online Games) dengan Pola Makan Anak Sekolah Dasar Kelas 5 & 6 Di SD Negeri 4 Purwodadi.

- Thibault, H., Contrand, B., Saubusse, E., Baine, M., & Maurice-Tison, S. (2010). Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: Physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition*, 26(2), 192–200. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2009.03.015>
- Tremblay, Mark S. Aubert, Salomé. Barnes, Joel D. u. a. 2017, 'Sedentary Behavior Research Network (SBRN)–Terminology Consensus Project process and outcome' In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 14 (1), diakses pada 30 April 2019. At <<https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-017-0525-8>>
- Vilchis-gil, J., Galván-portillo, M., Klünder-klünder, M., Cruz, M., & Flores-huerta, S. (2015). Food habits , physical activities and sedentary lifestyles of eutrophic and obese school children : a case – control study, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1491-1>
- Weinstein, A., Curtiss Feder, L., Rosenberg, K. P., & Dannon, P. (2014). Internet Addiction Disorder: Overview and Controversies. *Behavioral Addictions: Criteria, Evidence, and Treatment*, (May 2015), 99–117. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00005-7>
- WHO. (2007). WHO reference 2007. *Growth Reference for Children and Adolescents 2007*.
- WHO, (2018). 'World Health Statistics', diakses 17 Maret 2019 <<http://e-journal.uajy.ac.id/14649/1/JURNAL.pdf>>
- Yang, Y. P., Wang, C. J., Wang, J. J., Lin, C. W., Yang, Y. T. C., Wang, J. shing, ... Yang, Y. C. (2017). The Effects of an Activity Promotion System on active living in overweight subjects with metabolic abnormalities. *Obesity Research and Clinical Practice*, 11(6), 718–727. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2017.06.002>
- Young, K. S., & de Abreu, C. N. (2011). *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc. PP.7-17
- Yusfita, lailiyah yusna. (2018). Hubungan Perilaku Sedentari dengan Sindrom Metabolik pada pekerja. *Skripsi (FKM) Universitas Airlangga*.

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Jalan C. Mulyorejo Surabaya 60132 Telp. (031) 2013754, 2013257, 2013755 Fax. (031) 2013756
Website: <http://www.unair.ac.id> | Email: dekan_per@unair.ac.id

Nomor : 197/UN3.1.13/PPd/2019
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian

14 Mei 2019

Kepada Yth.: Kepala Sekolah SMP Muhammadiyah 9 Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Windi Khoiriyah
NIM : 131511133072
Judul Skripsi : Hubungan *Smartphone Addiction* dan *Sedentary lifestyle* dengan Kejadian Status Gizi Lebih Pada Remaja

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I


Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. 
NIP. 196808291989031002

Lampiran 2. Surat Pengambilan Data dari Bakesbangpol

Surat Pengambilan Data

Yth. Kepala Dinas Pendidikan Kota Surabaya

di - **SURABAYA**

REKOMENDASI PENELITIAN

Dasar

- 1 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011
- 2 Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat

Memperhatikan

Surat Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 15 Mei 2019 Nomor 1996/UN3.1.13/PPd/2019 Perihal Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian

Pit Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada

a Nama Windi Khoiriyah
b Alamat Ds Ngabai Rt 14 RW 05 Ked. Jatis Kab Mojokerto
c Pekerjaan/Jabatan Mahasiswa
d Instansi/Organisasi Universitas Airlangga Surabaya
e Kewarganegaraan Indonesia

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan

a Judul / Tema Hubungan Smartphone Addiction Dan Sedentary Lifestyle Dengan Kejadian Status Gizi Lebih Pada Remaja
b Tujuan Pengambilan Data
c Bidang Penelitian Kesehatan
d Penanggung Jawab Ilya Krisnana S.Kep. Ns. M.Kep
e Anggota Peserta
f Waktu 3 (Tiga) Bulan / 1M1 Surat Deklarasi
g Lokasi Dinas Pendidikan Kota Surabaya

Dengan persyaratan

- 1 Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mematuhi persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan
- 2 Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya
- 3 Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu ketuhanan NKRI
- 4 Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih

an Pit KEPALA BADAN
Pit Sekretaris

Tembusan

Yth. 1. Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
2. Saudara yang bersangkutan.

Ir. Yuson Masruch, MM
Pembin
NIP-196712241994121001

CS Scan

Lampiran 3. Surat Perijinan dari Dispen

SURAT IJIN
 Nomor : 070/6151/436.7.1/2019

Dikawatir : Surat dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat (Bakesbangpol & Linmas) Tanggal 22 Mei 2019, Nomor : 070/6151/436.8.5/2018 maka dengan ini Kepala Dinas Pendidikan Kota Surabaya memberikan Ijin Kepada :

Nama : Windi Khoiriyah
 Alamat : Ds. Ngabar RT. 14 RW. 06 Kec. Jetis Kab. Mojokerto
 Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya
 Tema : Hubungan Smartphone addiction dan sedentary lifestyle dengan kejadian status gizi lebih pada remaja
 Pengikut : --

Untuk : 1. Melakukan Survey dan Permintaan data sesuai dengan Tema tersebut diatas di lingkungan Dinas Pendidikan Kota Surabaya.
 2. Lamanya Survey 3 (bulan), terhitung mulai tanggal Surat dikeluarkan.
 3. Mentaati segala peraturan yang berlaku & tidak mengganggu Kegiatan belajar mengajar.
 4. Membuat laporan setelah kegiatan penelitian selesai.

Dikeluarkan : di Surabaya
 Pada Tanggal : 31 Mei 2019

an. KEPALA DINAS PENDIDIKAN
 KOTA SURABAYA
 Sekretaris


Drs. ASTON TAMBUNAN, M.Si
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19611227 199003 1 006

Website : dinaspendidikan.surabaya.go.id : email : dinaspendidikan@surabaya.go.id

 CS

Lampiran 4. Keterangan Lolos Uji Etik

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"
 No : 1437-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, carefully reviewed the research protocol entitled :

**"HUBUNGAN SMARTPHONE ADDICTION DAN SEDENTARY LIFESTYLE
 DENGAN KEJADIAN STATUS GIZI LEBIH PADA REMAJA"**

<u>Peneliti utama</u>	Windi Khoiriyah
<u>Principal Investigator</u>	
<u>Nama Institusi</u>	Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<u>Name of the Institution</u>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	SMIP Muhammadiyah 9 Surabaya
<u>Setting of research</u>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited

Surabaya, 27 Mei 2019
 Ketua, ((CHAIRMAN))


Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

***Masa berlaku 1 tahun**
1 year validity period

Lampiran 5. Penjelasan Penelitian



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

PENJELASAN PENELITIAN

JUDUL PENELITIAN : Hubungan *Smartphone Addiction* dan *Sedentary Lifestyle* dengan Kejadian Status Gizi Lebih Pada Remaja

PENELITI : Windi Khoiriyah

NIM : 131511133072

Peneliti adalah Mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Saudara/i telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi ini sesungguhnya bersifat sukarela. Saudara/i berhak memilih untuk ikut berpartisipasi atau tidak berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini. Tidak ada konsekuensi atau dampak negatif jika Saudara/i membatalkan untuk ikut berpartisipasi. Sebelum Saudara/i memutuskan untuk berpartisipasi, maka saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran tentang hubungan *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja.
2. Penelitian ini bermanfaat bagi siswa/i, guru, dan petugas kesehatan untuk menambah pengetahuan tentang hubungan *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih.
3. Peneliti akan melakukan penelitian dengan cara memberikan angket/kuesioner untuk saudara/i. Total jumlah pertanyaan kuesioner adalah 45 butir dengan estimasi waktu yang diperlukan 20-30 menit. Kemudian dilanjutkan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
4. Penelitian ini tidak akan merugikan dan tidak mempengaruhi nilai seluruh mata pelajaran saudara/i. Apabila saudara/i merasa tidak nyaman selama pengisian angket, maka saudara/i boleh mengundurkan diri dari penelitian.

-
5. Semua data dan catatan yang dikumpulkan selama penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, dimana hasil penelitian hanya akan dipublikasikan kepada pihak institusi pendidikan dalam hal ini adalah Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga serta pihak terkait lainnya dengan tetap terjamin kerahasiaan identitas.
 6. Peneliti akan memberikan kesempatan kepada peserta untuk diperiksa kembali kebenarannya sebelum dilakukan analisa data. Apabila terjadi kekurangan, peneliti akan menghubungi peserta melalui nomor peserta.
 7. Jika ada yang belum jelas silahkan saudara/i tanyakan pada peneliti saat pengambilan data berlangsung.
 8. Saudara/i akan memperoleh penghargaan/*goodie bag* dari peneliti atas kesediaan dan kerjasamanya selama proses penelitian. *Goodie bag* berisi alat tulis.
 9. Jika saudara/i memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini silahkan menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi partisipan pada lembar yang telah disepakati.
 10. Bila ada hal-hal yang ingin ditanyakan dan timbul masalah terkait penelitian ini, orang tua dan siswa dapat menghubungi

Contact Person

Berikut adalah identitas peneliti:

Nama : Windi Khoiriyah

No.HP : 085645506183

Email : windikhoiriyah96@gmail.com

Institusi Penyelenggara : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Jl. Mulyorejo
Surabaya (031-5920948)

Surabaya,2019

Peneliti

Windi Khoiriyah
NIM. 131511133072

Lampiran 6. Permohonan Menjadi Responden



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Saya Windi Khoiriyah, mahasiswi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian berjudul **“Hubungan *Smartphone Addiction* dan *Sedentary Lifestyle* dengan Kejadian Status Gizi Lebih Pada Remaja”** yang dibimbing oleh:

1. Ilya Krisnana, S.Kep.,Ns., M. Kep
2. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara *smartphone addiction* dan *sedentary lifestyle* dengan kejadian status gizi lebih pada remaja. Saya mengharapkan kesediaan Anda untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah disiapkan dengan sejujurnya atau apa adanya sesuai dengan apa yang Anda rasakan. Saya akan menjamin kerahasiaan data serta identitas Anda. Informasi yang Anda berikan digunakan sebagai data dari tujuan penelitian, tidak akan dipergunakan untuk maksud lain. Saya menghargai partisipasi Anda dalam mengisi kuesioner ini dan sebelumnya saya mengucapkan terima kasih.

Surabaya, 2019

Hormat saya,

Windi Khoiriyah
NIM. 131511133072

Lampiran 7. *Informed Consent*

INFORMED CONSENT
(Pernyataan Persetujuan Mengikuti Penelitian)

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
 Umur :
 Jenis kelamin :
 Kelas :
 Alamat :
 No.HP :

Telah mendapat penjelasan dengan jelas dan rinci tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian, mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “Hubungan *Smartphone Addiction* dan *Sedentary Lifestyle* dengan Kejadian Status Gizi Lebih Pada Remaja”
2. Perlakuan yang diterapkan kepada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Respon penelitian mendapatkan kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Maka dengan ini secara sukarela dan dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan menyatakan **(mengizinkan/tidak mengizinkan*) putra/putri*)** kami untuk ikut dalam penelitian. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa adanya tekanan/paksaan dari pihak manapun.

Surabaya,2019

Peneliti

Orang tua/Wali

(Windi Khoiriyah)

(_____)

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 8. Kuesioner Demografi

LEMBAR KUESIONER
HUBUNGAN SMARTPHONE ADDICTION DAN SEDENTARY LIFESTYLE
DENGAN KEJADIAN STATUS GIZI LEBIH PADA REMAJA

Peneliti adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, penelitian ini dilaksanakan dalam rangka penyelesaian tugas akhir/skripsi mengenai “Hubungan *Smartphone Addiction* dan *Sedentary Lifestyle* Dengan Kejadian Status Gizi Lebih Pada Remaja”

Kuesioner ini merupakan formulir isian biasa dan tidak perlu ragu-ragu dalam mengisi. Semua informasi yang saudara berikan akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi penilaian dari sekolah, oleh karena itu saya memohon jawaban jujur dan apa adanya dari saudara.

Kuesioner Demografi

No	Identitas Responden	
1.	Kode Responden	(*diisi peneliti)
2.	Jenis Kelamin	
3.	Tanggal Lahir	
4.	Usia	
7.	Kelas	
8.	Berat Badan (Kg)	
9.	Tinggi Badan (Cm)	
10.	Status Gizi (IMT/U)	(*diisi peneliti)

Lampiran 9. Kuesioner SAS

KUESIONER A

Smartphone Addiction Scale (SAS)

Pernyataan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap penggunaan *Smartphone* dalam aktivitas sehari-hari anda. Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai. Pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik. Saudara/i cukup memilih salah satu pilihan jawaban yang tersedia dengan memberi **tanda centang (✓)** pada angka pilihan yang anda yakini sesuai dengan diri anda.

No	Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Tidak Terlalu Setuju	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
		1	2	3	4	5	6
1.	Gagal melaksanakan rencana karena menggunakan <i>smartphone</i>						
2.	Sulit berkonsentrasi di kelas, saat mengerjakan tugas atau saat bekerja karena penggunaan <i>smartphone</i>						
3.	Mengalami pusing atau penglihatan kabur karena penggunaan <i>smartphone</i> yang berlebihan						
4.	Merasakan sakit di pergelangan tangan atau di belakang leher saat menggunakan <i>smartphone</i>						
5.	Merasa lelah dan kurang tidur karena penggunaan <i>smartphone</i> yang berlebihan						
6.	Merasa tenang atau nyaman saat menggunakan <i>smartphone</i>						
7.	Merasa tenang atau bersemangat saat menggunakan <i>smartphone</i>						
8.	Merasa percaya diri saat menggunakan <i>smartphone</i>						
9.	Mampu menghilangkan stress, bila menggunakan <i>smartphone</i>						
10.	Tidak ada yang lebih menyenangkan daripada menggunakan <i>smartphone</i> yang saya miliki						
11.	Hidup saya terasa kosong atau hampa tanpa <i>smartphone</i>						

12.	Merasa paling bebas saat menggunakan smartphone						
13.	Menggunakan smartphone adalah hal yang paling menyenangkan untuk dilakukan						
14.	Tidak akan mampu menghadapi persoalan, tanpa smartphone						
15.	Merasa tidak sabar dan panik ketika tidak memegang smartphone						
16.	Memikirkan smartphone, bahkan ketika tidak sedang menggunakannya						
17.	Saya tidak akan pernah berhenti menggunakan smartphone, bahkan ketika kehidupan sehari-hari saya sudah sangat dipengaruhi olehnya						
18.	Kesal ketika saya merasa terganggu saat menggunakan smartphone						
19.	Membawa smartphone saya ke toilet bahkan ketika saya sedang terburu-buru						
20.	Merasa hebat karena memiliki teman lebih banyak melalui smartphone						
21.	Merasa bahwa saya dengan teman-teman melalui smartphone lebih intim daripada dengan teman-teman di kehidupan nyata saya						
22.	Tidak bisa menggunakan smartphone, terasa sama menyakitkan seperti kehilangan teman						
23.	Merasa bahwa teman di smartphone saya mengerti saya lebih baik dari teman nyata di kehidupan saya						
24.	Terus-menerus memeriksa smartphone saya agar tidak ketinggalan percakapan antara orang lain di twitter atau facebook dan media sosial lainnya						
25.	Memeriksa situs SNS (Social Networking Service) seperti twitter atau facebook dan media sosial lainnya begitu bangun tidur						

26.	Lebih memilih berbicara dengan teman-teman di smartphone saya daripada bergaul dengan teman-teman kehidupan nyata saya ataupun dengan anggota keluarga yang lain						
27.	Lebih memilih mencari sesuatu dari smartphone saya dibandingkan bertanya pada orang lain						
28.	Baterai yang terisi penuh tidak berlangsung selama satu hari penuh						
29.	Menggunakan smartphone lebih lama dari keinginan awal saya						
30.	Merasa dorongan untuk menggunakan smartphone lagi sesaat setelah saya berhenti menggunakannya						
31.	Berulang kali mencoba untuk mempersingkat waktu saya menggunakan smartphone, tapi selalu gagal						
32.	Selalu berpikir bahwa saya harus mempersingkat waktu penggunaan smartphone saya						
33.	Orang-orang di sekitar saya mengatakan bahwa saya menggunakan smartphone terlalu sering						

Lampiran 10. Kuesioner ASAQ

KUESIONER B

Adolescent Sedentary Activity Questionnaire (ASAQ)

Tuliskan berapa lama waktu yang anda habiskan untuk beraktifitas sebelum dan setelah sekolah setiap hari. Biarkan kosong jika anda tidak melakukan aktivitas itu. Tulis dalam hitungan jam atau menit.

No.	Aktivitas	Senin		Selasa		Rabu		Kamis		Jumat	
		Jam	Menit	Jam	Menit	Jam	Menit	Jam	Menit	Jam	Menit
1	Menonton TV										
2	Menonton video/DVD										
3	Menggunakan komputer/laptop untuk bermain game online, sosial media, dll.										
4	Menggunakan komputer/laptop untuk mengerjakan tugas/PR										
5	Mengerjakan tugas/PR (tanpa menggunakan komputer/laptop)										
6	Membaca bacaan yang disukai										
7	Tambahan pelajaran (les/tutor)										
8	Berpergian (naik motor, mobil, bus, kereta)										
9	Mengerjakan hobi, kerajinan										

	tangan, bermain sepak bola, berenang, bermain voli, dll.										
10	Duduk bersantai (mengobrol dengan teman secara langsung/tatap muka atau menggunakan telepon/HP)										
11	Bermain/ berlatih alat musik										

No	Aktivitas	Sabtu		Minggu	
		Jam	Menit	Jam	Menit
1	Menonton TV				
2	Menonton video/DVD				
3	Menggunakan komputer/laptop untuk bermain game online, sosial media, dll.				
4	Menggunakan komputer/laptop untuk mengerjakan tugas/PR				
5	Mengerjakan tugas/PR (tanpa menggunakan komputer/laptop)				
6	Membaca bacaan yang disukai				
7	Tambahan pelajaran (les/ tutor)				

8	Berpergian (naik motor, mobil, bus, kereta)				
9	Mengerjakan hobi, kerajinan tangan, bermain sepak bola, berenang, bermain voli, dll.				
10	Duduk bersantai (mengobrol dengan teman secara langsung/tatap muka atau menggunakan telepon/HP)				
11	Bermain/ berlatih alat musik				
12	Kegiatan keagamaan atau pergi ke sekolah				

Lampiran 11. SOP Pengukuran TB, BB, dan IMT

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

No	Langkah/ Prosedur Pemeriksaan
	A. PENIMBANGAN BERAT BADAN Tujuan : Mengetahui berat badan Sasaran : Remaja Media dan alat : 1. Timbangan analog 2. Lembar catatan
1.	Persiapan a. Letakkan timbangan di tempat yang datar b. Pastikan timbangan analog berfungsi dengan baik dengan cara mengatur penunjuk angka tepat diangka “nol” c. Jelaskan prosedur penimbangan kepada pasien d. Pasien yang akan ditimbang diminta membuka alas kaki dan jaket serta meletakkan barang bawaan yang berat seperti kunci, dll.
2.	Prosedur Penimbangan a. Posisikan klien di atas timbangan b. Perhatikan posisi kaki pasien tepat di tengah alat timbangan, tidak menumpu pada salah satu kaki, sikap tenang (jangan bergerak-gerak) dan kepala tidak menunduk (memandang lurus ke depan) c. Perhatikan jarum penunjuk berhenti, dari arah depan tegak lurus dengan angka d. Baca dan Informasikan hasil pengukuran pada klien e. Catat berat badan pada lembar catatan f. Minta pasien turun dari alat timbang
	B. PENGUKURAN TINGGI BADAN Tujuan : Mengetahui tinggi badan Sasaran : Remaja Media dan alat : 1. <i>Microtoise</i>/staturemeter 2. Lembar catatan

1.	Persiapan a. Gantungkan <i>microtoise</i> di dinding yang datar. Jangan ada lekukan atau tonjolan di dinding.
2.	Prosedur Pengukuran Tinggi Badan a. Minta pasien untuk melepaskan alas kaki (sandal/sepatu), topi (penutup kepala) dan aksesoris lain yang bias mempengaruhi hasil pengukuran b. Pastikan alat geser berada di posisi atas c. Klien diminta berdiri tegak d. Posisi kepala dan bahu bagian belakang (punggung), pantat, betis dan tumit menempel pada dinding tempat <i>microtoise</i> dipasang e. Pandangan lurus ke depan dan tangan dalam posisi tergantung bebas f. Gerakan lata geser sampai menyentuh bagian atas kepala pasien. Pastikan alat geser berada tepat di tengah kepala klien. Saat keadaan ini bagian belakang alat geser harus tetap menempel pada dinding g. Baca angka tinggi badan pada jendela baca ke arah angka yang lebih besar (ke bawah). Pembacaan dilakukan tepat di depan angka (skala) pada garis merah, sejajar dengan mata petugas h. Apabila pengukur lebih rendah dari yang diukur, pengukur harus berdiri di atas bangku agar hasil pembacaannya benar i. Pencatatan dilakukan dengan ketelitian sampai satu angka dibelakang koma (0,1 cm). Contoh: 157,3 cm; 160,0 cm; 163,8 cm.
C. Penentuan Status Gizi	
1.	IMT (Indeks Massa Tubuh) a. Hitung IMT klien dengan menggunakan rumus: b. $IMT = BB \text{ (kg)} / TB^2 \text{ (m}^2\text{)}$ c. Ambil tabel klasifikasi status gizi pada remaja d. Masukkan nilai IMT klien ke tabel tersebut e. Tentukan status gizi klien

Lampiran 12. Penentuan Standar Indeks Massa Tubuh Menurut Usia Untuk Anak Perempuan (Usia 12-15 Tahun)

Anak Perempuan Umur 5-18 Tahun								
Umur		Indeks Massa Tubuh (IMT)						
Tahun	Bulan	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
11	1	12.8	13.9	15.4	17.3	19.9	23.8	30.3
11	2	12.8	14.0	15.4	17.4	20.0	23.9	30.5
11	3	12.8	14.0	15.5	17.4	20.1	24.0	30.6
11	4	12.9	14.0	15.5	17.5	20.2	24.1	30.8
11	5	12.9	14.1	15.6	17.5	20.2	24.2	30.9
11	6	12.9	14.1	15.6	17.6	20.3	24.3	31.1
11	7	13.0	14.2	15.7	17.7	20.4	24.4	31.2
11	8	13.0	14.2	15.7	17.7	20.5	24.5	31.4
11	9	13.0	14.3	15.8	17.8	20.6	24.7	31.5
11	10	13.1	14.3	15.8	17.9	20.6	24.8	31.6
11	11	13.1	14.3	15.9	17.9	20.7	24.9	31.8
12	0	13.2	14.4	16.0	18.0	20.8	25.0	31.9
12	1	13.2	14.4	16.0	18.1	20.9	25.1	32.0
12	2	13.2	14.5	16.1	18.1	21.0	25.2	32.2
12	3	13.3	14.5	16.1	18.2	21.1	25.3	32.3
12	4	13.3	14.6	16.2	18.3	21.1	25.4	32.4
12	5	13.3	14.6	16.2	18.3	21.2	25.5	32.6
12	6	13.4	14.7	16.3	18.4	21.3	25.6	32.7
12	7	13.4	14.7	16.3	18.5	21.4	25.7	32.8
12	8	13.5	14.8	16.4	18.5	21.5	25.8	33.0
12	9	13.5	14.8	16.4	18.6	21.6	25.9	33.1
12	10	13.5	14.8	16.5	18.7	21.6	26.0	33.2
12	11	13.6	14.9	16.6	18.7	21.7	26.1	33.3
13	0	13.6	14.9	16.6	18.8	21.8	26.2	33.4
13	1	13.6	15.0	16.7	18.9	21.9	26.3	33.6
13	2	13.7	15.0	16.7	18.9	22.0	26.4	33.7
13	3	13.7	15.1	16.8	19.0	22.0	26.5	33.8
13	4	13.8	15.1	16.8	19.1	22.1	26.6	33.9
13	5	13.8	15.2	16.9	19.1	22.2	26.7	34.0
13	6	13.8	15.2	16.9	19.2	22.3	26.8	34.1
13	7	13.9	15.2	17.0	19.3	22.4	26.9	34.2
13	8	13.9	15.3	17.0	19.3	22.4	27.0	34.3
13	9	13.9	15.3	17.1	19.4	22.5	27.1	34.4
13	10	14.0	15.4	17.1	19.4	22.6	27.1	34.5
13	11	14.0	15.4	17.2	19.5	22.7	27.2	34.6
14	0	14.0	15.4	17.2	19.6	22.7	27.3	34.7

Umur		Indeks Massa Tubuh (IMT)						
Tahun	Bulan	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
14	1	14.1	15.5	17.3	19.6	22.8	27.4	34.7
14	2	14.1	15.5	17.3	19.7	22.9	27.5	34.8
14	3	14.1	15.6	17.4	19.7	22.9	27.6	34.9
14	4	14.1	15.6	17.4	19.8	23.0	27.7	35.0
14	5	14.2	15.6	17.5	19.9	23.1	27.7	35.1
14	6	14.2	15.7	17.5	19.9	23.1	27.8	35.1
14	7	14.2	15.7	17.6	20.0	23.2	27.9	35.2
14	8	14.3	15.7	17.6	20.0	23.3	28.0	35.3
14	9	14.3	15.8	17.6	20.1	23.3	28.0	35.4
14	10	14.3	15.8	17.7	20.1	23.4	28.1	35.4
14	11	14.3	15.8	17.7	20.2	23.5	28.2	35.5
15	0	14.4	15.9	17.8	20.2	23.5	28.2	35.5
15	1	14.4	15.9	17.8	20.3	23.6	28.3	35.6
15	2	14.4	15.9	17.8	20.3	23.6	28.4	35.7
15	3	14.4	16.0	17.9	20.4	23.7	28.4	35.7
15	4	14.5	16.0	17.9	20.4	23.7	28.5	35.8
15	5	14.5	16.0	17.9	20.4	23.8	28.5	35.8
15	6	14.5	16.0	18.0	20.5	23.8	28.6	35.8
15	7	14.5	16.1	18.0	20.5	23.9	28.6	35.9
15	8	14.5	16.1	18.0	20.6	23.9	28.7	35.9
15	9	14.5	16.1	18.1	20.6	24.0	28.7	36.0
15	10	14.6	16.1	18.1	20.6	24.0	28.8	36.0
15	11	14.6	16.2	18.1	20.7	24.1	28.8	36.0
16	0	14.6	16.2	18.2	20.7	24.1	28.9	36.1

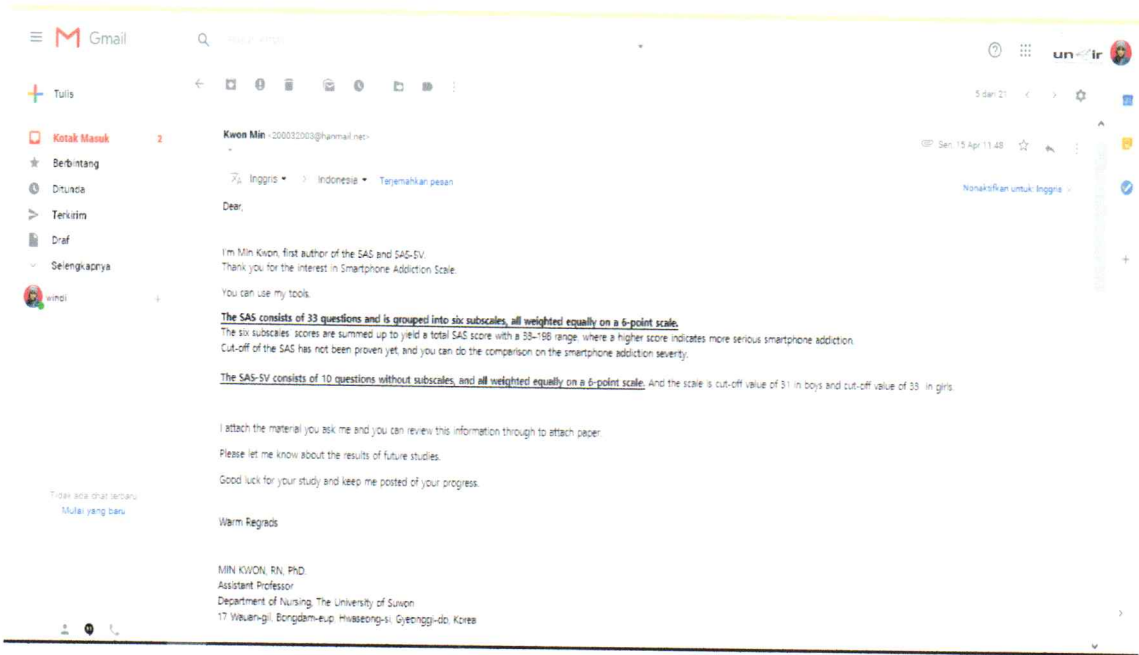
Lampiran 13. Penentuan Standar Indeks Massa Tubuh Menurut Usia Untuk Anak Laki-laki (Usia 12-15 Tahun)

Anak Laki-Laki Umur 5-18 Tahun								
Umur		Indeks Massa Tubuh (IMT)						
Tahun	Bulan	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
11	1	13.1	14.1	15.3	17.0	19.2	22.5	26.2
11	2	13.1	14.1	15.4	17.0	19.3	22.6	26.4
11	3	13.1	14.1	15.4	17.1	19.3	22.7	26.5
11	4	13.2	14.2	15.5	17.1	19.4	22.8	26.7
11	5	13.2	14.2	15.5	17.2	19.5	22.9	26.8
11	6	13.2	14.2	15.5	17.2	19.5	23.0	29.0
11	7	13.2	14.3	15.6	17.3	19.6	23.1	29.2
11	8	13.3	14.3	15.6	17.3	19.7	23.2	29.3
11	9	13.3	14.3	15.7	17.4	19.7	23.3	29.5
11	10	13.3	14.4	15.7	17.4	19.8	23.4	29.6
11	11	13.4	14.4	15.7	17.5	19.9	23.5	29.8
12	0	13.4	14.5	15.8	17.5	19.9	23.6	30.0
12	1	13.4	14.5	15.8	17.6	20.0	23.7	30.1
12	2	13.5	14.5	15.9	17.6	20.1	23.8	30.3
12	3	13.5	14.6	15.9	17.7	20.2	23.9	30.4
12	4	13.5	14.6	16.0	17.8	20.2	24.0	30.6
12	5	13.6	14.6	16.0	17.8	20.3	24.1	30.7
12	6	13.6	14.7	16.1	17.9	20.4	24.2	30.9
12	7	13.6	14.7	16.1	17.9	20.4	24.3	31.0
12	8	13.7	14.8	16.2	18.0	20.5	24.4	31.1
12	9	13.7	14.8	16.2	18.0	20.6	24.5	31.3
12	10	13.7	14.8	16.3	18.1	20.7	24.6	31.4
12	11	13.8	14.9	16.3	18.2	20.8	24.7	31.6
13	0	13.8	14.9	16.4	18.2	20.8	24.8	31.7
13	1	13.8	15.0	16.4	18.3	20.9	24.9	31.8
13	2	13.9	15.0	16.5	18.4	21.0	25.0	31.9
13	3	13.9	15.1	16.5	18.4	21.1	25.1	32.1
13	4	14.0	15.1	16.6	18.5	21.1	25.2	32.2
13	5	14.0	15.2	16.6	18.6	21.2	25.2	32.3
13	6	14.0	15.2	16.7	18.6	21.3	25.3	32.4
13	7	14.1	15.2	16.7	18.7	21.4	25.4	32.6
13	8	14.1	15.3	16.8	18.7	21.5	25.5	32.7
13	9	14.1	15.3	16.8	18.8	21.5	25.6	32.8
13	10	14.2	15.4	16.9	18.9	21.6	25.7	32.9
13	11	14.2	15.4	17.0	18.9	21.7	25.8	33.0
14	0	14.3	15.5	17.0	19.0	21.8	25.9	33.1

Umur		Indeks Massa Tubuh (IMT)						
Tahun	Bulan	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
14	1	14.3	15.5	17.1	19.1	21.8	26.0	33.2
14	2	14.3	15.6	17.1	19.1	21.9	26.1	33.3
14	3	14.4	15.6	17.2	19.2	22.0	26.2	33.4
14	4	14.4	15.7	17.2	19.3	22.1	26.3	33.5
14	5	14.5	15.7	17.3	19.3	22.2	26.4	33.5
14	6	14.5	15.7	17.3	19.4	22.2	26.5	33.6
14	7	14.5	15.8	17.4	19.5	22.3	26.5	33.7
14	8	14.6	15.8	17.4	19.5	22.4	26.6	33.8
14	9	14.6	15.9	17.5	19.6	22.5	26.7	33.9
14	10	14.6	15.9	17.5	19.6	22.5	26.8	33.9
14	11	14.7	16.0	17.6	19.7	22.6	26.9	34.0
15	0	14.7	16.0	17.6	19.8	22.7	27.0	34.1
15	1	14.7	16.1	17.7	19.8	22.8	27.1	34.1
15	2	14.8	16.1	17.8	19.9	22.8	27.1	34.2
15	3	14.8	16.1	17.8	20.0	22.9	27.2	34.3
15	4	14.8	16.2	17.9	20.0	23.0	27.3	34.3
15	5	14.9	16.2	17.9	20.1	23.0	27.4	34.4
15	6	14.9	16.3	18.0	20.1	23.1	27.4	34.5
15	7	15.0	16.3	18.0	20.2	23.2	27.5	34.5
15	8	15.0	16.3	18.1	20.3	23.3	27.6	34.6
15	9	15.0	16.4	18.1	20.3	23.3	27.7	34.6
15	10	15.0	16.4	18.2	20.4	23.4	27.7	34.7
15	11	15.1	16.5	18.2	20.4	23.5	27.8	34.7
16	0	15.1	16.5	18.2	20.5	23.5	27.9	34.8

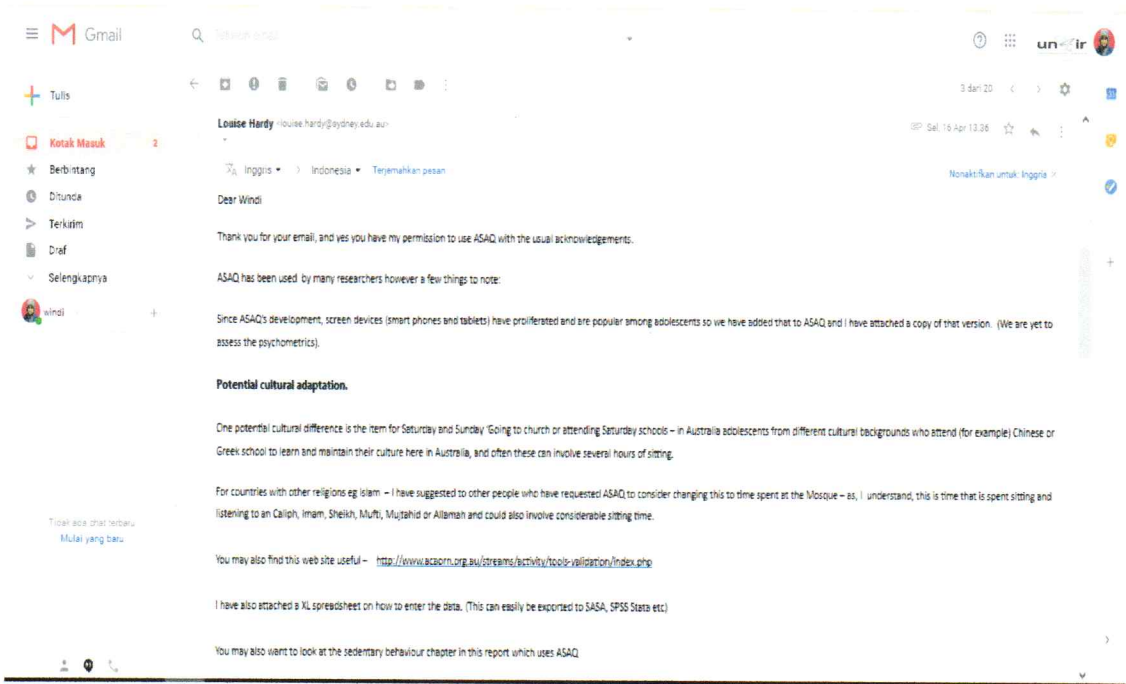
Lampiran 14. Izin Kuesioner SAS

Izin Penggunaan Kuesioner SAS (*Smartphone Addiction Scale*)



Lampiran 15. Izin Kuesioner ASAQ

Izin Penggunaan Kuesioner ASAQ (*Adolescent Sedentary Activity Questionnaire*)



Lampiran 16 Print Out Hasil Uji Statistik

Hasil SPSS
Karakteristik Responden

Usia				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	12.00	4	3.6	3.6
	13.00	36	32.7	36.4
	14.00	58	52.7	89.1
	15.00	12	10.9	100.0
	Total	110	100.0	100.0

Jenis Kelamin				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	57	51.8	51.8
	Laki-Laki	53	48.2	100.0
	Total	110	100.0	100.0

Kelas				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	7A	24	21.8	21.8
	7B	24	21.8	43.6
	8A	17	15.5	59.1
	8B	25	22.7	81.8
	8C	20	18.2	100.0
	Total	110	100.0	100.0

DATA KHUSUS

Smartphone Addict

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Adiksi Rendah	15	13.6	13.6	13.6
	Adiksi Sedang	79	71.8	71.8	85.5
	Adiksi Berat	16	14.5	14.5	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

Sedentary Lifestyle

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	49	44.5	44.5	44.5
	Sedang	57	51.8	51.8	96.4
	Tinggi	4	3.6	3.6	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

status_gizi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	gizi tidak lebih	81	73.6	73.6	73.6
	gizi lebih	29	26.4	26.4	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

status_gizi * jenis_kelamin Crosstabulation

		jenis_kelamin		Total	
		perempuan	laki-laki		
status_gizi	gizi tidak lebih	Count	42	39	81
		% within status_gizi	51.9%	48.1%	100.0%
		% within jenis_kelamin	73.7%	73.6%	73.6%
		% of Total	38.2%	35.5%	73.6%
	gizi lebih	Count	15	14	29
		% within status_gizi	51.7%	48.3%	100.0%

Total	% within jenis_kelamin	26.3%	26.4%	26.4%
	% of Total	13.6%	12.7%	26.4%
	Count	57	53	110
	% within status_gizi	51.8%	48.2%	100.0%
	% within jenis_kelamin	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	51.8%	48.2%	100.0%

Distribusi skala *Smartphone Addiction*

Statistics

smartphone

N	Valid	110
	Missing	0
Mean	105.2818	
Std. Deviation	19.54582	

$X < 85,74$	Rendah
$85,74 \leq X \leq 124,82$	Sedang
$X \geq 124,82$	Berat

Hasil Per point pertanyaan (kuesioner *Smartphone Addiction Scale*)

SAS1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	STS	11	10.0	10.0	10.0
	TS	31	28.2	28.2	38.2
	TTS	19	17.3	17.3	55.5
	AS	20	18.2	18.2	73.6
	S	25	22.7	22.7	96.4
	SS	4	3.6	3.6	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

SAS2				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	14	12.7	12.7	12.7
TS	33	30.0	30.0	42.7
TTS	13	11.8	11.8	54.5
Valid AS	16	14.5	14.5	69.1
S	27	24.5	24.5	93.6
SS	7	6.4	6.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS3				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	11	10.0	10.0	10.0
TS	33	30.0	30.0	40.0
TTS	14	12.7	12.7	52.7
Valid AS	20	18.2	18.2	70.9
S	26	23.6	23.6	94.5
SS	6	5.5	5.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS4				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	12	10.9	10.9	10.9
TS	26	23.6	23.6	34.5
TTS	18	16.4	16.4	50.9
Valid AS	23	20.9	20.9	71.8
S	27	24.5	24.5	96.4
SS	4	3.6	3.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	9	8.2	8.2	8.2
TS	19	17.3	17.3	25.5
TTS	21	19.1	19.1	44.5
Valid AS	28	25.5	25.5	70.0
S	26	23.6	23.6	93.6
SS	7	6.4	6.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	7	6.4	6.4	6.4
TS	16	14.5	14.5	20.9
TTS	18	16.4	16.4	37.3
Valid AS	31	28.2	28.2	65.5
S	26	23.6	23.6	89.1
SS	12	10.9	10.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	3	2.7	2.7	2.7
TS	15	13.6	13.6	16.4
TTS	27	24.5	24.5	40.9
Valid AS	27	24.5	24.5	65.5
S	27	24.5	24.5	90.0
SS	11	10.0	10.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	5	4.5	4.5	4.5
TS	18	16.4	16.4	20.9
TTS	31	28.2	28.2	49.1
Valid AS	30	27.3	27.3	76.4
S	16	14.5	14.5	90.9
SS	10	9.1	9.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	1	.9	.9	.9
TS	22	20.0	20.0	20.9
TTS	21	19.1	19.1	40.0
Valid AS	29	26.4	26.4	66.4
S	30	27.3	27.3	93.6
SS	7	6.4	6.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	7	6.4	6.4	6.4
TS	33	30.0	30.0	36.4
TTS	31	28.2	28.2	64.5
Valid AS	20	18.2	18.2	82.7
S	13	11.8	11.8	94.5
SS	6	5.5	5.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	17	15.5	15.5	15.5
TS	28	25.5	25.5	40.9
TTS	25	22.7	22.7	63.6
Valid AS	19	17.3	17.3	80.9
S	18	16.4	16.4	97.3
SS	3	2.7	2.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	17	15.5	15.5	15.5
TS	25	22.7	22.7	38.2
TTS	26	23.6	23.6	61.8
Valid AS	22	20.0	20.0	81.8
S	13	11.8	11.8	93.6
SS	7	6.4	6.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	3	2.7	2.7	2.7
TS	22	20.0	20.0	22.7
TTS	20	18.2	18.2	40.9
Valid AS	39	35.5	35.5	76.4
S	22	20.0	20.0	96.4
SS	4	3.6	3.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	12	10.9	10.9	10.9
TS	40	36.4	36.4	47.3
TTS	25	22.7	22.7	70.0
Valid AS	17	15.5	15.5	85.5
S	14	12.7	12.7	98.2
SS	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	15	13.6	13.6	13.6
TS	28	25.5	25.5	39.1
TTS	28	25.5	25.5	64.5
Valid AS	21	19.1	19.1	83.6
S	16	14.5	14.5	98.2
SS	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	21	19.1	19.1	19.1
TS	26	23.6	23.6	42.7
TTS	27	24.5	24.5	67.3
Valid AS	21	19.1	19.1	86.4
S	12	10.9	10.9	97.3
SS	3	2.7	2.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	15	13.6	13.6	13.6
TS	38	34.5	34.5	48.2
TTS	22	20.0	20.0	68.2
Valid AS	17	15.5	15.5	83.6
S	16	14.5	14.5	98.2
SS	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	12	10.9	10.9	10.9
TS	25	22.7	22.7	33.6
TTS	29	26.4	26.4	60.0
Valid AS	26	23.6	23.6	83.6
S	13	11.8	11.8	95.5
SS	5	4.5	4.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	31	28.2	28.2	28.2
TS	29	26.4	26.4	54.5
TTS	15	13.6	13.6	68.2
Valid AS	21	19.1	19.1	87.3
S	10	9.1	9.1	96.4
SS	4	3.6	3.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS20

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	15	13.6	13.6	13.6
TS	23	20.9	20.9	34.5
TTS	36	32.7	32.7	67.3
Valid AS	25	22.7	22.7	90.0
S	10	9.1	9.1	99.1
SS	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS21

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	24	21.8	21.8	21.8
TS	34	30.9	30.9	52.7
TTS	26	23.6	23.6	76.4
Valid AS	19	17.3	17.3	93.6
S	6	5.5	5.5	99.1
SS	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS22

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	26	23.6	23.6	23.6
TS	32	29.1	29.1	52.7
TTS	22	20.0	20.0	72.7
Valid AS	15	13.6	13.6	86.4
S	12	10.9	10.9	97.3
SS	3	2.7	2.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS23

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	28	25.5	25.5	25.5
TS	34	30.9	30.9	56.4
TTS	19	17.3	17.3	73.6
Valid AS	19	17.3	17.3	90.9
S	6	5.5	5.5	96.4
SS	4	3.6	3.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS24

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	14	12.7	12.7	12.7
TS	26	23.6	23.6	36.4
TTS	26	23.6	23.6	60.0
Valid AS	24	21.8	21.8	81.8
S	15	13.6	13.6	95.5
SS	5	4.5	4.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS25

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	20	18.2	18.2	18.2
TS	30	27.3	27.3	45.5
TTS	22	20.0	20.0	65.5
Valid AS	19	17.3	17.3	82.7
S	17	15.5	15.5	98.2
SS	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS26

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	33	30.0	30.0	30.0
TS	32	29.1	29.1	59.1
TTS	25	22.7	22.7	81.8
Valid AS	9	8.2	8.2	90.0
S	9	8.2	8.2	98.2
SS	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS27

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	13	11.8	11.8	11.8
TS	26	23.6	23.6	35.5
TTS	35	31.8	31.8	67.3
Valid AS	24	21.8	21.8	89.1
S	8	7.3	7.3	96.4
SS	4	3.6	3.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS28

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	12	10.9	10.9	10.9
TS	31	28.2	28.2	39.1
TTS	18	16.4	16.4	55.5
Valid AS	21	19.1	19.1	74.5
S	20	18.2	18.2	92.7
SS	8	7.3	7.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS29

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	12	10.9	10.9	10.9
TS	22	20.0	20.0	30.9
TTS	26	23.6	23.6	54.5
Valid AS	24	21.8	21.8	76.4
S	20	18.2	18.2	94.5
SS	6	5.5	5.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS30

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	15	13.6	13.6	13.6
TS	24	21.8	21.8	35.5
TTS	23	20.9	20.9	56.4
Valid AS	22	20.0	20.0	76.4
S	23	20.9	20.9	97.3
SS	3	2.7	2.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS31

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	9	8.2	8.2	8.2
TS	28	25.5	25.5	33.6
TTS	15	13.6	13.6	47.3
Valid AS	20	18.2	18.2	65.5
S	24	21.8	21.8	87.3
SS	14	12.7	12.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS32

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	7	6.4	6.4	6.4
TS	8	7.3	7.3	13.6
TTS	23	20.9	20.9	34.5
Valid AS	27	24.5	24.5	59.1
S	30	27.3	27.3	86.4
SS	15	13.6	13.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

SAS33

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
STS	13	11.8	11.8	11.8
TS	22	20.0	20.0	31.8
TTS	15	13.6	13.6	45.5
Valid AS	22	20.0	20.0	65.5
S	29	26.4	26.4	91.8
SS	9	8.2	8.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Distribusi Berat Badan dan Tinggi Badan

Statistics

	Berat badan	Tinggi badan
N Valid	110	110
Missing	0	0
Mean	49.2273	155.6182
Std. Deviation	11.03261	9.46745

Berat badan				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
29.00	1	.9	.9	.9
30.00	2	1.8	1.8	2.7
31.00	1	.9	.9	3.6
32.00	3	2.7	2.7	6.4
34.00	1	.9	.9	7.3
35.00	2	1.8	1.8	9.1
36.00	3	2.7	2.7	11.8
37.00	1	.9	.9	12.7
38.00	3	2.7	2.7	15.5
39.00	2	1.8	1.8	17.3
40.00	7	6.4	6.4	23.6
41.00	1	.9	.9	24.5
42.00	2	1.8	1.8	26.4
43.00	2	1.8	1.8	28.2
44.00	4	3.6	3.6	31.8
Valid 45.00	12	10.9	10.9	42.7
46.00	1	.9	.9	43.6
47.00	2	1.8	1.8	45.5
48.00	2	1.8	1.8	47.3
49.00	6	5.5	5.5	52.7
50.00	8	7.3	7.3	60.0
51.00	3	2.7	2.7	62.7
52.00	7	6.4	6.4	69.1
53.00	4	3.6	3.6	72.7
54.00	2	1.8	1.8	74.5
55.00	4	3.6	3.6	78.2
56.00	1	.9	.9	79.1
57.00	1	.9	.9	80.0
58.00	2	1.8	1.8	81.8
60.00	7	6.4	6.4	88.2
63.00	1	.9	.9	89.1

64.00	1	.9	.9	90.0
65.00	2	1.8	1.8	91.8
66.00	1	.9	.9	92.7
69.00	2	1.8	1.8	94.5
70.00	1	.9	.9	95.5
72.00	2	1.8	1.8	97.3
75.00	2	1.8	1.8	99.1
83.00	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Tinggi badan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
106.00	1	.9	.9	.9
130.00	1	.9	.9	1.8
135.00	1	.9	.9	2.7
139.00	1	.9	.9	3.6
140.00	2	1.8	1.8	5.5
144.00	1	.9	.9	6.4
145.00	4	3.6	3.6	10.0
146.00	2	1.8	1.8	11.8
147.00	4	3.6	3.6	15.5
148.00	5	4.5	4.5	20.0
Valid 149.00	1	.9	.9	20.9
150.00	4	3.6	3.6	24.5
151.00	4	3.6	3.6	28.2
152.00	2	1.8	1.8	30.0
153.00	6	5.5	5.5	35.5
154.00	7	6.4	6.4	41.8
155.00	6	5.5	5.5	47.3
156.00	4	3.6	3.6	50.9
157.00	6	5.5	5.5	56.4
158.00	8	7.3	7.3	63.6
159.00	1	.9	.9	64.5

160.00	10	9.1	9.1	73.6
161.00	5	4.5	4.5	78.2
162.00	1	.9	.9	79.1
163.00	3	2.7	2.7	81.8
165.00	4	3.6	3.6	85.5
166.00	3	2.7	2.7	88.2
167.00	4	3.6	3.6	91.8
168.00	3	2.7	2.7	94.5
169.00	3	2.7	2.7	97.3
170.00	2	1.8	1.8	99.1
179.00	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

UJI KORELASI

1. *Smartphone Addiction* dengan Status Gizi

Correlations			
		smartphone_ad diction	status_gizi
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	.067
	smartphone_addiction Sig. (2-tailed)	.	.487
	N	110	110
	Correlation Coefficient	.067	1.000
	status_gizi Sig. (2-tailed)	.487	.
	N	110	110

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Smartphone Addiction * Status Gizi	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

smartphone_addiction * status_gizi Crosstabulation					
		status_gizi		Total	
		gizi tidak lebih	gizi lebih		
smartphone_addiction	rendah	Count	13	2	15
		% within	86.7%	13.3%	100.0%
		smartphone_addiction			
		% within status_gizi	16.0%	6.9%	13.6%
	% of Total	11.8%	1.8%	13.6%	
	sedang	Count	56	23	79
		% within	70.9%	29.1%	100.0%
		smartphone_addiction			
		% within status_gizi	69.1%	79.3%	71.8%
	% of Total	50.9%	20.9%	71.8%	
berat	Count	12	4	16	

Total	% within	75.0%	25.0%	100.0%
	smartphone_addiction			
	% within status_gizi	14.8%	13.8%	14.5%
	% of Total	10.9%	3.6%	14.5%
	Count	81	29	110
	% within	73.6%	26.4%	100.0%
	smartphone_addiction			
	% within status_gizi	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	73.6%	26.4%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.067	.086	.703	.484 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.067	.086	.698	.487 ^c
N of Valid Cases		110			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

2. Sedentary Lifestyle dengan Status Gizi

Correlations

		sedentary_lifestyle	status_gizi
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	.220*
	sedentary_lifestyle Sig. (2-tailed)	.	.021
	N	110	110
	Correlation Coefficient	.220*	1.000
	status_gizi Sig. (2-tailed)	.021	.
	N	110	110

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Case Processing Summary

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sedentary Lifestyle * Status Gizi	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%

sedentary_lifestyle * status_gizi Crosstabulation

		status_gizi		Total	
		gizi tidak lebih	gizi lebih		
sedentary_lifestyle	rendah	Count	40	9	49
		% within sedentary_lifestyle	81.6%	18.4%	100.0%
		% within status_gizi	49.4%	31.0%	44.5%
		% of Total	36.4%	8.2%	44.5%
	sedang	Count	41	16	57
		% within sedentary_lifestyle	71.9%	28.1%	100.0%
		% within status_gizi	50.6%	55.2%	51.8%
		% of Total	37.3%	14.5%	51.8%
	tinggi	Count	0	4	4
		% within sedentary_lifestyle	0.0%	100.0%	100.0%
		% within status_gizi	0.0%	13.8%	3.6%
		% of Total	0.0%	3.6%	3.6%
Total	Count	81	29	110	
	% within sedentary_lifestyle	73.6%	26.4%	100.0%	
	% within status_gizi	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	73.6%	26.4%	100.0%	

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.253	.097	2.712	.008 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.220	.096	2.343	.021 ^c
N of Valid Cases		110			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.