

DISERTASI

**PENGEMBANGAN INTERVENSI *EMOTIONAL
DEMONSTRATION* TERHADAP PERUBAHAN
PERILAKU POLA MAKAN REMAJA
DI KABUPATEN GORONTALO**

***DEVELOPMENT OF EMOTIONAL DEMONSTRATION
INTERVENTION ON CHANGES IN ADOLESCENT'S EATING
PATTERNS AT GORONTALO DISTRICT***



RAHMAWATI

K013181014

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

DISERTASI

PENGEMBANGAN INTERVENSI EMOTIONAL DEMONSTRATION TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU POLA MAKAN REMAJA DI KABUPATEN GORONTALO

Disusun dan diajukan oleh

RAHMAWATI
Nomor Pokok K013181014

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 23 Februari 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat



Menyetujui

Komisi Penasehat,

a.u.
Ry

Prof. Dr. Saifuddin Saifuddin, MS
Promotor

[Signature]
Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS
Ko-Promotor

[Signature]
Ansariadi, SKM.,M.Sc.,PH.,Ph.D
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,

[Signature]
Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. Ed.

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat

[Signature]
Prof. Dr. Ridwan A, SKM, M. Kes, M. Sc. PH

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rahmawati
NIM : K013181014
Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

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

Makassar, Januari 2022

Yang Menyatakan,



Rahmawati

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya serta salawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan disertasi ini dengan judul “Pengembangan Intervensi *Emotional Demonstration* terhadap Perubahan Perilaku Pola Makan Remaja Di Kabupaten Gorontalo”

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan disertasi ini telah melibatkan berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung, perorangan maupun lembaga yang telah memberikan kontribusi dalam penyelesaian penyusunan disertasi ini. Dalam kesempatan ini penulis mengahaturkan penghormatan dan penghargaan yang setinggi-tingginya dan mengucapkan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat Bapak **Prof. Dr. Saifuddin Sirajuddin,MS** selaku Promotor dan Bapak **Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar,MS** serta Bapak **Ansariadi,SKM,M.Sc.PH, Ph.D** selaku Ko- Promotor. Beliau bertiga dengan kepakaran masing-masing telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran, perhatian, dan keikhlasan, sehingga hasil penelitian ini dapat terselesaikan mulai dari pengembangan topik penelitian hingga penulisan disertasi.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada suami **Mukhlisani Ihsan SKM,M.Kes** serta orang tua tercinta, Ibunda **Atina** dan ayahanda **Syarifuddin Nuhung**, mertua **Ummiatiyah**

Wahab dan **Drs. M Thahir Hasan**, yang telah mendampingi dan memberikan kekuatan, doa serta kasih sayang yang senantiasa menyertai setiap langkah penulis. Semoga Allah SWT senantiasa mencurahkan kasih sayang dan memberikan kalian kesehatan.

Teristimewa penulis ingin sampaikan untuk keempat cahaya mata dan hati penulis anak-anakku tersayang **Mursalati urfa, Mahdi Hanief, Mulqiyati zikra** dan **Maryam Alqaanita** atas cinta, support, pengorbanan dan doanya. Mohon maaf atas segala hak yang terabaikan selama penulis menempuh Pendidikan. hingga mampu mencapai keadaan seperti ini.

Dalam kesempatan ini pula penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A.**, selaku Rektor Unhas, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed.**, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi program studi S3 di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
3. **Prof. Dr. Ridwan A, SKM., M.Kes., MSc.PH.**, selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi program S3 Fakultas Kesehatan Masyarakat.

4. Tim Penguji Bapak **Prof. Dr. Ir. Ali Khomsan, MS** , Bapak **Prof. Suki Palutturi, SKM,M.Kes,M.Sc.PH,Ph.D**, Ibu **Prof. Dr. Masni,Apt,MSPH** dan Ibu **Dr. Healthy Hidayanty,SKM,M.Kes**
5. Seluruh staf pengajar S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis.
6. Penyelenggara Yayasan Pendidikan Duluwo Limo Lo Pohalaa Gorontalo yang telah memberikan izin untuk melanjutkan studi ke jenjang S3 dan senantiasa memberikan bantuan moril serta motivasi untuk melanjutkan pendidikan.
7. Rektor Universitas Gorontalo yang telah memberikan izin untuk melanjutkan studi ke jenjang S3 dan senantiasa memberikan bantuan moril serta motivasi untuk melanjutkan pendidikan.
8. Dekan, dosen dan karyawan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gorontalo yang senantiasa memberikan semangat dan doa untuk kelancaran Pendidikan penulis.
9. Staf dan karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang sudah membantu dalam proses perizinan dan kelengkapan berkas
10. Kepala SMAN 1 Limboto Bapak **Abdul Wahab I.Pahrin S.Pd** dan Kepala SMAN 2 Limboto Ibu **Dr. Hj Maryam Ui,M.Pd.** serta dewan guru di SMAN 1 dan SMAN 2 Limboto yang telah membantu dalam proses pelaksanaan dari awal hingga akhir penelitian.

11. Ibu **Indra Fajarwati Ibnu, SKM,MA** dan Bapak **Dr. Noval Sufriyanto Talani,S.SN, M.Ds.M.Si.** sebagai narasumber penyusunan model intervensi *Emotional Demonstration*.
12. Saudara kami **Ridwansyah ST, Riski Aprianti SPI, Rahmat Rifaldi SKom, Ir. Muktamar Hadi , Musyawarah Thahir,SST., M.Kes, Muzakirah Thahir., SKM, Mutmainnah Thahir ,S.Si.,Apt dan Mujahidah Thahir, ST** yang selalu memberikan doa dan dukungan moril serta motivasi dalam menjalankan studi.
13. Rekan–rekan mahasiswa Program S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Unhas angkatan 2018, atas segala kerjasama dan partisipasi yang diberikan serta memberikan dorongan moril, kritik, dan saran yang bermanfaat bagi penulis.
15. Semua pihak yang telah ikut membantu dalam kelancaran penulisan disertasi ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Disertasi ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga diharapkan saran yang membangun untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dan bermanfaat.

Penulis

Rahmawati

ABSTRAK

RAHMAWATI. *Pengembangan Intervensi Emotional Demonstration Terhadap Perubahan Perilaku Pola Makan Remaja Di Kabupaten Gorontalo.* (dibimbing oleh: **Saifuddin Sirajuddin, Muhammad Syafar dan Ansariadi**)

Pola makan menggambarkan kualitas dan kuantitas asupan yang merupakan salah satu faktor risiko masalah Kesehatan. Intervensi perbaikan pola makan remaja menggunakan teori perubahan perilaku diperlukan untuk memperbaikinya. Penelitian ini bertujuan untuk menyusun dan menguji model intervensi *Emotional Demonstration/* Emo Demo berbasis *theory of planned behavior* terhadap perubahan perilaku pola makan remaja.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Mix Methods Sequential Exploratory Design* dengan pendekatan *Theory of Planned Behaviour* dengan dua tahap penelitian. Tahap I menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk menemukan motif pola makan remaja dan Tahap II menggunakan metode kuantitatif yaitu *quasi experiment* dengan rancangan *pretest-posttest group with control design* dengan melakukan intervensi Emo Demo pada kelompok intervensi dan modul pada kelompok kontrol selama sepuluh minggu.

Hasil temuan tahap I ditemukan dua model *Emotional Demonstration/* Emo Demo berbasis *theory of planned behavior* yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku pola makan remaja dalam bentuk video yang menggunakan motif *drivers* dan *emotions* dan bentuk permainan yang menggunakan motif *interest*. Hasil tahap II adalah ada perubahan sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan sebelum dan setelah intervensi Emo Demo ($p < 0,05$), ada perbedaan sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p < 0,05$), ada perubahan pola makan sebelum dan setelah intervensi Emo Demo ($p = 0,001$), ada perbedaan pola makan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p = 0,005$). Disimpulkan pengembangan model intervensi *Emotional Demonstration/* Emo Demo dapat merubah pola makan remaja.

Kata Kunci : Pola makan remaja, *Emotional Demonstration/* Emo Demo, Teori *Planned Behaviour*



ABSTRACT

RAHMAWATI. *Development Of Emotional Demonstration Interventions On Changes In Adolescent's Eating Patterns At Gorontalo District* (supervised by: **Saifuddin Sirajuddin, Muhammad Syafar and Ansariadi**)

Diet describes the quality and quantity of intake which is one of the risk factors for health problems. Interventions to improve adolescent eating patterns using behavior change theory are needed to be improved. The aim of this study is to develop and test an Emotional Demonstration/Emo Demo intervention model based on the theory of planned behavior towards changes in adolescent eating patterns.

This is a Mix Methods Sequential Exploratory study design, using a Planned Behavior theory approach with two phases of research. Phase one using a qualitative method to find out the patterns of adolescent eating patterns and Phase two using a quantitative method, a quasi-experimental design with a pre-posttest group with control design by conducting an Emo Demo intervention in the intervention group and modules in the control group for ten weeks.

The findings of phase one found two models of Emotional Demonstration/Emo Demo based on the theory of planned behavior that influence changes in adolescent eating patterns in the form of videos using drivers and emotions motifs and games using interest motifs. The results of phase two are there are changes in attitudes, subjective norms, behavioral control and adolescent intentions related to eating patterns before and after the Emo Demo intervention ($p < 0.05$), there are differences in attitudes, subjective norms, behavioral control and adolescent intentions related to eating patterns between the intervention and control groups ($p < 0.05$), there was a change in eating patterns before and after the Emo Demo intervention ($p = 0.001$), there was a difference in eating patterns between the intervention group and the control group ($p = 0.005$). It was concluded that the development of the Emotional Demonstration/Emo Demo intervention model could change the adolescent's eating patterns.

Keywords: Eating Patterns, Emo Demo, Planned Behavior Theory



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	15
C. Tujuan Penelitian	16
1. Tujuan Umum	16
2. Tujuan Khusus	16
Manfaat Penelitian	17
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	18
A. Tinjauan Remaja	18
1. Remaja	18
2. Status Gizi Remaja	26
3. Pola Makan Remaja	30
B. Tinjauan <i>Emotional Demonstration</i>	40
C. Tinjauan <i>Theory Planned Behaviour</i>	51
D. Kerangka Teori	57
E. Kerangka Konseptual	58
F. Hipotesis	59
G. Definisi Operasional	60
BAB III METODE PENELITIAN	64
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	64
1. Tahapan Penelitian	64
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	78
C. Populasi dan Sampel Penelitian	78

D. Instrumen Penelitian	.....	80
E. Analisis Data	.....	81
F. Kontrol Kualitas	.....	82
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	.....	85
A. Hasil Penelitian	.....	108
B. Pembahasan	.....	119
C. Keterbatasan Penelitian	.....	119
D. Novelty	.....	110
BAB V PENUTUP	.....	121
A. Simpulan	.....	121
B. Saran	.....	122
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

	Halaman
TABEL	
1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Berdasarkan IMT/U Anak Umur 5-18 Tahun	30
2. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Penelitian	60
3. a. Rancangan Jadwal Penggunaan <i>Emotional Demonstration</i> pada remaja	75
b. Rancangan Jadwal Penggunaan <i>Emotional Demonstration</i> pada remaja	76
4. Karakteristik Informan	86
5. Distribusi Karakteristik Responden Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Kabupaten Gorontalo Tahun 2021	99
6. Distribusi Karakteristik Orang Tua Responden Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Kabupaten Gorontalo Tahun 2021	101
7. Distribusi sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol	103
8. Waktu Perubahan sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat responden terkait pola makan	104
9. Distribusi asupan energi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol	107
10. Distribusi median setiap minggu untuk sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan	108

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
GAMBAR	
1. Kaitan asupan gizi dengan status gizi	23
2. Faktor Penyebab Masalah Gizi	24
3. Empat Prinsip Gizi Seimbang	28
4. Piring makan (sekali makan)	32
5. Kerangka kerja BCD	34
6. <i>Theory Planned Behavior</i> (TPB)	42
7. Kerangka Teori	45
8. Kerangka Konseptual	46
9. Rancangan <i>pre-post test with control group design</i>	56
10. Alur penelitian	64
11. Model kerangka cara penentuan sampel	67
12. Alur screening Penelitian	73
13. Skema Kekuatan Untuk Perilaku Pola Makan Dengan Prinsip Gizi Seimbang	76
14. Skema Kelemahan Untuk Perilaku Pola Makan Dengan Prinsip Gizi Seimbang	77
15. Skema Faktor Remaja Mau Mengonsumsi Makanan Dengan Pola Gizi Seimbang	79
16. Skema Faktor Instrinsik Remaja Mau Mengonsumsi Makanan Dengan Pola Gizi Seimbang	80
17. Skema Faktor Ekstrinsik Remaja Mau Mengonsumsi Makanan Dengan Pola Gizi Seimbang	82
18. Skema Hasil Temuan di lapangan Notif Pola Makan remaja	82
19. Boxplot Antara Sikap Dan Waktu Intervensi	109
20. Path Analysis Pengaruh Sikap, Norma Subjektif, Kontrol Perilaku, Niat Terhadap Perilaku Pola Makan Kelompok Intervensi	114
21. Path Analysis Pengaruh Sikap, Norma Subjektif, Kontrol Perilaku, Niat Terhadap Perilaku Pola Makan Kelompok	115

DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
1.	Kuesioner Persepsi Pola Makan Remaja	144
2.	Kuesioner Screening Pola Makan Remaja	147
3.	Kusioner Formulir Food Frekuensi	150
4.	Contoh Perhitungan skor FFQ	152
5.	Kuesioner Recall 24 Jam	154
6.	Kuesioner TPB	155
7.	Rancangan Pembuatan Emo Demo	165
8.	Contoh Permainan Interaktif	168
9.	Skenario Video	170
10.	Matrik Wawancara	179
11.	Surat-surat	183
12.	Sertifikat HAKI	188
13.	Dokumentasi	190
14.	Riwayat Hidup	194

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Remaja merupakan kelompok umur terbesar pada struktur penduduk Indonesia, sebanyak 17% jumlah penduduk remaja menjadi fokus perhatian dan titik intervensi yang strategis bagi pembangunan sumber daya manusia (Statistik, 2019) namun berbagai masalah Kesehatan juga banyak terjadi dimasa ini akibat perilaku berisiko yang remaja lakukan seperti seks pranikah, merokok, minum alcohol dan penyalahgunaan narkoba, selain itu remaja juga menghadapi masalah gizi yang disebut *triple burden* yang merupakan suatu kondisi yang mengacu pada kekurangan, kelebihan dan ketidak seimbangan asupan gizi. Pada remaja meliputi *stunting*, *wasting* dan obesitas serta kekurangan zat gizi mikro seperti anemia.

Remaja adalah kelompok penting karena reproduksi akan segera terjadi. Survei menunjukkan tingginya prevalensi kurus, kelebihan berat badan, dan anemia pada remaja usia 10-19 tahun, meskipun mereka berbeda-beda di setiap negara (Tzioumis & Adair, 2014),(Caleyachetty et al., 2018).

Hasil dari Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 menunjukkan bahwa status gizi pendek pada remaja (16-18 tahun) sebanyak 26,9 %. Untuk status gizi kurus sebesar 8,1% sedangkan prevalensi gemuk pada remaja sebesar 13,5 % (Riskesdas, 2018). Prevalensi kegemukan dan

obesitas pada anak dan remaja di Indonesia juga terus menunjukkan angka prevalensi yang naik dari tahun ketahun, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar dari tahun 2007,2013 dan 2018 prevalensi kegemukan dan obesitas pada anak dan remaja berkisar diatas angka 15 %.

Status gizi merupakan keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan gizi tubuh. Status gizi memberikan gambaran individu sebagai akibat dari asupan gizi sehari-hari. Pola makan yang sehat berhubungan dengan asupan gizi yang sehat dan begitupun sebaliknya.

Pola makan yang tidak sehat menimbulkan dampak yang lebih besar risikonya terhadap morbiditas dan mortalitas dibandingkan seks yang tidak aman, alkohol, narkoba, dan penggunaan tembakau (Willett et al., 2019). Kualitas pola makan remaja dapat dilihat pada beberapa penelitian terkait kebiasaan sarapan pagi, konsumsi makanan ringan (*snaking*), konsumsi makanan minuman yang rendah gizi namun padat energi dan konsumsi sayur buah.

Beberapa penelitian memperoleh hasil tentang kebiasaan sarapan remaja yang buruk. Sebuah penelitian cross-sectional dilakukan pada remaja usia 13-15 tahun di Swedia utara, ditemukan 15% laki-laki dan 20% perempuan melaporkan melewatkan sarapan setidaknya empat hari per minggu (Vaezghasemi, Lindkvist, & Eurenus, 2012). Penelitian pada remaja Korea diperoleh hasil sebanyak 37% laki-laki dan 41% perempuan melaporkan melewatkan sarapan (Kang & Park, 2016).

Penelitian di Sidoarjo mendapatkan remaja usia 17 tahun paling banyak dibandingkan kelompok umur lainnya dengan perilaku sarapan pagi dengan kategori buruk yaitu 24,1% dan jenis kelamin perempuan 24% lebih banyak melewatkan sarapan dibandingkan laki-laki 17%(Prayogo & Sulistyowati, 2019).

Kebiasaan sarapan yang buruk di masa remaja diprediksi akan terkena sindrom metabolik pada usia 43 tahun(Wennberg, Gustafsson, Wennberg, & Hammarström, 2015). Sarapan dianggap penting untuk asupan gizi seimbang dan status gizi sehat, Keduanya dapat mempengaruhi status berat badan dan kemampuan kognitif yang berhubungan dengan memori dan prestasi akademik (Kang & Park, 2016).

Remaja juga memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan ringan (*snack*) cukup sering dalam sehari. Penelitian pada remaja 14 sampai 16 tahun di wilayah Flemish di Belgia menunjukkan lebih tinggi asupan makanan ringan yang tidak sehat-lemak dan atau kaya gula ($214,4 \pm 147,3$ g) dibandingkan camilan sehat ($122,0 \pm 133,4$ g)(De Cock et al., 2016). Remaja Yunani mengonsumsi dengan cepat makanan > 1 kali / minggu (Tambalis, Panagiotakos, Psarra, & Sidossis, 2018). Sekitar 70% remaja melaporkan memiliki dua atau tiga perilaku berisiko kesehatan (Konsumsi sayur dan buah rendah, cemilan padat energi yang tinggi dan waktu nonton TV yang tinggi)(Pearson et al., 2017).

Pola makan merupakan perilaku paling penting yang dapat

mempengaruhi keadaan gizi. Hal ini disebabkan karena kuantitas dan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi asupan gizi sehingga akan mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Gizi yang optimal sangat penting untuk pertumbuhan normal serta perkembangan fisik. Gizi baik membuat berat badan normal atau sehat, tubuh tidak mudah terkena penyakit infeksi, produktivitas kerja meningkat serta terlindung dari penyakit kronis dan kematian dini. Agar tubuh tetap sehat dan terhindar dari berbagai penyakit kronis atau penyakit tidak menular terkait gizi, maka pola makan masyarakat perlu ditingkatkan kearah konsumsi gizi seimbang. Keadaan gizi yang baik dapat meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat (Kementrian Kesehatan, 2014).

Merujuk dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang, pengertian gizi seimbang adalah susunan pangan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan memantau berat badan secara teratur dalam rangka mempertahankan berat badan normal untuk mencegah masalah gizi (Kementrian Kesehatan, 2014).

Pola makan dengan prinsip gizi seimbang pada masyarakat khususnya remaja di Indonesia masih belum sesuai dengan pesan gizi seimbang. Hasil penelitian Riskesdas 2018 menunjukkan masih banyak

penduduk yang tidak cukup mengonsumsi sayuran dan buah-buahan yaitu 96,4% penduduk usia 15-19 tahun mengonsumsi sayuran dan buah-buahan masih di bawah anjuran. Kedua, kualitas protein yang dikonsumsi rata-rata perorang perhari masih rendah karena sebagian besar berasal dari protein nabati seperti sereal dan kacang-kacangan. Ketiga, konsumsi makanan dan minuman berkadar gula tinggi (41,0 % dan 56,43%) dan lemak tinggi (43,8%), baik pada masyarakat perkotaan maupun perdesaan, masih cukup tinggi.

Rerata tingkat kecukupan energi dan protein pada kelompok umur remaja (13-18 tahun) sebesar 72,3 persen dan 82,5 persen, paling rendah dibandingkan dengan empat kelompok umur lainnya. Proporsi remaja dengan tingkat kecukupan energi sangat kurang (70%) sebanyak 52,5%, tertinggi dibandingkan dengan kelompok umur lainnya (Siswanto & et al, 2014).

Gambaran pola makan masyarakat Indonesia juga dapat dilihat pada angka konsumsi perkapita sehari terbagi dalam tiga kelompok makanan yaitu padi-padian (41,11%), makanan minuman jadi (21,09%) serta minyak dan kelapa (33,14%). Sedangkan pada kelompok protein, konsumsi protein tertinggi berasal dari kelompok padi-padian (33,14%), makanan dan minuman jadi (20,69%) dan kelompok ikan/cumi/kerang (13,36%). Sementara kelompok daging dan kacang-kacangan masing-masing hanya 9,99% dan 8,43% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Penelitian pada remaja di Jogjakarta menemukan bahwa jenis

makanan yang dikonsumsi akan mempengaruhi status gizi yaitu terjadi peningkatan IMT/U dan lingkaran pinggang dipengaruhi oleh asupan frekuensi tinggi dari makronutrien, sedangkan peningkatan persentase lemak dikaitkan dengan konsumsi minuman manis (Fayasari, Julia and Huriyati, 2018).

Berdasarkan uraian di atas dapat dilihat bahwa perilaku pola makan masyarakat Indonesia belum termasuk dalam pola makan yang seimbang karena 90 % makanan yang dikonsumsi dalam sehari masih bersumber dari kelompok karbohidrat, yang lebih memperhatikan lagi adalah kelompok remaja pola konsumsi makanan dan minuman manis di atas 50% dan diperberat lagi dengan kebiasaan konsumsi buah/sayuran yang sangat rendah mencapai angka di atas 90 % (Riskesdas, 2018).

Sejak serangan pandemi COVID-19 juga telah ikut mengubah secara signifikan kehidupan sehari-hari jutaan orang di seluruh dunia. Salah satu area yang sangat terpengaruh adalah pola makan kita, dengan gangguan rantai pasokan makanan, liputan media tentang masalah keamanan pangan dan restoran tutup yang mempengaruhi perilaku makan orang. Penelitian di Amerika Serikat baru-baru ini melihat bagaimana pandemi COVID 19 merugikan dan mempengaruhi banyak dari perilaku kesehatan terkait penambahan berat badan, khususnya aktivitas fisik, perilaku menetap, tidur, dan asupan makanan (Parekh and Deierlein, 2020).

Sejalan dengan penelitian tentang asupan makanan di Brasil

menemukan bahwa asupan makanan dengan kandungan tinggi lemak dan gula tambahan sebanyak 53% berkontribusi terhadap asupan energi harian untuk remaja, 49% untuk orang dewasa, dan 48% untuk lansia. Asupan makanan dengan kandungan tinggi lemak dan gula tambahan yang tinggi ditemukan pada 64,7% remaja, 59,1% dewasa, dan 57,8% lansia. Asupan makanan dengan kandungan tinggi lemak dan gula tambahan harian meningkat seiring dengan pendapatan di semua kelompok umur. Mereka juga mengonsumsi asupan minuman manis manis, cookies dan cake, daging olahan, keripik, permen dan coklat, serta sandwich dan snack (Monteiro *et al.*, 2020).

Penelitian lain tentang pola makan remaja juga mendapatkan bahwa remaja dalam sehari sering mengonsumsi makanan sumber karbohidrat tinggi seperti coklat, makanan cepat saji dan makanan padat energi lainnya seperti pai, pizza dan kentang goreng (Kotecha *et al.*, 2013),(Naja *et al.*, 2015). Khusus untuk remaja, pola makan akan sangat dipengaruhi oleh ketersediaan makanan di lingkungan sekolah , serta orang tua dan teman sebaya (Madjdian *et al.*, 2018),(Trübswasser *et al.*, 2020),(Parks *et al.*, 2018),(Chung, Ersig and Mccarthy, 2019).

Melakukan intervensi untuk merubah pola makan telah terbukti dapat memperbaiki perilaku konsumsi remaja (Schmitt *et al.*, 2019),(Begley, Paynter, Butcher, & Dhaliwal, 2019),(Bauer *et al.*, 2020), Intervensi yang diberikan pun bentuknya beragam, seperti pemberian sarapan gratis disekolah dan pendampingan promosi gizi, memperoleh

hasil perbaikan dalam jenis makanan dan minuman siswa yang dikonsumsi di pagi hari (Bauer et al., 2020). Namun perubahan pola konsumsi hanya menggambarkan asupan pada satu kali makan yaitu pagi hari, dan penelitian ini tidak mengukur jenis dan ukuran porsi yang dikonsumsi.

Intervensi pendidikan gizi dan atau konseling diet pada remaja di negara berpenghasilan rendah dan menengah sebagian besar berfokus pada praktik pemberian makanan pendamping untuk bayi dan anak kecil atau wanita hamil (Salam et al., 2016). Intervensi pendidikan gizi dan / atau konseling diet pada remaja di Indonesia juga masih jarang dilakukan (Oddo, Roshita, & Rah, 2019). Penelitian lain yang berbasis di AS melakukan intervensi perilaku gizi berbasis klinik kesehatan yang menekankan diet tinggi buah-buahan, sayuran dan produk susu rendah lemak, intervensi ini meningkatkan asupan buah-buahan, kalium dan magnesium secara signifikan, dan penurunan konsumsi lemak total (C.Couch, 2008).

Studi lain yang menilai dampak dari kurikulum pendidikan gizi yang disesuaikan untuk remaja perempuan tentang hasil gizi, termasuk pengetahuan, perilaku diet, antropometri dan anemia, memperoleh hasil adanya keterpaparan terhadap program pendidikan gizi tidak mengubah hasil secara berarti untuk remaja ($p > 0,51$), ini disebabkan intervensi multi-sektoral menyentuh banyak bidang kesejahteraan remaja, termasuk kesehatan reproduksi, pendidikan dan pemberdayaan ekonomi,

sehingga intervensi tidak focus pada satu aspek (Hewett et al., 2020).

Penelitian tentang pendidikan gizi yang bertujuan untuk perubahan perilaku pola makan remaja diperlukan untuk membuat kebiasaan baik sehingga remaja dapat menerapkan pola makan dengan prinsip gizi seimbang. Upaya intervensi perubahan perilaku pola makan remaja yang telah dilakukan memberikan hasil variative tergantung metode intervensi yang diberikan. Ada beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa pengetahuan melalui pendidikan gizi dapat meningkatkan praktik pola makan seimbang pada remaja (Aparicio-Ugarriza *et al.*, 2019), (Egg *et al.*, 2020), pengetahuan itu saja tidak selalu cukup untuk mencapai perubahan perilaku yang berkelanjutan (Hewett *et al.*, 2020). Sebuah literature riveuw program dan kebijakan yang menargetkan gizi remaja masih relatif baru dan cakupannya rendah. Untuk memperbaiki status gizi rentan ini dibutuhkan evaluasi tambahan dari program dan pengawasan data tentang remaja .(Oddo, Roshita and Rah, 2019)

Intervensi pendidikan gizi dan atau konseling diet pada remaja menggunakan platform berbasis teknologi, seperti media sosial, untuk menyampaikan pesan berbasis nutrisi merupakan strategi yang menjanjikan di negara berpenghasilan rendah dan menengah mengingat penggunaan smartphone secara luas(Oddo et al., 2019). Hasil review jurnal tentang intervensi berbasis seluler untuk perubahan perilaku diet dan hasil kesehatan mengidentifikasi mode masukan yang

paling umum sebagai masukan berbasis teks, dengan menggunakan metode yang lebih canggih, seperti pengenalan foto, dapat memperoleh hasil yang lebih bermakna (Kankanhalli, Shin, & Oh, 2019).

Sebuah literatur review yang melihat studi tentang efektivitas intervensi dan teknik perubahan perilaku untuk meningkatkan asupan makanan pada dewasa muda, menjelaskan bahwa studi melihat beragamnya *primary outcome* mulai dari total asupan energi, asupan sayur buah, makanan minuman padat gizi, makanan rendah gizi, mikro nutrient dan perilaku makan, dari semua itu studi yang paling dominan didapatkan focus pada perilaku konsumsi sayur dan buah, dengan peningkatan yang signifikan setelah melakukan intervensi selama tiga bulan (Ashton et al., 2019).

Tujuan dari pemberian pendidikan gizi adalah mendorong terjadinya perubahan perilaku yang positif yang berhubungan dengan makanan dan gizi, namun pendidikan gizi saja tidak efektif. Pendidikan gizi dengan mengidentifikasi dan memanfaatkan teknik perubahan perilaku yang efektif untuk intervensi diet pada dewasa muda akan membantu pengembangan intervensi, kebijakan dan gizi yang berpotensi lebih efektif dan dapat direplikasi (Ashton et al., 2019).

Sebuah bentuk intervensi pendidikan gizi yang menggunakan teori perubahan perilaku baru-baru ini mulai dikembangkan dan banyak di gunakan pada penelitian untuk perubahan perilaku Kesehatan. Bentuk intervensi tersebut dikenal dengan nama *Emotional Demonstration/Emo*

Demo. Emo Demo merupakan salah satu metode edukasi masyarakat melalui pendekatan baru yang mengacu pada teori *Behaviour Centered Design* (BCD). Teori BCD mempunyai prinsip bahwa perilaku hanya dapat berubah sebagai respon atas sesuatu yang baru, menantang, mengejutkan atau menarik.

Teori BCD berfokus pada motif/motivasi individu untuk merubah perilaku, ada dua bentuk motif dari individu, pertama adalah *drives* /Mendorong termasuk didalamnya adalah kenyamanan, kelaparan, takut, menjijikkan dan nafsu, kedua adalah *emotion*/Emosi termasuk didalamnya adalah memelihara, menarik, cinta dan afiliasi(Aunger & Valerie Curtis Hygiene, 2015).

Emo Demo merupakan cara untuk menyampaikan pesan-pesan gizi dengan strategi komunikasi perubahan perilaku yang menggunakan *Behaviour Centred Design* (BCD). Kegiatan Emo Demo adalah kegiatan aktif berbasis pada perubahan perilaku pada kelompok masyarakat target (ibu hamil dan ibu menyusui) yang dikembangkan oleh *Global Alliance for Improved Nutrition* (GAIN). Metode Emo Demo ini menggunakan cara-cara yang bersifat imajinatif dan provokatif untuk mencapai perubahan perilaku dalam bidang kesehatan masyarakat.

Intervensi *Emo Demo* pada beberapa penelitian Kesehatan memperoleh hasil yang signifikan terhadap perubahan perilaku Kesehatan(White et al., 2016),(Greenland et al., 2016),(Tidwell, Chipungu, Chilengi, Curtis, & Aunger, 2019). Model intervensi BCD yang

diadaptasi oleh Emo Demo telah berhasil di gunakan untuk mengubah perilaku sanitasi dan perilaku nutrisi (Biran et al., 2014),(Greenland et al., 2016),(Gautam, Schmidt, Cairncross, Cavill, & Curtis, 2017). Hasil uji coba intervensi untuk meningkatkan lima perilaku kebersihan makanan di antara para ibu dengan anak kecil di pedesaan Nepal, kegiatan intervensi yang dilakukan yaitu demonstrasi, permainan, penghargaan, mendongeng, drama, kompetisi yang terkait dengan penggerak emosional dari perilaku dan perubahan menu . Secara substansial mampu meningkatkan berbagai perilaku higiene makanan di Nepal(Gautam et al., 2017).

Penggunaan Emo Demo untuk memperbaiki praktik pemberian makan anak yang berfokus pada keragaman makanan pendamping dan pemberian jajanan tidak sehat untuk anak usia 6-24 bulan. Dari intervensi Emo Demo yang dilakukan memberikan pengaruh pada peningkatan keragaman makanan dan keteraturan asupan sayur dan buah pada anak usia 6-24 bulan. Hasil yang didapatkan menunjukkan bahwa kampanye media massa yang menggunakan motif yang kuat daripada pengetahuan kesehatan bisa efektif dalam mengubah perilaku (White et al., 2016). Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur tersebut merupakan penelitian yang pertama menggunakan kerangka BCD yang diterapkan pada perilaku yang tidak berhubungan dengan kebersihan. Dan ditemukan hasilnya sama berlaku untuk nutrisi, dengan proses ABCDE menghasilkan wawasan baru dan pendekatan baru untuk

promosi nutrisi. Gosip terbukti merupakan pengungkit perilaku yang berguna, dengan penerima manfaat mengidentifikasi diri dengan karakter Ibu Rumpi (White et al., 2016).

Selain itu keberhasilan perubahan praktik pemberian makan pada bayi balita di penelitian ini adalah intervensi yang diberikan berfokus pada motif afiliasi yang memberikan motivasi kepada ibu balita untuk mau merubah perilaku praktik pemberian makan pada bayi dan balita. Pada penelitian ini tidak diketahui pada tahapan perilaku mana Emo Demo memberikan pengaruh pada perubahan perilaku praktik pemberian makan pada anak. Perlu dilakukan kajian yang lebih mendalam tentang tahapan perubahan perilaku sehingga dapat memberikan informasi tentang pada tahapan perubahan perilaku yang mana suatu intervensi dapat sangat berpengaruh untuk merubah perilaku pola makan remaja sehingga intervensi perubahan perilaku pola makan bisa lebih tepat sasaran.

Banyak teori yang menjelaskan tentang perilaku kesehatan dan perubahan perilaku kesehatan dengan memusatkan perhatian pada individu antara lain : *Health belief model* , *Theory of reasoned action and Planned Behavior*, *Transtheoretical (stages of change) model* dan *Social learning theory*. Salah satu yang banyak di gunakan adalah *Theory of reasoned action and Planned Behavior* (teori perilaku terencana).

Theory of reasoned action and Planned Behavior (teori perilaku terencana) menerangkan bahwa perilaku seseorang akan muncul karena

adanya niat untuk berperilaku. *Theory of planned behavior* dikhususkan pada perilaku spesifik seseorang dan untuk semua perilaku secara umum. Niat seseorang untuk berperilaku dapat di prediksi oleh tiga hal yaitu sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*), norma subyektif (*subjective norm*), dan persepsi pengendalian diri (*perceived behavioral control*) (Ajzen, 1991). Faktor sentral dalam teori ini adalah niat individu untuk melakukan perilaku tertentu.

Diharapkan bahwa semakin menguntungkan sikap dan norma subyektif sehubungan dengan perilaku, dan semakin besar kontrol perilaku yang dirasakan, maka semakin kuat niat individu untuk melakukan perilaku yang dipertimbangkan (Ajzen, 2012).

Provinsi Gorontalo adalah salah satu Provinsi di Indonesia yang lahir pada tanggal 5 Desember 2000 dan memiliki Ibu kota provinsi bernama sama yaitu, Kota Gorontalo. Provinsi Gorontalo terletak pada Semenanjung Gorontalo (di Pulau Sulawesi, tepatnya di bagian barat dari Provinsi Sulawesi Utara. Luas wilayah provinsi ini 12.435,00 km² dengan jumlah penduduk sebanyak 1.166.142 jiwa pada tahun 2018 , dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 0.91% (wikipedia, 2020).

Sejak Sembilan belas tahun terbentuk provinsi Gorontalo terus mengalami perkembangan dan kemajuan pembangunan, walaupun laju pertumbuhan penduduk tidak sampai satu persen setiap tahunnya namun status gizi pada remaja masih menjadi masalah Kesehatan. Dapat dilihat pada status gizi remaja pendek sebanyak 26,9 %(Riskesdas, 2018).

Selain itu tingkat kecukupan energi kategori cukup hanya 11,1 % (Siswanto & et al, 2014).

Sejalan dengan misi pertama pemerintah (Kabinet Indonesia Maju) tahun 2020-2024 yaitu peningkatan kualitas sumber daya manusia Indonesia, maka masalah status gizi remaja harus dapat diatasi, salah satu cara adalah dengan merubah perilaku pola makan remaja dari tidak seimbang menjadi pola makan yang berprinsip pada gizi seimbang sehingga status gizi tetap normal dan terhindar dari masalah Kesehatan .

B. Rumusan Masalah

Pola makan dengan prinsip gizi seimbang pada masyarakat khususnya remaja di Indonesia masih belum sesuai dengan pesan gizi seimbang. Masalah pola makan remaja pada umumnya terjadi pada rendahnya konsumsi sayur dan buah, kebiasaan jajan yang tinggi gula dan melewatkan sarapan.

Melakukan intervensi untuk merubah pola makan telah terbukti dapat memperbaiki perilaku konsumsi remaja. Intervensi berupa pendidikan gizi dengan mengidentifikasi dan memanfaatkan teknik perubahan perilaku yang efektif untuk perubahan perilaku pola makan remaja.

Berdasarkan uraian latar belakang maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah :

1. Bagaimanakah model intervensi *Emo Demo* yang dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku pola makan remaja ?
2. Apakah ada perubahan sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan sebelum dan setelah intervensi *Emo Demo* ?
3. Apakah ada perbedaan sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan antara kelompok intervensi (menggunakan *Emo Demo*) dengan kelompok kontrol (menggunakan modul) ?
4. Apakah ada perubahan pola makan sebelum dan setelah intervensi *Emo Demo*?
5. Apakah ada perbedaan pola makan antara kelompok intervensi (menggunakan *Emo Demo*) dengan kelompok kontrol (menggunakan modul) ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk menyusun dan menguji model intervensi *Emo Demo* berbasis *theory of planned behavior* terhadap perubahan perilaku pola makan remaja.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1. Untuk menyusun model intervensi *Emo Demo* berbasis *theory of planned behavior* yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku pola makan remaja.
2. Untuk menganalisis perubahan sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan sebelum dan setelah intervensi *Emo Demo*
3. Untuk menganalisis perbedaan sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan antara kelompok intervensi (menggunakan *Emo Demo*) dengan kelompok kontrol (menggunakan modul)
4. Untuk menganalisis perubahan pola makan sebelum dan setelah intervensi *Emo Demo*
5. Untuk menganalisis perbedaan pola makan antara kelompok intervensi (menggunakan *Emo Demo*) dengan kelompok kontrol (menggunakan modul)

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk kajian pengembangan dalam bidang ilmu gizi kesehatan masyarakat tentang pola makan pada remaja

2. Aplikatif

Penelitian ini dapat memberikan informasi tentang *Emo Demo* dengan isi pesan pola makan pada remaja meliputi pesan isi piringku, konsumsi sayur buah, kebiasaan sarapan, kebiasaan jajan dan pilar gizi seimbang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Remaja dan Status Gizi

1. Remaja

Remaja adalah individu baik perempuan maupun laki-laki yang berada pada masa/usia antara anak-anak dan dewasa. Batasan remaja dalam hal ini adalah usia 10 tahun s/d 19 tahun menurut klasifikasi *World Health Organization* (WHO). Sementara *United Nations* (UN) menyebutnya sebagai anak muda (*youth*) untuk usia 15-24 tahun. Ini kemudian disatukan dalam batasan kaum muda (*young people*) yang mencakup usia 10-24 tahun (CH., 2012), sedangkan menurut Peraturan Menteri kesehatan RI No 25 Tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Bencana (BKKBN) rentang usiaremaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. (Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2017)

Masa remaja tidak hanya diisi dengan perubahan, tetapi juga penuh dengan tantangan. Ini adalah periode perkembangan yang cepat dengan perubahan bentuk dan ukuran tubuh. Selain perubahan fisik yang terjadi, ada kemajuan dalam pematangan kemampuan kognitif, psikologis, dan sosial. Masa pubertas adalah masa antara masa kanak-kanak dan dewasa. Remaja adalah proses biopsikososial dengan perubahan kognitif yang dimulai sebelum awal karakteristik seksual sekunder, dan

mereka berlanjut melampaui periode kematangan seksual dan akhir pertumbuhan fisik.

Agar seorang remaja berhasil memasuki kedewasaan, ada lima tugas (dasar) yang harus mereka selesaikan. Mereka tidak mencapai semua hal ini dalam satu tahap, tetapi sebagian besar remaja mencapai sebagian besar dari tujuan-tujuan ini pada saat mereka berada di akhir masa remaja, namun beberapa ditunda hingga dewasa muda (Paperny, 2011).

Lima Tugas Remaja (Paperny, 2011) :

- a) Mengembangkan keterampilan berpikir abstrak, berubah dari pemikiran konkret menjadi abstrak dalam pengembangan kognitif.
- b) Mencapai kemandirian dari keluarga dengan menjadi mandiri secara emosional dan fisik.
- c) Terima tubuh dan pelajari cara merawatnya, termasuk bertanggung jawab atas perawatan kesehatan pribadi seseorang.
- d) Mulailah mempersiapkan diri untuk bekerja setelah menyelesaikan sekolah, dan memilih pekerjaan atau karier.
- e) Menjadi nyaman dengan seksualitas, dan mencapai kedewasaan tentang seksualitas mereka sendiri.

Dilihat dari siklus kehidupan, masa remaja merupakan masa yang paling sulit untuk dilalui oleh individu. Masa ini dapat dikatakan sebagai

masa yang paling kritis bagi perkembangan pada tahap-tahap kehidupan selanjutnya. hal ini dikarenakan pada masa inilah terjadi begitu banyak perubahan dalam diri individu baik itu perubahan fisik maupun psikologis. Perubahan dari ciri kanak-kanak menuju pada kedewasaan. Dalam kondisi berbagai perubahan di atas, remaja biasanya tidak mau lagi dikatakan sebagai kanak-kanak namun remajapun belum dapat dikatakan sebagai orang dewasa jika dilihat dari berbagai kesiapan yang mereka miliki.

Berbagai perubahan fisik yang terjadi pada remaja merupakan proses yang alamiah, yang akan dilalui oleh semua individu. Namun seringkali ketidaktahuan remaja terhadap perubahan itu sendiri membuat mereka hidup dalam kegelisahan dan perasaan khawatir. Ditambah dengan perubahan konsep diri dan pencarian identitas diri maka akan banyak permasalahan yang muncul jika mereka tidak dibimbing dengan baik untuk melewati masa tersebut. Masa remaja sering digambarkan sebagai masa yang paling indah, dan tidak terlupakan karena penuh dengan kegembiraan dan tantangan. Namun masa remaja juga identik dengan kata pemberontakan, dalam istilah psikologi sendiri sering disebut sebagai masa storm and stress karena banyaknya goncangan-goncangan dan perubahan-perubahan yang cukup radikal dari masa remaja sebelumnya(CH., 2012),(Sarwono SW., 2011).

Individu pada masa remaja akan mengalami situasi pubertas di mana mereka akan mengalami perubahan yang mencolok secara fisik

maupun emosional/psikologis. Secara psikologis masa remaja merupakan masa persiapan terakhir dan menentukan untuk memasuki tahapan perkembangan kepribadian selanjutnya yaitu menjadi dewasa (Sarwono SW., 2011)

Remaja akan mengalami perubahan-perubahan yang cukup menyolok dibandingkan masa sebelumnya yaitu masa anak-anak. Perubahan tersebut meliputi perubahan fisik, baik yang bisa dilihat dari luar maupun yang tidak kelihatan. remaja juga mengalami perubahan psikologi/emosional yang kemudian tercermin dalam sikap dan tingkah lakumu. Perkembangan kepribadian pada masa ini dipengaruhi tidak saja oleh orang tua dan lingkungan keluarga, tetapi juga lingkungan sekolah maupun teman-teman pergaulan di luar sekolah. Disamping itu pengaruh lain yang berasal dari pesatnya kemajuan teknologi informasi baik media cetak maupun media elektronika. Wawasan dan pengetahuan tentang hal-hal tersebut akan memengaruhi dalam proses mencari jati diri.

1) Perubahan fisik :

a) Tinggi

Rata-rata anak perempuan mencapai tinggi yang matang antara usia tujuh belas dan delapan belas tahun, dan rata rata anak laki-laki kira-kira setahun sesudahnya.

b) Berat

Perubahan berat badan mengikuti jadwal yang sama dengan

perubahan tinggi. Tetapi berat badan sekarang tersebar ke bagian-bagian tubuh yang tadinya hanya mengandung sedikit lemak atau tidak mengandung lemak sama sekali. Ketidakseimbangan perubahan tinggi badan dengan berat badan menimbulkan ketidak idealan badan anak, jika perubahan tinggi badan lebih cepat dari berat badan, maka bentuk tubuh anak menjadi jangkung (tinggi kurus), sedangkan jika perubahan berat badan lebih cepat dari perubahan tinggi badan, maka bentuk tubuh anak menjadi gemuk gilik/gembrot (gemuk pendek).

c) Proporsi Tubuh

Berbagai anggota tubuh lambat laun mencapai perbandingan tubuh yang baik. Misalnya, badan melebar dan memanjang sehingga anggota badan tidak lagi kelihatan terlalu panjang. Ciri tubuh yang kurang proposional pada masa remaja tidak sama untuk seluruh tubuh, ada pula bagian tubuh yang semakin proposional. Ada tiga jenis bangun tubuh yang menggambarkan keanekaragaman perubahan proposisi tubuh, yaitu endomorfik, mesomorfik dan ektomorfik. Endomorfik banyak lemak sedikit otot (*padded*). Ektomorfik sedikit lemak sedikit otot (*slender*). Mesomorfik sedikit lemak banyak otot (*muscular*).

d) Organ Seks/ Ciri-ciri Sekunder

Baik organ seks pria maupun wanita mencapai ukuran yang matang pada akhir masa remaja, tetapi fungsinya belum matang sampai beberapa tahun kemudian. Pada perempuan, beberapa jenis hormon/zat dalam tubuh, terutama hormon estrogen dan progesteron, mulai berperan

aktif sehingga pada remaja perempuan mulai tumbuh payudara, panggul mulai melebar dan membesar dan akan mengalami menstruasi atau haid. Di samping itu akan mulai tumbuh bulu-bulu halus di sekitar ketiak dan vagina/kemaluan. Beberapa dari remaja mengalami tumbuhnya jerawat pada wajah. Pada laki-laki, hormon testosteron akan membantu tumbuhnya bulu-bulu halus di sekitar ketiak, kemaluan laki-laki, janggut dan kumis, terjadi perubahan suara pada remaja laki-laki, tumbuhnya jerawat dan mulai diproduksi sperma yang pada waktu-waktu tertentu keluar sebagai mimpi basah.

2). Perubahan psikologis

Selain terjadi perubahan fisik, remaja juga mengalami perubahan-perubahan emosi, pikiran, perasaan, lingkungan pergaulan dan tanggung jawab yang dihadapi. Pikiran mereka juga berubah dengan artian mereka lebih dapat berfikir abstrak dan hipotesis, perasaan mereka berubah hampir terhadap segala hal, semua bidang cakupan perkembangan sebagai seorang remaja menghadapi tugas utama mereka, membangun identitas termasuk identitas seksual yang akan terus mereka bawa sampai masa dewasa.

Psikolog Amerika G. Stanley Hall mengatakan bahwa masa remaja adalah masa stres emosional, yang timbul dari perubahan fisik yang cepat dan luas dengan adanya perubahan psikis. Tidak mau dibatasi aktifitasnya. Mulai memilih teman yang cocok. Tidak mau diperlakukan seperti anak kecil. Selalu ingin mencoba hal-hal baru.

Senang meniru idola atau berkhayal. Mulai bersikap kritis. Mulai ada perubahan bentuk fisik. Mulai menghasilkan hormon reproduksi. Alat kelamin mulai berkembang. Hormon pertumbuhan masih terus dihasilkan.

Pertumbuhan fisik erat hubungannya dengan kondisi remaja. Kondisi yang baik berdampak baik pada pertumbuhan fisik remaja, demikian pula sebaliknya. Adapun kondisi-kondisi yang memengaruhi sebagai berikut :

a) Keluarga

Pengaruh keluarga meliputi faktor keturunan maupun faktor lingkungan, karena faktor keturunan seorang anak dapat lebih tinggi atau panjang dari anak lainnya, sehingga ia lebih berat tubuhnya, jika ayah dan ibunya atau kakeknya tinggi dan panjang. Faktor lingkungan akan membantu menentukan tercapai tidaknya perwujudan potensi keturunan yang dibawa dari orang tuanya.

b) Gizi

Anak yang mendapatkan gizi cukup biasanya akan lebih tinggi tubuhnya dan sedikit lebih cepat mencapai taraf dewasa dibandingkan dengan mereka yang tidak mendapatkan gizi cukup. Lingkungan juga dapat memberikan pengaruh pada remaja sedemikian rupa sehingga menghambat atau mempercepat potensi untuk pertumbuhan dimasa remaja.

c) Emosional

Terbentuknya steroid adrenal yang berlebihan dan ini akan

membawa akibat berkurangnya pembentukan hormon pertumbuhan di kelenjar pituitary. Bila terjadi hal demikian pertumbuhan awal remajanya terhambat dan tidak tercapai berat tubuh yang seharusnya.

d) Jenis Kelamin

Anak laki cenderung lebih tinggi dan lebih berat dari pada anak perempuan, kecuali pada usia 12 – 15 tahun. Anak perempuan biasanya akan sedikit lebih tinggi dan lebih berat dari pada laki- laki. Hal ini terjadi karena bentuk tulang dan otot pada anak laki-laki berbeda dengan perempuan. Anak perempuan lebih cepat kematangannya dari pada laki-laki.

e) Status Sosial Ekonomi

Anak yang berasal dari keluarga dengan status sosial ekonomi rendah, cenderung lebih kecil dari pada anak yang bersal dari keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi.

f) Kesehatan

Kesehatan amat berpengaruh terhadap pertumbuhan fisik remaja. Remaja yang berbadan sehat dan jarang sakit, biasanya memiliki tubuh yang lebih tinggi dan berat dibanding yang sering sakit.

g) Pengaruh Bentuk Tubuh

Perubahan psikologis muncul antara lain disebabkan oleh perubahan- perubahan fisik. Diantara perubahan fisik yang sangat berpengaruh adalah; pertumbuhan tubuh (badan makin panjang dan

tinggi), mulai berfungsinya alat-alat reproduksi (ditandai dengan haid pada perempuan).

2. Status Gizi Remaja

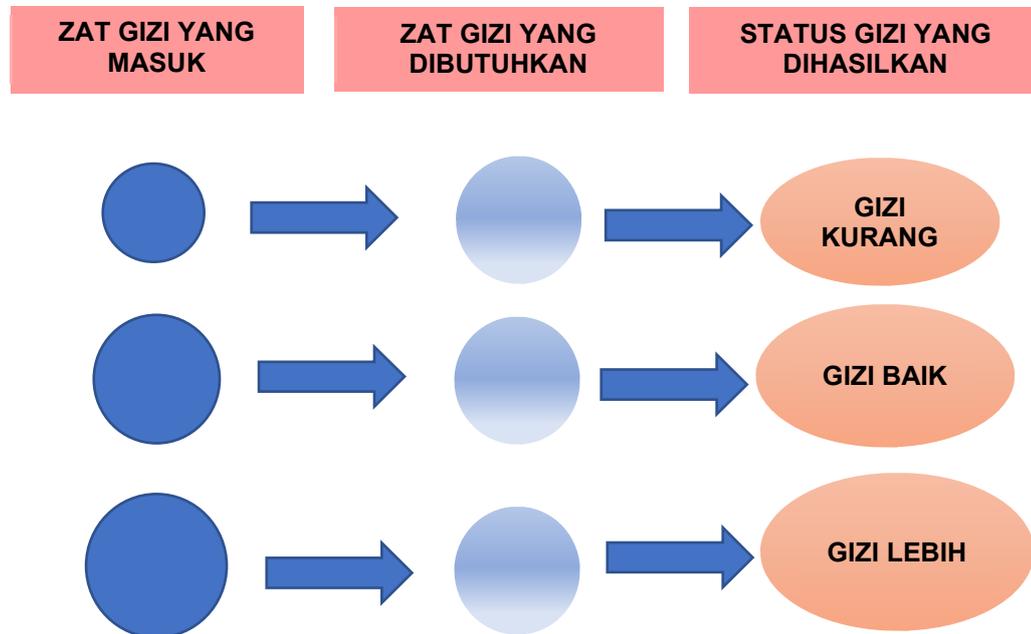
Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi dan digunakan secara efisien akan tercapai status gizi optimal yang memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja, dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin, jika dalam keadaan sebaliknya maka akan terjadi masalah gizi (Almatsier, 2009).

Status gizi adalah ekspresi dari keseimbangan dalam bentuk variabel-variabel tertentu. Status gizi juga merupakan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam seluruh tubuh (Supriasa I. D., 2016).

Seseorang akan mempunyai status gizi baik, apabila asupan gizi sesuai dengan kebutuhan tubuhnya. Asupan gizi yang kurang dalam makanan, dapat menyebabkan kekurangan gizi, sebaliknya orang yang asupan gizinya berlebih akan menderita gizi lebih. Jadi status gizi adalah gambaran individu sebagai akibat dari asupan gizi sehari-hari.

Dalam memahami status gizi tidak bisa melupakan konsep-konsep tersebut di atas karena saling mempengaruhi. Kaitan asupan zat gizi dengan status gizi, dapat digambarkan secara sederhana seperti pada

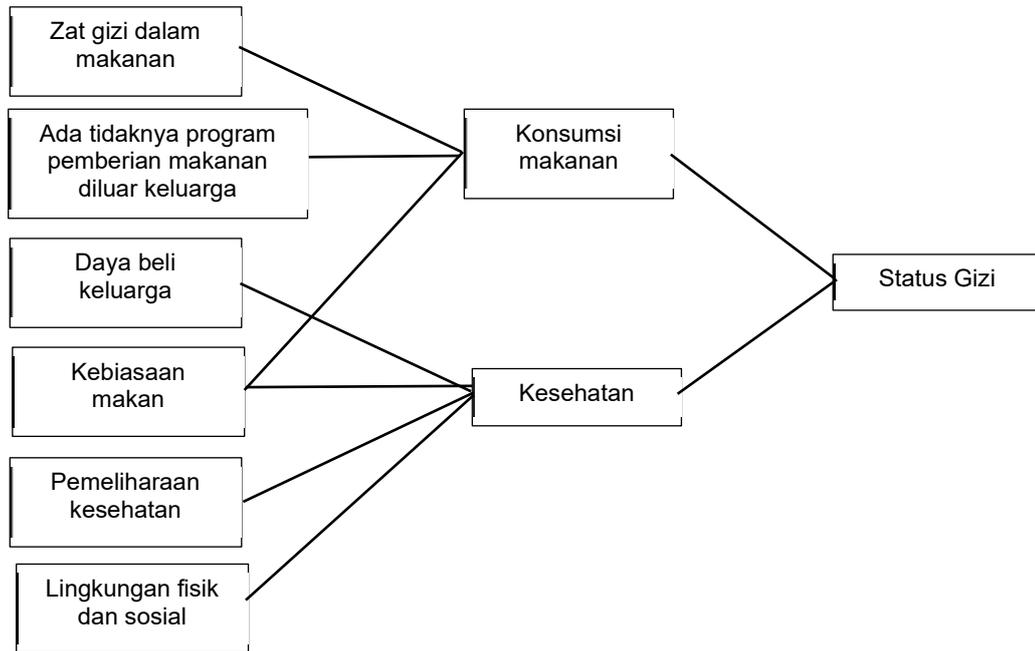
Gambar 1.



Gambar 1. Kaitan asupan gizi dengan status gizi

Remaja merupakan kelompok umur yang rentan terhadap masalah gizi karena beberapa alasan, diantaranya: pertama, percepatan pertumbuhan dan perkembangan tubuh (*growth spurt*) memerlukan energi lebih banyak. Kedua perubahan gaya hidup dan kebiasaan makan menuntut penyesuaian masukan energi dan zat gizi. Ketiga, kehamilan, keikutsertaan dalam olah raga, kecanduan alkohol dan obat-obatan meningkatkan kebutuhan energi dan zat gizi.

Faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya masalah gizi (Call dan Davidson, 1871) (Supriasa, 2013) dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 2. Faktor Penyebab Masalah Gizi

Status gizi dapat ditentukan dengan cara penilaian secara langsung dan tidak langsung. Cara langsung meliputi pemeriksaan klinik, antropometri, laboratorium, biokimia, biofisik. Sedangkan secara tidak langsung antara lain pemeriksaan konsumsi, statistic vital, faktor-faktor ekologi (Supariasa, 2013).

Antropometri sebagai salah satu cara menilai status gizi mempunyai keunggulan dan keterbatasan. Keunggulan metode ini adalah prosedurnya sederhana, sedangkan kelemahan antropometri yaitu tidak sensitif pada saat pengukuran (Supariasa, 2013).

Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut umur (BB/U), Tinggi Badan menurut umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Penilaian antropometris yang

penting dilakukan adalah penimbangan berat dan pengukuran tinggi badan, lingkar lengan, dan lipatan kulit triseps.

IMT merupakan petunjuk untuk menemukan kelebihan berat badan berdasarkan berat badan dalam kilogram dibagi kuadrat tinggi badan dalam meter (kg/m²). Selama masa anak-anak dan remaja, IMT berubah berdasarkan umur dan berbeda antara laki-laki dan perempuan, sehingga diperlukan data umur dan jenis kelamin untuk menginterpretasikan pengukuran. Pengukuran IMT pada remaja digunakan IMT menurut umur anak 5 – 18 tahun (Kemenkes,2010).

Rumus IMT

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

Keterangan :

IMT = Indeks Massa Tubuh

BB = Berat Badan

TB =Tinggi Badan

Tabel 1. Kategori dan ambang batas status gizi berdasarkan IMT/U anak umur 5-18 tahun

Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
Gizi Kurang (<i>thinness</i>)	-3 SD sampai -2 SD
Gizi baik (normal)	-2 SD sampai +1 SD
Gizi lebih (<i>overweight</i>)	+1 SD sampai +2 SD
Obesitas(<i>obese</i>)	>+2SD

Sumber : *The WHO Reference 2007*

3. Pola Makan Remaja

Pola Konsumsi adalah susunan makanan yang mencakup jenis dan jumlah bahan makanan rata-rata per orang per hari, yang umum dikonsumsi masyarakat dalam jangka waktu tertentu. Jenis bahan pangan dibedakan menurut berbagai cara. Salah satu cara membedakan bahan pangan adalah berdasarkan sumbernya. Berdasarkan sumbernya bahan pangan dibedakan menjadi bahan pangan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayuran, dan buahbuahan. Jenis bahan makanan yang dikonsumsi idealnya memenuhi syarat kualitas maupun kuantitas. Secara kualitas pangan yang dikonsumsi harus mampu memenuhi seluruh kebutuhan zat gizi. Bahan pangan yang dikonsumsi apabila telah mampu menyediakan semua jenis zat gizi yang dibutuhkan maka ia disebut berkualitas. Fakta yang adalah bahwa tidak ada satu bahan makanan yang mampu memenuhi seluruh zat gizi. Atas alasan inilah maka perlu dilakukan penganekaragaman konsumsi pangan dan harus berbasis makanan lokal. Banyak pertimbangan logis sederhana yang harus dipahami pada kebijakan pemerintah terkait penganekaragaman dan konsumsi makanan lokal (Kementan 2016), (Mahfi

et al. 2008), (Kementerian Pertanian 2014).

Penganekaragaman konsumsi pangan adalah ditujukan untuk memenuhi konsumsi gizi seimbang. Gizi seimbang adalah syarat untuk dapat bekerja secara aktif dan produktif (Kemenkumham 2013). Alasan pemerintah menetapkan konsep penganekaragaman pangan adalah dominasi beras sebagai sumber makanan pokok bagi seluruh penduduk Indonesia.

Dominasi beras adalah sangat besar menyebabkan ketergantungan pada komoditas padi juga tinggi. Konsumsi beras yang tinggi tidak disertai dengan produksi yang cukup. Kesenjangan antara kebutuhan beras dan produksi padi dalam negeri menjadi tidak seimbang.

Pemerintah mengantisipasinya dengan berbagai cara. Salah satu caranya adalah aneka ragam konsumsi pangan termasuk pangan non beras. Makanan pokok selain beras, secara historis di Indonesia adalah cukup potensial. Berbagai sentra produksi sagu, singkong dan jagung sudah dikenal sejak lama. Daerah seperti kawasan timur Indonesia dikenal sebagai sentra produksi sagu dan nusa tenggara dikenal sebagai sentra produksi jagung. Kekhususan setiap daerah dengan makanan pokoknya dapat dikembalikan sebagaimana kondisi geografis dan sosial masyarakat setempat.

Perubahan pola konsumsi pangan adalah hal yang penting diketahui. Perubahan pola konsumsi pangan membawa akibat yang sangat serius terhadap lahirnya risiko terhadap kesehatan secara umum.

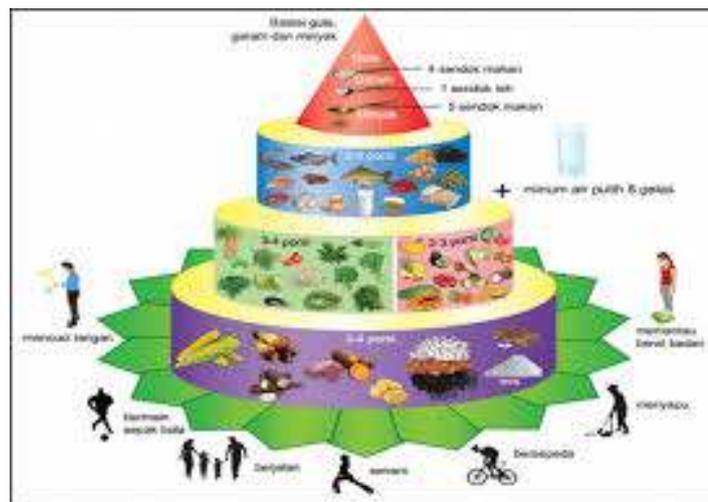
Perubahan pola konsumsi pangan dapat terjadi di setiap individu, keluarga dan kelompok.

Perubahan pola konsumsi pangan pada level individu akan melahirkan konsekuensi kesehatan pada level individu, demikian juga pada level keluarga dan masyarakat. Pada level kesehatan masyarakat perubahan pola konsumsi akan berhubungan secara langsung dengan ketahanan pangan keluarga dan ketahanan pangan regional. Perubahan pola konsumsi pangan juga akan berhubungan dengan masalah yang terkait dengan keamanan pangan.

Perubahan pola konsumsi adalah perubahan yang terjadi pada aspek susunan makanan yang mencakup jenis dan jumlah bahan makanan rata-rata per orang per hari, yang umum dikonsumsi masyarakat dalam jangka waktu tertentu. Susunan makanan orang Indonesia adalah makanan pokok, lauk pauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah. Susunan ini adalah susunan yang umum digunakan dalam masyarakat di Indonesia.

Pola makan yang baik adalah pola makan yang sesuai dengan prinsip gizi seimbang. Terdapat empat Pilar Gizi Seimbang Pedoman Gizi Seimbang yang telah diimplementasikan di Indonesia sejak tahun 1955 merupakan realisasi dari rekomendasi Konferensi Pangan Sedunia di Roma tahun 1992. Pedoman tersebut menggantikan slogan “4 Sehat 5 Sempurna” yang telah diperkenalkan sejak tahun 1952 namun sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) dalam bidang gizi serta masalah dan tantangan yang dihadapi. Diyakini

dengan mengimplementasikan Pedoman Gizi Seimbang secara benar, semua masalah gizi dapat diatasi. Prinsip Gizi Seimbang terdiri dari 4 (empat) Pilar yang pada dasarnya merupakan rangkaian upaya untuk menyeimbangkan antara zat gizi yang keluar dan zat gizi yang masuk dengan memantau berat badan secara teratur.



Gambar 3. Empat Prinsip Gizi Seimbang

Empat Pilar tersebut adalah:

- a) Mengonsumsi aneka ragam pangan

Tidak ada satupun jenis makanan yang mengandung semua jenis zat gizi yang dibutuhkan tubuh untuk menjamin pertumbuhan dan mempertahankan kesehatannya, kecuali Air Susu Ibu (ASI) untuk bayi baru lahir sampai berusia 6 bulan. Contoh: nasi merupakan sumber utama kalori, tetapi miskin vitamin dan mineral; sayuran dan buah-buahan pada umumnya kaya akan vitamin, mineral dan serat, tetapi miskin kalori dan protein; ikan merupakan sumber utama protein tetapi sedikit kalori, khusus untuk bayi berusia 0-6 bulan.

ASI merupakan makanan tunggal yang sempurna. Hal ini disebabkan karena ASI dapat mencukupi kebutuhan untuk tumbuh dan berkembang dengan optimal, serta sesuai dengan kondisi fisiologis pencernaan dan fungsi lainnya dalam tubuh. Apakah mengonsumsi makanan beragam tanpa memperhatikan jumlah dan proporsinya sudah benar? Tentu tidak benar. Yang dimaksudkan beranekaragam dalam prinsip ini selain keanekaragaman jenis pangan juga termasuk proporsi makanan yang seimbang, dalam jumlah yang cukup, tidak berlebihan dan dilakukan secara teratur.

Anjuran pola makan dalam beberapa dekade terakhir telah memperhitungkan proporsi setiap kelompok pangan sesuai dengan kebutuhan yang seharusnya. Contohnya, saat ini dianjurkan mengonsumsi lebih banyak sayuran dan buah-buahan dibandingkan dengan anjuran sebelumnya. Demikian pula jumlah makanan yang mengandung gula, garam dan lemak yang dapat meningkatkan resiko beberapa penyakit tidak menular, dianjurkan untuk dikurangi. Akhir-akhir ini minum air dalam jumlah yang cukup telah dimasukkan dalam komponen gizi seimbang oleh karena pentingnya air dalam proses metabolisme dan dalam pencegahan dehidrasi.

b) Membiasakan perilaku hidup bersih

Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi status gizi seseorang secara langsung, terutama anak-anak. Seseorang yang menderita penyakit infeksi akan mengalami

penurunan nafsu makan sehingga jumlah dan jenis zat gizi yang masuk ke tubuh berkurang. Sebaliknya pada keadaan infeksi, tubuh membutuhkan zat gizi yang lebih banyak untuk memenuhi peningkatan metabolisme pada orang yang menderita infeksi terutama apabila disertai panas. Pada orang yang menderita penyakit diare, berarti mengalami kehilangan zat gizi dan cairan secara langsung akan memperburuk kondisinya. Demikian pula sebaliknya, seseorang yang menderita kurang gizi akan mempunyai risiko terkena penyakit infeksi karena pada keadaan kurang gizi daya tahan tubuh seseorang menurun, sehingga kuman penyakit lebih mudah masuk dan berkembang. Kedua hal tersebut menunjukkan bahwa hubungan kurang gizi dan penyakit infeksi adalah hubungan timbal balik.

Budaya perilaku hidup bersih akan menghindarkan seseorang dari keterpaparan terhadap sumber infeksi. Contoh:

- (1) selalu mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum makan, sebelum memberikan ASI, sebelum menyiapkan makanan dan minuman, dan setelah buang air besar dan kecil, akan menghindarkan terkontaminasinya tangan dan makanan dari kuman penyakit antara lain kuman penyakit typhus dan disentri;
- (2) menutup makanan yang disajikan akan menghindarkan makanan dihinggapi lalat dan binatang lainnya serta debu yang membawa berbagai kuman penyakit;

(3) selalu menutup mulut dan hidung bila bersin, agar tidak menyebarkan kuman penyakit; dan

(4) selalu menggunakan alas kaki agar terhindar dari penyakit kecacingan.

c) Melakukan aktivitas

fisik Aktivitas fisik yang meliputi segala macam kegiatan tubuh termasuk olahraga merupakan salah satu upaya untuk menyeimbangkan antara pengeluaran dan pemasukan zat gizi utamanya sumber energi dalam tubuh. Aktivitas fisik memerlukan energi. Selain itu, aktivitas fisik juga memperlancar sistem metabolisme di dalam tubuh termasuk metabolisme zat gizi. Oleh karenanya, aktivitas fisik berperan dalam menyeimbangkan zat gizi yang keluar dari dan yang masuk ke dalam tubuh.

d) Memantau Berat Badan (BB) secara teratur untuk mempertahankan berat badan normal

Bagi orang dewasa salah satu indikator yang menunjukkan bahwa telah terjadi keseimbangan zat gizi di dalam tubuh adalah tercapainya berat badan yang normal, yaitu berat badan yang sesuai untuk tinggi badannya. Indikator tersebut dikenal dengan Indeks Masa Tubuh (IMT). Oleh karena itu, pemantauan BB normal merupakan hal yang harus menjadi bagian dari 'Pola Hidup' dengan 'Gizi Seimbang', sehingga dapat mencegah penyimpangan BB dari BB normal, dan apabila terjadi penyimpangan dapat segera dilakukan langkah-langkah pencegahan dan penanganannya. Bagi bayi dan balita indikator yang digunakan adalah perkembangan berat badan

sesuai dengan pertambahan umur. Pemantauannya dilakukan dengan menggunakan KMS.

Yang dimaksud dengan berat badan normal adalah :

- (1) untuk orang dewasa jika IMT 18,5-25,0;
- (2) bagi anak Balita dengan menggunakan KMS dan berada di dalam pita hijau. Kita dapat melihat dalam Tabel Indeks Masa Tubuh (IMT) dan Kartu Menuju Sehat.

Secara umum Pesan Gizi Seimbang untuk remaja usia 10-19 tahun (Pra-Pubertas dan Pubertas) yaitu anak usia 10-19 tahun telah memasuki masa remaja yang mempunyai karakteristik motorik dan kognitif yang lebih dewasa dibanding usia sebelumnya. Anak remaja laki-laki pada umumnya menyukai aktivitas fisik yang berat dan berkeringat. Dari sisi pertumbuhan linier (tinggi badan) pada awal remaja terjadi pertumbuhan pesat tahap kedua. Hal ini berdampak pada pentingnya kebutuhan energi, protein, lemak, air, kalsium, magnesium, vitamin D dan vitamin A yang penting bagi pertumbuhan.

Pesan Gizi Seimbang untuk remaja sama dengan pesan-pesan untuk anak usia 6-9 tahun, yang membedakan adalah porsi yang lebih banyak. Sedangkan untuk remaja putri dan calon pengantin diberikan pesan khusus sebagai berikut :

- (1) Biasakan mengonsumsi aneka ragam makanan

Cara menerapkan pesan ini adalah dengan mengonsumsi lima kelompok pangan setiap hari atau setiap kali makan. Kelima kelompok

pangan tersebut adalah makanan pokok, lauk-pauk, sayuran, buah-buahan dan minuman. Mengonsumsi lebih dari satu jenis untuk setiap kelompok makanan (makanan pokok, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan) setiap kali makan akan lebih baik (Gambar 4).



Gambar 4. Piring makan (sekali makan)

Remaja putri dan calon pengantin perlu mengonsumsi aneka ragam makanan untuk memenuhi kebutuhan energi, protein dan zat gizi mikro (vitamin dan mineral) karena digunakan untuk pertumbuhan yang cepat, peningkatan volume darah dan peningkatan haemoglobin. Zat gizi mikro penting yang diperlukan pada remaja putri adalah zat besi dan asam folat.

Kebutuhan zat besi bagi remaja putri dan calon pengantin diperlukan untuk membentuk hemoglobin yang mengalami peningkatan dan mencegah anemia yang disebabkan karena kehilangan zat besi selama menstruasi. Asam folat digunakan untuk pembentukan sel dan sistem saraf termasuk sel darah merah. Asam folat berperan penting pada pembentukan DNA dan metabolisme asam amino dalam tubuh. Kekurangan asam folat dapat mengakibatkan anemia karena terjadinya gangguan pada

pembentukan DNA yang mengakibatkan gangguan pembelahan sel darah merah sehingga jumlah sel darah merah menjadi kurang. Asam folat bersamasama dengan vitamin B6 dan B12 dapat membantu mencegah penyakit jantung. Seperti halnya zat besi, asam folat banyak terdapat pada sayuran hijau, kacang-kacangan, dan biji-bijian. Konsumsi asam folat pada orang dewasa disarankan sebanyak 1000 gr/hari.

Remaja putri (di atas 16 tahun) yang menikah sebaiknya menunda kehamilan. Bila hamil perlu mengonsumsi pangan kaya asam folat dan zat besi secara cukup, minimal 4 bulan sebelum kehamilan agar terhindar dari anemia dan risiko bayi lahir dengan cacat pada sistem saraf (otak) atau cacat tabung saraf (*Neural Tube Deffect*).

(2) Banyak makan sayuran hijau dan buah-buahan berwarna
dan buah-buahan berwarna

Sayuran hijau seperti bayam, kangkung, brokoli dan sayur kacang (buncis, kacang panjang dll) banyak mengandung karotenoid dan asam folat yang sangat diperlukan pada masa kehamilan.

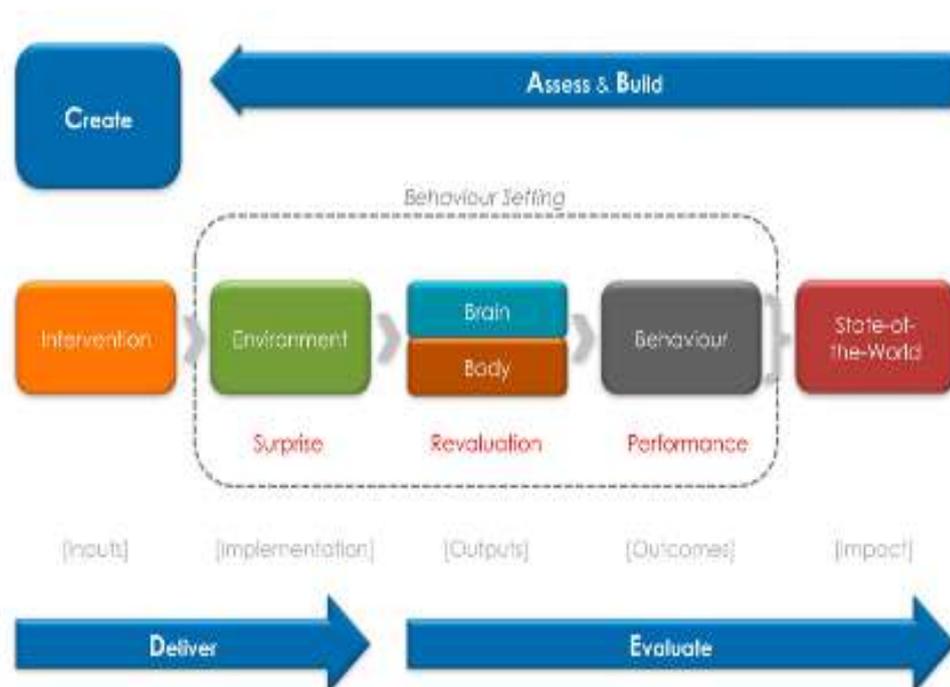
Buah-buahan berwarna seperti pepaya, jeruk, mangga dll merupakan sumber vitamin yang baik bagi tubuh. Buah-buahan juga banyak mengandung serat dapat melancarkan buang air besar (BAB) sehingga mengurangi risiko sembelit. Buah berwarna, baik berwarna kuning, merah, merah jingga, orange, biru, ungu, dan lainnya, pada umumnya banyak mengandung vitamin, khususnya vitamin A, dan antioksidan. Vitamin diperlukan tubuh untuk membantu proses-proses

metabolisme di dalam tubuh, sedangkan antioksidan diperlukan untuk merusak senyawa-senyawa hasil oksidasi, radikal bebas, yang berpengaruh tidak baik bagi kesehatan.

B. Tinjauan *Emotional Demonstration*

Emo Demo adalah salah satu metode edukasi masyarakat melalui pendekatan baru yang mengacu pada teori *Behaviour Centered Design* (BCD). Teori BCD mempunyai prinsip bahwa perilaku hanya dapat berubah sebagai respon atas sesuatu yang baru, menantang, mengejutkan atau menarik. *Emo Demo* merupakan strategi komunikasi perubahan perilaku yang menggunakan penggabungan *Behaviour Communication Change* (BCC) dan *Behaviour Centered Design* (BCD) yaitu proses interaktif antara individu, kelompok atau masyarakat dalam mengembangkan strategi komunikasi untuk mencapai perubahan perilaku secara positif.

Kerangka kerja BCD diatur dalam Gambar 5. Teori perubahan digambarkan di tengah, dengan Langkah-langkah ABCDE dari proses desain melilit bagian luar (berwarna biru).



Gambar 5. Kerangka kerja BCD

Ini adalah Model Proses BCD, yang akan menggambarkan seluruh monograf ini. Di tengah diagram adalah rantai peristiwa yang harus terjadi agar perilaku berubah. Singkatnya, intervensi harus mengubah sesuatu di lingkungan, yang harus mengubah sesuatu di otak dan / atau tubuh individu target, yang kemudian harus berdampak pada perilaku. Agregat perilaku individu ini kemudian berdampak pada keadaan dunia. Rantai sebab akibat ini mewakili pendekatan BCD untuk mendefinisikan apa yang dikenal sebagai 'Teori Perubahan' (*Theory of Change*).

Theory of Change adalah pendekatan yang muncul untuk memandu pengembangan, pelaksanaan, dan analisis program (Vogel, 2012). Memiliki Teori Perubahan yang eksplisit membantu seseorang untuk berpikir jernih tentang jalur-jalur dimana perubahan terjadi, untuk merancang intervensi

yang lebih mungkin mempengaruhi jalur-jalur tersebut, dan untuk mengevaluasi dengan lebih baik bagaimana input program telah mengarah pada hasil dan dampak yang diinginkan (Vogel, 2012). Ini mensyaratkan bahwa manajer program membuat asumsi eksplisit tentang hubungan sebab-akibat antara kegiatan program dan perubahan perilaku, tentang harapan operasional / logistik untuk penyampaian kegiatan tersebut, dan tentang konteks lingkungan makro di mana program berlangsung. Hal ini memungkinkan para pemangku kepentingan program untuk menghubungkan hasil dengan kegiatan program ketika program dan konteks pelaksanaannya rumit (kemampuan yang berguna di era kebijakan 'berbasis bukti') (Retolaza, 2011). Teori Perubahan dapat digunakan dalam beberapa cara: sebagai deskripsi proses yang membuat eksplisit hubungan sebab akibat antara input dan output program, sebagai alat perencanaan strategis untuk memandu tindakan, dan sebagai alat konseptual atau pemikiran untuk belajar dari pengalaman (Stein, 2012). Pandangan khusus tentang bagaimana Teori Perubahan harus diatur merupakan bagian dari pendekatan BCD.

Tetapi pertanyaan utama tetap adalah bagaimana merancang intervensi sedemikian rupa sehingga memiliki hasil dan dampak perilaku yang diinginkan? Lalu, bagaimana cara mengetahui apakah itu berhasil? Di bagian atas dan bawah diagram digambarkan lima langkah dari proses pengembangan program BCD. Lima Langkah tersebut dikenak dengan langkah-langkah ABCDE sebagai berikut:

A: *Assess/Menilai* - di sini perancang program mulai dengan mengumpulkan apa yang diketahui tentang perilaku target, target audiens, konteks dan parameter intervensi. Pernyataan framing menetapkan apa yang sudah diketahui tentang bagaimana perubahan dapat dicapai dan menetapkan hipotesis tentang mekanisme perubahan untuk eksplorasi lebih lanjut.

B: *Build/Bangun* - melibatkan melakukan penelitian formatif yang ditargetkan dengan hati-hati dengan sampel audiens target untuk mengetahui hal-hal yang tidak diketahui dan mengeksplorasi hipotesis tentang kemungkinan pendorong perubahan. Tidak seperti penelitian formatif yang khas, yang biasanya melibatkan wawancara dengan informan kunci dan kelompok fokus, BCD menggunakan berbagai metode inovatif seperti pemetaan motivasi, peringkat atribut produk, skrip dan etnografi video dalam 'penyelaman mendalam' yang cepat dengan audiens target. Wawasan dari penelitian formatif ini kemudian disusun menjadi Teori Perubahan dan disaring menjadi ringkasan untuk tahap selanjutnya.

C: *Create/Buat* - melibatkan tim kreatif yang secara iteratif merancang paket intervensi dan mengujinya dalam skala kecil. Kreativitas sulit untuk dipaketkan ke dalam proses sederhana tetapi sangat penting jika intervensi harus melibatkan dan memotivasi cukup untuk menonjol dalam kehidupan yang penuh sesak dari mereka yang ditargetkan oleh program. Hasil dari proses kreatif adalah paket bahan intervensi yang mengejutkan dan mengganggu yang dirancang untuk memiliki efek maksimum pada perilaku

target.

D: *Deliver*/Memberikan - paket intervensi kemudian dilaksanakan melalui serangkaian kegiatan yang direncanakan yang mungkin melibatkan kontak langsung dan tidak langsung melalui berbagai saluran seperti pekerja komunitas, acara, media massa dan / atau digital yang sesuai untuk audiens dan dampak yang dituju. Proses ini dipantau untuk memastikan bahwa pembelajaran dari pengalaman ini dapat terjadi.

E: *Evaluate*/Evaluasi - idealnya dalam uji coba lapangan pada skala yang memungkinkan beberapa penilaian definitif tentang apakah proses yang diharapkan oleh Teori Perubahan program telah terjadi. Pembelajaran dari evaluasi kemudian harus memberikan titik awal untuk siklus pembelajaran baru dengan terlibat dalam proses BCD lagi untuk mengembangkan program baru.

Apakah nanti hanya mengambil beberapa elemen dari *Behavior Centered Design*, atau menggunakannya selama merancang sebuah program, itu akan membantu menemukan cara kreatif untuk mengubah perilaku yang mengejutkan, yang menambah nilai dan yang meningkatkan kinerja program yang dilaksanakan.

Teori BCD berfokus pada Motif Manusia, Jika seseorang mengakui bahwa motif mencapai tujuan yang penting secara biologis, maka rangkaian motif dapat diturunkan dari deduksi tentang jenis tujuan apa yang penting bagi suatu spesies, mengingat cara hidupnya. Karenanya, motif manusia dapat dianggap mencerminkan serangkaian tugas penting yang secara

evolusi harus diselesaikan manusia untuk bertahan hidup dan berkembang biak. *Drive* adalah motif-motif yang memberikan perubahan langsung pada keadaan tubuh, Emosi adalah motif yang mengubah keadaan lingkungan dengan cara yang memfasilitasi kepuasan kemudian dari kebutuhan yang berevolusi, sementara Minat adalah motif yang fungsi utamanya adalah untuk memberikan informasi ke otak yang dapat digunakan untuk akhirnya memenuhi kebutuhan. Penjelasan dibawah ini menunjukkan rangkaian lengkap motif manusia, menunjukkan pada tahap apa masing-masing berevolusi dalam garis keturunan leluhur kita.

a. **Drives /Mendorong**

1). *Comfort/Kenyamanan*. Karena ceruk terestrial bervariasi dalam hal kondisi fisik seperti suhu, ketinggian dan tingkat kelembaban, pemeliharaan fisiologi tubuh memerlukan perilaku seperti pindah ke tempat teduh ketika matahari panas, menutupi tubuh dengan pakaian hangat, kering, dan menemukan tempat berlindung saat itu. tidak, menghilangkan duri, merawat luka, menghemat energi dengan tidur.

2). *Hunger/Kelaparan*. Seperti semua organisme, manusia memiliki kebutuhan metabolisme dasar untuk mempertahankan jaringan tubuh. Ini dipenuhi melalui perolehan sumber daya seperti nutrisi, air, oksigen dan sinar matahari.

3). *Fear/Takut*. Manusia, seperti kebanyakan hewan, menghadapi ancaman dari lingkungan. Ketakutan mendorong perilaku yang menghindari ancaman 'terluka-dari-tanpa', termasuk predator, tetapi juga

individu agresif dan kemungkinan kecelakaan seperti jatuh dari tebing.

4). *Disgust*/Menjijikkan. Hewan juga perlu menghindari ancaman 'terluka-dari-dalam' - yaitu, parasit - yang mampu menyusup tanpa terdeteksi ke dalam tubuh. Motif ini menyebabkan penghindaran cairan tubuh, sakit orang lain, makanan 'off', vektor penyakit dan kontaminasi. Ini telah dikaitkan dengan alasan kami untuk menghindari orang yang melanggar norma sosial juga dalam bentuk 'kejjikan moral'.

5). *Lust*/Nafsu. Kebutuhan untuk memaksimalkan produksi salinan gen pada generasi berikutnya menyebabkan orang terlibat dalam perilaku sanggama, karena manusia bereproduksi melalui hubungan seksual. Ini membutuhkan pencarian dan pengejaran kandidat yang tepat dan penyempurnaan penyatuan seksual.

b. Emosi

1). *Nurture*/Memelihara. Keturunan mamalia lahir tergantung, membutuhkan penyediaan, perlindungan dan pendidikan. Pemeliharaan adalah motif untuk membesarkan keturunan dan membantu keluarga. Motif Nurture mendorong perilaku memberi makan, membersihkan, dan melindungi, memberikan kesempatan untuk belajar bermain, dan upaya mempengaruhi dunia sosial demi kerabat (nepotisme).

2). *Attract*/Menarik. Manusia harus bersaing untuk peluang kawin. Memastikan satu itu menarik dapat membantu mengamankan sanggama satu kali atau ikatan pasangan jangka panjang. Ini menyebabkan individu menghasilkan pajangan daya tarik seksual melalui perhiasan tubuh,

melukis atau modifikasi, pakaian provokatif atau melalui kegiatan yang menunjukkan kualitas pasangan seperti olahraga dan menari.

3). *Love/Cinta*. Ibu manusia perlu menjaga pria cukup lama agar mereka dapat berbagi beban membesarkan anak yang sangat tergantung. Cinta menyebabkan laki-laki dan perempuan untuk berinvestasi dalam ikatan pasangan yang memastikan investasi ini dengan taktik yang mencakup membuat hadiah mahal, menawarkan token komitmen dan kecemburuan mengusir saingan.

4). *Affiliate/Afiliasi*. Untuk mendapatkan manfaat kehidupan kelompok, manusia berinvestasi dalam keanggotaan dalam kelompok. Kami termotivasi untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial, untuk membentuk aliansi, untuk menyesuaikan diri dengan norma-norma kelompok, untuk menunjukkan niat kami

Kegiatan Emo Demo adalah kegiatan aktif berbasis pada perubahan perilaku pada kelompok masyarakat target (ibu hamil dan ibu menyusui) yang dikembangkan oleh Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN). Metode Emo Demo ini menggunakan cara-cara yang bersifat imajinatif dan provokatif untuk mencapai perubahan perilaku dalam bidang kesehatan masyarakat dengan prinsip Sosial, Cerita, Emotional, Nyata, Tidak terduga dan sederhana.

Emotional-Demonstration/ Emo Demo merupakan intervensi perubahan perilaku mengenai Pemberian Makan Bayi dan Anak serta Gizi Ibu Hamil di Indonesia diperkenalkan oleh *Global Alliance for Improved*

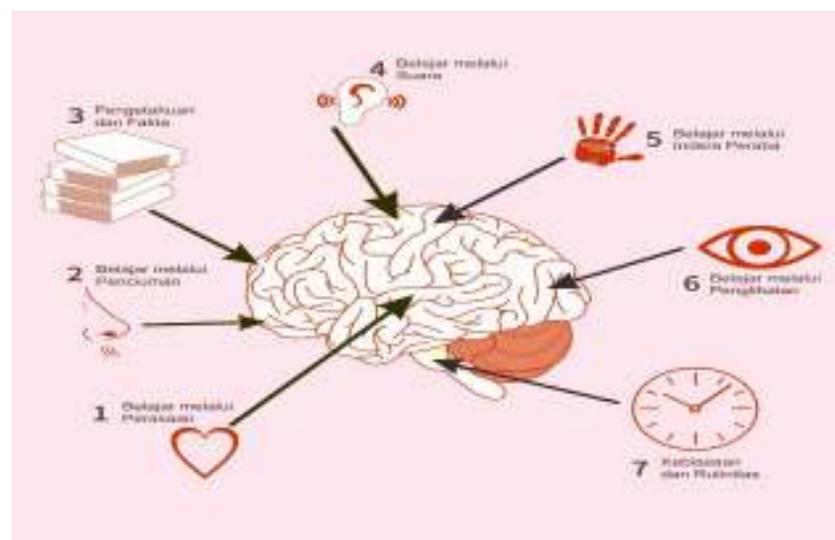
Nutrition (GAIN) pada tahun 2014 melalui program perubahan perilaku. Dua puluh empat (24) permainan Emo-Demo dikembangkan menggunakan pendekatan Behaviour Centred Design (BCD) dari *London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)*.

Emo Demo merupakan sebuah panduan kegiatan yang sangat partisipatif yang bertujuan untuk menyampaikan pesan sederhana dengan cara yang menyenangkan dan atau menyentuh emosi, sehingga membuatnya mudah diingat dan berdampak dibandingkan dengan strategi perubahan perilaku konvensional lainnya.

Emo Demo dikembangkan dalam sebuah permainan yang interaktif, meminimalisir pemberian informasi kesehatan dengan metode penyuluhan atau pengajaran satu arah. Dalam setiap permainan Emo Demo dilakukan dengan menciptakan momen mengejutkan, membuat orang memikirkan kembali perilakunya serta meningkatkan emosi target terkait perilaku yang diinginkan.

Beberapa intervensi perubahan perilaku hanya berfokus pada pemberian informasi saja yang hanya menyentuh Sebagian kecil otak. Dengan tujuan terjadinya perubahan perilaku yang efektif menggunakan dasar pendekatan BCD, Emo Demo melibatkan beberapa bagian otak.

Emo Demo menghubungkan tiga komponen penting dalam pembelajaran; yaitu memberi kesempatan orang untuk belajar langsung melalui eksperimen; pemberian informasi serta melibatkan bagian otak lainnya serta menyentuh emosi. Selain itu, penyampaian Emo Demo dilakukan dengan menggunakan alat peraga sehingga membuat Emo Demo mudah diingat dan pesan yang disampaikan nyata sehingga pesannya lebih mudah diserap dan sasaran mau mencoba perilaku baru. Dalam modul Emo Demo memuat judul, pesan kunci, sasaran, waktu kegiatan, peralatan yang digunakan, langkah-langkah dan kesimpulan. Metode Emo Demo akan mempunyai dampak yang lebih efektif jika fokus pada satu atau dua pesan setiap satu kali pertemuan kelompok.



Gambar 6. Dampak Intervensi Emo Demo Pada Otak

Gambar diatas menjelaskan beberapa bagian dalam otak yang perlu

disentuh, misalkan:

1. Emo Demo dikembangkan dengan menyentuh emosi target. Melibatkan motif emosi dalam setiap permainan membuat Emo Demo memberi kesempatan orang untuk belajar melalui perasaan.
2. Beberapa permainan Emo Demo dikembangkan dengan melibatkan penciuman, sehingga membuat orang dapat belajar perilaku melalui indera penciuman.
3. Pengetahuan atau informasi. Emo Demo memberikan fakta dan informasi mengenai perilaku kesehatan dan gizi.
4. Emo Demo dilaksanakan partisipatif sehingga melibatkan indera pendengar yang merangsang otak untuk belajar dari suara.
5. Indera peraba. Emo Demo dilakukan dengan menggunakan alat peraga sehingga membuat Emo Demo mudah diingat dan pesan yang disampaikan nyata sehingga pesannya lebih mudah diserap dan sasaran mau mencoba perilaku baru.
6. Dengan metode demonstrasi, Emo Demo memberi kesempatan otak untuk belajar melalui penglihatan.
7. Dengan melibatkan bagian otak lainnya, perilaku menjadi rutinitas.

Metode Emo Demo dilakukan dengan melibatkan emosi, memicu sekaligus menghubungkan emosi positif untuk perilaku yang diinginkan serta perasaan mengasuh, memelihara, kasih sayang dan menghubungkan emosi negative untuk perilaku yang tidak diinginkan misalnya perasaan jijik,

takut dan sebagainya. Adapun emosi kunci yang diunggah untuk perubahan perilaku terkait gizi. (Emodemo.org, n.d.)

Hasil penelitian terkait Emo Demo pada umumnya berfokus pada perilaku pemberian makanan tambahan pada bayi dan balita, pemberian ASI Eksklusif dan hygiene air minum. Seperti penelitian yang dilakukan pada ibu yang memiliki anak usia 0-23 bulan dan ibu hamil di Malang dan Sidoarjo, Indonesia mendapatkan hasil ada perbedaan persentase stunting anak-anak berusia 0-23 bulan antara intervensi dan kelompok pembandingan setelah intervensi Emo Demo (Dibley et al., 2020)

Penelitian lain yang bertujuan untuk menerapkan metode pendidikan Emo Demo dalam memberikan penguatan niat ibu dan tindakan dalam menyediakan menu sayur dan buah untuk keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan intensi ibu rumah tangga pada kelompok intervensi sebesar 6,8 poin dengan nilai $p = 0,003$, sedangkan pada kelompok kontrol terjadi sebaliknya berupa penurunan skor sebesar 6,8 ($p = 0,229$). (Fajarwati, Rachmat, & Arundhana, 2018)

C. Tinjauan *Theory of Planned Behavior*

Teori perilaku banyak di kemukakan oleh para ahli, salah satunya yaitu Teori *Precede-Proceed* yang di kembangkan oleh Lawrence Green bahwa perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu:

a. Faktor Predisposing (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

b. Faktor Pendukung (*Enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau selera kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, jamban, dan sebagainya.

c. Faktor Pendorong (*Reinforcing factor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Banyak teori yang mengemukakan tentang perubahan perilaku, salah satunya adalah *Theory of Planned Behavior* atau Teori perilaku terencana (TPB), TPB dapat menjelaskan bahwa semua perilaku tidak di bawah kendali. Perilaku tersebut berada pada suatu titik dalam suatu kontinum dari sepenuhnya di bawah kendali sampai sepenuhnya di luar kendali. Individu mungkin mempunyai kendali sepenuhnya ketika tidak terdapat hambatan apapun untuk menunjukkan suatu perilaku. Dalam keadaan ekstrim yang sebaliknya, mungkin sama sekali tidak ada kemungkinan untuk mengendalikan suatu perilaku karena tidak adanya kesempatan dan tidak ada sumber daya atau keterampilan. Faktor pengendali tersebut terdiri atas faktor internal dan eksternal. Faktor internal antara lain keterampilan, kemampuan, informasi, emosi, maupun stres. Faktor eksternal meliputi situasi dan faktor lingkungan.

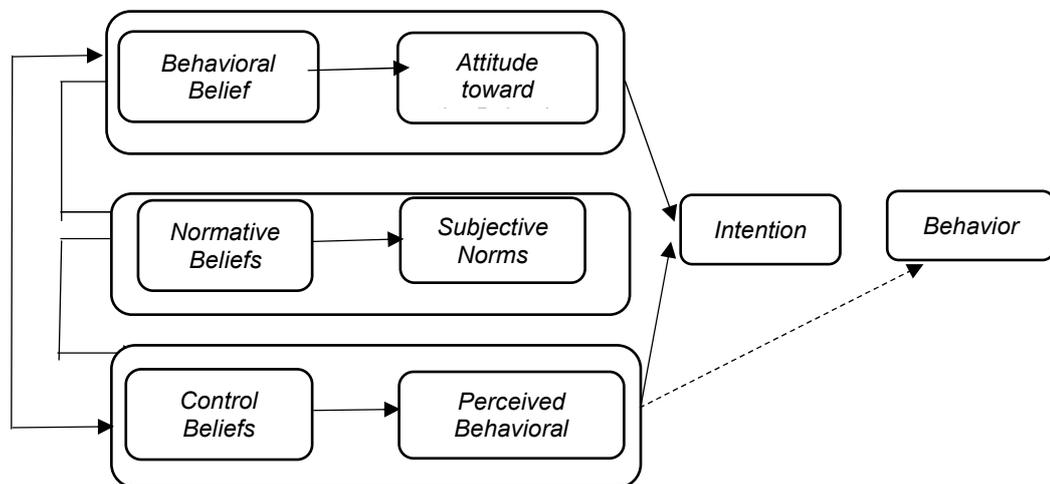
Pada intinya, teori perilaku terencana (*Theory dari Planned Behavior*) menurut Ajzen (1988) mencakup 3 hal, yaitu:

1. Keyakinan tentang kemungkinan hasil dan evaluasi dari perilaku tersebut (*behavior beliefs*).

2. Keyakinan tentang norma yang diharapkan dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*normative beliefs*).

3. Keyakinan tentang adanya faktor yang dapat mendukung atau menghalangi perilaku dan kesadaran akan kekuatan tersebut (*control beliefs*).

Model *Theory Planned Behavior* (TPB) dapat dilihat pada Gambar 7 berikut ini :



Gambar 7. Theory Planned Behavior (TPB)

Berdasarkan Gambar 7 dapat dijelaskan sebagai berikut.

1. Tingkah laku berhubungan langsung dengan niat atau intensi. Niat adalah faktor

yang paling dekat untuk memprediksi munculnya tingkah laku yang akan ditunjukkan individu.

2. Niat dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu sikap individu (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjective norm*), dan persepsi terhadap kontrol yang dimiliki (*perceived behavioral control/PBC*).

3. Setiap faktor yang mempengaruhi niat (sikap, norma subjektif, dan PBC) dipengaruhi oleh anteseden lain, yaitu *beliefs*. Sikap dipengaruhi oleh *beliefs* tentang tingkah laku atau yang disebut dengan *behavioral beliefs*, norma subjektif dipengaruhi oleh *beliefs* tentang norma atau disebut sebagai *normative beliefs*, sedangkan PBC dipengaruhi oleh *beliefs* tentang kontrol yang dimiliki atau yang disebut sebagai *control beliefs*. Sikap, norma subjektif, maupun PBC merupakan fungsi perkalian dari masing-masing *beliefs* dengan faktor lainnya yang mendukung.

Berbagai penelitian dibidang kesehatan sudah sering menggunakan aplikasi *Theory of Planned Behavior* untuk mengamati peran niat dalam perubahan perilaku yang diharapkan. Penggunaan *Theory of Planned Behavior* pada berbagai penelitian seperti :

1. Desain dan evaluasi pesan -pesan yang efektif

TPB dapat digunakan untuk mendesain dan penyajian pesan-pesan kampanye yang efektif untuk berkontribusi pada jumlah literatur yang terbatas tentang desain kampanye tahap formatif. Pada penelitian Record et al, mengumpulkan berbagai pesan tentang upaya pencegahan merokok di wilayah kampus kemudian mendesain pesan berbasis TPB, proses dan hasil penelitian formatif yang digunakan untuk menguji materi kampanye dengan perokok sarjana. Dengan menggunakan Analisis data pendekatan tematis teoritis untuk mengidentifikasi bagaimana TPB membangun terkait dengan persepsi efektivitas pesan diperoleh hasil Peserta merespons positif terhadap strategi sikap tentang kesehatan, rasa hormat, dan tokoh-

tokoh universitas; mereka menolak pendekatan yang mereka anggap remaja dan ofensif. Mereka juga membahas dampak ketidakpatuhan dan menghindari pernyataan yang terlalu umum untuk mengatasi norma subyektif, menyarankan pemendekan teks, menyesuaikan lokasi gambar, dan menekankan pentingnya kepatuhan untuk meningkatkan persepsi kontrol perilaku (Record, Harrington, Helme, & Savage, 2018).

2. Penilaian dan strategi intervensi

TPB dapat juga digunakan untuk menilai dan memilih strategi intervensi dalam upaya perubahan perilaku. Penelitian Wykes pada fasilitator kesehatan menggunakan TPB untuk menguji faktor-faktor niat fasilitator kesehatan mental untuk memberikan saran terkait berat badan memperoleh hasil dari kuesioner terbuka menyarankan bahwa keyakinan perilaku, keyakinan normatif, dan keyakinan kontrol dapat memengaruhi niat penyedia layanan kesehatan mental masyarakat untuk memberikan saran gaya hidup terkait berat badan kepada klien muda mereka (Wykes, Bourassa, Slosser, & McKibbin, 2018).

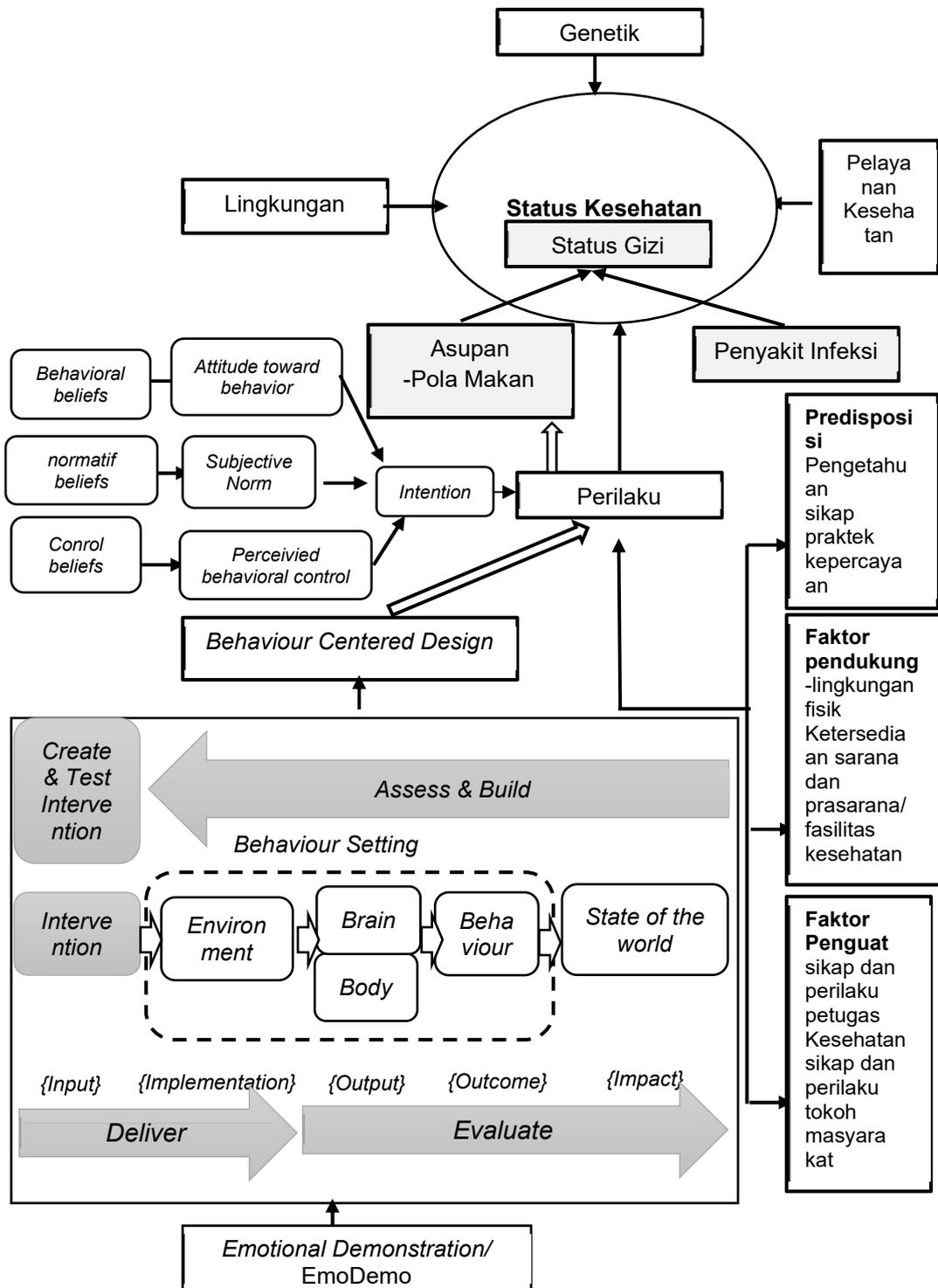
3. Prediksi kepatuhan pada satu bentuk perilaku

TPB juga bisa digunakan untuk memprediksi kepatuhan pada satu bentuk perilaku. Sebagai contoh bisa dilihat pada penelitian Elyasi et al yang bertujuan untuk menguji Model *Theory of Planned Behaviour* (TPB) yang diperluas dengan menambahkan konsep *Sense of Coherence* (SOC) untuk memprediksi kepatuhan orang tua terhadap kunjungan gigi preventif anak prasekolah. Hipotesis penelitian adalah bahwa pengembangan model

TPB yang diperluas akan meningkatkan daya prediksi model TPB dalam memprediksi perilaku perawatan gigi pada anak-anak prasekolah. Dengan menggunakan TPB dan konsep SOC diperoleh hasil bahwa faktor predisposisi (tempat kelahiran anak dan tempat kelahiran ibu) secara signifikan memperkirakan sumber daya yang memungkinkan (pendapatan bulanan keluarga dan status asuransi gigi anak); keduanya memprediksi komponen TPB (Sikap, Norma subjektif dan kontrol perilaku). Komponen TPB, pada gilirannya, meramalkan niat perilaku (Elyasi, Lai, Major, Baker, & Amin, 2020).

D. Kerangka Teori

Penelitian ini menggunakan lima teori dasar sehingga terbentuk kerangka teori. Adapun teori yang digunakan adalah HL Bloom (1974) tentang faktor yang mempengaruhi status kesehatan, UNICEF 1998 tentang faktor yang mempengaruhi status gizi. Tiga teori selanjutnya yang digunakan adalah teori perubahan perilaku yaitu *Theory Planned Behavior/TPB* Ajzen 1988, *Behaviour Centered Design/BCD* dan Teori *Precede-Proceed* yang di kembangkan oleh Lawrence Green.

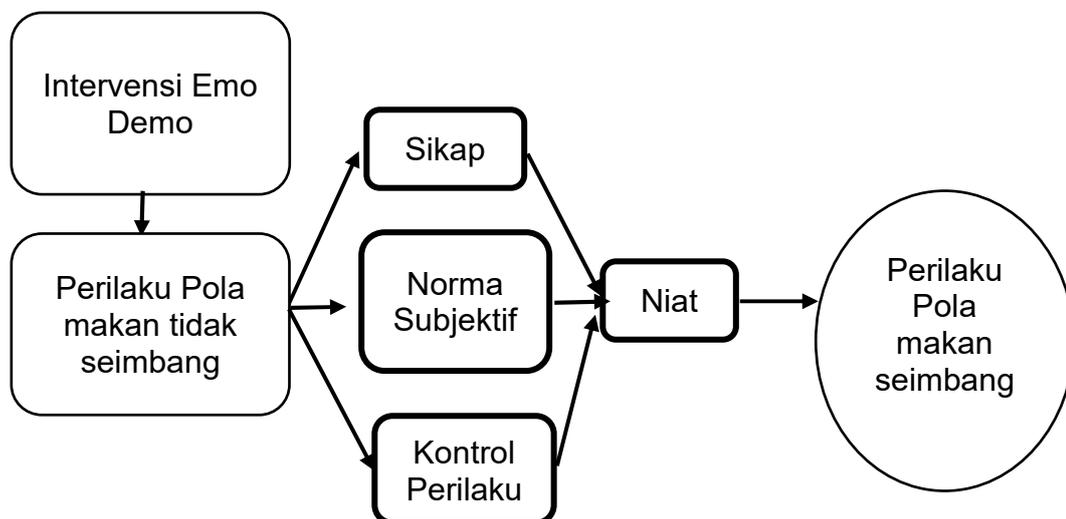


Adaptasi Teori : HL Bloom (1974), UNICEF 1998, Theory Planned Behavior/TPB Ajzen 1988, Behaviour Centered Design/BCD, Teori Precede-Proceed

Gambar 8. Kerangka Teori

D. Kerangka Konseptual

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari tiga yaitu variabel independent yaitu Intervensi Emo Demo dan perilaku pola makan tidak seimbang, selanjutnya adalah variabel antara yaitu sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat. Kemudian variabel dependen yaitu perubahan pola makan (Gambar 9)



Gambar 9. Kerangka Konseptual

Keterangan :

 = Variabel Independent

 = Variabel antara

 = Variabel Dependent

F. Hipotesis

1. Ditemukan model intervensi *Emo Demo* berbasis *theory of planned behavior* yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku pola makan remaja.
2. Ada perubahan sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan sebelum dan setelah intervensi *Emo Demo*
3. Ada perbedaan sikap, norma subjektif, kontrol perilaku dan niat remaja terkait pola makan antara kelompok intervensi (menggunakan *Emo Demo*) dengan kelompok kontrol (menggunakan modul)
4. Ada perubahan pola makan sebelum dan setelah intervensi *Emo Demo*
5. Ada perbedaan pola makan antara kelompok intervensi (menggunakan *Emo Demo*) dengan kelompok kontrol (menggunakan modul)

G. Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi dan Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
Variabel Independent				
1	<i>Emotional Demostration</i>	<p>Definisi : Model intervensi perubahan perilaku dibuat menggunakan Kerangka kerja ABCDE pada teori <i>Behavior Centered Design/BCD</i> yang menggunakan sains dan kreativitas karena perilaku hanya berubah dalam menanggapi apa yang baru, menantang, mengejutkan atau menggairahkan. Dan prinsip SCENTS (Sosial,Cerita,Emosional,Nyata, Tidak terduga, Sederhana)</p>		
2	Sikap	<p>Definisi : Sejauh mana remaja memiliki keyakinan mengenai konsekuensi dari perilaku pola makan seimbang setelah mempertimbangkan keuntungan atau kerugian bila melakukan pola makan seimbang.</p> <p>Kriteria Objektif : Sikap Positif : jika jumlah skor kuesioner Sikap \geq nilai median Sikap Negatif : jika jumlah skor kuesioner Sikap $<$ nilai median</p>	Kuesioner Berbasis TPB	Ordinal
3	Norma Subjektif	<p>Definisi : adalah persepsi remaja terkait tekanan social dari orang-orang yang berpengaruh dalam kehidupan remaja apabila remaja melakukan pola makan seimbang</p> <p>Kriteria Objektif : Melakukan : jika jumlah skor kuesioner Norma Subjektif \geq nilai median</p>	Kuesioner Berbasis TPB	Ordinal

No	Variabel	Definisi dan Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
Variabel Independent				
		Tidak melakukan : jika jumlah skor kuesioner Norma Subjektif < nilai median		
4	Kontrol Prilaku	<p>Definisi : Keyakinan dalam diri untuk berhasil atau rasa optimis yang dimiliki dalam diri remaja untuk melakukan perilaku pola makan seimbang.</p> <p>Kriteria Objektif : Mudah : jika jumlah skor kuesioner Kontrol Perilaku \geq nilai median Sulit : jika jumlah skor kuesioner Kontrol Perilaku < nilai median</p>	Kuesioner Berbasis TPB	Ordinal
5	Niat	<p>Definisi : keinginan remaja untuk melakukan dan terus melakukan pola makan seimbang</p> <p>Kriteria Objektif : Ada Niat: jika jumlah skor kuesioner Niat \geq nilai median Tidak ada Niat : jika jumlah skor kuesioner Niat < nilai median</p>	Kuesioner Berbasis TPB	Ordinal
Variabel Dependent				
6	Pola Makan Seimbang	<p>Definisi Suatu bentuk tingkah laku remaja usia 16-18 tahun dalam memenuhi dan memilih konsumsi makanan dalam kurun waktu 24 jam, mencakup sumber karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.</p> <p>Kriteria Objektif : Pola Makan Seimbang : 1. Kebiasaan makan 1 bulan terakhir yang mengandung sumber Karbohidrat, protein, sayur dan buah dalam kategori sering (rata-rata sumber makanan $\geq 0,43$) dan jajan dalam kategori jarang (rata-rata sumber makanan <0,43).</p>	Kuesioner FFQ dan Recall 24 jam	Ordinal

No	Variabel	Definisi dan Kriteria Objektif	Alat Ukur	Skala
Variabel Independent				
		<p>2. Jumlah kalori sehari selama 24 jam sebanyak 80-100% dari kecukupan kalori. Kategori Cukup Jika jumlah Kalori >2.120 untuk laki-laki dan jumlah kalori >1.680 untuk perempuan.</p> <p>Pola Makan tidak Seimbang : jika pola makan remaja tidak sesuai dengan point 1 dan atau 2</p>		