

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Gizi Lebih**

Gizi lebih menggambarkan istilah obesitas (kegemukan) dan overweight. Gizi lebih yang muncul pada usia remaja cenderung berlanjut hingga ke dewasa dan lansia. Obesitas terjadi pada saat badan menjadi gemuk yang disebabkan penumpukan adipose (*adipocytes* : jaringan lemak khusus yang disimpan tubuh) secara berlebihan. Jadi obesitas adalah keadaan dimana seseorang memiliki berat badan yang lebih berat dibandingkan berat idealnya yang disebabkan terjadinya penumpukan lemak di tubuhnya.

#### **1. Faktor Penyebab**

Pengelompokan etiologi obesitas sebagai berikut (Adi, 2003) dalam (Suwandani, 2010) :

##### a. Faktor Internal

###### 1) Faktor Genetik

Sebagai unsur genetik, obesitas cukup berperan pada anak. Pada orang tua obesitas, pengaruh gen pada anak adalah 80%, bila salah satu orang tua obesitas adalah 40%, dan bila orang tua tidak obesitas adalah 14%.

###### 2) Psikologi

Pada beberapa orang tertentu dalam keadaan stress, frustrasi, sedih, dan kesepian biasanya makan menjadi lebih banyak sebagai kompensasi kejiwaan. Untuk mengubah perilaku makan yang dipengaruhi emosional/ psikologis, perlu dilakukan keterlibatan psikolog.

##### b. Faktor Eksternal

###### 1) Perilaku makan (behaviour)

Kebiasaan makan dan faktor budaya dalam keluarga dan atau masyarakat mempengaruhi perilaku seseorang, misal : banyak ngemil, suka makanan berlemak (gorengan, manis, santan), makan makanan cepat saji (*junk foods dan fast foods*).

## 2) Pola aktivitas

Gaya hidup modern, dimana unsur kenyamanan dan kemudahan menjadi tujuan, orang cenderung mencari cara mudah dan sedikit menggunakan tenaga. Pola hidup *sedentari* merupakan pola yang umum dalam masyarakat modern. Obesitas banyak dijumpai pada orang yang kurang melakukan aktivitas fisik dan kebanyakan duduk. Dimana industri sekarang ini, dengan meningkatnya mekanisasi dan kemudahan transportasi, orang cenderung kurang gerak atau menggunakan sedikit tenaga untuk aktivitas sehari-hari.

## 3) Sosial ekonomi

Kekurangan kemampuan daya beli menyebabkan keterbatasan pilihan makanan yang sehat dan bergizi baik. obesitas banyak dijumpai pada wanita keluarga ekonomi rendah karena sulitnya membeli makanan yang tinggi kandungan protein. Mereka hanya mampu membeli makanan murah yang umumnya mengandung banyak hidrat arang dan berlemak.

## 2. Faktor Resiko

Beberapa gangguan kesehatan akibat obesitas :

### a. Diabetes Melitus

Diabetes melitus tipe 2 adalah gangguan metabolisme glukosa tubuh akibat sekunder. Penderita obesitas berisiko dua kali dari orang berat badan normal untuk menderita diabetes melitus tipe 2.

### b. Penyakit Jantung dan Stroke

Gangguan pembuluh darah jantung dan otak dengan manifestasi penyakit jantung dan stroke. Obesitas menyebabkan tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi dan peningkatan trigliserida. Tiap kondisi tersebut dapat menyebabkan pembentukan plak, penyumbatan arteri koroner yang menyebabkan serangan jantung atau sakit jantung dan arteri otak menyebabkan stroke. Pada obesitas kematian mendadak oleh karena serangan jantung atau stroke bisa terjadi tanpa gejala sebelumnya.

c. Kanker

Meskipun penyebab kanker tidak dapat disebutkan sebagai *single factor*, namun beberapa macam kanker secara khusus ada hubungan dengan obesitas. Pada wanita yang obesitas mudah mendapat kanker uterus, kantong empedu, serviks, uteri, payudara dan kolon.

d. Sleep Apnea

Pada penderita obesitas bisa mengalami berhenti bernapas dalam periode pendek selama waktu tidur, mendekur berat dan *sleep apnea*. Hal ini menimbulkan mengantuk pada siang hari (mudah timbul kecelakaan), dan menjadi salah satu penyebab gagal jantung. Penurunan berat badan memperbaiki gejala sleep apnea.

e. Osteoarthritis

*Osteoarthritis* adalah gangguan sendi yang sering mengenai sendi lutut, panggul, dan punggung bawah. Penambahan beban akibat berat badan yang meningkat, memberikan tekanan tambahan pada sendi dan tulang rawan pelindungnya.

f. Sindrom Metabolik

Obesitas adalah unsur utama dari sindroma metabolik. Sindroma metabolik adalah kumpulan gejala gangguan kesehatan antara lain : peningkatan lemak tubuh, terutama *abdominal fat*, peningkatan tekanan darah, profile lemak yang tidak baik, peningkatan kadar gula darah. Sindrom metabolik sangat meningkatkan risiko serangan jantung dan stroke.

## **B. Focus Group Discussion (FGD)**

*Focus Group Discussion* (FGD) atau diskusi kelompok terarah merupakan pengumpulan data tentang pendapat, perasaan dan saran dari responden melalui kelompok yang diarahkan oleh seorang moderator terhadap suatu bidang tertentu dalam suatu lingkungan dimana mereka dapat mengungkapkan perasaannya tanpa rasa takut (Andang Bachtiar, dkk, 2000).

*Focus Group Discussion* (FGD) berbeda dengan diskusi kelompok lainnya misalnya *delphi process*, *brainstorming*, *nominal group*. FGD bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai persepsi peserta terhadap sesuatu topik.

Sedangkan ketiga teknik lainnya seperti tersebut diatas, memecahkan masalah, mengidentifikasi konsensus dan pemecahan yang disetujui oleh semua pihak.

*Focus Group Discussion* mengumpulkan data kualitatif yang memberikan data yang mendalam mengenai persepsi, pandangan peserta. Oleh karena itu, dalam FGD digunakan pertanyaan yang terbuka yang memungkinkan peserta untuk memberikan jawaban yang disertai dengan penjelasan-penjelasan. Moderator berfungsi sebagai pengarah, pendengar, pengamat, dan menganalisa data dengan menggunakan proses induktif. Topik diskusi ditentukan terlebih dahulu dan diatur secara berurutan. Pertanyaan diatur sedemikian rupa sehingga dimengerti oleh peserta diskusi. Moderator atau fasilitator menggunakan pertanyaan yang terbuka.

## **1. Prinsip Dasar *Focus Group Discussion***

### **a. Karakteristik *Focus Group Discussion***

#### **1) Peserta terdiri dari 6-12 orang**

Pada prinsipnya kelompok yang dibuat dalam FGD harus cukup kecil, sehingga memungkinkan setiap individu mendapat kesempatan mengeluarkan pendapatnya, disamping itu juga diharapkan cukup memperoleh pandangan anggota kelompok yang bervariasi. Dari beberapa pengalaman, jumlah kelompok antara 6-12 orang cukup efektif dalam diskusi dan dapat memperoleh informasi yang memadai. Apabila kelompok terlalu kecil, misalnya 4 orang, tentunya akan memberi kesempatan yang luas pada kelompok untuk berdiskusi, tetapi ide-ide yang diperoleh juga terbatas. Sebaliknya jika kelompok terlalu besar, misalnya lebih dari 12 orang maka akan muncul keterbatasan, seperti : (1) waktu bicara tiap peserta terbatas, sehingga adanya hubungan yang dominan dan yang mengalah tidak terelakkan; (2) moderator terpaksa memainkan peran yang sifatnya lebih mengarahkan ; (3) menimbulkan frustrasi atau ketidakpuasan pada anggota kelompok karena beberapa anggota kelompok tidak mendapat giliran bicara, sehingga menghasilkan informasi yang rendah kualitas maupun kuantitasnya; (4) peserta diskusi terjebak pada pidato yang panjang, sering berisi informasi yang tidak

berkaitan, karena kesempatan bicara yang jarang; (5) kecenderungan berbicara sendiri antara responden meningkat.

2) Peserta tidak saling mengenal

Pada umumnya *Focus Group Discussion* dilaksanakan pada populasi sasaran yang homogen (mempunyai ciri-ciri yang sama). Ciri-ciri yang sama tersebut ditentukan oleh tujuan studi. Peserta FDG terdiri dari orang-orang yang tidak saling mengenal. Alasan mengapa tidak memasukkan peserta yang saling mengenal pada satu kelompok adalah berkaitan dengan analisis hasil FGD. Orang yang bertugas menganalisis hasil FGD tidak dapat mengisolasi faktor-faktor apa yang mempengaruhi FGD. Apakah hasil studi berkaitan sepenuhnya dengan materi yang didiskusikan ataukah pendapat peserta telah dipengaruhi akibat adanya interaksi antar mereka sebelumnya.

b. Lama *Focus Group Discussion*

Biasanya FGD dilangsungkan selama 60-90 menit, atau bisa juga sampai 120 menit.

c. Tempat *Focus Group Discussion*

Idealnya suatu FGD dilakukan di suatu ruangan yang telah ada fasilitas atau perlengkapan untuk rekaman audio atau video, kaca satu arah dan ruangan observasi. Namun hanya tempat-tempat tertentu saja yang telah memiliki ruangan dengan fasilitas semacam ini, dan tidak mungkin melakukannya di lapangan. Oleh sebab itu ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam memilih tempat FGD, yakni :

- 1) Tempat itu seharusnya mendatangkan rasa aman bagi peserta. Pilihlah lokasi dimana peserta dapat berbicara tanpa diamati orang dari luar kelompok. Lebih baik lagi kalau ada anggota peneliti yang ditempatkan di luar untuk mengalihkan perhatian para pengamat atau tamu tak diundang dengan kegiatan ini.

- 2) Pilih lokasi dimana pembicaraan responden mudah didengar. Hindari daerah bising sehingga responden bisa saling mendengar dan moderator bisa mendengar suara semua peserta.
- 3) Pilih tempat yang nyaman. Suhu yang terlalu panas atau dingin bisa mempengaruhi hasil FGD.
- 4) Pilih lingkungan yang netral. Jangan memilih tempat yang dapat mempengaruhi tanggapan peserta atau mendorong mereka untuk menjawab dalam sikap yang secara sosial dapat diterima.
- 5) Pilih lokasi yang mudah dicapai responden. Perjalanan yang memerlukan waktu dan energi tentu akan dapat mempengaruhi hasil dari FGD.

d. Penggunaan *Focus Group Discussion*

*Focus Group Discussion* dapat digunakan untuk :

- 1) Merancang kuesioner survey
- 2) Memberikan informasi yang mendalam mengenai pengetahuan, sikap dan persepsi
- 3) Membuat hipotesis untuk suatu penelitian

*Focus Group Discussion* dapat juga digunakan :

- 1) Sebelum program dimulai, misalnya sebelum membuat perencanaan
- 2) Pada saat program dilaksanakan, misalnya evaluasi program yang sedang berjalan
- 3) Sesudah program selesai

## 2. **Persiapan *Focus Group Discussion***

### a. Mempersiapkan undangan

Pada waktu mengundang peserta FGD, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu :

- 1) Jelaskan mengenai lembaga yang mengadakan studi dan tujuannya
- 2) Jelaskan rencana FGD dan meminta calon peserta untuk berpartisipasi dalam FGD.
- 3) Beritahukan tanggal, waktu, tempat dan lamanya pertemuan.

- 4) Apabila seseorang tidak mau atau tidak dapat datang, maka tekankan pentingnya kontribusi orang tersebut dan jika tetap menolak maka ucapkan terimakasih.
- 5) Jika orang tersebut mau datang, maka beritahukan kembali tentang hari, jam, tempat dan pentingnya berpartisipasi dalam FGD.

b. Mempersiapkan moderator/ fasilitator

- 1) Moderator/ fasilitator menggunakan petunjuk diskusi agar diskusi terfokus. Petunjuk diskusi ini berupa pertanyaan yang sifatnya '*open-ended*' atau terbuka.
- 2) Peranan moderator/ fasilitator adalah sebagai berikut :
  - a) Menjelaskan tentang topik diskusi
  - b) Mengarahkan kelompok dan bukan diarahakan kelompok
  - c) Amati peserta dan tanggap terhadap mereka
  - d) Ciptakan hubungan baik dengan peserta
  - e) Fleksibel dan terbuka terhadap saran dan perubahan
  - f) Amati komunikasi non-verbal antar peserta dan tanggap terhadap hal tersebut
  - g) Hati-hati terhadap nada suara dalam mengajukan pertanyaan

c. Mempersiapkan pencatat

Pencatat berlaku sebagai observer selama FGD berlangsung dan bertugas mencatat hasil diskusi.

### 3. Pelaksanaan *Focus Group Discussion*

Fasilitator/moderator harus mempersiapkan tempat duduk yang sedemikian rupa sehingga para peserta terdorong untuk mau berbicara. Sebaiknya peserta duduk dalam satu lingkaran bersama-sama dengan fasilitator/moderator, sehingga memberi kemungkinan moderator untuk bertatap muka dan melihat dengan jelas semua peserta. Semua perlengkapan FGD harus disiapkan misalnya : casset, tape recorder, baterai, pedoman interview. Pada waktu membuka diskusi, tekankan pada peserta bahwa pendapat dari semua peserta sangat penting sehingga diharapkan semua peserta bebas mengeluarkan pendapat.

#### **4. Keuntungan dan Kerugian *Focus Group Discussion***

##### **a. Kelebihan**

- 1) Merangsang kreativitas peserta dalam bentuk ide, gagasan-prakasa, dan terobosan baru dalam pemecahan suatu masalah
- 2) Mengembangkan sikap menghargai pendapat orang lain
- 3) Memperluas wawasan

##### **b. Kekurangan**

- 1) Pembicaraan terkadang menyimpang
- 2) Mungkin dikuasai oleh orang yang suka berbicara atau ingin menonjolkan diri
- 3) Tidak bisa dipakai dalam kelompok yang besar

#### **C. Penyuluhan**

Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan kesehatan, yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan dapat melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan (Azwar, 1983 dalam Maulana, 2009). Sedangkan penyuluhan gizi adalah upaya menjelaskan, menggunakan, memilih dan mengolah bahan makanan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku perorangan atau masyarakat dalam mengkonsumsi makanan sehingga meningkatkan kesehatan dan gizinya (Sandjaja dkk, 2010). Menurut Depkes RI (1991) dalam Supriasa (2014), penyuluhan gizi merupakan proses belajar untuk mengembangkan pengertian dan sikap yang positif terhadap gizi agar yang bersangkutan dapat memiliki dan membentuk kebiasaan makan yang baik dalam kehidupan sehari-hari. Secara singkat, penyuluhan gizi merupakan proses membantu orang lain membentuk dan memiliki kebiasaan yang baik.

Departemen Kesehatan RI (1985) menyebutkan bahwa tujuan penyuluhan gizi harus jelas, realistis, dan dapat diukur. Hal ini perlu diperhatikan agar evaluasi penyuluhan gizi dapat dilaksanakan dengan baik. Tujuan penyuluhan gizi dapat dilihat dari 3 sudut pandang, yaitu tujuan jangka panjang, tujuan jangka menengah, dan tujuan jangka pendek. Contoh tujuan jangka panjang penyuluhan gizi adalah tercapainya status kesehatan masyarakat optimal. Tujuan penyuluhan jangka menengah adalah terciptanya perilaku yang



sehat di bidang gizi. Sementara itu, tujuan jangka pendek penyuluhan gizi adalah terciptanya pengertian, sikap, dan norma yang positif di bidang gizi (Supariasa, 2014).

Dalam pelaksanaan penyuluhan diperlukan beberapa metode. Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi I (1997) dalam Supariasa (2014), metode adalah cara kerja yang bersistem untuk memudahkan pelaksanaan suatu kegiatan guna mencapai tujuan yang ditentukan. Berikut metode yang digunakan :

## **1. Ceramah**

Ceramah adalah menyampaikan atau menjelaskan suatu pengertian atau pesan secara lisan yang sudah dipersiapkan terlebih dahulu oleh seorang pembicara (ahli) kepada sekelompok pendengar dengan dibantu beberapa alat peraga yang diperlukan. Ceramah pada hakikatnya adalah transfer informasi dari penyuluh kepada sasaran (peserta) penyuluhan. Tujuannya adalah menyajikan fakta, menyampaikan pendapat tentang suatu masalah, menyampaikan pengalaman perjalanan atau pengalaman pribadi, membangkitkan semangat atau merangsang pemikiran, dan membuka suatu permasalahan untuk didiskusikan. Metode ceramah memiliki beberapa keunggulan dan kekurangan, yakni :

### **a. Keunggulan**

- 1) Cocok untuk berbagai jenis peserta dan sasaran
- 2) Mudah pengaturannya
- 3) Dapat dipakai pada kelompok sasaran yang besar
- 4) Tidak terlalu banyak menggunakan alat bantu
- 5) Beberapa orang lebih dapat belajar dengan mendengar daripada dengan membaca
- 6) Penggunaan waktu yang efisien
- 7) Dapat digunakan untuk memberi pengantar pada suatu kegiatan

#### **b. Kekurangan**

- 1) Seorang ahli tentang suatu masalah, belum tentu menjadi pembicara yang baik
- 2) Umpan balik terbatas
- 3) Proses komunikasi hanya satu arah
- 4) Sulit dipakai pada sasaran anak-anak
- 5) Peranan peserta menjadi pasif
- 6) Pengaruh ceramah terhadap peserta relatif sukar diukur
- 7) Apabila gaya ceramah monoton akan membuat bosan peserta
- 8) Kurang menarik
- 9) Membatasi daya ingat, karena ceramah pada umumnya memakai hanya satu indra, yaitu indra pendengar dan kadang-kadang melibatkan indra penglihatan.

#### **D. Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan dilalui melalui panca indera manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan adalah hasil dari kegiatan mengetahui, sedangkan mengetahui artinya mempunyai bayangan tentang sesuatu. Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

##### 1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan, tingkatan ini adalah mengingat kembali (*recall*) suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari

antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan mengingat untuk menjelaskan objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, merencanakan, meringkas, menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi/ penilaian terhadap suatu materi/ objek. Penilaian-penilaian itu

didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

### **E. Asupan Energi**

Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh di dalam susunan hidangan dan perbandingannya yang satu dan yang lain. Kuantitas menunjukkan kwantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Apabila susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya, maka tubuh akan mendapat kondisi kesehatan yang sebaik-baiknya.

Konsumsi yang menghasilkan kesehatan gizi yang baik disebut konsumsi adekuat, apabila konsumsi baik kualitasnya dan dalam jumlah melebihi kebutuhan tubuh disebut konsumsi berlebih, sehingga terjadi keadaan gizi lebih. Sebaliknya konsumsi yang kurang baik kualitasnya maupun kuantitasnya akan memberikan kondisi kesehatan gizi kurang atau kondisi defisiensi (Sediaoetama, A.D, 2010).

Gizi seimbang sangat dibutuhkan remaja untuk pertumbuhan dan perkembangan. Ketidakseimbangan antara asupan kebutuhan atau kecukupan akan menimbulkan masalah gizi, baik itu masalah gizi lebih maupun gizi kurang (Sayogo, 2006). Konsumsi energi berlebih yang bersumber dari pola makan tidak sehat merupakan salah satu penyebab langsung terjadinya status gizi lebih remaja. Pola makan tradisional yang awalnya tinggi karbohidrat dan serat kini berubah ke rendah karbohidrat, rendah serat, tinggi lemak serta tinggi energi. Pola makan inilah yang menyebabkan remaja mengkonsumsi energi melebihi kebutuhan mereka sehari-hari. Konsumsi energi berlebih secara berkelanjutan akan memacu timbulnya *hyperphagia* (makan berlebih) yang diiringi dengan asupan lemak berlebih dan menyebabkan penumpukan lemak dalam tubuh yang berakibat bertambahnya berat badan (Utami, 2012).

Tabel 1. Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013

Golongan Umur (tahun)	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kcal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
Perempuan 16-18	50	158	2125	59	71	292

Sumber : Kemenkes RI. 2013.

Menurut Supriasa, dkk. (2012), AKG yang tersedia bukanlah menggambarkan AKG individu akan tetapi untuk golongan umur, jenis kelamin, tinggi badan dan berat badan standar. AKG individu dapat dilakukan dengan cara menyesuaikan berat badan aktual individu/perorangan dengan berat badan standar yang terdapat pada tabel AKG. Penyesuaian kebutuhan energi individu berdasarkan perbedaan berat badan aktual dengan berat badan standar dalam AKG. Perhitungan AKG individu dapat dilakukan dengan rumus :

$$AKG \text{ Koreksi} = \frac{\text{Berat Badan Aktual (Kg)}}{\text{Berat Badan dalam AKG (Kg)}} \times AKG \text{ (kcal)}$$

Penilaian tingkat konsumsi dilakukan dengan membandingkan antara konsumsi zat gizi aktual dengan AKG, yaitu :

$$\text{Tingkat Konsumsi Energi} = \frac{\text{Konsumsi Energi Aktual}}{\text{Energi AKG Koreksi}} \times 100\%$$

Selanjutnya, hasil perhitungan tingkat konsumsi dinyatakan dalam % AKG dikategorikan berdasarkan Depkes RI (1996) dalam Kusharto dan Supriasa (2014), yaitu :

- >120% : Diatas AKG
- 90 – 120% : Normal
- 80 – 89% : Defisit tingkat ringan
- 70 – 79% : Defisit tingkat sedang
- <70% : Defisit tingkat berat

## F. Berat Badan

Berat badan adalah ukuran tubuh atau berat seseorang. Berat badan merupakan salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh.

Peningkatan berat badan terjadi karena ketidakseimbangan antara asupan kalori yang di konsumsi dengan kalori yang digunakan. Dari berat badan seseorang dapat diketahui status gizi remaja yang ditentukan dengan rumus IMT/U. Status Gizi adalah keseimbangan antara asupan zat gizi dan kebutuhan zat gizi oleh tubuh untuk berbagai keperluan proses biologi. Gizi seimbang bila asupan zat gizi sesuai dengan kebutuhan zat gizi yang disebut dengan gizi baik. Sedangkan gizi tidak seimbang bila asupan zat gizi tidak sesuai dengan kebutuhan gizi (kekurangan atau kelebihan) yang disebut sebagai gizi kurang atau gizi lebih. Pengukuran status gizi remaja menggunakan indeks IMT/U yang dihitung menggunakan software WHO-Anthro. Selanjutnya nilai z-score dapat diinterpretasikan dalam bentuk status gizi menurut Kemenkes RI (2011), yaitu :

< -3SD	: Sangat Kurus
-3 SD s/d < -2SD	: Kurus
-2 SD s/d 1 SD	: Normal
> 1 SD s/d 2 SD	: Gemuk
> 2 SD	: Obesitas

#### **G. Focus Group Discussion (FGD) dan Penyuluhan terhadap Tingkat Pengetahuan, Tingkat Konsumsi Energi dan Berat Badan**

Penyuluhan gizi merupakan proses belajar untuk membantu orang lain dalam membentuk dan memiliki kebiasaan yang baik. Sedangkan tujuan dari penyuluhan gizi adalah untuk meningkatkan keadaan gizi sebagai pengembangan nasional dimana bertujuan mendukung keberhasilan program yang dilaksanakan departemen-departemen (Suhardjo, 2003). Penyuluhan dapat diukur melalui domain pengetahuan, sikap dan perilaku. Pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2007).

Penelitian yang menunjukkan bahwa penyuluhan dapat mempengaruhi pengetahuan individu/masyarakat yaitu penelitian yang dilakukan oleh Ambarini (2011) yang menunjukkan bahwa penyuluhan tentang pemberian makanan tambahan yang baik untuk balita dengan metode ceramah memberikan pengaruh signifikan terhadap peningkatan pengetahuan ibu. Penelitian lainnya oleh Aditya (2012) menunjukkan bahwa penggunaan metode *focus group*

*discussion* memberikan perbedaan yang signifikan  $p(0,000) < 0,05$  antara pretest dan posttest pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi remaja.

Pengetahuan gizi pada remaja sangat penting dalam pemilihan makanan dan minuman yang tepat karena setiap orang akan cukup gizi jika makanan yang dimakannya mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal. Pengetahuan gizi memberikan informasi yang berhubungan dengan gizi, makanan dan hubungannya dengan kesehatan (Zakaria, 2012).

Menurut pendapat Notoatmodjo (2003), pengetahuan dan sikap datang dari pengalaman dapat diperoleh dengan informasi yang didapat dan akan mempengaruhi sikap. Jika mempunyai pengetahuan tinggi, secara otomatis orang tersebut bersikap sesuai dengan pengetahuannya. Penelitian Thasim (2013) menunjukkan bahwa pemberian edukasi gizi mampu menurunkan jumlah responden yang memiliki asupan energi berlebih dari 21,8% menjadi 9,1%. Hal tersebut menunjukkan bahwa melalui edukasi gizi, seseorang akan lebih mampu berperilaku baik dalam hal pemilihan makanan.

Konsumsi yang menghasilkan kesehatan gizi yang baik disebut konsumsi adekuat, apabila konsumsi baik kualitasnya dan dalam jumlah melebihi kebutuhan tubuh disebut konsumsi berlebih, sehingga terjadi keadaan gizi lebih. Sebaliknya konsumsi yang kurang baik kualitasnya maupun kuantitasnya akan memberikan kondisi kesehatan gizi kurang atau kondisi defisiensi (Sediaoetama, A.D, 2010). Konsumsi energi berlebih secara berkelanjutan akan memicu timbulnya hyperphagia (makan berlebih) yang diiringi dengan asupan lemak berlebih dan menyebabkan penumpukan lemak dalam tubuh yang berakibat bertambahnya berat badan (Utami, 2012). Penelitian Medawati (2005) menunjukkan bahwa semakin tinggi asupan energi dan asupan lemak, maka semakin tinggi kemungkinan untuk terjadinya gizi lebih pada remaja.