

## **TESIS**

**PENGARUH EDUKASI GIZI BERBASIS TEORI KOGNITIF SOSIAL  
TERHADAP AKTIVITAS FISIK REMAJA PUTRI GIZI KURANG DI  
WILAYAH PULAU KOTA MAKASSAR**

**THE EFFECT OF NUTRITION EDUCATION BASED ON SOCIAL  
COGNITIVE THEORY ON PHYSICAL ACTIVITY OF MALNOURISHED  
FEMALE ADOLESCENTS IN THE ISLAND REGION OF MAKASSAR  
CITY**

**Disusun dan diajukan oleh :**

**ANNIZ SETYOWATI  
K012192016**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

**PENGARUH EDUKASI GIZI BERBASIS TEORI KOGNITIF SOSIAL  
TERHADAP AKTIVITAS FISIK REMAJA PUTRI GIZI KURANG DI  
WILAYAH PULAU KOTA MAKASSAR**

**Tesis  
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:  
ANNIZ SETYOWATI**

**Kepada**

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**PENGARUH EDUKASI GIZI BERBASIS TEORI KOGNITIF SOSIAL TERHADAP  
AKTIVITAS FISIK REMAJA PUTRI GIZI KURANG DI WILAYAH PULAU KOTA  
MAKASSAR**

**Disusun dan diajukan oleh**


**ANNIZ SETYOWATI  
K012192016**


Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 20 Juli 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing Utama,


Pembimbing Pendamping,

  
Rahayu Indriasari, SKM., MPH.CN., Ph.D  
NIP. 197611232005012002

  
Prof. Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes  
NIP. 196412311990022001

  
Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat

Prof. Sukri, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D  
NIP. 197205292001121001

  
Ketua Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prof. Dr. Ridwan, SKM., M.Kes., M.Sc.PH  
NIP. 196712271992121001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anniz Setyowati  
NIM : K012192016  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

### **PENGARUH EDUKASI GIZI BERBASIS TEORI KOGNITIF SOSIAL TERHADAP AKTIVITAS FISIK REMAJA PUTRI GIZI KURANG DI WILAYAH PULAU KOTA MAKASSAR**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 14 Agustus 2023.

Yang menyatakan



Anniz Setyowati

## PRAKATA

Assalamu"alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

*Bismillahirrahmanirrahim, Alhamdulillah* ungkapan syukur hanya selalu dilimpahkan kepada Sang Penguasa Kehidupan Allah 'azza wa jalla. Kita memuji dan mengagungkan-Nya karena dengan segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul "**Pengaruh Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial Terhadap Aktivitas Fisik Remaja Putri Gizi Kurang di Wilayah Pulau Kota Makassar**". Salawat dan salam yang selalu tercurahkan kepada Nabiullah Muhammad shallallahu 'alaihi *wasallam* beserta keluarga dan para sahabat sebagai suri tauladan ummat manusia dan figur terbaik dalam implementasi pendidikan karakter.

Penulisan tesis ini tentu masih terdapat kekurangan-kekurangan. Namun dapat terselesaikan dengan baik karena bimbingan, saran dan masukan serta dorongan dari berbagai pihak. Perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada orang tua tercinta **Ayahanda Maskon dan Ibunda Neni Yusnita** yang jasanya tak akan pernah tergantikan oleh

apapun serta **Keluarga besar** yang tak hentinya memberi do'a dan motivasi kepada penulis hingga tesis ini selesai.

Dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu **Rahayu Indriasari, SKM, MPH, Ph.D** selaku Ketua Komisi Penasehat sekaligus Pembimbing Akademik dan Ibu **Prof. Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes** selaku Sekretaris Penasehat, yang tidak pernah lelah ditengah kesibukannya selalu menyisihkan waktu untuk membimbing, mengarahkan, memperhatikan, memotivasi, dan dukungan moril serta mendoakan hingga penyusunan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan pula kepada:

- 1) Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc. selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes., MSc.PH, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Bapak Prof. Dr. Ridwan, SKM.,M.Kes.,M.Sc.,PH selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, serta seluruh guru-guru kami di Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Konsentrasi Gizi yang telah memberikan ilmunya selama penulis menempuh pendidikan.
- 2) Ibu Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes selaku Dosen Penguji Pertama, Ibu Dr. Suriah, SKM., M.Kes selaku Dosen Penguji Kedua, dan Ibu Dr. Hasnawati Amqam, SKM., M.Sc selaku Dosen Penguji

Ketiga yang telah melowongkan waktunya, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan penyusunan tesis ini.

- 3) Pihak SMA Citra Bangsa, SMP Negeri 38 Makassar, SMA Barrang Lompo, SMP Negeri 39 Makassar dan SMP Negeri 41 Makassar yang telah bersedia secara sukarela membantu sebagai responden dalam penelitian ini. Semoga senantiasa diberikan kesehatan dan keselamatan dalam menggapai cita-citanya.
- 4) Sahabat setia penulis terkhusus Fajar, Sadry, Ryan, Ira, Amel, Ipeh, Nural, Andi Nadya, Sitram, Ima, Widy, Evy, Tule, Milako, Dewi, Widy Cs dan Chanhitz, yang telah memberikan banyak motivasi kepada penulis.
- 5) Seperjuangan S2 jurusan gizi, teman-teman S2 angkatan 2019, terkhusus kepada Arum, Alya, Abri, Desva, Astanty yang membantu penulis dan memberikan masukan selama penulisan tesis.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, sangat diharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penyusunan tesis ini. Akhirnya, Semoga Allah Azza wa Jalla senantiasa mencurahkan rahmat-Nya kepada kita semua dan apa yang disajikan dalam penyusunan tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, 2023

Anniz Setyowati

## ABSTRAK

**ANNIZ SETYOWATI.** *Pengaruh Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial Terhadap Aktivitas Fisik Remaja Putri Gizi Kurang Di Wilayah Pulau Kota Makassar* (dibimbing oleh **Rahayu Indriasari** dan **Nurhaedar Jafar**).

Remaja rentan mengalami gizi kurang yang disebabkan karena kurangnya asupan energi yang masuk dalam tubuh biasanya akan menurunkan kemampuan beraktivitas. Penelitian ini bertujuan untuk menilai pengaruh edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial terhadap aktivitas fisik remaja putri gizi kurang di wilayah Pulau Kota Makassar.

Jenis penelitian ini *quasi eksperimental* dengan rancangan *Pre-test dan Post-test with control group design*. Penentuan sampel menggunakan simpel *random sampling* total sampel 82 remaja gizi kurang dari beberapa pulau di wilayah Kota Makassar terdiri kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Variabel dalam penelitian ini yaitu pengetahuan, *self-efficacy*, motivasi, dan perilaku aktivitas fisik yang diukur pada kelompok intervensi (diberikan edukasi gizi menggunakan modul berbasis SCT) dan kelompok kontrol (diberikan edukasi berupa infografis) edukasi gizi diberikan selama 12 minggu pada masing-masing kelompok. Data dianalisis menggunakan *Chi-Square*, *Wilcoxon Signed Rank Test*, dan *Mann-Whitney*.

Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan skor pengetahuan pada kelompok intervensi ( $2.12 \pm 1.50$ ) dan kelompok kontrol ( $1.70 \pm 1.56$ ) dengan p value (0.000). Ada peningkatan skor *self-efficacy* pada kelompok intervensi ( $14.12 \pm 10.76$ ) dan kelompok kontrol ( $8.04 \pm 6.37$ ) dengan p value (0.000). Ada peningkatan skor motivasi pada kelompok intervensi ( $7.36 \pm 6.56$ ) dan kelompok kontrol ( $2.75 \pm 3.13$ ) dengan p value (0.000). Ada peningkatan skor perilaku aktivitas fisik pada kelompok intervensi ( $392.86 \pm 382.32$ ) dan kelompok kontrol ( $252.48 \pm 353.56$ ) dengan p value (0.000). Ada perbedaan pengaruh intervensi edukasi antar kedua kelompok terhadap *self-efficacy* ( $p = 0.009$ ), motivasi ( $p = 0.000$ ), dan perilaku aktivitas fisik ( $p = 0.011$ ). Tidak ada perbedaan pengaruh intervensi edukasi antar kedua kelompok terhadap pengetahuan ( $p = 0.282$ ). Disimpulkan bahwa intervensi edukasi berbasis teori kognitif sosial menggunakan modul memberikan pengaruh lebih besar dibandingkan edukasi dengan pemberian infografis.

**Kata Kunci:** Edukasi Gizi, Teori Kognitif Sosial, Gizi Kurang, Aktivitas Fisik.





## ABSTRACT

**ANNIZ SETYOWATI.** *The Effect of Nutrition Education Based on Social Cognitive Theory on Physical Activity of Malnourished female Adolescents in the Island Region of Makassar City* (Supervised by **Rahayu Indriasari** and **Nurhaedar Jafar**).

Adolescents are vulnerable to malnutrition, which is brought on by a body's insufficient calorie intake and typically impairs their capacity for activity. In the Makassar City region of the island, this research seeks to evaluate the impact of nutrition education based on social cognitive theory on the physical activity of malnourished female adolescents.

This type of research is quasi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group design. Determination of the sample used simple random sampling. The total sample of 82 malnourished adolescents from several islands in the region of Makassar City consisted of the intervention group and the control group. The variables in this study were knowledge, *self-efficacy*, motivation, and physical activity behaviour which were measured in the intervention group (given nutrition education using SCT-based modules) and the control group (given education in the form of info-graphics). Nutrition education was given for 12 weeks in each group. Data were analysed using *Chi-Square*, *Wilcoxon Signed Rank Test*, and *Mann-Whitney*.

The results of this research showed that knowledge ratings in both the intervention group ( $2.12 \pm 1.50$ ) and the control group ( $1.70 \pm 1.56$ ) increased, with a p-value of 0.000. In both the intervention group ( $14.12 \pm 10.76$ ) and the control group ( $8.04 \pm 6.37$ ) there was a rise in self-efficacy scores with a p-value (0.000). In the intervention group ( $7.36 \pm 6.56$ ) and the control group ( $2.75 \pm 3.13$ ) there was a rise in motivation scores with a p-value (0.000). Both the intervention group ( $392.86 \pm 382.32$ ) and the control group ( $252.48 \pm 353.56$ ) had higher physical exercise behavior scores with a p-value (0.000). The two groups' responses to educational interventions differed in terms of self-efficacy ( $p = 0.009$ ), motivation ( $p = 0.000$ ), and behavior related to physical exercise ( $p = 0.011$ ). There was no difference in the effect of educational interventions between the two groups on knowledge ( $p = 0.282$ ). It can be concluded that educational interventions based on a social cognitive theory using modules have a greater effect than education by providing info-graphics.

**Keywords:** Nutrition Education, Social Cognitive Theory, Malnutrition, Physical Activity.



## DAFTAR ISI

| HALAMAN JUDUL  | Halaman                      |
|--|------------------------------|
| LEMBAR PENGESAHAN .....                                      | Error! Bookmark not defined. |
| PERNYATAAN KEASLIAN.....                                     | Error! Bookmark not defined. |
| PRAKATA.....   | v                            |
| ABSTRAK.....   | viii                         |
| DAFTAR ISI .....   | x                            |
| DAFTAR TABEL .....   | xii                          |
| DAFTAR GAMBAR.....   | xiv                          |
| DAFTAR LAMPIRAN .....  | xv                           |
| <b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>                               | <b>1</b>                     |
| A. Latar Belakang.....                                       | 1                            |
| B. Rumusan Masalah .....                                     | 6                            |
| C. Tujuan Penelitian .....                                   | 7                            |
| D. Manfaat Penelitian .....                                  | 8                            |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>                          | <b>9</b>                     |
| A. Tinjauan Umum Tentang Aktivitas Fisik .....               | 9                            |
| B. Tinjauan Umum Tentang Edukasi Gizi .....                  | 17                           |
| C. Tinjauan Umum Tentang Teori Kognitif Sosial .....         | 25                           |
| D. Tinjauan Umum Tentang Remaja .....                        | 31                           |
| E. Tinjauan Umum Tentang Variabel Pengetahuan.....           | 40                           |
| F. Tinjauan Umum Tentang Variabel <i>Self-efficacy</i> ..... | 43                           |
| G. Tinjauan Umum Tentang Variabel Motivasi.....              | 46                           |
| H. Kerangka Teori .....                                      | 64                           |
| I. Kerangka Konsep .....                                     | 65                           |

|   |            |
|---|------------|
| J. Hipotesis Penelitian .....                       | 66         |
| K. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif ..... | 66         |
| <b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>               | <b>71</b>  |
| A. Jenis Penelitian.....                            | 71         |
| B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....                | 71         |
| C. Populasi dan Sampel .....                        | 71         |
| D. Instrumen Penelitian .....                       | 73         |
| E. Prosedur Penelitian.....                         | 74         |
| F. Alur Penelitian.....                             | 78         |
| G. Pengambilan dan Pengumpulan Data .....           | 79         |
| H. Etika Penelitian .....                           | 79         |
| I. Pengolahan Data .....                            | 79         |
| J. Analisis Data.....                               | 80         |
| <b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>             | <b>81</b>  |
| A. HASIL .....                                      | 81         |
| B. Pembahasan.....                                  | 112        |
| C. Keterbatasan Penelitian .....                    | 126        |
| <b>BAB V PENUTUP .....</b>                          | <b>127</b> |
| A. Kesimpulan .....                                 | 127        |
| B. Saran .....                                      | 128        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                          | <b>130</b> |
| <b>LAMPIRAN.....</b>                                | <b>138</b> |

## DAFTAR TABEL

| <b>Nomor</b>  | <b>Halaman</b> |
|---|----------------|
| Tabel 1. Sintesa Penelitian Tentang Edukasi Teori Kognitif Sosial .....   | 49             |
| Tabel 2. Perhitungan besar sampel berdasarkan beberapa hasil variabel<br>.....  | 73             |
| Tabel 3. Distribusi Subyek Penelitian berdasarkan Karakteristik Umum<br>Responden.....  | 86             |
| Tabel 4. Pengaruh Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial Terhadap<br>Pengetahuan Tentang Aktivitas Fisik Pada Kelompok Intervensi<br>..... | 90             |
| Tabel 5. Perbedaan Edukasi Gizi Terhadap Pengetahuan Tentang Aktivitas<br>Fisik Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol .....           | 91             |
| Tabel 6. Pengaruh Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial Terhadap<br>Self Efficacy Tentang Aktivitas Fisik Pada Kelompok Intervensi        | 95             |
| Tabel 7. Perbedaan Edukasi Gizi Terhadap Self-Efficacy Tentang Aktivitas<br>Fisik Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol .....         | 96             |
| Tabel 8. Pengaruh Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial Terhadap<br>Motivasi Tentang Aktivitas Fisik Pada Kelompok Intervensi ....        | 100            |
| Tabel 9. Perbedaan Edukasi Gizi Terhadap Motivasi Tentang Aktivitas Fisik<br>Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....               | 101            |
| Tabel 10. Pengaruh Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial Terhadap<br>Perilaku Aktivitas Fisik Pada Kelompok Intervensi .....              | 102            |

|   |     |
|---|-----|
| Tabel 11. Perbedaan Edukasi Gizi Terhadap Perilaku Aktivitas Fisik Antara<br>Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol ..... | 103 |
|---|-----|

## DAFTAR GAMBAR

| <b>Nomor</b>  | <b>Halaman</b> |
|---|----------------|
| Gambar 1. Ilustrasi Kerangka Teori Kognitif Sosial (Contento, 2011) .....   | 26             |
| Gambar 2. Kerangka Konseptual Status Gizi Remaja (UNICEF Indonesia, 2017) .....   | 37             |
| Gambar 3. Kerangka Teori Penelitian .....   | 65             |
| Gambar 4. Kerangka Konsep .....   | 65             |
| Gambar 5. Alur Penelitian .....   | 78             |
| Gambar 6. Frekuensi Jawaban Kuesioner Pengetahuan Sebelum dan Setelah Edukasi Gizi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol | 89             |
| Gambar 7. Frekuensi Jawaban Kuesioner Self-Efficacy Sebelum dan Setelah Edukasi pada Kelompok Intervensi .....          | 93             |
| Gambar 8. Frekuensi Jawaban Kuesioner Self-Efficacy Sebelum dan Setelah Edukasi pada Kelompok Kontrol .....             | 94             |
| Gambar 9. Frekuensi Jawaban Kuesioner Motivasi Sebelum dan Setelah Edukasi Gizi pada Kelompok Intervensi .....          | 98             |
| Gambar 10. Frekuensi Jawaban Kuesioner Motivasi Sebelum dan Setelah Edukasi Gizi pada Kelompok Kontrol .....            | 99             |

## DAFTAR LAMPIRAN

| <b>Nomor</b>   | <b>Halaman</b> |
|--|----------------|
| Lampiran 1. Lembar Informed Consent.....                             | 138            |
| Lampiran 2. Kuisisioner Penelitian .....                             | 141            |
| Lampiran 3. Kuesioner Pengetahuan Mengenai Aktivitas Fisik.....      | 143            |
| Lampiran 4. Kuisisioner Self-Efficacy Mengenai Aktivitas Fisik ..... | 145            |
| Lampiran 5. Motivasi Mengenai Aktivitas Fisik.....                   | 147            |
| Lampiran 6. Aktifitas Fisik .....                                    | 148            |
| Lampiran 7. Modul Media Edukasi Remaja Intervensi .....              | 151            |
| Lampiran 8. Infografis Media Edukasi Remaja Kontrol.....             | 152            |
| Lampiran 9. Rekomendasi Etik .....                                   | 154            |
| Lampiran 10. Surat Penelitian.....                                   | 155            |
| Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian.....                             | 156            |
| Lampiran 12. Modul untuk Remaja Intervensi .....                     | 159            |
| Lampiran 13. Hasil Analisis Data dengan SPSS .....                   | 162            |
| Lampiran 14. Daftar Riwayat Hidup .....                              | 175            |

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Masa remaja merupakan masa yang sangat penting dalam menunjang tumbuh kembang dalam tahapan-tahapan siklus kehidupan. Pemenuhan gizi yang adekuat sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal bagi remaja. Masalah gizi pada remaja muncul dikarenakan perilaku gizi yang salah, yaitu ketidakseimbangan antara konsumsi gizi dengan kecukupan gizi yang dianjurkan. Salah satu masalah gizi yang rentan terjadi pada remaja adalah gizi kurang (Mayasari. A. T, Hellen Febriyanti, 2021).

Gizi kurang terjadi karena kurangnya jumlah asupan energi dibandingkan dengan energi yang dikeluarkan. Kurangnya asupan energi atau ketidakcukupan konsumsi zat-zat gizi penting yang diperlukan tubuh biasanya akan menyebabkan menurunnya aktivitas fisik yang dilakukan. Keadaan kurang gizi akan memberikan dampak buruk terhadap kondisi kesehatan (Zahtamal & Munir, 2019).

Kekurangan gizi pada remaja mengakibatkan menurunnya daya tahan tubuh terhadap penyakit, meningkatkan angka penyakit (*morbiditas*), mengalami pertumbuhan tidak normal (pendek), tingkat kecerdasan rendah, produktivitas rendah dan terhambatnya pertumbuhan organ reproduksi. Terhambatnya pertumbuhan organ



reproduksi pada wanita mengakibatkan terlambat haid pertama (*menarche*), haid tidak lancar, rongga panggul tidak berkembang maksimal sehingga sulit melahirkan, gangguan kesuburan dan kesulitan pada saat hamil. Gizi kurang merupakan masalah kesehatan masyarakat dan angka kejadiannya masih terus meningkat di seluruh dunia (Rahayu, 2020).

*Global Nutrition Report UNICEF tahun 2020* remaja lebih cenderung mengalami masalah gizi kurang dibandingkan masalah gizi lebih. Prevalensi gizi kurang remaja pada yakni laki-laki 31.6% dan perempuan 25.9%. Sedangkan menurut NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) pada tahun 2017, prevalensi anak dan remaja gizi kurang secara global berdasarkan IMT/U yakni laki-laki 12.4% dan perempuan 8.4%. Data yang lain menyatakan bahwa sekitar 9% di dunia dan 12% remaja perempuan di Indonesia mengalami berat badan kurang (Suryani et al., 2020).

Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi status gizi (IMT/U) pada remaja umur 13-15 tahun sebanyak 8,7% dan pada remaja umur 16-18 tahun sebanyak 8,1% dengan status gizi kurus dan sangat kurus. Data tersebut menunjukkan bahwa dari tahun 2010 ke tahun 2013 prevalensi kurus remaja umur 13-15 tahun mengalami peningkatan dari 10,1% menjadi 11,1% dan tahun 2018 mengalami penurunan dari 11,1% menjadi 8,7% (Kemenkes RI, 2018).

Beberapa provinsi di Indonesia menunjukkan prevalensi gizi kurang pada remaja yang cukup tinggi, salah satunya adalah Provinsi Sulawesi Selatan yakni sebanyak 10,8% remaja usia 13-15 tahun dan 10.4% remaja usia 16-18 tahun dengan status gizi kurus dan sangat kurus (Kemenkes RI, 2018).

Kota Makassar merupakan salah satu kota di Provinsi Sulawesi Selatan yang memiliki prevalensi yang cukup tinggi terhadap gizi kurang pada remaja khususnya pada daerah terpencil/kepulauan. Berdasarkan hasil penelitian Hidayanty, *et al* (2018) menunjukkan bahwa 14,6% remaja di Pulau Barrang Lompo Makassar mengalami kekurangan gizi. Namun data tersebut tidak secara khusus mencantumkan data prevalensi status gizi khususnya pada anak dan remaja di beberapa pulau kecil lainnya di Kota Makassar.

Faktor risiko kekurangan berat badan di negara berkembang antara lain status sosial ekonomi, kemiskinan, tingkat pendidikan orang tua yang rendah, pengetahuan ibu tentang gizi, pendapatan keluarga dan penyakit menular (Suryani et al., 2020). Selain itu, salah satu faktor yang dapat memengaruhi status gizi adalah lingkungan dan perilaku, termasuk aktifitas fisik. Aktifitas fisik merupakan faktor penting yang mempengaruhi status gizi remaja dikarenakan pada masa ini, seorang remaja biasanya akan menjadi lebih aktif dan banyak terlibat dalam kegiatan, tetapi tidak sedikit juga dari mereka yang malah mengabaikan

aktivitas fisik yang seharusnya mereka lakukan dengan baik. (Tria Nopi Herdiani, Venty HS. Manajung, 2011).

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Sofiatun, *et al* (2017) menunjukkan bahwa presentase aktivitas fisik pada remaja di pulau Makassar Barrang Lompo sebanyak 90% remaja mempraktikkan aktivitas fisik yang ringan maupun sedang. Selain itu, hasil penelitian yang dilakukan oleh Diba, *et al* (2021) menunjukkan bahwa remaja kurus di pusat Kota Pekanbaru dan pinggiran Kota Pekanbaru sebagian besar memiliki intensi tentang latihan fisik dalam kategori baik, yaitu 59 orang (64,13%). Pernyataan *favorable* yang paling banyak dijawab “Ya” pada nomor 2 (Saya telah memahami bahwa latihan fisik dapat membantu saya tidak lagi mengalami status gizi kurang (berat badan kurang), yang artinya subjek paham dan sadar latihan fisik dapat membantu agar tidak terjadinya status gizi kurang. Oleh karena itu, jika ingin memperbaiki kondisi status gizi kurang, remaja harus mempertahankan aktivitas fisik yang moderat atau yang tidak berlebihan.

Upaya pencegahan gizi kurang dapat dilakukan dengan membiasakan diri dalam menerapkan Pesan Gizi Seimbang yang terdiri dari pola makan yang benar, berperilaku hidup bersih dan melakukan latihan fisik sesuai anjuran. Solusi dari masalah remaja gizi kurang yang selama ini dilakukan adalah memberikan edukasi (Sari et al., 2019). Edukasi gizi merupakan salah satu upaya efektif yang dapat dilakukan

karena berdampak jangka panjang terhadap aspek perilaku yang berhubungan dengan masalah gizi. Edukasi berbasis teori kognitif sosial perubahan perilaku dengan menekankan faktor pribadi dan lingkungan. Intervensi ini sangat efektif dan bermakna dalam mengatasi masalah gizi remaja.

Hasil penelitian terkait edukasi, di Iran intervensi berbasis teori kognitif sosial yang dilakukan oleh Hashemian, *et al* (2021) menunjukkan adanya pengaruh intervensi *Social Cognitive Theory* (SCT) terhadap peningkatan perilaku aktivitas fisik siswa. Hal ini juga secara signifikan meningkatkan konstruksi pengetahuan, *self-efficacy*, dukungan keluarga, regulasi diri, dan faktor lingkungan. Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Wulandari *et.al* (2021) di pulau kecil Makassar pada remaja, hasilnya memiliki ada perbedaan efikasi diri, motivasi, praktik dan tingkat pengetahuan setelah diberi edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial pada kelompok intervensi dan kontrol. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Ecy Kartika Sari *et.al* (2019) dan Zahtamal *et.al* (2019) bahwa intervensi edukasi untuk meningkatkan aktivitas fisik dalam mengatasi gizi kurang, diketahui nilai rata-rata intensi aktivitas fisik dengan penyuluhan ceramah tanya jawab di SMPN 1, untuk kelompok pretest adalah 1,90 dan untuk kelompok posttest yaitu 1,96. Setelah dilakukan posttest diperoleh nilai kenaikan rata-rata aktivitas fisik sebesar 6 lebih tinggi dibandingkan nilai rata-rata setelah diberikan pretest. Setelah dilakukan edukasi didapatkan

adanya peningkatan pengetahuan, kesadaran, remaja mengenai pola aktivitas fisik.

Intervensi edukasi gizi dengan pendekatan teori perubahan perilaku dengan fokus pada penanganan gizi kurang terkait aktivitas fisik khususnya pada remaja yang tinggal di pulau kecil kota Makassar masih sangat terbatas. Pada penelitian yang dilakukan oleh Hidayanty, *et al* tahun (2020) diperoleh masalah gizi pada remaja yang ditemukan di Pulau Barrang Lompo yaitu wasting. Masalah gizi yang muncul secara langsung disebabkan oleh perilaku pola makan dan aktivitas fisik yang salah. Selain itu juga, telah dikembangkan intervensi berbasis teori kognitif sosial untuk remaja putri gizi kurang menggunakan modul di kepulauan yang telah mendapatkan HAKI dengan nomor 000232421. Untuk melihat efektivitas media yang telah dikembangkan tersebut peneliti tertarik melakukan Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial Terhadap Aktivitas Fisik Remaja Gizi Kurang di Wilayah Pulau Kota Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana pengaruh Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial Terhadap Aktivitas Fisik Remaja Putri Gizi Kurang di Wilayah Pulau Kota Makassar?”

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis Pengaruh Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial Terhadap Aktivitas Fisik Remaja Putri Gizi Kurang di Wilayah Pulau Kota Makassar.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menilai pengaruh edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial terhadap pengetahuan tentang aktivitas fisik pada kelompok intervensi.
- b. Untuk menilai pengaruh edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial terhadap *self-efficacy* tentang aktivitas fisik pada kelompok intervensi.
- c. Untuk menilai pengaruh edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial terhadap motivasi tentang aktivitas fisik pada kelompok intervensi
- d. Untuk menilai pengaruh edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial terhadap perilaku aktivitas fisik pada kelompok intervensi.
- e. Untuk menilai perbedaan pengaruh edukasi gizi terhadap pengetahuan tentang aktivitas fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- f. Untuk menilai perbedaan pengaruh edukasi gizi terhadap *self-efficacy* tentang aktivitas fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- g. Untuk menilai perbedaan pengaruh edukasi gizi terhadap motivasi tentang aktivitas fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- h. Untuk menilai perbedaan pengaruh edukasi gizi terhadap perilaku aktivitas fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

#### **D. Manfaat Penelitian**

- a. Manfaat institusi

Penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan dalam pengembangan program penanggulangan gizi kurang pada remaja putri di pulau kecil kota Makassar.

- b. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk peneliti selanjutnya dan mengembangkan penelitian terkait di bidang Kesehatan dan gizi khususnya remaja gizi kurang.

- c. Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menambah dan meningkatkan ilmu pengetahuan mengenai edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial pada remaja gizi kurang, dan bagi mahasiswa dapat menambah pengalaman dan wawasan serta memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Aktivitas Fisik**

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan fisik yang dihasilkan oleh otot rangka yang membutuhkan pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik (kurangnya aktivitas fisik) merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kronis, dengan perkiraan penyebab kematian secara keseluruhan secara global (Prasetyo Kusumo, 2020). Aktivitas fisik adalah setiap gerakan fisik yang meningkatkan pengeluaran energi dan pembakaran energi (Kemenkes RI., 2011).

Menurut BPS, aktivitas fisik adalah pergerakan bagian tubuh yang menghasilkan pembakaran kalori minimal 30 menit secara terus menerus untuk menjaga kesehatan fisik dan mental serta menjaga kualitas hidup guna menjaga kebugaran jasmani sepanjang hari (Statistik, 2013).

Jenis aktivitas fisik menurut Brown, *et al* (2017) dibagi menjadi dua yaitu:

##### **a. Aerobik**

Aktivitas aerobik didefinisikan sebagai aktivitas yang terus menerus dan berirama yang terutama menggunakan otot, seperti yang ada di lengan atau kaki. Aktivitas ini meningkatkan kebugaran kardiorespirasi dan memberikan energi untuk otot-otot aerobik yang



disebut daya tahan, dan aktivitas tersebut meliputi lari, berenang, berjalan, bersepeda, dan menari.

b. Anaerobik

Latihan anaerobik adalah aktivitas "tanpa oksigen", biasanya dilakukan untuk waktu yang singkat. Tidak peduli berapa banyak oksigen yang dihirup, energi dapat diperoleh dari otot yang berkontraksi. Contoh latihan anaerobik adalah lari cepat, pelatihan interval intensitas tinggi (HIIT), dan angkat berat.

Aktivitas fisik dapat digolongkan menjadi beberapa tingkatan, aktivitas fisik yang sesuai untuk remaja sebagai berikut :

a. Aktivitas Fisik Sedenter

Kata sedentary berasal dari bahasa latin "sedere" yang berarti "duduk". Aktivitas sedenter adalah aktivitas tidak berpindah sama sekali (non-transport activities) atau menetap dalam jangka waktu lama, aktivitas ini sering dikaitkan dengan aktivitas hanya duduk, membaca, bermain game dan aktivitas berbaring atau tidur yang sedikit bergerak, termasuk duduk bekerja tugas. Istilah aktivitas sedenter di beberapa jurnal digunakan dalam intensitas aktivitas fisik kategori sangat rendah.

b. Aktivitas Fisik Ringan

Hanya memerlukan sedikit tenaga dan biasanya tidak menyebabkan perubahan dalam pernapasan atau ketahanan (*endurance*). Contoh: jalan-jalan, menyapu, mencuci/mencuci

piring, mencuci mobil, berpakaian, duduk, les di sekolah, les di luar sekolah, mengasuh adik, menonton TV, kegiatan bermain video game, bermain game komputer, belajar di rumah, nongkrong. Jangka waktu aktivitas yang dilakukan adalah kurang dari 60 menit.

c. Aktivitas Fisik Sedang

Mebutuhkan tenaga intens atau terus menerus, gerakan otot yang berirama atau kelenturan (*flexibility*). Contoh: berlari kecil, tenis meja, berenang, bermain dengan hewan peliharaan, bersepeda, bermain musik, jalan cepat. Durasi kegiatan ini antara 30 sampai 60 mnt 1-2 kali dalam 7 hari/seminggu

d. Aktivitas Fisik Berat

Kegiatan yang sering atau rutin dilakukan dalam seminggu dan dengan durasi kurang lebih 75 menit 5-6 kali meliputi aktivitas aerobik dan aktivitas yang lain seperti berjalan cepat, naik turun tangga, memanjat, kegiatan olahraga yang membuat nafas terengah-engah seperti jogging, sepak bola, voli, dan basket, kompetisi tenis.

Faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik menurut *British Hearth Foundation* (2014) yaitu :

a. Faktor Biologis

1) Usia

Anak-anak cenderung lebih aktif daripada anak muda atau remaja. Secara alamiah anak cenderung aktif bermain karena tertarik pada alur permainan.

## 2) Jenis Kelamin

Penurunan aktivitas yang paling menonjol adalah pada anak perempuan pada usia sekitar 10 tahun menjelang masa awal remaja. Hampir di setiap negara anak laki-laki lebih aktif daripada anak perempuan. Anak laki-laki di Amerika di dapatkan 30% dan 24% untuk anak perempuan. Sedangkan di Irlandia usia 11 tahun 43% Anak-anak laki-laki dan 31% anak perempuan.

## 3) Faktor Demografis

### a) Status Sosial Ekonomi

Pada anak dan remaja, anak dengan status sosial ekonomi yang tinggi lebih aktif daripada yang memiliki status sosial ekonomi yang rendah. Sekitar 10% perbedaan diantara keduanya.

### b) Ras

Untuk anak-anak kejelasan hubungan etnik belum begitu jelas namun pada remaja terdapat penelitian yang berkaitan yaitu remaja berkulit putih cenderung aktif daripada etnis lain.

### c) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi tingkat rendahnya aktivitas fisik. Anak di sekolah partisipasi

aktivitas fisiknya lebih besar dan mulai menurun menjelang remaja.

d) Faktor Psikologi

Terlibat dalam seleksi dan perencanaan aktivitas fisik ketertarikan dan kepercayaan dari nilai-nilai aktivitas fisik contohnya nilai - nilai peraturan.

e) Perasaan berkompetisi, sukses dan berprestasi.

f) Sikap positif terhadap aktivitas fisik dan menikmati selama aktivitas fisik berlangsung terutama pada perempuan.

g) Kepercayaan pada kemampuan seseorang untuk aktif secara fisik (*self-efficacy*).

b. Faktor Sosial

Partisipasi aktivitas fisik dipengaruhi (positif dan negatif) oleh faktor pendukung sosial dan orang-orang terdekat seperti : teman, guru, ahli Kesehatan, pelatih olahraga profesional atau instruktur.

c. Faktor Lingkungan

Faktor Lingkungan yang mampu memberikan efek yang positif pada keikutsertaan anak dalam aktivitas fisik, diantaranya :

a) Akses untuk program dan fasilitas tersedia seperti, lapangan, taman bermain, dan area untuk aktivitas fisik.

b) Adanya area berjalan dan jalan bersepeda untuk ke sekolah.

c) Adanya waktu untuk bermain di tempat terbuka

- d) Perbedaan struktur bangunan yang secara tidak langsung mempengaruhi kebiasaan aktivitas fisik di perkotaan dan pedesaan.

Manfaat Aktivitas Fisik Bagi Anak Usia Sekolah menurut *Committee on Physical Activity and Physical Education in the School Environment; Food and Nutrition Board; Institute of Medicine (2013)* menjelaskan bahwa aktivitas fisik yang teratur dapat merangsang pertumbuhan dan perkembangan serta memiliki banyak manfaat bagi kesejahteraan fisik, mental, dan psikososial anak. Hal ini mempengaruhi tingkat motivasi belajar. Selain itu, aktivitas fisik mengurangi risiko penyakit jantung, diabetes, tekanan darah tinggi, obesitas, dan sindrom metabolik. Meningkatkan segala aspek kesehatan dan kebugaran jasmani (WHO, 2015).

Kurangnya aktivitas fisik menyebabkan kurangnya pembakaran energi oleh tubuh sehingga kelebihan energi dalam tubuh akan disimpan dalam bentuk lemak dalam tubuh. Penyimpanan yang berlebihan akan mengakibatkan obesitas (I Putu Suraoka, 2012). Menurut Prasetyo Kusumo (2020) dampak rendahnya tingkat aktivitas fisik yaitu : meningkatkan resiko penyakit kronis, jantung koroner, diabetes, hipertensi dan kanker, meningkatkan resiko gangguan metabolik seperti obesitas dan diabetes, meningkatkan resiko penurunan kesehatan mental seperti mudah cemas, depresi, demensia pada usia tua, mempengaruhi performa fisik menjelang remaja dan

dewasa, meningkatkan resiko gangguan kekuatan tulang dan otot saat lansia.

Status gizi kurang diakibatkan intensitas Latihan fisik yang tinggi dan asupan makanan tidak cukup. Seharusnya dalam melakukan Latihan fisik, membutuhkan energi yang cukup sedangkan asupan makanan yang dikonsumsi tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi berakibat energi terus terpakai dan tidak tercapai penyimpanan cadangan energi dalam tubuh dapat mengakibatkan seseorang kehilangan massa otot (Kemenkes RI, 2017).

Frekuensi latihan yang dianjurkan untuk penderita gizi kurang yaitu minimal 3-5 kali dalam seminggu. Ada dua macam latihan yang bisa dilakukan untuk seseorang yang mengalami gizi kurang yaitu latihan fisik aerobik dan latihan beban (*weight training*). Latihan beban porsinya dilakukan lebih banyak karena dapat meningkatkan massa otot dan memperbaiki kondisi fisik disertai dengan pola makan yang sehat (Pusparini et al., 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Serly, Vicennia; Sofian, Amru; Ernalina (2015) diketahui bahwa adanya hubungan yang bermakna antara aktivitas fisik dengan status gizi ( $p = 0,000$ ). Beberapa responden dalam penelitian ini memiliki aktivitas fisik yang ringan ternyata memiliki status gizi yang *underweight*, hal ini bisa dikarenakan berbagai faktor antara lain : karena penelitian ini dilakukan hanya diambil rata-rata aktivitas fisik 3 hari dalam seminggu

kemungkinan dalam waktu tersebut ternyata aktivitas mahasiswa tersebut memang ringan tetapi dihari-hari sebelumnya aktivitasnya termasuk sedang atau berat, atau bisa juga dikarenakan asupan energi yang kurang dari responden tersebut sehingga walaupun aktivitas fisiknya ringan karena asupan energi yang kurang akan menyebabkan status gizinya menjadi *underweight*.

Derajat kesehatan optimal dapat dipertahankan melalui aktivitas fisik seperti olahraga cukup dan dilakukan secara teratur. Olahraga dan aktivitas fisik, yang tidak berimbang dengan asupan nutrisi yang dikonsumsi dapat menyebabkan berat badan tidak normal. Olahraga dan kegiatan fisik diharapkan selalu seimbang dengan asupan nutrisi dan masukan energi yang diperoleh dari makanan sehari-hari (Depkes RI, 1995). Olahraga yang baik harus dilakukan secara teratur, sedangkan macam dan takaran olahraga tergantung menurut usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan dan kondisi Kesehatan (Zuhdy et al., 2015).

Tujuan utama dari kontrol aktivitas fisik adalah mencegah penurunan metabolisme basal, meningkatkan kebutuhan energi, dan mempertahankan massa otot. Yang harus diperhatikan adalah pemilihan jenis aktivitas fisik atau olahraga yang dapat memakai asam lemak sebagai sumber energi yaitu aktivitas fisik dengan intensitas ringan sampai sedang tapi dilakukan secara terus menerus. Untuk memperoleh penurunan berat badan optimal maka dibutuhkan aktivitas

fisik dengan frekuensi 5-6 kali per minggu dengan durasi 20-60 menit. Olahraga dengan intensitas rendah seperti jalan kaki selama 30-60 menit secara rutin juga dapat meningkatkan *energi expenditure*. Parameter aktivitas fisik mengikuti acuan rekomendasi global yaitu aktivitas harian paling sedikit 60 menit untuk aktivitas ringan sampai berat (Dwiriani et al., 2014).

## **B. Tinjauan Umum Tentang Edukasi Gizi**

### **1. Definisi Edukasi Gizi**

Edukasi atau pendidikan adalah suatu cara yang dilakukan oleh edukator (pemberi edukasi) dengan memberi pengaruh terhadap orang lain baik secara individu maupun kelompok agar individu atau kelompok sasaran dapat melakukan apa yang diharapkan oleh edukator. Edukasi gizi merupakan pendekatan edukatif untuk menghasilkan perilaku individu/masyarakat yang diperlukan dalam peningkatan atau dalam mempertahankan gizi tetap baik (Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, 2014). Edukasi merupakan proses belajar dari tidak tahu tentang nilai kesehatan menjadi tahu (Suliha, 2002).

Tujuan edukasi gizi diantaranya adalah: 1) Terciptanya sikap positif terhadap gizi, 2) terbentuknya pengetahuan dan kecakapan memilih dan menggunakan sumber-sumber pangan, 3) Timbulnya kebiasaan makan yang baik dan adanya motivasi untuk



mengetahui lebih lanjut tentang hal-hal yang berkaitan dengan gizi (Suhardjo, 2003).

Pendidikan atau edukasi gizi diartikan sebagai upaya membuat seseorang atau sekelompok masyarakat sadar akan pentingnya gizi bagi kehidupan. Pendidikan gizi adalah proses belajar mengajar tentang apa itu gizi, bagaimana memilih makanan bergizi, manfaat gizi bagi kehidupan dan sebagainya. Pendidikan gizi mempunyai tujuan akhir mengubah sikap dan tindakan ke arah kesadaran untuk melakukan pemenuhan kebutuhan gizi agar hidupnya sehat (Niryati, 2010).

Pendidikan gizi semestinya ditanamkan pada anak-anak usia dini (TK/SD) baik oleh orang tua maupun guru. Pendidikan gizi sangat perlu untuk mencegah dan melawan kebiasaan-kebiasaan yang merugikan dan untuk membina kebiasaan makan yang sehat. Dalam keadaan yang serba kekurangan, Pendidikan gizi sangat perlu agar kita dapat memilih dan menggunakan dengan efisien. Begitupun ketika kita dalam keadaan yang serba ada, pemahaman tentang nilai gizi pun sangat diperlukan, jangan sampai kita telah larut dalam nafsu makan sehingga yang terjadi bukannya kita kenyang tetapi ternyata kekenyangan itu telah berubah menjadi penyakit (Rio, 2009).

Hasil riset edukasi gizi menyimpulkan bahwa unsur-unsur berikut sangat menentukan efektifitas edukasi gizi. Unsur-unsur tersebut antara lain:

- a. Intervensi edukasi gizi lebih besar kemungkinannya untuk efektif jika menggunakan strategi edukasi
- b. Edukasi gizi yang efektif meliputi pertimbangan lingkungan sekolah
- c. Intervensi dalam komunitas yang lebih besar dapat meningkatkan edukasi gizi sekolah.

## 2. Metode Pendidikan/Edukasi Gizi

Metode pendidikan kesehatan adalah setiap cara, teknik, maupun media yang terencana yang diterapkan berdasarkan prinsip - prinsip yang dianut (Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, 2014). Beberapa jenis metode Pendidikan kesehatan/gizi, yaitu:

### 1) Metode Pendidikan Individual

#### a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih insentif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

b. Wawancara (*Interview*)

Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu belum mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2) Metode Pendidikan Kelompok Besar

- a. Ceramah, metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah: Persiapan, ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi yang akan dibawakan. Pelaksanaan, kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran ceramah.
- b. Seminar, metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

### 3) Metode Pendidikan Kelompok Kecil

- a. Diskusi kelompok, dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat.
- b. Curah pendapat (*brain storming*), metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan diskusi kelompok. Bedanya pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah, kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (cara pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadilah diskusi
- c. Bola salju (*snow balling*), kelompok dibagi dalam pasang-pasangan, kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah kurang lebih 5 menit tiap 2 pasangan bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan

masalah tersebut dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya menjadi diskusi seluruh kelas

- d. Kelompok kecil-kecil (*bruss group*), kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (*bruzz group*) kemudian dilontarkan permasalahan yang sama/tidak dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut.
  - e. Memainkan peranan (*role play*). Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter Puskesmas, sebagai perawat atau bidan dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memeragakan misalnya bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.
  - f. Permainan simulasi (*simulation game*), metode ini merupakan gambaran antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan- pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli.
- 4) Metode Pendidikan Massa (*Public*)

Metode pendidikan (pendekatan) massa untuk mengonsumsi pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau public, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh Karena sasaran pendidikan ini bersifat umum, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk mengunggah “awareness” atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, belum begitu diharapkan sampai dengan perubahan perilaku.

### 3. Media Pendidikan/Edukasi gizi

- 1) Media Cetak. Media cetak sebagai alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain:
  - a. Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dan bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
  - b. Leaflet adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat atau gambar atau kombinasi.

- c. Flyer (selebaran) adalah seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
  - d. Flip chart adalah media penyampaian pesan atau informasi- informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar berisi gambar peragaan dan dibaliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
  - e. Rubric atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah mengenai bahasan atau masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
  - f. Poster adalah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat- tempat umum atau dikendaraan umum.
- 2) Media Elektronik sebagai sarana untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan dan jenisnya berbesa-beda, antara lain: Televisi, radio, video, slide, dan film strip.
- 3) Media papan (Bill Board), media ini dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai dan diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum.

Menurut Kemenkes RI (2014), agar metode yang dipilih dapat berjalan efektif dan efisien, perlu didukung dengan media dan alat yang tepat. Berbagai media dan alat yang tersedia di masyarakat dapat digunakan secara optimal.

### **C. Tinjauan Umum Tentang Teori Kognitif Sosial**

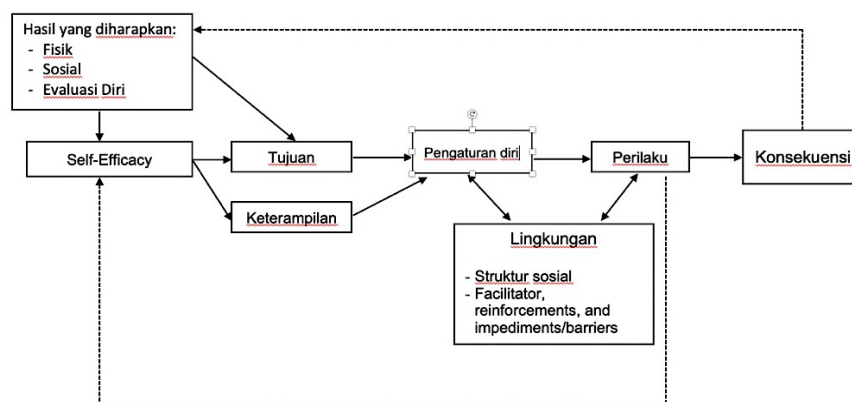
#### **1. Teori Kognitif Sosial**

Teori kognitif sosial atau *social cognitive theory* merupakan teori perubahan perilaku yang dilihat dari hubungan timbal balik antara perilaku, kognitif atau faktor pribadi dan lingkungan (Lueking & Goldfine, 1975). Bandura mengatakan teori kognitif sosial adalah proses belajar dengan cara menterjemahkan informasi tentang tingkah laku dan lingkungannya ke dalam simbol-simbol untuk mendorong melakukan suatu tindakan nyata. Teori kognitif sosial adalah teori yang menekankan bahwa sebagian besar pembelajaran manusia terjadi pada lingkungan sosial. Dengan mengamati orang lain dan lingkungan manusia akan memperoleh pengetahuan, keterampilan, strategi dan mampu menyesuaikan sikap-sikap dan perilakunya, kemudian manusia bertindak sesuai keyakinan, kemampuan dan hasil yang diharapkan (Yanuardianto, 2019).

Teori kognitif sosial merupakan prinsip utama dalam mengorganisasikan pemahaman perilaku determinisme timbal balik, dimana faktor kepribadian, perilaku dan lingkungan bekerja



secara dinamis dalam mempengaruhi perilaku kesehatan. Faktor pribadi meliputi pikiran atau perasaan internal: faktor lingkungan termasuk faktor eksternal dan faktor perilaku termasuk pengetahuan dan keterampilan, yang selanjutnya disebut kemampuan perilaku. Teori kognitif sosial berusaha untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang mengapa dan bagaimana orang mengubah perilaku kesehatan individualnya serta lingkungan sosial dan fisik yang mempengaruhinya. Konstruksi teori ditampilkan pada bagan yang mengilustrasikan hubungannya satu sama lain dan dengan perilaku (Isobel R. Contento. P.hD, 2011).



**Gambar 1. Ilustrasi Kerangka Teori Kognitif Sosial (Contento, 2011)**

## 2. Faktor Individual dan Personal

Faktor individual atau personal diwakili oleh beberapa komponen atau konstruksi Teori kognitif sosial seperti self-efficacy (efikasi diri), hasil, harapan, penguatan tujuan dan hambatan. Masing-masing konstruksi dijelaskan di bawah ini.

Self-efficacy (Efikasi diri) adalah penilaian seseorang terhadap kemampuan dirinya dalam menghadapi situasi pada lingkungannya. Setiap individu mempunyai self-efficacy yang berbeda-beda pada situasi yang berbeda, tergantung kepada: 1) kemampuan yang dituntut oleh situasi yang berbeda itu; 2) kehadiran orang lain, khususnya saingan dalam situasi itu; 3) keadaan fisiologis dan emosional meliputi kelelahan, kecemasan, apatis, dan murung. Efikasi diri yang dirasakan berkaitan dengan kepercayaan individu pada kemampuan mereka untuk melakukan kontrol atas permintaan yang menantang dan fungsi mereka sendiri. Dalam teori perubahan perilaku, Bandura berhipotesis bahwa ekspektasi terhadap efikasi diri adalah kognisi pengaturan diri yang menentukan apakah tindakan instrumental akan dimulai, seberapa besar efek yang akan dikeluarkan dan berapa lama akan dipertahankan dalam menghadapi rintangan dan kegagalan. Efikasi diri memiliki pengaruh dalam mempersiapkan tindakan karena self-related cognition merupakan bahan utama dalam proses motivasi, sehingga efikasi diri dapat meningkatkan atau menghambat motivasi (Contento,2008 & Schwarzer,2005; Hidayanti,2016).

Efikasi diri didasarkan pada sumber yang berbeda. Pertama, keyakinan bahwa efikasi diri dapat ditingkatkan melalui pencapaian atau penguasaan pribadi selama kesuksesan dikaitkan secara internal dan dapat diulangi. Sumber kedua adalah pengalaman

perwakilan. Ketika seorang 'model person' yang memiliki kemiripan dengan individu, berhasil menguasai situasi yang sulit, proses perbandingan sosial dapat meningkatkan keyakinan efikasi diri. Ketiga, keyakinan efikasi diri juga dapat ditingkatkan melalui persuasi verbal oleh orang lain. Sumber pengaruh terakhir adalah gairah emosional, artinya, orang tersebut mungkin tidak mengalami ketakutan dalam situasi yang mengancam dan sebagai akibatnya, merasa mampu menguasai situasi tersebut. Keempat sumber informasi ini merupakan sumber yang sangat kuat dan penting dimana konsep penguasaan diri menjadi sumber yang paling kuat dalam efikasi diri (Contento,2008 & Schwarzer,2005; Hidayanti,2016).

Ekspektasi terhadap hasil (Outcome expectations), jika self-efficacy mengacu pada kontrol tindakan pribadi atau agensi, maka Outcome expectations berkaitan dengan persepsi konsekuensi dari suatu tindakan (Schwarzer,2005; Hidayanti,2016). Hal Ini adalah keyakinan tentang hasil antisipatif dari keterlibatan perilaku atau gaya hidup yang berhubungan dengan kesehatan (menjadikan alasan yang membuat perilaku atau gaya hidup diinginkan). Ekspektasi terhadap hasil dapat diatur dalam tiga dimensi: (a) area konsekuensi, (b) konsekuensi positif atau negatif dan (c) konsekuensi jangka pendek atau jangka panjang. Area konsekuensinya dapat dibagi menjadi tiga. Physical outcome

expectations. Mencakup ekspektasi ketidaknyamanan atau gejala penyakit, mengacu pada antisipasi terhadap apa yang akan dialami setelah perubahan perilaku terjadi. Hal ini termasuk efek jangka pendek dan jangka panjang dari perubahan perilaku. Social outcome expectancies (Harapan hasil sosial) mengacu pada respon sosial yang diantisipasi setelah perubahan perilaku. Self-evaluative outcome expectations mengacu pada pengalaman antisipasi, seperti merasa malu, bangga pada diri sendiri, atau puas, karena standar internal (Schwarzer, 2005 Hidayanty, 2016).

Baik self-efficacy maupun outcome expectations memainkan peran yang berpengaruh dalam adopsi perilaku kesehatan baru, menghilangkan kebiasaan yang merugikan, dan mempertahankan apa yang telah dicapai. Konstruksi ini dilihat sebagai prediktor langsung dari perilaku. Mereka juga beroperasi melalui jalur tidak langsung, yang mempengaruhi penetapan tujuan, keterampilan, dan persepsi faktor sosio-struktural (Schwarzer & Conner, 2005; Hidayanty, 2016).

Dalam mengadopsi perilaku yang diinginkan, individu menciptakan tujuan kemudian berusaha untuk melaksanakan tindakan untuk mencapai tujuan tersebut. Tujuan berfungsi sebagai insentif diri dan panduan pada perilaku kesehatan. Menurut SCT, perbedaan dapat dibuat antara tujuan distal dan tujuan proksimal. Hal ini mengatur jumlah upaya yang diinvestasikan dan memandu

tindakan. Niat, sebagaimana didefinisikan dalam teori kognitif sosial lainnya, lebih mirip dengan tujuan proksimal daripada tujuan distal (Schwarzer; 2005).

Keyakinan efikasi diri memengaruhi perilaku secara tidak langsung melalui dampaknya pada tujuan. Orang dengan efikasi diri tinggi dalam domain tertentu memilih tujuan yang lebih menantang dan ambisius. Keyakinan diri yang optimis tentang efikasi diri memengaruhi cara orang menanggapi perbedaan antara tujuan pribadi dan kinerja mereka. Efikasi diri yang tinggi tidak hanya meningkatkan penetapan tujuan tetapi juga mengarah pada lebih banyak ketekunan dalam mengejar tujuan. Kemandirian diri juga mendorong penggunaan sumber daya kognitif yang efektif, mendiagnosis dan mencari solusi ketika hambatan muncul (Schwarzer, 2005 & Alister, et.al. 2008; Hidayanty, 2016).

Teori Penguatan. Teori ini adalah tanggapan atas perilaku seseorang yang meningkatkan atau menurunkan kemungkinan terjadinya perilaku tertentu yang dapat bersifat eksternal atau internal. Penguatan eksternal adalah memberikan tindakan atau item yang diketahui memiliki nilai penguatan bagi individu atau kelompok. Internal diketahui memiliki nilai penguatan bagi individu atau kelompok. Penguatan internal adalah persepsi individu bahwa perilaku memiliki nilai bagi mereka (Schwarzer, 2005; Hidayanty, 2016).

Hambatan adalah pemisah/benteng dalam mengambil tindakan. Menurut Bandura (2000), menilai bahwa hambatan merupakan bagian dari penilaian efikasi diri, karena memungkinkan kita untuk menilai apakah kita akan mampu melakukan suatu perilaku bahkan dalam keadaan sulit. menilai hambatan adalah bagian dari penilaian kemandirian diri, karena hal itu memungkinkan kita untuk menilai apakah kita akan mampu melakukan suatu perilaku bahkan dalam keadaan sulit. Beberapa hambatan bersifat eksternal atau berada di lingkungan, seperti kurangnya ketersediaan atau aksesibilitas untuk melakukan perilaku sehat (Schwarzer, 2005; Hidayanty, 2016).

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Remaja**

##### **1. Definisi Remaja**

Masa remaja (*adolescence*) merupakan masa terjadinya perubahan yang berlangsung cepat dalam hal pertumbuhan fisik, kognitif, dan psikososial. Masa ini merupakan masa peralihan dari anak-anak menuju remaja yang ditandai dengan banyak perubahan, di antaranya penambahan massa otot, jaringan lemak tubuh, dan perubahan hormone. Perubahan tersebut memengaruhi kebutuhan gizi. Selain itu, kebutuhan gizi pada remaja juga dipengaruhi oleh faktor psikologis dan sosial (Hardinsyah, 2016).

Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (2013), remaja adalah penduduk laki-laki atau perempuan

yang berusia 10-19 tahun dan belum menikah. Berdasarkan *World Health Organization* (WHO), remaja adalah orang-orang yang berusia antara 10-19 tahun. Sedangkan berdasarkan UNICEF (2010), remaja adalah masa yang sangat penting dalam membangun perkembangan mereka dalam dekade pertama kehidupan untuk menelusuri risiko dan kerentanan, serta menuntun potensi yang ada dalam diri mereka (Brown et al., 2017).

Pertumbuhan dan perkembangan seseorang remaja disebut dengan pubertas. Masa pubertas adalah masa perkembangan dan pematangan organ-organ reproduksi dan fungsinya. Oleh karena itu, masa remaja sudah dikategorikan kedalam masa usia reproduktif. Peristiwa penting dalam siklus reproduksi yang dialami oleh remaja putri adalah terjadinya menstruasi pertama atau yang sering disebut *Menarche*. Masa remaja memiliki peran penting terhadap masa depan suatu bangsa, karena nanti ketika dewasa mereka lah yang akan melaksanakan pembangunan suatu bangsa. Sehingga pada masa ini perlu dilakukan pembentukan karakter yang baik, karena masa remaja sangat rentan mengalami kegoncangan dalam mencari jati diri dan identitas kepribadiannya (Mayasari. A. T, Hellen Febriyanti, 2021).

Pertumbuhan dan perkembangan remaja terdiri dari berbagai aspek, tahap serta karakteristik. Menurut Permenkes No.

25 Tahun 2014, yang dikatakan remaja adalah kelompok usia 10-18 tahun. Masa remaja dibagi menjadi 3 tahapan, yaitu :

a. Remaja Awal (Usia 11 sampai dengan 13 tahun/*Early Adolescence*)

Pada masa ini, seseorang merasa lebih dekat dengan teman sebayanya, bersifat egosentris dan memiliki emosi ingin merasa bebas. Pada masa ini, remaja yang memiliki sifat egosentris akan melihat suatu hal hanya dari perspektif dirinya saja tanpa melihat dan mempertimbangkan pendapat orang lain disekitarnya. Remaja yang egosentris akan lebih sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya karena apa yang menurut mereka benar, itulah hal yang benar. Masa remaja awal ini juga sudah mulai terjadi kematangan seksual, meskipun terdapat perbedaan waktu antara remaja putra dan remaja putri. Kematangan seksual pada remaja putra biasanya terjadi pada rentang usia 10-13,5 tahun sedangkan proses kematangan seksual pada remaja putri biasanya terjadi pada rentang usia 9-15 tahun.

b. Remaja Pertengahan (Usia 14-17 tahun/*Middle Adolescence*)

Pada masa ini, remaja akan mengalami perubahan bentuk fisik yang semakin sempurna menuju kedewasaan. Hal-hal yang sering terjadi adalah pencarian identitas diri, timbulnya keinginan untuk mengenal lawan jenisnya dan biasanya sudah



mulai berkhayal tentang seks. Remaja pada masa ini lebih memiliki pengetahuan yang lebih baik dan matang. Dari segi perkembangan fungsi seksual, remaja putri pada masa pertengahan biasanya mengalami siklus menstruasi dan pada remaja putra mengalami mimpi basah. Adanya perkembangan organ-organ serta fungsi seksual yang lebih matang, remaja pertengahan memerlukan asupan gizi yang baik dan cukup untuk proses pematangan organ-organ reproduksinya. Selain itu juga dibutuhkan perhatian dan pengawasan orang tua agar tidak terjadi penyimpangan perilaku sosial.

Perkembangan seks sekunder pada remaja putri, diantaranya ialah pinggul dan pantat membesar, tinggi dan berat badan bertambah serta perubahan kulit menjadi lebih halus, perkembangan payudara, tumbuhnya rambut pada area ketiak dan alat kelamin. Pada remaja putra juga terjadi perkembangan seks sekunder diantaranya adalah terjadi perubahan suara menjadi lebih berat, tumbuh jakun pada bagian leher, pertambahan tinggi dan berat badan, pertumbuhan rambut pada area wajah, ketiak, alat kelamin dan kaki, buah zakar semakin membesar dan peningkatan produksi pada kelenjar keringat.

c. Remaja Akhir (Usia 18-20 tahun/*Late Adolescence*)

Pada masa ini, remaja akan mengalami proses konsolidasi menuju masa dewasa yang ditandai dengan beberapa hal, yaitu : Menunjukkan minat terhadap intelektualitas, Memiliki ego yang lebih mudah bergaul dengan orang lain dan ingin mencari pengalaman baru, Sudah memiliki identitas seksual yang tidak berubah, Sudah mampu menyeimbangkan antara kepentingan pribadi dan orang lain, Sudah memiliki batasan-batasan dan mampu membedakan baik dan buruk.

## 2. Gizi Remaja

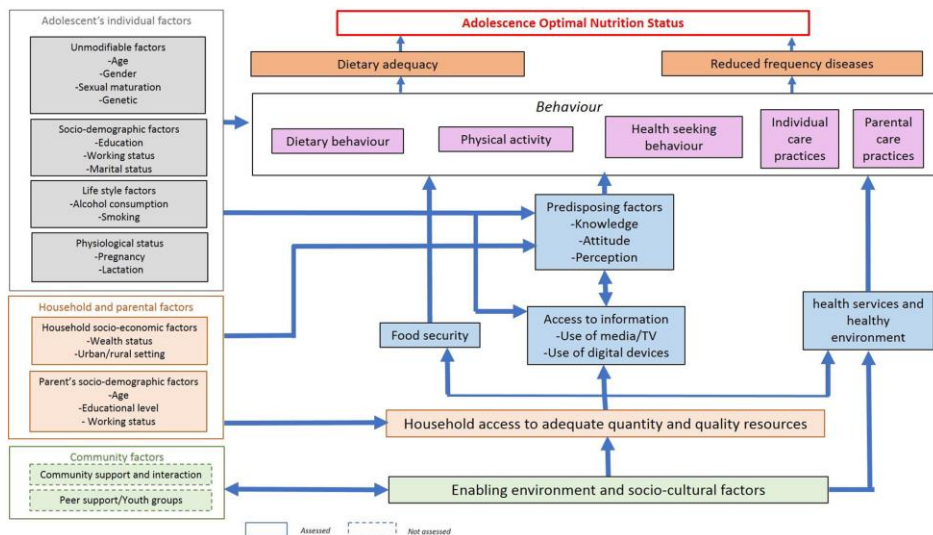
Usia remaja merupakan usia rentan gizi karena berbagai sebab. Pertama, remaja memerlukan zat gizi yang lebih tinggi karena peningkatan pertumbuhan fisik dan perkembangan yang dramatis itu. Kedua, perubahan gaya hidup dan kebiasaan makan remaja mempengaruhi baik asupan maupun kebutuhan gizinya. Ketiga, remaja yang mempunyai kebutuhan gizi khusus, yaitu remaja yang aktif dalam kegiatan olahraga, menderita penyakit kronis, sedang hamil, melakukan diet secara berlebihan, pecandu alcohol atau obat terlarang (Sunita Almatsier, Susirah Soetardjo, 2011).

Perubahan biologis, psikososial dan kognitif remaja memberikan dampak langsung terhadap status gizi. Pertumbuhan dan perkembangan fisik yang dramatis yang dialami remaja secara signifikan meningkatkan kebutuhan mereka akan energi, protein,

vitamin dan mineral. Namun, pergulatan mereka untuk menjadi manusia yang bebas yang menjadi ciri khas perkembangan psikososial remaja seringkali berkembang ke masalah kebiasaan makan yang mengorbankan kesehatan seperti diet yang berlebihan, melewatkan makan, penggunaan suplemen gizi dan non gizi yang tidak konvensional dan penerapan pola makan coba-coba. Situasi yang berbeda ini menciptakan tantangan besar bagi pelaku kesehatan. Perilaku menantang remaja bisa menjadi peluang perubahan pada suatu waktu dimana perilaku kesehatan orang dewasa terbentuk (Judith E Brown; Janet S Isaacs, 2011).

Pencarian untuk identitas pribadi dan kemandirian di kalangan remaja dapat menyebabkan perilaku positif dan meningkatkan kesehatan seperti penerapan praktik makan sehat, partisipasi dalam kegiatan fisik yang kompetitif dan tidak kompetitif dan minat keseluruhan untuk mengembangkan gaya hidup sehat. Kepentingan dan perilaku ini memberikan fondasi yang baik dimana pendidikan nutrisi dapat dibangun. Beberapa masalah gizi menjadi hal yang sangat banyak terjadi pada remaja putri yang selalu berusaha menjaga bentuk tubuh mereka namun tidak memperhatikan asupan gizi yang tepat. Selain itu, perkembangan psikososial menjadikan mereka mudah sekali terpengaruh dengan iklan ataupun produk untuk menjaga berat badan (Judith E Brown; Janet S Isaacs, 2011).

Menurut UNICEF terdapat sejumlah faktor yang berhubungan dengan status gizi remaja termasuk karakteristik tingkat masyarakat, termasuk kabupaten dan tempat tinggal (perkotaan vs pedesaan), karakteristik tingkat rumah tangga atau orang tua dan karakteristik tingkat remaja, termasuk status sosiodemografi, morbiditas, asupan makanan, aktivitas fisik dan orang lain (Gambar 2).



**Gambar 2. Kerangka Konseptual Status Gizi Remaja (UNICEF Indonesia, 2017)**

### 3. Gizi Kurang Pada Remaja

Underweight atau kekurangan berat badan disebabkan oleh kurangnya jumlah energi yang diasup dibandingkan dengan energi yang dikeluarkan. Underweight dapat diartikan sebagai berat badan rendah akibat gizi kurang. Kejadian gizi kurang pada perempuan usia aktif sering luput dari penglihatan dan pengamatan biasa. Dampak kesehatan yang dapat ditimbulkan

underweight adalah mudah terserang penyakit infeksi akibat sistim kekebalan tubuh yang menurun, kehilangan massa otot tubuh, rambut rontok, regulasi hormonal tidak teratur (gangguan kelenjar tiroid), haid tidak teratur bahkan dapat tidak haid serta kelelahan (Sandra Fikawati, Ahmad Syafiq, 2017).

Kekurangan gizi dapat menyebabkan masalah Kesehatan lainnya, seperti penyakit TBC pada remaja yang underweight. Selain itu, banyak remaja yang mengisolasi diri dari keluarga dan teman-teman serta menderita anoreksia atau bulimia karena mereka ingin bentuk dan ukuran tubuhnya ramping. Anoreksia nervosa dan bulimia merupakan kondisi yang parah dan dapat menyebabkan kematian. Anoreksia dapat menyebabkan amenore yang ditandai dengan estrogen dalam darah rendah, infertilitas dan mineral tulang hilang. Amenore dapat terjadi jika melakukan olahraga yang berlebihan, timbunan lemak habis, berat badan rendah dan kebutuhan gizi tidak memadai. Masalah-masalah pada remaja ini sudah ada selama beberapa waktu sebelumnya, tetapi masih menjadi masalah dalam beberapa waktu terakhir (Sandra Fikawati, Ahmad Syafiq, 2017).

Penyebab underweight seperti kurangnya asupan makan, aktivitas fisik yang tinggi, penyerapan nutrisi tidak adekuat, gaya hidup, faktor genetic (Sandra Fikawati, Ahmad Syafiq, 2017).

Status gizi kurang dikarenakan asupan makannya kurang dibandingkan dengan aktivitas fisiknya yang padat, sehingga perlu

diperhatikan lagi makanan yang dikonsumsi, yaitu dengan cara mengatur makan serta memperbanyak porsi makan daripada biasanya yang tentu saja juga memperhatikan kandungan gizi yang terkandung dalam makanan yang dikonsumsi, dengan begitu diharapkan dapat meningkatkan massa tubuh (Sandra Fikawati, Ahmad Syafiq, 2017).

Seseorang dengan aktivitas fisik yang tinggi berisiko mengalami gizi kurang atau *underweight* dari pada individu dengan aktivitas rendah. Dikarenakan saat melakukan aktivitas tinggi otot membutuhkan banyak energi untuk bergerak, sehingga apabila seseorang mendapatkan energi melalui asupan makanan yang kurang daripada energi yang keluar, maka akan terjadi kekurangan energi. Kekurangan energi ini akan berakibat negative keadaan ini menimbulkan kondisi gizi kurang (Pusparini et al., 2013)

Frekuensi latihan yang dianjurkan untuk penderita gizi kurang yaitu minimal 3-5 kali dalam seminggu. Ada dua macam latihan yang bisa dilakukan untuk seseorang yang mengalami gizi kurang yaitu latihan fisik aerobik dan latihan beban (*weight training*). Latihan beban porsinya dilakukan lebih banyak karena dapat meningkatkan massa otot dan memperbaiki kondisi fisik disertai dengan pola makan yang sehat (Pusparini et al., 2013).

Pencegahan *underweight* dapat dilakukan dengan membiasakan diri dalam menerapkan Pesan Gizi Seimbang (PGS)

yang terdiri dari pola makan yang benar, berperilaku hidup bersih dan melakukan latihan fisik sesuai anjuran (Kemenkes RI, 2017).

#### **E. Tinjauan Umum Tentang Variabel Pengetahuan**

Menurut Benyamin Bloom (1908) dalam Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo (2014), membagi perilaku kesehatan ke dalam tiga domain, yaitu pengetahuan (kognitif), Sikap (afektif), dan tindakan (psikomotor).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan adalah faktor terpenting dalam pembentukan perilaku dan tindakan (practice), dengan pengetahuan yang baik maka akan mendukung perilaku dan praktik yang baik. Diungkapkan juga bahwa perilaku yang di dasari oleh pengetahuan akan berlangsung lama daripada perilaku yang tidak di dasari oleh pengetahuan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya Tindakan seseorang (overt behavior) (Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan dapat diperoleh juga dari pengalaman diri sendiri maupun pengalaman orang lain. Semakin tinggi pengetahuan seseorang tentang aktivitas fisik, maka ia akan semakin memperhitungkan jenis dan jumlah aktifitas fisik yang akan dilakukannya. Pengetahuan memegang peranan penting dalam melakukan aktivitas fisik dengan baik sehingga dapat mencapai

keadaan gizi yang cukup. Rendahnya pengetahuan merupakan faktor penyebab yang mendasar terpenting karena mempengaruhi tingkat kemampuan individu, keluarga dan masyarakat dalam mengelola sumber daya untuk mendapatkan kecukupan aktivitas fisik.

Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo (2014) menjelaskan bahwa pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang sudah diterima. Oleh karena itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang suatu objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang sudah paham terhadap objek harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan sebagainya.

3) Aplikasi (*applications*)

Aplikasi merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.



Aplikasi tersebut dapat diartikan sebagai aplikasi, rumus, metode prinsip dan sebagainya.

4) Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari kata kerja.

5) Sintesis

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi. Penilaian tersebut didasarkan kepada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengetahuan dapat diukur dengan cara wawancara atau angket menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

## **F. Tinjauan Umum Tentang Variabel *Self-efficacy***

Teori tentang *self efficacy* (keyakinan diri) pertama kali diperkenalkan oleh pakar psikologi yang bernama Albert Bandura pada tahun 1977. Bandura mendefinisikan *self efficacy* sebagai keyakinan seseorang tentang kemampuannya untuk mencapai tujuan atau tugas yang mempunyai pengaruh terhadap kehidupan individu (Bandura & others, 1977). Sejalan dengan itu, Megan & Woolfol juga memperkenalkan konsep *self-efficacy*, yang didefinisikan sebagai tingkat penilaian diri atau keyakinan seseorang terhadap kemampuan seseorang untuk menyelesaikan tugas atau aktivitas (Tschannen-Moran & Hoy, 2007).

*Self-efficacy* menentukan bagaimana seseorang berpikir, merasa, memotivasi diri dan bertindak/berperilaku. Orang dengan *self-efficacy* yang kuat akan mampu mencapai dan memecahkan masalah dan hambatan dengan berbagai cara. Hambatan dipandang sebagai tantangan yang harus dihadapi, bukan dihindari. Sebaliknya, seseorang dengan efikasi diri yang rendah, maka hambatan yang ada dihindari dan dianggap sebagai ancaman baginya. Orang dengan efikasi diri yang rendah memiliki komitmen yang rendah untuk mencapai tujuan atau bahkan tujuan yang terkait dengannya dan akhirnya mengalami stres dan depresi. Bandura mengajukan hipotesis bahwa efikasi diri berhubungan dengan perubahan perilaku seseorang (Bandura & others, 1977).

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi self efficacy menurut Bandura & others (1977), adalah sebagai berikut :

a. Performance accomplishment

Pengalaman menguasai apa yang telah terwujud di masa lalu. Secara umum, kinerja yang sukses meningkatkan efikasi diri individu, sedangkan pengalaman kegagalan menurunkan efikasi diri. Begitu efikasi diri kuat dan dikembangkan melalui serangkaian keberhasilan, efek negatif dari kegagalan umum berkurang dengan sendirinya.

b. Vicarious experience

Pengalaman terhadap keberhasilan orang lain dengan kemampuan yang sebanding dalam mengerjakan suatu tugas akan meningkatkan *self efficacy* individu dalam mengerjakan tugas yang sama. Begitu pola sebaliknya, pengamatan terhadap kegagalan orang lain akan menurunkan penilaian individu mengenai kemampuannya dan individu akan mengurangi usaha yang dilakukannya.

c. Verbal persuasion

Individu diarahkan berdasarkan saran, nasihat dan bimbingan sehingga dapat meningkatkan keyakinannya tentang kemampuan yang dimiliki sehingga dapat membantu tercapainya tujuan yang diinginkan. Individu yang diyakinkan secara verbal

cenderung akan berusaha lebih keras untuk mencapai suatu keberhasilan.

d. Emotional arousal

Emosi yang kuat biasanya akan mengurangi performa, saat seseorang mengalami ketakutan yang kuat, kecemasan akut, atau tingkat stres yang tinggi, kemungkinan akan mempunyai ekspektasi efikasi yang rendah.

Menurut Bandura dalam Santrock (2003), efikasi diri memiliki empat macam fungsi yaitu menentukan pilihan tingkah laku, kedua adalah menentukan berapa besar level komitmen, usaha yang dilakukan dan ketekunan usaha, ketiga adalah mempengaruhi pola pikir dan reaksi emosional, dan yang terakhir adalah menentukan standar yang akan dilakukan selanjutnya.

a. Menentukan pilihan tingkah laku

Setiap individu cenderung memilih tugas yang mampu diselesaikan dengan baik, serta menghindari tugas yang sulit untuk dikerjakan. Perbedaan yang besar antara penilaian seseorang akan kemampuannya dengan kemampuannya yang sebenarnya akan menimbulkan berbagai konsekuensi. Orang yang memiliki *overestimate* terhadap kemampuannya maka akan melakukan aktivitas-aktivitas yang jauh di atas kemampuannya, akibatnya ia akan menemui berbagai kesulitan, hambatan dan kegagalan. Sebaliknya, orang yang memiliki *underestimate* terhadap

kemampuannya akan membatasi diri mereka terhadap aktivitas-aktivitas yang ia lakukan. Disebutkan pula bahwa orang yang memiliki efikasi diri yang rendah berusaha untuk menghindari tugas-tugas yang sulit sedangkan untuk orang yang memiliki efikasi diri yang tinggi akan sangat termotivasi untuk menyelesaikan tugas-tugas yang sulit.

- b. Menentukan berapa besar level komitmen, usaha yang dilakukan dan ketekunan usaha.

Efikasi diri dapat mempunyai efek terhadap komitmen seseorang akan tugas dan goal yang dia inginkan. Seseorang yang memiliki efikasi diri tinggi pada suatu tujuan, maka akan berusaha secara maksimal dalam menyelesaikan tujuan tersebut. Apabila ia menemukan hambatan maka ia tidak akan cepat putus asa dan menyerah. Ia malah akan memperbesar dan lebih bersemangat dalam usaha yang dilakukannya.

## **G. Tinjauan Umum Tentang Variabel Motivasi**

Motif atau motivasi berasal dari kata Latin *Moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Motivasi adalah suatu alasan seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya. Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan atau *needs* atau *want*. Kebutuhan adalah suatu "potensi" dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspon. Tanggapan terhadap kebutuhan diwujudkan dalam bentuk Tindakan

untuk pemenuhan kebutuhan tersebut. Apabila kebutuhan tersebut belum dipenuhi, maka akan selalu berpotensi untuk muncul kembali sampai dengan terpenuhinya kebutuhan yang dimaksud (Notoatmodjo, 2007).

Teori yang terkait motivasi adalah *Expectancy Theory*. Teori harapan/teori ekspektansi (*Expectancy Theory of Motivation*) dikemukakan oleh Victor H. Vroom pada tahun 1964. Vroom lebih menekankan pada faktor hasil (*outcomes*), dibanding kebutuhan (*needs*). Ekspektansi merupakan salah satu penggerak yang mendasari seseorang untuk melakukan suatu tindakan. Karena dengan adanya usaha yang keras tersebut, maka hasil yang didapatkan akan sesuai dengan tujuan. Dalam teori ini disebutkan bahwa seseorang akan memaksimalkan sesuatu yang menguntungkan dan meminimalkan sesuatu yang merugikan bagi pencapaian tujuan akhirnya (A.M. Heri Saktiyanto, Febrianto Arif Wibowo, Fitriana Purnamasari, 2013).

Vroom dalam Koontz (1990) mengemukakan bahwa orang-orang akan termotivasi untuk melakukan hal-hal tertentu guna mencapai tujuan apabila mereka yakin bahwa tindakan mereka akan mengarah pada pencapaian tujuan tersebut : Teori harapan ini didasarkan atas (A.M. Heri Saktiyanto, Febrianto Arif Wibowo, Fitriana Purnamasari, 2013).

- a. Harapan (*Expectancy*) adalah suatu kesempatan yang diberikan akan terjadi karena perilaku atau suatu penilaian bahwa kemungkinan sebuah upaya akan menyebabkan kinerja yang diharapkan.
- b. Nilai (*Valence*) adalah akibat dari perilaku tertentu mempunyai nilai/martabat tertentu (daya/nilai motivasi) bagi setiap individu yang bersangkutan. Dengan kata lain, valence merupakan hasil dari seberapa jauh seseorang menginginkan imbalan/signifikansi yang dikaitkan oleh individu tentang hasil yang diharapkan.
- c. Pertautan (*Instrumentality*) adalah persepsi dari individu bahwa hasil tingkat pertama ekspektansi merupakan sesuatu yang ada dalam diri individu yang terjadi karena adanya keinginan untuk mencapai hasil sesuai dengan tujuan atau keyakinan bahwa kinerja akan mengakibatkan penghargaan.

**Tabel 1. Sintesa Penelitian Tentang Edukasi Teori Kognitif Sosial**

| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal   | Judul dan Nama Jurnal   | Desain Penelitian   | Sampel  | Temuan   |
|----|--|---|---|---|--|
| 1. | H. Hidayanty <i>et.al.</i> (2016)<br><br><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027636/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027636/</a>         | A social cognitive theory-based programme for eating patterns and sedentary activity among overweight adolescents in Makassar, South Sulawesi: a cluster randomised controlled trial.<br><br><i>Asia Pasific Journal Clinical Nutrition</i> | <i>Randomised controlled trial (CRCT) design</i> dan <i>followed the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)</i> | Delapan SMP di kota Makassar secara acak ditetapkan sebagai sekolah intervensi dan kontrol. Sebanyak 238 siswa kelebihan berat badan berusia 11-15 tahun. | Program gaya hidup sehat secara signifikan berkontribusi terhadap penurunan z-score IMT dan lingkar pinggang, penurunan frekuensi kebiasaan ngemil, dan peningkatan efikasi diri untuk mengurangi kebiasaan ngemil dan perilaku sedentary di kalangan remaja overweight. |
| 2. | Ronald C. Plotnikoff <i>et.al.</i> (2013)<br><br><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23370047/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23370047/</a> | Social cognitive theories used to explain physical activity behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis<br><br><i>Preventive Medicine</i>  | Sebuah tinjauan sistematis dan meta-analisis.   | Literatur dilakukan dengan menggunakan database elektronik Medline, EBSCO dan Pusat Informasi Sumber Daya Pendidikan, Koleksi Jurnal Pendidikan           | Meta-analisis mengungkapkan 48% dan 33% dari varians masing-masing untuk niat dan aktivitas fisik masing-masing dijelaskan oleh model kognitif sosial. Niat secara konsisten muncul sebagai konstruk terkuat   |



| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal   | Judul dan Nama Jurnal  | Desain Penelitian | Sampel   | Temuan  |
|----|--|--|-------------------|--|---|
|    |  |  |                   | Proquest, Science Direct, Web of Science dan Scopus for teori sosial-kognitif.                   | yang terkait dengan perilaku aktivitas fisik.   |
| 3. | Xianglong Xu <i>et.al.</i> (2017)<br><br><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29113089/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29113089/</a> . | Predicting Physical Activity and Healthy Nutrition Behaviors Using Social Cognitive Theory: Cross-Sectional Survey among Undergraduate Students in Chongqing, China.<br><br><i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> | Cross-sectional   | Melibatkan 1976 mahasiswa sarjana dari enam universitas di Chongqing, Cina pada bulan Juli 2015. | Sebanyak 60,14% siswa melakukan olahraga kurang dari 30 menit per hari. Sekitar 16. 5% dari peserta menghabiskan setidaknya 4 jam menonton TV dan duduk di depan komputer setiap hari. Sekitar 79% dari peserta mengkonsumsi kurang dari lima cangkir buah dan sayuran setiap hari. Mahasiswa sarjana yang memiliki skor efikasi diri tinggi memiliki lebih banyak aktivitas fisik di waktu senggang. Mereka yang memiliki skor harapan tinggi memiliki |

| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal  | Judul dan Nama Jurnal  | Desain Penelitian   | Sampel  | Temuan  |
|----|---|--|---------------------|---|---|
|    |   |  |                     |   | banyak waktu untuk menonton TV dan duduk di depan komputer. Mahasiswa sarjana yang memiliki harapan tinggi dan skor efikasi diri memiliki konsumsi minuman manis yang sangat rendah. Mereka yang memiliki skor efikasi diri tinggi mengonsumsi banyak buah dan sayuran. |
| 4. | Hashemian M <i>et.al.</i> (2021)<br><a href="https://jech.umsha.ac.ir/Article/A-10-1324-2">https://jech.umsha.ac.ir/Article/A-10-1324-2</a> . | Effect of "Social Cognitive Theory"-based Intervention on Promoting Physical Activity in Female High-School Students of Rafsanjan City, Iran<br><br><i>Journal of Education and Community Health</i> | Quasi eksperimental | 246 siswa sekolah menengah perempuan (124 kelompok intervensi dan 122 kelompok kontrol) di Rafsanjan (Iran Selatan). Intervensi pendidikan diterapkan dalam | Hasil penelitian mengkonfirmasi pengaruh intervensi SCT terhadap peningkatan perilaku aktivitas fisik siswa yang berpartisipasi dalam penelitian. Hal ini juga secara signifikan meningkatkan konstruksi pengetahuan, self-   |

| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal  | Judul dan Nama Jurnal  | Desain Penelitian                                | Sampel  | Temuan  |
|----|---|--|--|---|---|
|    |   |  |  | empat sesi untuk siswa dan dua sesi untuk orang tua, guru, dan pejabat sekolah.                       | efficacy, dukungan keluarga, pengaturan diri, dan faktor lingkungan. Setelah melaksanakan program pendidikan, ada perbedaan yang signifikan antara skor rata-rata kedua kelompok dalam faktor lingkungan ( $p=0,027$ ), pengetahuan ( $p<0,001$ ), dukungan keluarga ( $p=0,001$ ), efikasi diri ( $p= 0,001$ ), dan regulasi diri ( $p=0,008$ ), perbandingan antara dua kelompok tingkat aktivitas fisik harian dan mingguan meningkat ( $p=0,001$ ). |
| 5. | Bagherniya <i>et.al</i> (2018)<br><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29298634/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29298634/</a> . | School-Based Nutrition Education Intervention Using Social Cognitive Theory for Overweight and Obese Iranian Adolescent Girls: A | <i>Randomised controlled trial (CRCT) design</i> | 172 siswa perempuan yang kelebihan berat badan dan obesitas berpartisipasi dalam penelitian (87 dalam | Setelah 7 bulan atau 30 minggu dilakukan intervensi, rata-rata BMI dan lingkar pinggang berkurang pada kelompok intervensi dari   |

| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal   | Judul dan Nama Jurnal   | Desain Penelitian                      | Sampel   | Temuan   |
|----|--|---|--|--|--|
|    |  | Cluster Randomized Controlled Trial<br><br><i>International Quarterly of Community Health Education</i>             |  | intervensi dan 85 pada kelompok kontrol).  | 29,47 (4,05) menjadi 28,5 (4,35) dan dari 89,65 (8,15) menjadi 86,54 (9,76), pada masing-masing. Pada kelompok intervensi, perilaku nutrisi dan sebagian besar variabel psikologis (efikasi diri, dukungan sosial, niat, dan situasi) ditingkatkan mendukung penelitian dan signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol ( $p < .05$ ). |
| 6. | M. D. Young <i>et.al</i> (2014)<br><br><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25428600/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25428600/</a> | Social cognitive theory and physical activity: a systematic review and meta-analysis.<br><br><i>Obesity reviews</i> | Tinjauan Sistematis dan Meta-analisis. | Basis data ini adalah PsycINFO, Indeks Kumulatif untuk Keperawatan dan Literatur Kesehatan Sekutu (CINAHL), SPORTDiscus, EBSCO, ERIC, ScienceDirect, Web of Science, | Tinjauan ini memberikan bukti yang baik untuk kegunaan SCT sebagai kerangka kerja untuk diterapkan ketika merancang intervensi perubahan perilaku aktifitas fisik, terutama pada populasi yang lebih tua. Bukti saat ini   |

| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal  | Judul dan Nama Jurnal  | Desain Penelitian | Sampel  | Temuan   |
|----|---|--|-------------------|---|--|
|    |   |  |                   | SCOPUS, EMBASE dan PubMed   | menunjukkan bahwa intervensi aktifitas fisik mungkin lebih efektif jika mereka memasukkan fokus yang berbeda pada peningkatan self-efficacy dan pengajaran strategi pengaturan diri kunci seperti penetapan tujuan, perencanaan, pemantauan diri dan pemberian hadiah. |
| 7. | Maretalinia <i>et al.</i> (2020)<br><br><a href="https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0272684X17749566?url_ver=Z39.88-2003&amp;rft_id=ori:rid:crossref.org&amp;rft_dat=cr_pub%20%20pubmed">https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0272684X17749566?url_ver=Z39.88-2003&amp;rft_id=ori:rid:crossref.org&amp;rft_dat=cr_pub%20%20pubmed</a> | Prevalence And Risk Factors Of Underweight For Adolescent In Indonesia: A Cross-Sectional From Global School-Based Student Health Survey 2015<br><br><i>Public Health of Indonesia</i> | Cross-sectional   | 7643 remaja sekolah dari Indonesia, "Global School-Based Student Health Survey (GSHS)" pada tahun 2015. | Prevalensi remaja yang mengalami underweight di Indonesia tahun 2015 sebanyak 3002 (39,3%). Jenis kelamin remaja yang berisiko tinggi underweight adalah perempuan (AOR=1,72, 95% CI=1,57-1,90) dengan rentang usia 10-15 tahun (AOR=2,37, 95% CI=2,09-2,69).          |

| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal  | Judul dan Nama Jurnal   | Desain Penelitian | Sampel   | Temuan   |
|----|---|---|-------------------|--|--|
|    |   |   |                   |  | Penggunaan alkohol (AOR=0,73, 95% CI=0,60-0,89) dan penggunaan narkoba (AOR=1,82, 95% CI=1,01-3,04) merupakan faktor perilaku risiko kekurangan berat badan pada remaja di Indonesia.  |
| 8. | Nuryani (2020)<br><a href="https://ejournal.almata.ac.id/index.php/IJND/article/view/1123">https://ejournal.almata.ac.id/index.php/IJND/article/view/1123</a> . | Associated factors of adolescents malnutrition in junior high school student. Limboto, Gorontalo<br><br>Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics). | Cross-sectional   | Pengambilan sampel menggunakan teknik accidental sampling sejumlah 251 remaja. Variabel penelitian berupa status gizi remaja, status sosial ekonomi, pengetahuan, sikap dan perilaku gizi pada remaja. | Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 10,0% remaja mengalami stunting, 23,5% remaja mengalami obesitas, 72,5% pengetahuan gizi kurang, 41,8% sikap gizi seimbang negative dan 45,4% perilaku gizi seimbang yang tidak baik. Analisis uji chi square menunjukkan pendidikan ayah berhubungan dengan |

| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal | Judul dan Nama Jurnal | Desain Penelitian | Sampel | Temuan   |
|----|------------------------------------|-----------------------|-------------------|--------|--|
|    |                                    |                       |                   |        | <p>kejadian stunting pada remaja (<math>p = 0,001</math>), namun analisis hubungan social ekonomi dengan kejadian stunting dan obesitas remaja berturut-turut pendidikan ibu (<math>p=0,051</math> dan <math>p=0,647</math>), pekerjaan ibu (<math>p = 0,385</math> dan <math>p = 0,206</math>), pendapatan keluarga (<math>p = 1,000</math> dan <math>p=0,061</math>), riwayat pengasuhan (<math>p = 0,496</math> dan <math>p = 0,525</math>), jumlah saudara (<math>p = 0,131</math> dan <math>p = 0,903</math>), jenis kelamin (<math>p = 0,298</math> dan <math>p = 1,000</math>), pengetahuan (<math>p = 0,767</math> dan <math>p = 0,447</math>), sikap (<math>p = 0,656</math> dan <math>p = 0,805</math>) dan perilaku gizi (<math>p = 1,000</math> dan <math>p = 0,268</math>) tidak berhubungan dengan</p> |

| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal   | Judul dan Nama Jurnal   | Desain Penelitian | Sampel  | Temuan  |
|----|--|---|-------------------|---|---|
|    |  |   |                   |   | kejadian stunting dan obesitas.   |
| 9. | Hidayanty et.al (2020).<br><a href="https://scholar.google.co.id/citations?user=57BHxwAA&amp;hl=en">https://scholar.google.co.id/citations?user=57BHxwAA&amp;hl=en</a> . | Inadequate nutrients intake and wasting status among adolescent students in Small Island of Indonesia Kota Makassar.<br><br><i>Enferm Clinica</i> | Cross-sectional.  | Penelitian ini melibatkan 103 siswa kelas 8 dan 9. Asupan nutrisi (kalori, protein, dan lemak) dikumpulkan dalam dua hari berturut-turut dengan menggunakan kuesioner food recall 24 jam. Analisis dilakukan dengan Nutrisurvey dan dikategorikan | Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, memiliki urtikaria dan asupan nutrisi ( $P < 0,05$ ). Namun demikian, diare, tingkat pendidikan ibu, gaji bulanan orang tua dan wasting tidak berhubungan dengan asupan gizi ( $P > 0,05$ ). |



| No  | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal  | Judul dan Nama Jurnal   | Desain Penelitian  | Sampel   | Temuan  |
|-----|---|---|--|--|---|
| 10. | Zahtamal <i>et al</i> (2019)<br><br><a href="https://jurnal.stikes-alinsyirah.ac.id/index.php/kesmas/article/view/542/120">https://jurnal.stikes-alinsyirah.ac.id/index.php/kesmas/article/view/542/120</a> . | Efektivitas media bergambar dan penyuluhan metode ceramah Tanya jawab (CTJ) terhadap perilaku makan, aktivitas fisik dan pola tidur remaja underweight di SMPN 13 dan SMPN 1 Pekanbaru.<br><br>Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health Sciences) | Quasi experimental dengan desain penelitian nonequivalent group pre-test post-test design. | Populasi pada penelitian ini adalah seluruh remaja yang underweight di SMPN 13 dan SMPN 1 dengan jumlah sampel 30 responden di masing-masing sekolah murid kelas VII,VIII, dan kelas IX. | Hasil penelitian didapatkan ada perbedaan efektivitas media bergambar dan penyuluhan ceramah tanya jawab terhadap perubahan perilaku makan, aktivitas fisik dan pola tidur remaja underweight. Perilaku makan, aktivitas fisik dan pola tidur berhubungan signifikan dengan underweight, remaja SMP memiliki pengetahuan kurang terhadap underweight. |

| No  | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal  | Judul dan Nama Jurnal   | Desain Penelitian   | Sampel  | Temuan  |
|-----|---|---|---|---|---|
| 11. | Kusuma <i>et.al</i> (2018)<br><br><a href="https://journal.fkm.ui.ac.id/ppk/article/view/2114">https://journal.fkm.ui.ac.id/ppk/article/view/2114</a> . | Pengaruh Citra Tubuh, Perilaku Makan, dan Aktivitas Fisik Terhadap Indeks Massa Tubuh (IMT) pada Remaja: Studi Kasus pada SMA Negeri 12 DKI Jakarta<br><br>Perilaku dan Promosi Kesehatan | Cross-sectional.  | Sampel penelitian adalah 238 siswi pada SMA Negeri 12 DKI Jakarta Timur kelas X dan XI                      | Hasil penelitian menunjukkan terdapatnya pengaruh citra tubuh terhadap IMT melalui perilaku makan dan aktivitas fisik, membuktikan bahwa citra tubuh tidak langsung berpengaruh terhadap IMT, namun masih harus dilihat bagaimana perilaku makan serta aktivitas fisik yang dilakukan oleh responden. |
| 12. | Waryana <i>et.al</i> (2019)<br><br><a href="https://onesearch.id/Record/IOS3916/article-154">https://onesearch.id/Record/IOS3916/article-154</a> .      | Intervensi Media Video Berpengaruh Pada Pengetahuan Dan Sikap Remaja Putri Dalam Mencegah Kurang Energi Kronik.   | Quasi eksperimental dengan rancangan pre-post test with control group design. | Populasi penelitian adalah seluruh remaja putri di Desa Tridadi, Kabupaten Sleman dengan sampel sejumlah 54 | Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pemberian media video terhadap perubahan pengetahuan (p= 0,00)   |

| No  | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal  | Judul dan Nama Jurnal  | Desain Penelitian   | Sampel   | Temuan  |
|-----|---|--|---|--|---|
|     |   | Desa Tridadi,<br>Kabupaten Sleman<br><br>Jurnal Action: Aceh<br>Nutrition Journal.   |   | orang untuk setiap kelompok.   | Pengetahuan remaja putri yang mendapat penyuluhan menggunakan media video lebih tinggi nilai skornya dibandingkan media food model. Sikap remaja putri yang diberi penyuluhan menggunakan media video lebih baik dibandingkan media food model. |
| 13. | Zahtamal <i>et.al</i> (2019)<br><br><a href="https://journal.lppm.unindra.ac.id/index.php/pkm/article/view/2939">https://journal.lppm.unindra.ac.id/index.php/pkm/article/view/2939</a> . | Edukasi Kesehatan Tentang Pola Makan Dan Latihan Fisik Untuk Pengelolaan Remaja UNDERWEIGHT<br><br>Panti Asuhan Amanah Pekanbaru | Quasi eksperimental dengan rancangan pre-post test with control group design. | Jumlah sasaran pada kegiatan ini adalah sebanyak 33 remaja di Panti Asuhan Amanah Pekanbaru. | Hasil dari kegiatan ini adalah telah diketahuinya bahwa terdapat 54,5% dari peserta mengalami underweight. Setelah diberikan edukasi terjadi peningkatan pengetahuan dan kesadaran remaja   |

| No  | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal  | Judul dan Nama Jurnal  | Desain Penelitian                            | Sampel   | Temuan  |
|-----|---|--|--|--|---|
|     |   | Jurnal PKM: Pengabdian Kepada Masyarakat.  |  |  | tentang kondisi <i>underweight</i> .  |
| 14. | Kantanista <i>et.al</i> (2014)<br><br><a href="https://www.aaem.pl/Underweight-in-14-to-16-year-old-girls-and-boys-prevalence-and-associations-with,72069,0,2.html">https://www.aaem.pl/Underweight-in-14-to-16-year-old-girls-and-boys-prevalence-and-associations-with,72069,0,2.html</a> | Underweight in 14 to 16 year-old girls and boys: prevalence and associations with physical activity and sedentary activities, Polandia<br><br><i>Annals of Agricultural and Environmental Medicine</i> | Cross-sectional.                             | Penelitian ini melibatkan 1702 anak perempuan dan 1547 anak laki-laki berusia 14 hingga 16 tahun dari 12 sekolah gimnasium di Poznan (Polandia). | Anak perempuan kurus sebesar 11,6% dan sama dengan persentase anak perempuan gemuk (14,6%). Anak laki-laki kurus adalah 7,0%, dan secara nyata lebih rendah dari persentase anak laki-laki kelebihan berat badan (17,0%). Anak laki-laki kurus dan kelebihan berat badan ditandai dengan tingkat aktivitas fisik yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan peserta dengan berat badan normal ( $p \leq .001$ ). Baik pada anak perempuan maupun laki-laki, |
| 15. | Hastuti <i>et.al</i> (2017).  | Faktor Risiko Kejadian <i>Wasting</i> Pada Remaja Putri (Studi Kasus pada  | Jenis penelitian <i>explanatory research</i> | Populasi pada penelitian ini adalah remaja putri umur  | Terpengaruh media massa, tingkat kecukupan energi kurang  |

| No | Peneliti (Tahun) dan Sumber Jurnal  | Judul dan Nama Jurnal   | Desain Penelitian                | Sampel  | Temuan   |
|----|---|---|----------------------------------|---|--|
|    | <a href="https://ejournal3.unidip.ac.id/index.php/jkm/article/view/18734">https://ejournal3.unidip.ac.id/index.php/jkm/article/view/18734</a> . | Siswi Umur 13-15 Tahun di SMP Walisongo 1 Semarang Tahun 2017)<br><br>Jurnal Kesehatan Masyarakat | melalui pendekatan case control. | 13-15 tahun di SMP Walisongo 1 Semarang tahun 2017 sebanyak 146 orang. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 60 orang dengan jumlah kasus sebanyak 30 orang dan kontrol sebanyak 30 orang. | dan tingkat kecukupan protein kurang merupakan faktor risiko kejadian <i>wasting</i> pada remaja putri SMP Walisongo 1 Semarang.<br><br><i>Body image</i> positif merupakan faktor protektif kejadian <i>wasting</i> pada remaja putri SMP Walisongo 1 Semarang.<br><br>Uang saku bukan faktor risiko kejadian <i>wasting</i> pada remaja putri SMP Walisongo 1 Semarang |

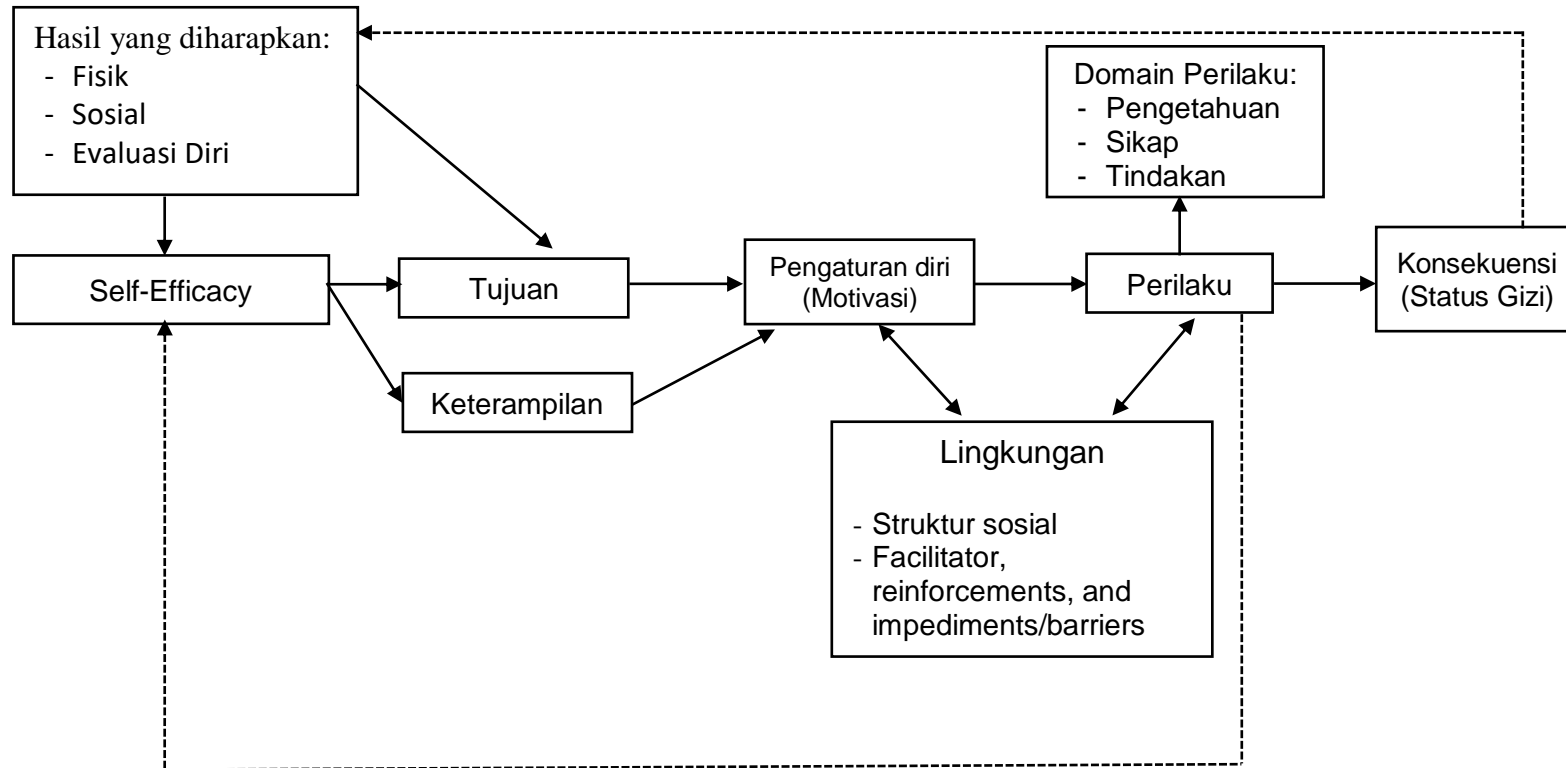
Beberapa penelitian diatas merupakan penelitian tahun-tahun sebelumnya yang ditulis oleh beberapa orang dari latar belakang universitas berbeda yang membahas tentang intervensi berbasis teori kognitif sosial pada remaja gizi kurang. Jika dibandingkan penelitian di atas dengan penelitian yang akan dilakukan peneliti, maka terdapat kesamaan dan perbedaan.

Penelitian ini memiliki kesamaan dengan penelitian yang dilakukan diatas yaitu sama sama meneliti tentang intervensi berbasis teori kognitif sosial pada remaja terhadap perilaku aktivitas fisik. Beberapa penelitian menggunakan metode quasi eksperimental. Selain itu pula, pada penelitian diatas sama sama menggunakan variabel bebas yang terdiri dari *self-efficacy*, pengetahuan, motivasi serta variabel terikatnya ialah perilaku aktivitas fisik. Populasi pada penelitian diatas adalah remaja usia 11-17 tahun.

Sedangkan perbedaannya terletak pada penambahan variabel bebas yaitu variabel faktor lingkungan. Selain itu juga metode penelitian yang digunakan *Randomised controlled trial (CRCT) design*, case control, tinjauan sistematis dan meta-analisis. Serta perbedaan yang mendasar yaitu tempat penelitian dan periode pengamatan.

## **H. Kerangka Teori**

Menurut Bandura (2000), Teori kognitif sosial mengusulkan bahwa faktor pribadi, perilaku dan lingkungan bekerja secara dinamis dan timbal balik untuk mempengaruhi perilaku kesehatan. Faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang: faktor pribadi (yaitu self-efficacy, hasil yang diharapkan, sifat, pikiran, perasaan, tujuan, niat dan motivasi); faktor lingkungan (yaitu faktor-faktor diluar individu seperti lingkungan fisik dan sosial) dan faktor perilaku (yaitu pengetahuan untuk melakukan perilaku tertentu. Menurut Benyamin Bloom (1908) perilaku manusia dibagi dalam tiga domain yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan).

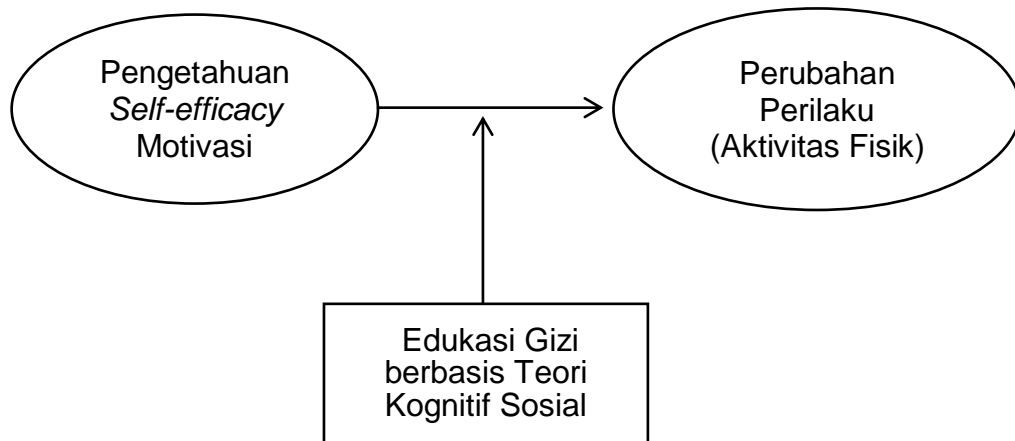


**Gambar 3. Kerangka Teori Penelitian**

Modifikasi kerangka Teori kognitif sosial  
Bandura (2000) dan Benyamin Bloom (1908)



## I. Kerangka Konsep



**Gambar 4. Kerangka Konsep**

Keterangan :

□ : Variabel Independen

○ : Variabel Dependen

→ : Berpengaruh

## **J. Hipotesis Penelitian**

1. Ada pengaruh edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial terhadap pengetahuan tentang aktivitas fisik pada kelompok intervensi.
2. Ada pengaruh edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial terhadap *self-efficacy* tentang aktivitas fisik pada kelompok intervensi.
3. Ada pengaruh edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial terhadap motivasi tentang aktivitas fisik pada kelompok intervensi.
4. Ada pengaruh edukasi gizi berbasis teori kognitif sosial terhadap perilaku aktivitas fisik pada kelompok intervensi.
5. Ada perbedaan pengaruh edukasi gizi terhadap pengetahuan tentang aktivitas fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
6. Ada perbedaan pengaruh edukasi gizi terhadap *self-efficacy* tentang aktivitas fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
7. Ada perbedaan pengaruh edukasi gizi terhadap motivasi tentang aktivitas fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
8. Ada perbedaan pengaruh edukasi gizi terhadap perilaku aktivitas fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

## **K. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif**

1. Edukasi Gizi Berbasis Teori Kognitif Sosial adalah suatu proses dari penyampaian informasi gizi yang menekankan pada perubahan perilaku yang ditentukan oleh faktor pribadi dan lingkungan remaja putri yang mengalami gizi kurang. Remaja dalam kelompok

intervensi diberikan modul dan edukasi secara langsung, kemudian dilakukan diskusi dan tanya jawab pada orang tua remaja yang menjadi pendukung dalam perubahan gaya hidup.

2. Modul adalah buku panduan yang berisi materi pola makan dan aktivitas fisik remaja yang terdiri dari 12 topik yang telah mendapatkan HAKI dengan nomor 000232421 yang dipaparkan dalam bentuk ceramah dan diskusi, berfungsi sebagai buku belajar secara mandiri dirumah karena dapat dibawa pulang oleh kelompok intervensi.
3. Infografis adalah sebuah lembaran atau selebaran kertas yang dapat dilipat serta telah dicetak berwarna yang berisi materi kesehatan dan gizi remaja yang dikeluarkan oleh Kemenkes Tahun 2018, Infografis diberikan dan dibawa pulang oleh kelompok remaja kontrol.
4. Pengetahuan adalah tingkat pemahaman responden tentang aktivitas fisik sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan kuesioner *pre-test* dan *pos-test*. Pengetahuan responden akan diukur dengan kuesioner dan menggunakan skala Guttman yang meliputi 10 pertanyaan.

- 1) Baik : Apabila skor jawaban responden benar >80
- 2) Sedang : Apabila skor jawaban responden benar 60-80
- 3) Kurang : Apabila skor jawaban responden benar <60

(Ali Khomsan, 2021)

5. *Self-efficacy* adalah keyakinan responden terkait kemampuan atau ketidakmampuannya dalam melakukan aktivitas fisik sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan kuesioner *pre-test* dan *pos-test*. *Self efficacy* responden akan diukur dengan kuesioner dan menggunakan skala Thurstone yang meliputi 14 pertanyaan.

Berdasarkan skala dimana setiap item diberi skor: 0-100

Kriteria berdasarkan jumlah pertanyaan.

a. Skor nilai tertinggi jawaban responden (X) :

Jumlah pertanyaan x nilai jawaban tertinggi dari setiap pertanyaan

$$14 \times 100 = 1400$$

$$\text{Nilai tertinggi} = \frac{1400}{1400} \times 100 = 100$$

b. Skor nilai terendah jawaban responden (Y) :

Jumlah pertanyaan x nilai jawaban terendah dari setiap pertanyaan

$$14 \times 0 = 0$$

$$\text{Nilai terendah} = \frac{0}{1400} \times 100 = 0$$

$$\begin{aligned} \text{Range (R)} &= X - Y \\ &= 100 - 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Kategori (K)} &= 5 \text{ (Sangat rendah, rendah, sedang, tinggi,} \\ &\quad \text{sangat tinggi)} \end{aligned}$$

$$\text{Interval (I)} = R/K = \frac{100}{5} = 20$$

Kategori :

- 1) Sangat Rendah : Skor rata-rata jawaban responden 0-19
- 2) Rendah : Skor rata-rata jawaban responden 20-39
- 3) Sedang : Skor rata-rata jawaban responden 40-59
- 4) Tinggi : Skor rata-rata jawaban responden 60-79
- 5) Sangat Tinggi : Skor rata-rata jawaban responden 80-100

(Sugiyono, 2011).

6. Motivasi adalah dorongan yang berasal dari dalam/luar diri subjek untuk meningkatkan aktivitas fisik sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan kuesioner *pre-test* dan *pos-test*. Motivasi responden akan diukur dengan kuesioner dan menggunakan skala Likert yang meliputi 10 item pertanyaan.

Rumus yang digunakan dalam pembuatan kategorisasi yaitu:

$X_{maks}$  = Jumlah pertanyaan x nilai skala terbesar

$X_{min}$  = Jumlah pertanyaan x nilai skala terkecil

$M$  =  $1/2 (X_{maks} + X_{min})$

$SD$  =  $1/6 (X_{maks} - X_{min})$

Penggolongan tiga kategori :

Kurang =  $X < M - 1SD$

Cukup =  $M - 1SD \leq X < M + 1SD$

Baik =  $X \geq M + 1SD$

1) Motivasi Baik :  $X \geq 30$

2) Motivasi Sedang :  $20 \leq X < 30$

3) Motivasi Kurang :  $X < 20$

(Saifuddin Azwar, 2012).

7. Aktivita Fisik adalah semua gerakan tubuh yang menghasilkan energi seperti bekerja, bermain, melakukan pekerjaan rumah tangga, bepergian, dan terlibat dalam kegiatan rekreasi. Pada penelitian ini kegiatan rutin yang dilakukan responden terdiri dari : jenis kegiatan, durasi dan frekuensi dalam satuan minggu. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) dengan wawancara langsung pada responden.

Analisis berdasarkan aktivitas:

Aktivitas Cukup : METs-min/minggu  $\geq 600$

Aktivitas Kurang : METs-min/minggu  $< 600$

(WHO, 2012)