**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Remaja**
2. **Pengertian**

Populasi remaja merupakan kelompok penduduk yang cukup besar. Penduduk Indonesia cukup didominasi oleh remaja yaitu 22.671.081 penduduk pada umur 10-14 tahun (Badan Pusat Statistik, 2010). Dengan kemajuan pembangunan, masalah kependudukan di Indonesia sekarang tidak lagi sepenuhnya terpusat pada jumlah penduduk melainkan pada kualitas penduduknya. Remaja merupakan aset bangsa untuk terciptanya generasi mendatang yang lebih baik. Masa remaja merupakan masa peralihan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa yang dimulai pada saat terjadinya kematangan seksual yaitu antara usia 11 atau 12 tahun sampai dengan 20 tahun, yaitu menjelang masa dewasa muda. Pada masa ini terjadi kecepatan pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial (Soetjiningsih, 2010).

Menurut (Adriani, 2012) secara teorotis beberapa tokoh psikologi mengemukakan tentang batas-batas umur remaja, tetapi dari sekian banyak tokoh yang mengemukakan tidak dapat menjelaskan secara pasti tentang batasan usia remaja karena masa remaja ini adalah masa peralihan. Dari kesimpulan yang diperoleh maka masa remaja dapat dibagi dalam dua periode yaitu:

1. Periode masa puber usia 12-18 tahun.
2. Masa prapubertas: peralihan dari akhir masa kanak-kanak ke masa awal pubertas. Cirinya:
3. Anak tidak suka diperlakukan seperti anak kecil lagi.
4. Anak mulai bersikap kritis.
5. Masa pubertas usia 14-16 tahun: masa remaja awal. Cirinya:
6. Mulai cemas dan bingung tentang perubahan fisiknya.
7. Memerhatikan penampilan.
8. Sikapnya tidak menentu/plin plan.
9. Suka berkelompok dengan teman sebaya atau senasib.
10. Masa akhir pubertas usia 17-18 tahun: peralihan dari masa pubertas ke masa adoleses. Cirinya:
11. Pertumbuhan fisik sudah mulai matang tetapi kedewasaan psikologinya belum tercapai sepenuhnya.
12. Proses kedewasaan jasmanilah pada remaja putri lebih awal dari remaja pria.
13. Periode remaja adoleses usia 19-21 tahun.

Merupakan masa akhir remaja. Beberapa sifat penting pada masa ini adalah:

* + - 1. Perhatiannya tertutup pada hal-hal realistis.
			2. Mulai menyadari akan realistis.
			3. Sikapnya mulai jelas tentang hidup.
			4. Mulai nampak bakat dan minatnya.

Dan menurut pendapat (Hurlock, Elizabeth B.  1999 : 206) masa remaja digolongkan menjadi 3 tahap yaitu :

1. Masa pra remaja : 12-14 tahun. Yaitu periode sekitar kurang lebih 2 tahun sebelum terjadinya pemasakan seksual yang sesungguhnya tetapi sudah terjadi perkembangan fisiologi yang  berhubungan dengan pemasakan beberapa kelenjar endokrin.
2. Masa  remaja awal : 14-17  tahun. Yaitu periode dalam rentang perkembangan dimana terjadi kematangan alat-alat seksual dan tercapai kemampuan reproduksi.
3. Masa remaja akhir : 17-21 tahun. Berarti tumbuh menjadi dewasa yang mencakup kematangan mental, emosional, sosial dan  fisik.
4. **Masalah Gizi Remaja**
	* + 1. **Faktor pemicu masalah gizi**

Berbagai bentuk gangguan gizi pada usia remaja sering terjadi. Selain kekurangan energi dan protein anemia gizi dan defisiensi berbagai vitamin juga sering terjadi. Sebaliknya juga masalah gizi lebih (*overnutrition*) yang ditandai oleh tingginya jangka obesitas pada remaja terutama di kota-kota besar. Berbagai faktor yang memicu terjadinya masalah gizi pada usia remaja antara lain adalah:

* 1. Kebiasaan makan yang buruk

Kebiasaan makan yang buruk yang berpangkal pada kebiasaan makan keluarga yang juga tidak baik sudah tertanam sejak kecil akan terus terjadi pada usia remaja. Mereka makan seadanya tanpa mengetahui kebutuhan akan berbagai zat gizi dan dampak tidak dipenuhinya kebutuhan zat gizi tersebut terhadap kesehatan mereka.

Penelitian yang dilakukan oleh Jeong A. Kim di Korea (2001) menemukan bahwa pola makan pada remaja mempengaruhi status gizi mereka. Penelitian ini mengelompokkan remaja pada tiga pola makan. Pertama, yang disebut dengan pola makan tradisional Korea, merupakan pola makan yang banyak mengkonsumsi Kimchi dan nasi, ikan dan rumput laut. Kedua, yang disebut pola makan barat, merupakan pola makan yang banyak mengkonsumsi tepung dan roti, hamburger, pizza, makanan ringan dan sereal, gula dan makanan manis. Ketiga, yang disebut pola makan modifikasi, merupakan pola makan yang banyak mengkonsumsi mie, tetapi diselingi dengan kimchi dan nasi. Ditemukan kejadian obesitas sentral paling tinggi pada pola makan barat (16,8%) dari pada pola makan tradisional Korea (9,76%) dan pola makan modifikasi (9,75%).

Lena Hamstrong menemukan bahwa di Eropa sekitar 34% remaja melewatkan sarapan di pagi hari. Dan kebiasaan sarapan pada remaja dipengaruhi oleh kebiasaan orang tua mereka. **Cara S. DeJong menemukan bahwa faktor lingkungan dan kebiasaan kognitif berhubungan dengan kebiasaan sarapan pada remaja. Michael J menemukan bahwa remaja yang memiliki kebiasaan sarapan memiliki kecendrungan untuk tidak mengalami obesitas.**

* 1. Pemahaman gizi yang keliru

Tubuh yang langsing sering menjadi idaman bagi para remaja terutama wanita remaja. Hal itu sering menjadi penyebab masalah, karena untuk memelihara kelangsingan tubuh mereka menerapkan pengaturan pembatasan makanan secara keliru. Sehingga kebutuhan gizi mereka tak terpenuhi. Hanya makan sekali sehari atau makan makanan seadanya, tidak makan nasi merupakan penerapan prinsip pemeliharaan gizi yang keliru dan mendorong terjadinya gangguan gizi.

Penelitian yang dilakukan oleh Ruka Sakamaki, dkk (2004) menemukan bahwa pelajar wanita di China memiliki keinginan yang besar untuk menjadi langsing (62,0%) dibandingkan dengan pelajar lelaki (47,4%). Demikian pula dengan studi sebelumnya yang dilakukan di Jepang, perubahan gaya hidup telah menyebabkan sebagian besar pelajar wanita memiliki keinginan untuk menjadi langsing, meskipun jumlah responden yang mengalami obesitas sangat sedikit pada studi tersebut. Di tahun 2005, mereka menemukan bahwa sebagian besar responden yang memiliki IMT normal, ternyata menginginkan ukuran tubuh dengan IMT yang tergolong kurus (BMI : 18,4+ 3,4).

* 1. Kesukaan yang berlebihan terhadap makanan tertentu

Kesukaan yang berlebihan terhadap makanan tertentu saja menyebabkan kebutuhan gizi tak terpenuhi. Keadaan seperti itu biasanya terkait dengan “mode” yang tengah marak dikalangan remaja. Ditahun 1960 an misalnya remaja-remaja di Amerika Serikat sangat menggandrungi makanan berupa hot dog dan minuman coca cola. Kebiasaan ini kemudian menjalar ke remaja-remaja diberbagai negara lain termasuk di Indonesia.

* 1. Promosi yang berlebihan melalui media massa

Usia remaja merupakan usia dimana mereka sangat tertarik pada hal-hal baru. Kondisi tersebut dimanfaatkan oleh pengusaha makanan untuk mempromosikan produk mereka dengan cara yang sangat mempengaruhi remaja. Padahal, produk makanan tersebut bukanlah makanan yang sehat bila dikonsumsi dalam jumlah yang berlebihan.

* 1. Masuknya produk-produk makanan baru yang berasal dari negara lain secara bebas mempengaruhi kebiasaan makan para remaja

Jenis-jenis maanan siap santap (*fast food*) yang berasal dari negara barat seperti hot dog, pizza, hamburger, *fried chicken* dan *french fries*, berbagai jenis makanan berupa kripik *(junk food*) sering dianggap sebagai lambang kehidupan modern oleh para remaja. Padahal berbagai jenis *fast food* itu mengandung kadar lemak jenuh dan kolesterol yang tinggi disamping kadar garam. Zat-zat gizi itu memicu terjadinya berbagai penyakit *kardiovaskuler* pada usia muda.

Penelitian yang dilakukan oleh Kerry N. Boutelle, dkk (2005) menemukan bahwa konsumsi *fast food* berhubungan dengan berat badan orang dewasa namun tidak pada remaja. Hal tersebut disebabkan karena remaja membutuhkan banyak kalori untuk aktivitasnya, sehingga *fast food* tidak mempengaruhi status gizi mereka untuk menjadi obesitas. Namun, konsumsi *fast food* bisa meningkatkan risiko bagi para remaja untuk menjadi obes pada saat dewasa kelak.

* + - 1. **Beberapa Masalah gizi yang biasa dijumpai pada remaja**
1. Obesitas

Obesitas adalah kegemukan atau kelebihan berat badan. Di kalangan remaja, obesitas merupakan permasalahan yang merisaukan, karena dapat menurunkan rasa percaya diri seseorang dan menyebabkan gangguan psikologis yang serius. Belum  lagi kemungkinan diskriminasi dari lingkungan sekitar. Dapat di bayangkan jika obesitas terjadi pada remaja, maka remaja tersebut akan tumbuh menjadi remaja yang kurang percaya diri. Berdasarkan data dari Riskesdas 2007, prevalensi obesitas sentral pada usia 15-24 tahun adalah 8,09%.

Penelitian yang dilakukan oleh Rollan Cahcera (2000) terhadap remaja pada beberapa wilayah di Eropa Barat menemukan bahwa terjadi peningkatan prevalensi obesitas pada remaja. Rata-rata asupan energi para remaja tersebut terlihat adekuat, namun konsumsi lemak jenuh menunjukkan peningkatan dan konsumsi serat justru menurun. Rata-rata asupan mikronutrient menunjukkan angka yang sesuai dengan standar. Namun pada remaja putri asupan zat besi dan kalsium masih rendah. Selain itu, ditemukan juga masalah-masalah seperti merokok, mengkonsumsi makanan dengan kualitas gizi yang rendah dan diet yang salah.Al sendi juga menemukan hal serupa di Bahrain. Terlihat terjadi peningkatan prevalensi obesitas pada remaja. Lazeery di Italia justru menemukan trend yang berbeda. Dimana dari tahun ke tahun, prevalensi obesitas pada remaja di Tuscany Italia justru mengalami penurunan. Dan penurunan tersebut berbanding lurus dengan peningkatan kelompok umur pada remaja.

1. Kurang Energi Protein (KEP)

Pada remaja badan kurus atau disebut Kurang Energi Protein (KEP) pada umumnya disebabkan karena makan terlalu sedikit. Penurunan berat badan secara drastis pada remaja perempuan memiliki hubungan erat dengan faktor emosional seperti takut gemuk seperti ibunya atau dipandang kurang seksi oleh lawan jenis.Makan makanan yang bervariasi dan cukup mengandung kalori dan protein termasuk makanan pokok seperti nasi, ubi dan kentang setiap hari dan makanan yang mengandung protein seperti daging, ikan, telur, kacang-kacangan atau susu perlu dikonsumsi oleh para remaja tersebut sekurang-kurangnya sehari sekali.

1. Anemia

Remaja putri merupakan salah satu kelompok yang rawan menderita anemia9. Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin dan eritrosit lebih rendah dari normal. Pada laki-laki hemoglobin normal adalah 14-18 gr % dan eritrosit 4,5-5,5 jt/mm3. Sedangkan pada perempuan hemoglobin normal adalah 12-16 gr % dengan eritrosit 3,5-4,5 jt/mm3.Remaja putri lebih mudah terserang anemia karena :

1. Pada umumnya lebih banyak mengkonsumsi makanan nabati yang kandungan zat besinya sedikit, dibandingkan dengan makanan hewani, sehingga kebutuhan tubuh akan zat besi tidak terpenuhi.
2. Remaja putri biasanya ingin tampil langsing, sehingga membatasi asupan makanan.
3. Setiap hari manusia kehilangan zat besi 0,6 mg yang diekskresi, khususnya melalui feses.
4. Remaja putri mengalami haid setiap bulan, di mana kehilangan zat besi ± 1,3 mg perhari, sehingga kebutuhan zat besi lebih banyak dari pada pria.
5. **Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan adalah tentang meningkatkan status kesehatan dari individu dan komunitas. Terlalu sering kata promosi, bila digunakan dalam konteks promosi kesehatan, dikaitkan dengan penjualan (sales) dan periklanan (advertising), dan dipandang sebagai pendekatan yang didominasi oleh penggunaan media massa. Dengan promosi dalam konteks kesehatan mengartikanya sebagai memperbaiki kesehatan, memajukan, mendukung, mendorong dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada agenda perorangan maupun masyarakat umum. Pokok kesehatan adalah aspek - aspek sosial, ekonomi dan lingkungan yang sering berada di luar kontrol perorangan atau bahkan masyarakat secara kolektif. Oleh karena itu, aspek promosi kesehatan yang mendasar adalah bahwa ia bertujuan melakukan pemberdayaan sehingga orang mempunyai kontrol yang lebih besar terhadap aspek – aspek kehidupan mereka yang mempengaruhi kesehatan. Definisi WHO mengenai promosi kesehatan secara jelas menekankan ini: “ Promosi Kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol terhadap, dan memperbaiki,kesehatan mereka”. Berdasarkan Rumusan WHO (1994) tentang strategi promosi kesehatan secara global bahwa dalam hal mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif menggunakan strategi pokok yakni Advokasi PHBS (Advocacy) , Bina Suasana (Social Support), dan Gerakan masyarakat (Empowerment) (Notoatmodjo,2010).

Menurut Notoadmojo (2010) promosi kesehatan yang dalam hal ini adalah penyuluhan, mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Sedangkan yang kedua promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan , menyebarluaskan, mengenal atau menjual pesan-pesan kesehatan sehingga masyarakat mau menerima perilaku kesehatan yang pada akhirnya mau berprilaku sehat. Metode dan Media Promosi Kesehatan Dalam bukunya Maulana (2009) juga menyebutkan bahwa metode promosi kesehatan terbagi menjadi dua macam yakni :

1. Metode didaktif didasarkan atau dilakukan secara satu arah atau one way Method . Tingkat keberhasilan metode didaktif sulit dievaluasi karena peserta didik bersifat pasif dan hanya pendidik yang aktif (misalnya ceramah, film, leaflet, buklet, poster, dan siaran radio (kecuali siaran radio yang bersifat interaktif, dan tulisan di media cetak).
2. Metode sokratik dilakukan secara dua arah atau two ways method. Dengan metode ini, kemungkinan antara pendidik dan peserta didik bersikap aktif dan kreatif (misalnya, diskusi kelompok, debat, panel, forum, buzzgroup, seminar, bermain peran, sosiodrama, curah pendapat (brain storming), demonstrasi, studi kasus, lokakarya, dan penugasan perorangan.
3. **Media**
	* + 1. **Media Pembelajaran**

Media berasal dari bahasa latin dan merupakan bentuk jamak dari kata *medium* yang secara harfiah berarti perantara atau pengantar. Sehingga media pendidikan dapat didefinisikan sebagai alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan pengajaran (Suiraoka dan Supariasa, 2012). Menurut Sadiman, dkk., 2003 (Suiraoka dan Supariasa, 2012) media adalah perantara atau pengantar pesan dari pengirim ke penerima pesan. Berdasarkan pengertian ini tersirat bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu proses komunikasi yang terjadi dari pengirim pesan kepada penerima pesan. Pesan yang disampaikan tersebut dapat dilakukan melalui suatu saluran tertentu atau dengan menggunakan pengantar. Jadi media pendidikan adalah perantara atau pengantar pesan tersebut.

Dalam proses belajar mengajar, lima komponen yang sangat penting adalah tujuan, materi, metode, media, dan evaluasi pembelajaran. Kelima aspek ini saling mempengaruhi. Pemilihan salah satu metode mengajar tertentu akan berdampak pada jenis media pembelajaran yang sesuai, dengan tanpa melupakan tiga aspek penting lainnya yaitu tujuan, materi, dan evaluasi pembelajaran. Dalam hal ini, dapat dikatakan bahwa salah satu fungsi utama media pembelajaran adalah sebagai alat bantu mengajar yang turut mempengaruhi, motivasi, kondisi, dan lingkungan belajar (Hamalik, Oemar. 1990).

Pemakaian media pembelajaran dalam proses belajar mengajar dapat membangkitkan minat dan keinginan yang baru, membangkitkan motivasi dan rangsangan kegiatan belajar, dan bahkan membawa pengaruh-pengaruh psikologis terhadap pebelajar. Penggunaan media pembelajaran pada tahap orientasi pengajaran akan sangat membantu keefektifan proses pembelajaran dan penyampaian pesan dan isi pelajaran pada saat itu (Wiratmojo,P dan Sasonohardjo, 2002).

Sebagai salah satu komponen pembelajaran, media tidak bisa luput dari pembahasan sistem pembelajaran secara menyeluruh. Pemanfaatan media seharusnya merupakan bagian yang harus mendapat perhatian pembelajar dalam setiap kegiatan pembelajaran. Namun kenyataanya bagian inilah yang masih sering terabaikan dengan berbagai alasan. Alasan yang sering muncul antara lain: terbatasnya waktu untuk membuat persiapan mengajar, sulitnya mencari media yang tepat, tidak tersedianya biaya, dll. Hal ini sebenarnya tidak perlu terjadi jika setiap pembelajar telah membekali diri dengan pengetahuan dan keterampilan dalam hal media pembelajaran. Sesungguhnya betapa banyak jenis media yang bisa dipilih, dikembangkan dan dimanfaatkan sesuai dengan kondisi, waktu, biaya maupun tujuan pembelajaran yang dikehendaki. Setiap jenis media memiliki karakteristik tertentu yang perlu kita pahami, sehingga kita dapat memilih media yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi yang ada di lapangan (Wiratmojo,P dan Sasonohardjo, 2002).

* + - 1. **Media Permainan**

Media permainan dapat meningkatkan minat siswa terhadap kegiatan pembelajaran. Salah satu permainan yang dikenal dan disukai anak- anak adalah monopoli. Salah satu contoh permainan yang dapat dimodifikasi dengan menambahkan gambar atau tulisan namun tetap menyajikan materi-materi pembelajaran didalamnya serta mudah dimainkan oleh siswa adalah permainan monopoli (Astuti, 2014).

Media permainan monopoli dapat melatih daya ingat siswa dalam penguasaan konsep materi, melatih dan mendorong keberanian siswa untuk mengungkapkan pendapatnya, dan melatih penguasaan dan pemahaman konsep materi. Media pembelajaran monopoli berfungsi untuk meningkatkan kualitas belajar siswa. Pada umumnya hasil belajar siswa dengan penggunaan media akan mengendap lebih lama sehingga kualitas pembelajaran memiliki nilai yang tinggi (Vikagustanti, Sudarmin, & Pamelasari, 2014).

Media permainan monopoli merupakan salah satu media permainan yang dapat menimbulkan kegiatan belajar yang menarik dan membantu suasana belajar menjadi senang, hidup dan santai. Menurut Fitriyawani (2013, p. 226).

Pengembangan permainan monopoli sebagai media dalam pembelajaran digunakan sebagai tindakan untuk meningkatkan prestasi belajar siswa secara signifikan. Selain itu, permainan media monopoli memiliki kesesuaian fungsi dari penggunaan media pembelajaran, khususnya media visual.Fungsi-fungsi tersebut menurut (Levie dan Lentz, 1982) yaitu :

* + 1. Fungsi Afektif, media visual yang digunakan dapat terlihat dari tingkat kenikmatan siswa ketika belajar (atau membaca) teks bergambar. Gambar atau lambangvisual yang dapat menggugah emosi dan sikap siswa.
		2. Fungsi Kognitif, media visual terlihat dari temuan-temuan penelitian yang mengungkapkan bahwa lambang visual atau gambar memperlancar pencapaian tujuan untuk memahami dan mengingat informasi atau pesan yang terkandung dalam gambar.
		3. Fungsi Kompensatoris, media pembelajaran terlihat dari hasil

penelitian bahwa media visual yang memberikan konteks untuk memahami teks membantu siswa yang lemah dalam membaca untuk mengorganisasikan informasi dalam teks dan mengingatnyakembali (Azhar, Arsyad., 2007).

Menurut (Hujair AH, Sanaky., 2009) merujuk pada Nana Sudjana dan Ahmad Rivai menambahkan satu fungsi lagi pada ketiga fungsi tersebut menjadi empat fungsi media pembelajaran khususnya pada media visual, yaitu *Fungsi Atensi* yaitu media visual merupakan inti mengarahkan perhatian pembelajar untuk berkosentrasi kepada isi pelajaran yang berkaitan denganmakna visual yang ditampilkan atau menyertai teks materi pelajaran.

1. **Monopoli**
2. **Sejarah Monopoli**

Bermain pada awalnya belum mendapat perhatian khusus dari para ahli ilmu jiwa. Salah satu tokoh yang dianggap berjasa untuk meletakkan dasar tentang bermain adalah seorang filsuf Yunani bernama Plato. Plato dianggap sebagai orang pertama yang menyadari dan melihat pentingnya nilai praktis dari bermain. Menurut Plato, anak-anak akan lebih mudah mempelajari aritmatika dengan cara membagikan apel kepada anak-anak. Juga melalui pemberian alat permainan miniatur balok-balok kepada anak usia tiga tahun pada akhirnya akan mengantar anak tersebut menjadi ahli bangunan (Mayke S, Tedjasaputra., 2011).

Menurut (Siskawati M., 2016) monopoli dapat diartikan sebagai berikut:

Monopoli adalah salah satu permainan papan yang paling terkenal di dunia. Tujuan permainan ini adalah untuk menguasai semua petak di atas papan melalui pembelian, penyewaan dan pertukaran properti dalam sistem ekonomi yang disederhanakan. Setiap pemain melemparkan dadu secara bergiliran untuk memindahkan bidaknya, dan apabila ia mendarat di petak yang belum dimiliki oleh pemain lain, ia dapat membeli petak itu sesuai harga tertera. Bila petak itu sudah dibeli pemain lain, ia harus membayar uang sewa yang jumlahnya juga sudah ditetapkan. Sebelum monopoli sudah ada permainan serupa, diantaranya adalah *The landord’s Games* yang diciptakan oleh Elizabeth Magie untuk mempermudah orangmengerti bagaimana aturan tuan tanah memperkaya dirinya dan mempermiskinpara penyewa. Magie memperkenalkan permainan ini ditahun 1904. Walaupunpermainan ini dipatenkan, tidak ada produsen yang memproduksi secara luassampai tahun 1910 oleh *The Economic Game Company di New York.* Di Britania Raya pemain ini diterbitkan pada tahun 1913 oleh *The Newbie Games Company* di London dengan nama *Brear an’ Brear Rabbit*. Selain melalui penjualan, permainan ini juga tersebar dari mulut ke mulut danvariasi-variasi lokal mulai berkembang. Salah satunya adalah yang disebut *Auction Monopoly* atau kemudian disingkat menjadi monopoli. Permainan inikemudian dipelajari oleh Charles Darrow dan dipatenkan lalu dijual olehnya kepada Parker Brohers sebagai penemuannya sendiri. Parker mulai memproduksi permainan ini secara luas pada tanggal 5 November 1935.

Namun pada tahun 1970-an, sejarah awal pembuatan permainan Monopoli terhapus. Riwayat popular menceritakan Monopoli diciptakan oleh Charles Darrow dan disertakan dengan keterangan permainan Monopoli. Sejarah ini juga diceritakan dalam buku *The Monopoly Book: Strategy and Tactics of The World’s Most Popular Game* oleh Maxine Brady yang dicetak dalam tahun 1974 (Rufayda I., 2013).

1. **Peralatan Permainan Monopoli**

Menurut (Syahsiyah, 2008) untuk memainkan Monopoli, dibutuhkan peralatan-peralatan ini:

* 1. Bidak-bidak untuk mewakili pemain. Dalam kotak monopoli disediakan sepuluh bidak yaitu topi, setrika, anjing, kapal perang, mobil, gerobak, gelas, meriam, kuda, dan sepatu;
	2. Dua buah dadu berisi enam angka;
	3. Kartu hak milik untuk setiap properti. Kartu ini diberikan kepada pemain yang membeli properti itu. Di atas kartu tertera harga properti, harga sewa, harga gadai, harga rumah dan hotel;
	4. Papan permainan dengan petak-petak :

(1) 22 tempat, dibagi menjadi 8 kelompok berwarna dengan masing-masing warna memiliki dua atau tiga tempat. Seorang pemain harus menguasai satu kelompok warna sebelum ia boleh membeli rumah atau hotel.

(2) 4 stasiun kereta. Pemain memperoleh sewa lebih tinggi bila ia memiliki lebih dari satu stasiun. Tapi di atas stasiun tidak boleh dibangun rumah atau hotel.

(3) 2 perusahaan, yaitu perusahaan listrik dan perusahaan air. Pemain memperoleh sewa lebih tinggi bila ia memiliki keduanya. Rumah dan hotel tidak boleh dibangun di atas perusahaan.

(4) Petak-petak Dana Umum dan Kesempatan. Pemain yang mendarat di atas petak ini harus mengambil satu kartu dan menjalankan perintah di atasnya;

(5) Uang-uangan Monopoli;

(6) 32 rumah dan 12 hotel dari kayu atau plastik. Rumah biasanya memiliki warna hijau, sedangkan hotel warna merah;

(7) Kartu-kartu dana Umum dan Kesempatan.

1. **Penggunaan Permainan Monopoli sebagai Media Pembelajaran Gizi Seimbang**

Monopoli gizi seimbang disini adalah cara penyuluhan gizi melalui permainan monopoli yang yang dibuat sedemikian rupa yang isinya terkait dengan gizi seimbang bagi remaja, adapun materi yang akan ada dalam monopoli yakni:

1. Gizi seimbang remaja
2. 10 PGS (Pesan Gizi Seimbang)
3. Masalah gizi remaja
4. **Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Berdasarkan pengalaman dan penelitian, perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan sebagai salah satu dari tiga komponen yang mempengaruhi perilaku manusia karena pengetahuan adalah hasil dari obyek tertentu dan sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indera mata dan telinga. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu proses untuk meningkatkan pengetahuan seseorang,pengetahuan dapat meningkat karena informasi dari orang lain, media massa elektronik seperti Koran, leaflet, majalah, televise dan radio (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan kesehatan merupakan hasil investasi dari pendidikan kesehatan dalam jangka pendek. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh terhadap perilaku sebagai hasil investasi jangka menengah dan selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh terhadap peningkatan indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran dari pendidikan kesehatan (Notoatmojo, 1993). Pendidikan gizi bisa merupakan bagian dari mata ajaran yang sudah ada atau merupakan mata ajaran sendiri jika keadaan memungkinkan. Pendidikan gizi bisa diberikan di dalam kelas atau di luar kelas sebagai kegiatan praktikum (Suhardjo, 1989).

Gizi mempunyai peran besar dalam daur kehidupan. Setiap tahap daur kehidupan terkait dengan satu set prioritas *nutrien* yang berbeda. Semua orang sepanjang kehidupan membutuhkan nutrien yang sama, namun dalam jumlah yang berbeda. *Nutrien* tertentu yang didapat dari makanan, melalui peranan fisiologis yang spesifik dan tidak tergantung pada nutrien yang lain, sangat dibutuhkan untuk hidup dan sehat (Kusharisupeni, 2007).

Zat gizi (*nutrien*) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan. Makanan setelah dikonsumsi mengalami proses pencernaan. Bahan makanan diuraikan menjadi zat gizi atau nutrien. Zat tersebut selanjutnya diserap melalui dinding usus dan masuk kedalam cairan tubuh (Almatsier, 2012).

Indonesia menerapkan Pedoman Gizi Seimbang (PGS) yang berdasarkan pada kebijakan Repelita V tahun 1995 dan menjadi bagian dari program perbaikan gizi. Pada tahun 2009 secara resmi PGS diterima oleh masyarakat, sesuai dengan Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 yang menyebutkan secara eksplisit “Gizi Seimbang” dalam program perbaikan gizi (Yayasan Kegizian Pengembangan Fortifikasi Pangan Indonesia, 2011). Gizi seimbang adalah susunan makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memerhatikan prinsip keanekaragaman atau variasi makanan, aktivitas fisik, kebersihan, dan Berat Badan (BB) ideal. Selanjutnya, para pakar gizi yang bergabung Yayasan Institut Danone Indonesia (DII) bersama para penulis dari Tabloid Amerika Serikat dengan disesuaikan budaya Indonesia, dalam bentuk tumpeng dengan nampannya yang selanjutnya akan disebut sebagai „Tumpeng Gizi Seimbang” (TGS). TGS dirancang untuk membantu setiap orang untuk menentukan makanan dengan jenis dan jumlah yang tepat sesuai dengan usia dan keadaan kesehatan. TGS menggunakan empat prinsip Gizi Seimbang, yaitu aneka ragam makanan sesuai kebutuhan, kebersihan, aktivitas fisik dan memantau berat badan ideal (Yayasan Kegizian Pengembangan Fortifikasi Pangan Indonesia, 2011).

Empat prinsip Gizi Seimbang tersebut dibagi menjadi 7 segmen utama tumpeng. Pada bagian dasar tumpeng ditempatkan 8 gelas air yang dimaksud untuk melancarkan proses hidrasi dan metabolisme. Segmen diatasnya ada varian sumber karbohidrat berasal dari nasi, jagung, roti, mie, gandum, umbi-umbian yang dikonsumsi sebanyak 3-8 porsi. Diatas sumber karbohidrat ada dua segmen (sayuran dan buah) terletak sejajar sebagai sumber vitamin dan mineral yang dikonsumsi sebanyak 2-3 porsi. Segmen selanjutnya ada dua segmen sejajar sumber protein dan lemak dari hewani dan nabati. Keduanya cukup disantap sebanyak 2-3 porsi. Dipuncak tumpeng satu segmen untuk gula, garam dan minyak yang digunakan seperlunya. Pada bagian bawah tumpeng terdapat prinsip Gizi Seimbang lain, yaitu pola hidup aktif dengan berolahraga, menjaga kebersihan dan pantau berat badan (Yayasan Kegizian Pengembangan Fortifikasi Pangan Indonesia, 2011).

1. **Pendidikan Gizi**

Di dalam Undang-Undang Nomor 2/1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional, pasal 1 dijelaskan bahwa pendidikan adalah usaha sadar untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan bimbingan, pengajaran, dan/atau pelatihan bagi peranannya di masa yang akan datang (Muhaimin, 2002).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu cara penunjang program-program kesehatan yang dapat menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan dalam waktu yang pendek. Konsep pendidikan kesehatan merupakan proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah kesehatan menjadi mampu (Notoatmodjo, 2007).

Upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya, melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau promosi kesehatan. Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, tampaknya pendekatan edukasi (pendidikan kesehatan) lebih tepat dibandingkan dengan pendekatan *koersi* (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Aisyah 2010, Pendidikan kesehatan adalah suatu proses pembelajaran yang dilakukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang dilakukan untuk merubah perilakunya yang tidak sehat ke pola yang lebih sehat. Proses pendidikan kesehatan ini melibatkan beberapa komponen, antara lain menggunakan strategi belajar mengajar, mempertahankan keputusan untuk membuat perubahan tindakan/perilaku, dan pendidikan kesehatan berfokus kepada perubahan perilaku untuk meningkatkan status kesehatan mereka.

Pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya kesehatan yang bertujuan:

1. Menjadikan kesehatan sesuatu yang bernilai di masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong dan mengembangkan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada (WHO 1954 dalam Ali, Zaidin 2010)
4. **Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sedudah Pendidikan Gizi**

Salah satu faktor yang mempengaruhi gizi seseorang adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi. Berkurangnya pengetahuan tersebut juga akan mengurangi kemampuan seseorang untuk menerapkan informasi gizi dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 2003). Salah satunya cara untuk meningkatkan pengetahuan seseorang yaitu dengan cara memberikan pendidikan gizi sedini mungkin. Pendidikan gizi ini dapat diberikan melalui penyuluhan, pemberian poster, leaflet, atau booklet pada anak sekolah. Pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang, dengan adanya peningkatan pengetahuan maka diharapkan akan terjadi perubahan perilaku yang lebih baik terhadap gizi dan kesehatan (Machfoedz I dan Suryani S., 2007).

 Program pendidikan kesehatan dan gizi pada anak sekolah merupakan salah satu cara untuk menerapkan intervensi kesehatan global secara sederhana dan efektif untuk memperoleh pendidikan yang lebih luas (Jukes dkk., 2008).

Menurut Healthy People 2010, pendidikan gizi akan meningkatkan pengetahuan gizi anak dan akan membantu sikap anak yang dapat mempengaruhi kebiasaan anak dalam memilih makanan dan snack yang menyehatkan. Pengaruh pendidikan gizi terhadap kesehatan mungkin akan lebih efektif jika targetnya adalah langsung anak usia sekolah.

Pendidikan gizi di lingkungan sekolah dapat memberikan pengaruh positif terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan anak-anak. Salah satu faktor penentu keberhasilan program pendidikan gizi adalah metode dan media yang digunakan (Konstanjevec, et al., 2011).