



**HUBUNGAN ANTARA STATUS STRES PSIKOSOSIAL DENGAN
KONSUMSI MAKANAN DAN STATUS GIZI REMAJA
DI SMAN 2 JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Irma Rahmi Cahyani
NIM 142110101192**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**



**HUBUNGAN ANTARA STATUS STRES PSIKOSOSIAL DENGAN
KONSUMSI MAKANAN DAN STATUS GIZI REMAJA
DI SMAN 2 JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

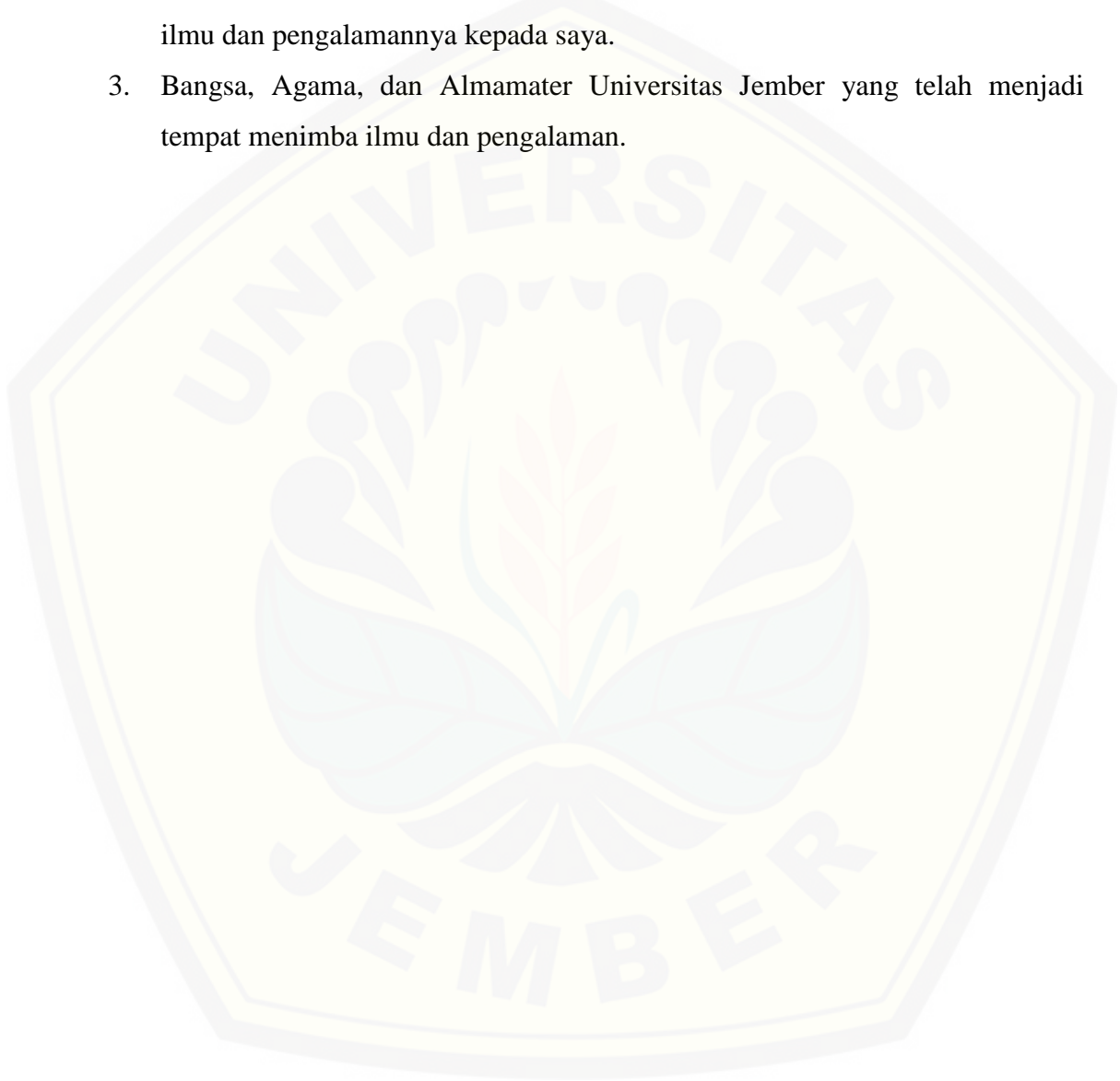
Irma Rahmi Cahyani
NIM. 142110101192

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Husen S.H dan Ibu Umi Nurfaidah.
2. Semua guru-guru saya sejak kecil sampai saat ini yang telah mencurahkan ilmu dan pengalamannya kepada saya.
3. Bangsa, Agama, dan Almamater Universitas Jember yang telah menjadi tempat menimba ilmu dan pengalaman.



MOTTO

“Dan makanlah makanan yang halal lagi baik (thayib) dari apa yang telah dirizkikan kepadamu dan bertaqwalah kepada Allah dan kamu beriman kepada-Nya”

(Terjemahan Al Maidah [4]: 88)



*) Departemen Agama Republika Indonesia. 2014. Al Qur'an dan Terjemahan, Jakarta: Beras

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Irma Rahmi Cahyani

NIM : 142110101192

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul : *“Hubungan Status Stres Psikososial Dengan Konsumsi Makanan Dan Status Gizi Remaja SMAN 2 Jember”* Adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Dengan demikian ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2016

Yang menyatakan,

Irma Rahmi Cahyani

NIM. 142110101192

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA STATUS STRES PSIKOSOSIAL DENGAN
KONSUMSI MAKANAN DAN STATUS GIZI REMAJA
DI SMAN 2 JEMBER**

Oleh

IRMA RAHMI CAHYANI
NIM. 142110101192

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dr. Farida Wahyu N., S.KM M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.P.H

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan Antara Status Stres Psikososial Dengan Konsumsi Makanan Dan Status Gizi Remaja SMAN 2 Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 24 Juni 2016

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim penguji :

Ketua,

Sekretaris,

Erdi Istiaji, S.Psi., M. Psi. Psikolog
NIP. 19760613 2008 1 21 002

dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc
NIP. 19811005 2006 0 42 002

Anggota,

Drs. Eko Soelistiyanto
NIP. 19660206 1991 0 31 008

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162 2003 1 22 002

RINGKASAN

Hubungan Antara Status Stres Psikososial Dengan Konsumsi Makanan Dan Status Gizi Remaja Di SMAN 2 Jember; Irma Rahmi Cahyani; 142110101192; 2016; 127 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Masalah gizi utama yang dialami oleh para remaja antara lain anemia defisiensi zat besi, kelebihan berat badan/obesitas, dan kekurangan zat gizi makro maupun mikro. Kurangnya perhatian pada faktor nonfisik dapat menyebabkan seorang remaja hanya sehat fisiknya saja, namun secara psikologis rentan terhadap stres (tekanan hidup). Stres berhubungan dengan peningkatan berat badan dan penurunan berat badan. Gejala umum stres yang dialami individu yaitu gejala perilaku makan yang tidak normal (kebanyakan) sebagai pelampiasan, mengarah pada obesitas dan perilaku makan yang tidak normal (kekurangan) sebagai bentuk penarikan diri dan kehilangan berat badan secara tiba-tiba, kemungkinan berkombinasi dengan tanda-tanda depresi. Berdasarkan hal tersebut peneliti ingin melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara status stres psikososial dengan konsumsi makanan dan status gizi pada remaja.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) 2 Jember. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa-siswi kelas X SMAN 2 Jember sebanyak 312 siswa. Pemilihan Sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling*. Penelitian menggunakan Koefisien Kontingensi untuk melihat adanya hubungan antara status stres psikososial dengan konsumsi makanan dan status gizi remaja.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara status stres psikososial dengan tingkat konsumsi (energi $p=0,000$, karbohidrat $p=0,001$, protein $p=0,001$, dan lemak $p=0,002$) pada remaja di SMAN 2 Jember. Hasil uji statistik pada tingkat konsumsi (energi $p=0,000$, karbohidrat $p=0,000$, protein $p=0,000$, lemak $p=0,001$) dengan status gizi didapatkan hasil bahwa terdapat

hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi dan status gizi. Serta terdapat hubungan yang signifikan antara status stres psikososial dengan status gizi remaja SMAN 2 Jember $p\text{-value}$ $(0,004) < \alpha$ $(0,05)$. Hal ini menunjukkan status stres psikososial pada remaja berpengaruh terhadap konsumsi makanan dan status gizi remaja. Diketahui dari hasil penelitian bahwa stres berat yang dialami oleh remaja lebih banyak terjadi pada remaja yang memiliki status gizi kurang, hal ini menunjukkan status stres psikososial mempengaruhi perilaku makan individu.

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah sekolah menyediakan makanan sehat dan bergizi di kantin sekolah sehingga dapat memperbaiki status gizi kurang dan status gizi lebih pada siswa. Pihak sekolah memberikan bimbingan konseling kepada siswa untuk mengetahui masalah-masalah yang dihadapi oleh siswa dan memberikan solusi agar siswa dapat menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya dengan baik, sehingga stres psikososial yang dialami oleh siswa tidak berdampak pada perkembangan psikologis maupun biologis siswa. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang perbedaan tingkat stres pada remaja perkotaan dan pedesaan yang mempengaruhi konsumsi makanan dan status gizi remaja.

SUMMARY

The Relationship Between Psychosocial Stress Status With Food Consumption And Nutritional Status of Adolescents in SMAN 2 Jember ; Irma Rahmi Cahyani; 142110101192; 2016; 127 Pages; Public Health Nutrition Section of the Faculty of Public Health University of Jember.

Adolescence is a period of transitions of children toward adulthood. The main nutritional problems experienced by adolescents, among others are iron deficiency anemia, overweight/obesity, and lack of macro nutrients as well as micro nutrients. The lack of attention to non-physical factors can cause adolescents only physically health, but psychologically vulnerable to stress (pressure). Stress is associated with the increase of body weight and weight loss. Common symptoms of stress experienced by an individual that are a symptom of abnormal eating behavior (mostly) as a release, it leads to obesity and abnormal eating behavior (deficiency) as a form of secession and lost weight unexpectedly, possibly combined with signs of depression. Based on these, researcher wants to conduct research that aimed to know the relationship between psychosocial stress status with food consumption and nutritional status in adolescents.

This research was observational analytical study with cross sectional approach. It was conducted in Senior High School (SMAN) 2 Jember. The population in this study was X classes (junior) students of SMAN 2 Jember as many as 312 students. The selection of sample in this study using simple random sampling. The research used the Coefficient of Contingency to see the relationship between the status of psychosocial stress with food consumption and nutritional status of adolescents.

The results showed that there was a significant relationship between psychosocial stress status with levels of consumption (energy $p = 0.000$, carbohydrates $p = 0.001$, protein $p = 0.001$, and fat $p = 0.002$) on adolescents in SMAN 2 Jember. The results of statistical tests on the level of consumption (energy $p = 0.000$ $p = 0.000$, carbohydrates, protein $p = 0.000$, fat $p = 0.001$) and nutritional status obtained the result that there was a significant relationship

between the level of consumption and nutritional status. And there was a significant relationship between psychosocial stress status with the nutritional status of adolescent SMAN 2 Jember $p\text{-value } (0.004) < \alpha (0.05)$. This shows the status of psychosocial stress in adolescents affects food consumption and nutritional status of adolescents. It is known from research's results that heavy stress experienced by adolescents were more often experienced by adolescents who had less nutritional status, it shows that the status of psychosocial stress affects the eating behavior of individuals.

The advice given based on the results of this research are the schools should provide nutritious and healthy food in canteens of school so that it can improve the nutritional status of students who are less and excess on nutritional status. The school provide guidance counselling to to know the problems faced by students and give solution so that the students can solve the problems faced by both psychosocial stress, so that students do not have an impact on the development of psychological or biological students. Further research needs to be done about the difference in stress levels in urban and rural adolescents that affect food consumption and nutritional status of adolescents.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Hubungan Status Stress Psikososial Dengan Konsumsi Makanan Dan Status Gizi Remaja Di SMAN 2 Jember*” sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis juga menyadari bahwa penulisan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan dan sumbangan pemikiran dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Dr. Farida Wahyu Ningtyias, M.Kes selaku dosen pembimbing utama skripsi Bagian Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Ninna Rohmawati, S.Gz., M.P.H selaku Ketua Bagian Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan dosen pembimbing anggota skripsi Bagian Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
4. Erdi Istiaji, S.Psi., M. Psi. Psikolog selaku ketua penguji skripsi.
5. Kepala sekolah SMAN 2 Jember atas ijinnya sehingga saya dapat melakukan penelitian di sekolah dengan lancar.
6. Seluruh dosen, staf dan karyawan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
7. Kepada kedua orang tuaku, Bapak Husen S.H dan Ibu Umi Nurfaidah atas kasih sayang dan doa dan dukungannya selama ini.
8. Teman-teman khususnya peminatan gizi kelas Alih Jenis angkatan 2014, yang telah banyak memberikan saran untuk kemajuan dan perbaikan skripsi ini.
9. Teman-teman Ahli Jenis angkatan 2014 Fakultas Kesehatan Masyarakat
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan proposal ini. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya serta rekan-rekan mahasiswa pada khususnya.

Jember, Juni 2016

Penulis



DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman Judul.....	ii
Halaman Persembahan	iii
Halaman Motto.....	iv
Halaman Pernyataan.....	v
Halaman Pembimbing.....	vi
Halaman Pengesahan	vii
Ringkasan.....	viii
<i>Summary</i>	x
Prakata.....	xii
Daftar Isi.....	xiv
Daftar Tabel	xviii
Daftar Gambar.....	xx
Daftar Lampiran	xxi
Daftar Arti Lambang Dan Singkatan	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja	7
2.1.1 Definisi Remaja	7
2.1.2 Batasan Usia Remaja	7

2.1.3	Pertumbuhan Remaja.....	8
2.1.4	Perkembangan Remaja	8
2.1.5	Ciri-ciri Masa Remaja.....	9
2.1.6	Dimensi Psikologis Pada Masa Pubertas.....	11
2.1.7	Faktor-Faktor Kognitif Dalam Tingkah Laku Sehat Remaja	12
2.1.8	Faktor-Faktor Sosial Budaya Dalam Tingkah Laku Sehat Remaja.....	13
2.2	Stres	14
2.2.1	Pengertian Stres	14
2.2.2	Tahapan stres	15
2.2.3	Sumber Stres	16
2.2.4	Jenis-Jenis Stres	16
2.2.5	Pengelolaan Stres	17
2.2.6	Respon Tubuh Terhadap Stres	17
2.2.7	Pengukuran Tingkat Stres	18
2.3	Stres Psikososial	19
2.3.1	Definisi Stres Psikososial	19
2.4	Stresor Psikososial.....	19
2.4.1	Definisi Stresor Psikososial	19
2.4.2	Sumber stresor	20
2.5	Status Gizi	22
2.5.1	Definisi Status Gizi.....	22
2.5.2	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi	22
2.5.3	Indeks Antropometri	23
2.6	Pola Konsumsi Makanan.....	24
2.6.1	Faktor Yang Mempengaruhi Pola Konsumsi Makanan.....	25
2.6.2	Survei Konsumsi Makanan	26
2.6.3	Gangguan Makan pada Remaja	27
2.7	Mekanisme Biologi Saat Stres Terhadap Nafsu Makan.....	28
2.8	Hubungan Status Stres Psikososial Dengan Konsumsi Makanan	29
2.9	Hubungan Konsumsi Makanan Dengan Status Gizi	31
2.10	Hubungan Status Stres Psikososial Dengan Status Gizi	32

2.11 Kerangka Teori.....	34
2.12 Kerangka Konsep	35
2.13 Hipotesis Penelitian	36
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	37
3.1 Jenis Penelitian	37
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	37
3.2.1 Tempat Penelitian	37
3.2.2 Waktu Penelitian.....	37
3.3 Populasi dan sampel penelitian	37
3.3.1 Populasi Penelitian.....	37
3.3.2 Sampel Penelitian	38
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	39
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	40
3.4.1 Variabel Penelitian.....	40
3.4.2 Definisi Operasional	41
3.5 Data dan Sumber Data.....	43
3.6 Teknik dan Alat Pengumpulan Data	44
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	44
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	46
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data.....	47
3.7.1 Teknik Pengolahan Data.....	47
3.7.2 Teknik Penyajian Data.....	48
3.7.3 Teknik Analisis Data	48
3.8 Alur Penelitian.....	49
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
4.1 Hasil Penelitian.....	50
4.1.1 Karakteristik Responden.....	50
4.1.2 Status Stres Psikososial	50
4.1.3 Konsumsi Makanan	51
4.1.4 Status Gizi	59

4.1.5 Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Konsumsi Makanan Remaja di SMAN 2 Jember.....	59
4.2.6 Hubungan Antara Tingkat Konsumsi (Energi, Karbohidrat, Protein, dan Lemak) dengan Status Gizi Remaja di SMAN 2 Jember	82
4.2.7 Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Status Gizi Pada Remaja di SMAN 2 Jember.....	86
4.2 Pembahasan	86
4.2.1 Karakteristik Responden.....	86
4.2.2 Status Stres Psikososial	88
4.2.3 Konsumsi Makanan	89
4.2.4 Status Gizi Remaja	98
4.2.5 Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Konsumsi Makanan Remaja di SMAN 2 Jember.....	99
4.2.6 Hubungan antara Tingkat Konsumsi (Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat) dengan Status Gizi Remaja di SMAN 2 Jember.....	105
4.2.7 Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Status Gizi Remaja di SMAN 2 Jember	110
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	113
5.1 Kesimpulan.....	113
5.2 Saran	114
DAFTAR PUSTAKA	116

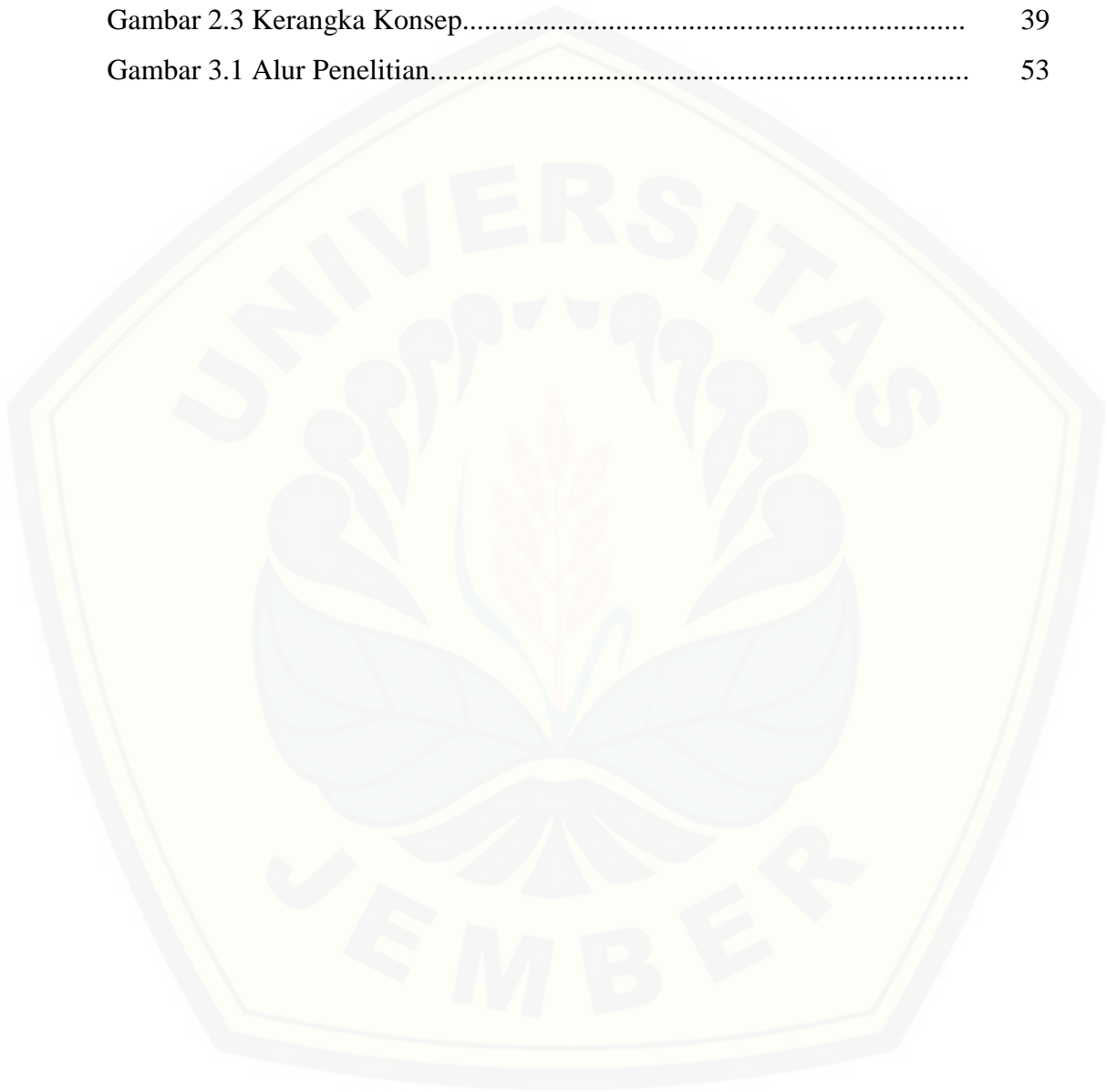
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Kategori Ambang Batas IMT/U anak umur 5-18 tahun.....	29
Tabel 3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut Jumlah Siswa Setiap Kelas X.....	44
Tabel 3.2 Definisi Operasional.....	45
Tabel 4.1 Distribusi Jenis Kelamin dan Umur.....	54
Tabel 4.2 Distribusi Status Stres Psikososial Remaja.....	55
Tabel 4.3 Distribusi Tingkat Kecukupan Energi.....	55
Tabel 4.3 Distribusi Tingkat Kecukupan Karbohidrat.....	56
Tabel 4.5 Distribusi Tingkat Kecukupan Protein.....	56
Tabel 4.6 Distribusi Tingkat Kecukupan Lemak.....	57
Tabel 4.7 Distribusi Pola Konsumsi Karbohidrat.....	57
Tabel 4.8 Distribusi Pola Sumber Protein Hewani.....	58
Tabel 4.9 Distribusi Konsumsi Sumber Protein Nabati.....	59
Tabel 4.10 Distribusi Konsumsi Sumber Sayuran.....	59
Tabel 4.11 Distribusi Konsumsi Buah-buahan.....	60
Tabel 4.12 Distribusi Konsumsi Sumber Minuman.....	61
Tabel 4.13 Distribusi Konsumsi <i>Fast Food</i>	61
Tabel 4.14 Distribusi Konsumsi Makanan Manis.....	62
Tabel 4.15 Distribusi Status Gizi Remaja di SMAN 2 Jember berdasarkan IMT/U.....	63
Tabel 4.16 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Tingkat Konsumsi (Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat) Remaja di SMAN 2 Jember.....	65
Tabel 4.17 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Pola Konsumsi Sumber Karbohidrat.....	66
Tabel 4.18 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Pola Konsumsi Makanan Sumber Protein Hewani.....	67
Tabel 4.19 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Pola Konsumsi Makanan Sumber Protein Nabati.....	71
Tabel 4.20 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Pola	

Konsumsi Makanan Sumber Sayuran.....	72
Tabel 4.21 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Pola Konsumsi Makanan Sumber Buah-buahan.....	76
Tabel 4.22 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Pola Konsumsi Makanan Sumber Minuman.....	79
Tabel 4.23 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Pola Konsumsi Sumber Makanan <i>Fast Food</i>	81
Tabel 4.24 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Pola Konsumsi Sumber Makanan Manis.....	84
Tabel 4.25 Distribusi Hubungan antara Tingkat Konsumsi Energi dengan Status Gizi.....	86
Tabel 4.26 Distribusi Hubungan antara Tingkat Konsumsi Karbohidrat dengan Status Gizi.....	87
Tabel 4.27 Distribusi Hubungan antara Tingkat Konsumsi Protein dengan Status Gizi.....	88
Tabel 4.28 Distribusi Hubungan antara Tingkat Konsumsi Lemak dengan Status Gizi.....	89
Tabel 4.29 Distribusi Hubungan antara Status Stres Psikososial dengan Status Gizi Remaja di SMAN 2 Jember.....	90

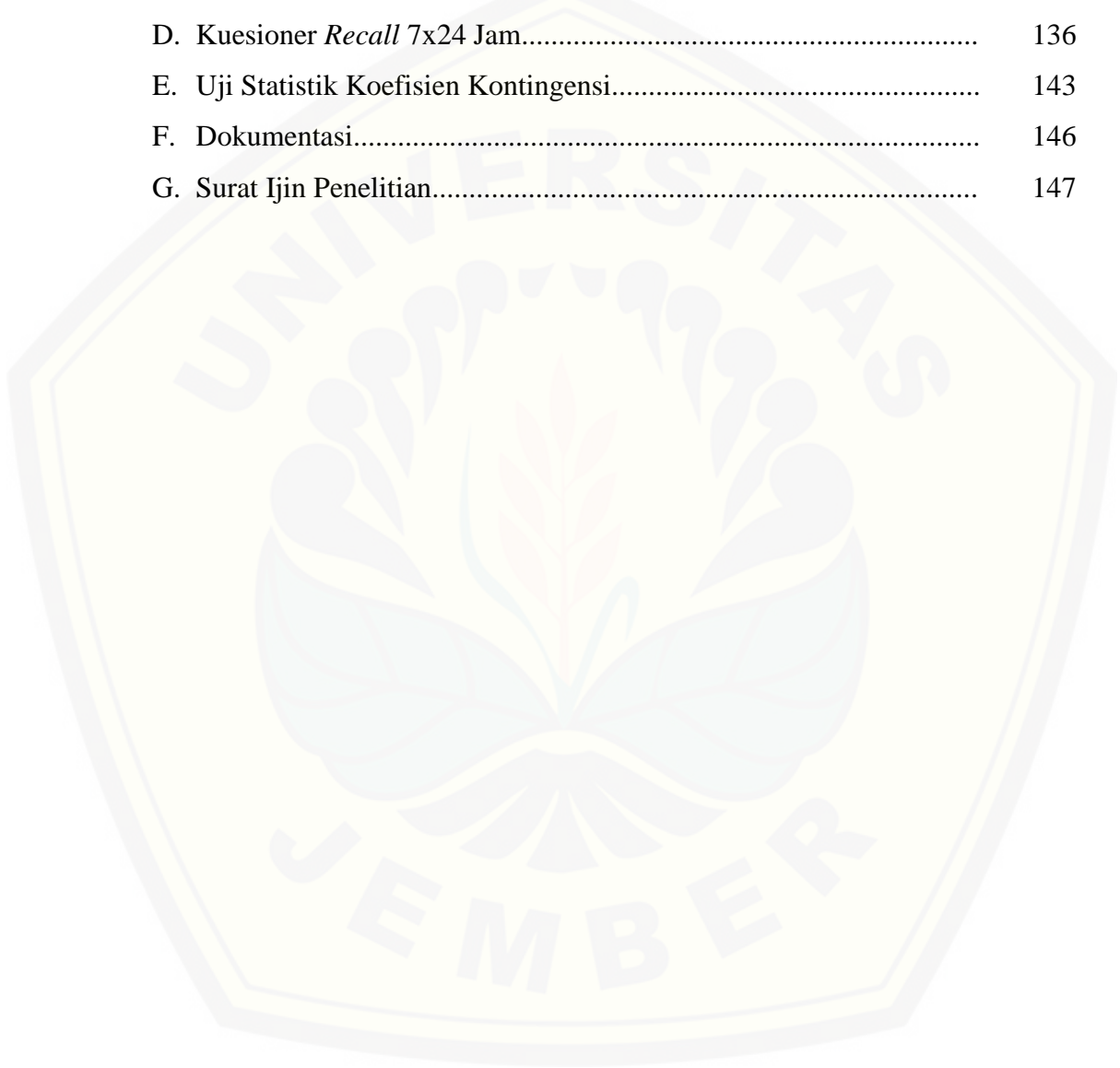
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Mekanisme Biologis Saat Stres Terhadap Nafsu Makan.....	
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	38
Gambar 2.3 Kerangka Konsep.....	39
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	53



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. <i>Informed Consent</i>	129
B. <i>Adolescent Life Change Event Scale</i>	130
C. <i>Form Semi Quantitative Food Frequency Questionnaire</i>	132
D. Kuesioner <i>Recall 7x24 Jam</i>	136
E. Uji Statistik Koefisien Kontingensi.....	143
F. Dokumentasi.....	146
G. Surat Ijin Penelitian.....	147



DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

AKG	: Angka Kecukupan Gizi
BB	: Berat badan
BB / TB ²	: Berat Badan per Tinggi Badan Kuadrat
BPS	: Badan Pusat Statistik
DKGA	: Daftar Kecukupan Gizi di Anjurkan
g	: Gram
IMT	: Indeks Masa Tubuh
kg	: Kilogram
kkal	: kilokalori
mg	: Miligram
SMA	: Sekolah Menengah Atas
TB	: Tinggi Badan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
>	: Lebih dari
<	: Kurang dari
≥	: Lebih dari sama dengan
≤	: Kurang dari sama dengan
%	: Persen
α	: Alfa
*	: Signifikan

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Perkembangan yang terjadi pada masa remaja membuat perubahan baik fisik, psikis, maupun sosial yang akan berpengaruh pada berbagai aspek kehidupan remaja di periode selanjutnya (Rini *et al.*, 2013). Masalah gizi utama yang dialami oleh para remaja diantaranya yaitu anemia defisiensi zat besi, kelebihan berat badan/obesitas, dan kekurangan zat gizi makro maupun mikro. Tumbuhnya masalah gizi adalah berkaitan dengan marak dan meningkatnya konsumsi makanan olahan yang nilai gizinya kurang, namun memiliki banyak kalori sebagai pemicu obesitas pada usia remaja (Istiany dan Rusilanti, 2014:169). Obesitas merupakan salah satu faktor resiko penyakit degeneratif, seperti penyakit kardiovaskuler, diabetes melitus, artritis, penyakit kantong empedu, beberapa jenis kanker, gangguan fungsi pernafasan, dan berbagai gangguan kulit (Arisman, 2010:85). Masalah defisiensi gizi yang sering terjadi pada remaja karena kurangnya asupan zat gizi yang akan menyebabkan gizi buruk, kurang energi kronis, kurang energi protein dan dapat terjadi anemia (Tri, 2014). Penurunan berat badan yang berlanjut dalam jangka waktu lama akan menyebabkan keadaan gizi kurang yang akan berakibat terhambatnya proses tumbuh kembang (Muchlisa *et al.*, 2013).

Data *World Health Organization* / WHO Tahun 2014 menyebutkan bahwa terdapat sekitar 39% kasus overweight dan 13% obesitas pada remaja berusia >18 tahun. Prevalensi gizi kurus atau underweight mencapai 17,3 miliar atau 24,9% pada usia remaja. Data Riskesdas Tahun 2013 menunjukkan bahwa, prevalensi gizi lebih secara nasional pada remaja umur 16 – 18 tahun sebanyak 7,3% yang terdiri 5,7% gemuk dan 1,6 % obesitas. Prevalensi kurus pada remaja umur 16-18 tahun secara nasional sebesar 9,4% (1,9% sangat kurus dan 7,5% kurus). Prevalensi gizi lebih pada remaja dan prevalensi remaja kurus relatif sama

tahun 2010 dan 2013, dan prevalensi sangat kurus naik 0,4%. Sebaliknya prevalensi gemuk naik dari 1,4% (2010) menjadi 7,3% (2013).

Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya gizi lebih (*obesitas*) ataupun defisiensi zat gizi, antara lain sosial ekonomi yang mempengaruhi pola konsumsi, ketidakseimbangan antara asupan energi dengan energi yang digunakan. Faktor yang mempengaruhi gizi lebih, adalah umur, jenis kelamin, tingkat sosial ekonomi, faktor lingkungan, aktivitas fisik, kebiasaan makan dan faktor neuropsikologik serta faktor genetik (Yani, 2012). Masalah kekurangan gizi dipengaruhi oleh penyakit infeksi, tidak cukupnya asupan gizi, kualitas layanan kesehatan, kondisi sanitasi lingkungan kurang baik, rendahnya ketahanan pangan (Sulistiyani, 2010:8). Remaja membutuhkan lebih banyak protein, vitamin, dan mineral per unit dari setiap energi yang mereka konsumsi dibanding dengan anak yang belum mengalami pubertas. Kurangnya perhatian pada faktor nonfisik dapat menyebabkan seorang remaja hanya sehat fisiknya saja, namun secara psikologis rentan terhadap stres (tekanan hidup) (Andriani dan Wirdjatmaji, 2014: 296). Stres berhubungan dengan peningkatan berat badan dan penurunan berat badan.

Beberapa orang memilih untuk mengonsumsi garam, lemak dan gula untuk menghadapi ketegangan dan kemudian mengalami penambahan berat badan. Turunnya berat badan merupakan salah satu akibat yang paling non spesifik dari keadaan stres kronis. Sistem pencernaan penderita stres kemungkinan terganggu sehingga penderita tidak berselera makan karena merasa mual dan muntah-muntah (Nadeak *et al.*, 2013). Pada kondisi stres produksi hormon kortisol berlebihan, produksi kortisol yang berlebih ini akan mengakibatkan sulit tidur, depresi, tekanan darah merosot, yang kemudian akan membuat individu tersebut menjadi lemas, dan nafsu makan berlebih. Pada umumnya orang yang mengalami stres panjang juga akan mempunyai kecenderungan berat badan yang berlebih, yang merupakan salah satu faktor risiko diabetes melitus (Shara dan Soedijono, 2012). Stres berkepanjangan merusak jalur hipotalamus di otak dan kelenjar adrenal (anak ginjal).

Berdasarkan hasil penelitian Nadya (2012) gambaran tingkat stres yang dialami oleh mahasiswa Teknik Arsitektur UI 2012 diukur menggunakan

Sheldon Cohen Perceived Stress Scale terdapat hubungan tingkat stres dengan frekuensi konsumsi makanan cepat saji, tinggi lemak, dan tinggi gula. 60,5% responden dengan stres tinggi lebih sering untuk mengonsumsi makanan cepat saji, tinggi lemak, dan tinggi gula, dibanding dengan responden yang memiliki tingkat stres rendah 36,7%. Gejala umum stres yang dialami individu yaitu gejala perilaku makan yang tidak normal (kebanyakan) sebagai pelampiasan, mengarah pada obesitas dan perilaku makan yang tidak normal (kekurangan) sebagai bentuk penarikan diri dan kehilangan berat badan secara tiba-tiba, kemungkinan berkombinasi dengan tanda-tanda depresi (Waluyo, 2009:164).

Dari hasil penelitian Nadeak *et al.* (2013) yang dilakukan pada siswa SMU (Sekolah Menengah Umum) menggunakan angket ALCES (*Adolescent life chance event scale*) terdapat hasil bahwa individu yang status gizinya gemuk, dan obesitas mengalami stres berat dan stres sedang, ini berarti adanya hubungan antara status stres psikososial dengan status gizi yang signifikan. Hasil penelitian dari Anggraini (2013) menunjukkan bahwa depresi memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dengan status gizi. Diketahui bahwa responden yang mengalami depresi sedang akan mengalami obesitas, keadaan depresi yang dialami oleh responden akan membuat responden berperilaku makan lebih, sehingga status gizi juga semakin meningkat hingga sampai tahap obesitas.

Siswa sebagai remaja dapat saja mengalami kegoncangan jika menerima tekanan dari dalam diri mereka maupun dari lingkungan luar diri mereka. Pada masa remaja ini siswa memiliki karakteristik untuk berperan sebagai orang dewasa, salah satunya menghadapi masalah sendiri tanpa bantuan orang lain (Oseatiarla *et al.*, 2012). Tuntutan akademik tidak menutup kemungkinan dapat memicu terjadinya stres. Stresor lingkungan yang dialami siswa salah satunya adalah tuntutan akademik, tuntutan tersebut dapat diatasi dengan penyesuaian diri, apabila tidak dapat menyesuaikan diri dengan baik akan bereaksi dengan keluhan-keluhan sakit (Nicky, 2013).

Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) 2 Jember merupakan sekolah unggulan di Kabupaten Jember, karena prestasi akademisnya yang baik. Terbukti dengan nilai UAN tertinggi dari nilai rata-rata mata pelajaran yang di ujikan yaitu

93,4 tahun 2015 untuk kategori IPA, nilai UAN tertinggi dari nilai rata-rata mata pelajaran yang di ujikan yaitu 89,6 tahun 2015 untuk kategori IPS dan sebanyak 91,6% dari jumlah siswa lulusan SMAN 2 Jember yang diterima di Perguruan Tinggi Negeri (Kurikulum SMAN 2 Jember, 2015). Hal tersebut dikarenakan tuntutan akademis yang tinggi dan persaingan yang ketat dalam metode belajar, keadaan ini merupakan stresor bagi siswa yang dapat memicu timbulnya stres. Sekolah menengah Atas Negeri 2 Jember terletak di jalan jawa 2, Kelurahan Sumbersari, Kecamatan Jember dan di sebelah utara berdekatan dengan Universitas Jember, dan di sebelah barat terdapat Institut Keguruan Ilmu Pendidikan (IKIP), berdekatan dengan toko dan keramaian penjual berbagai makanan, serta dekat dengan lingkungan tempat tinggal mahasiswa hal ini dapat berdampak pada pergaulan remaja yang terpengaruh pada kultur pergaulan mahasiswa yang lebih dewasa dari seusianya. Dengan demikian hal ini dapat memicu stres karena model pergaulan yang tidak sesuai antara usia dan lingkungannya. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan status stres psikososial dengan konsumsi makanan dan status gizi pada remaja di SMAN 2 Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pernyataan diatas maka permasalahan yang dikemukakan dalam penelitian adalah : “Apakah ada hubungan antara status stres psikososial dengan konsumsi makanan dan status gizi pada remaja di SMAN 2 Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

- a. Menganalisis hubungan antara status stres psikososial dengan pola konsumsi makanan dan status gizi pada remaja di SMAN 2 Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji karakteristik responden meliputi jenis kelamin dan umur.
- b. Mengkaji status stres pada remaja di SMAN 2 Jember.

- c. Mengkaji konsumsi makanan remaja di SMAN 2 Jember.
- d. Mengkaji status gizi remaja di SMAN 2 Jember.
- e. Menganalisis hubungan antara status stres psikososial dengan konsumsi makanan remaja di SMAN 2 Jember.
- f. Menganalisis hubungan antara tingkat konsumsi dengan status gizi remaja di SMAN 2 Jember
- g. Menganalisis hubungan antara status stres psikososial dengan status gizi remaja di SMAN 2 Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan peneliti khususnya tentang hubungan antara status stres psikososial dengan konsumsi makanan dan status gizi pada remaja.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Institusi

Manfaat bagi institusi pendidikan yaitu menambah bahan kepustakaan atau referensi serta pengetahuan mahasiswa dalam pengembangan penelitian hubungan antara status stres psikososial dengan konsumsi makanan dan status gizi pada remaja.

b. Manfaat Bagi Instansi Kesehatan

Manfaat bagi instansi kesehatan yaitu memberikan informasi dan pengetahuan serta dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk perencanaan program gizi remaja.

c. Manfaat Bagi Tempat Penelitian

Manfaat bagi tempat penelitian yaitu memberikan informasi dan pengetahuan serta dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk perencanaan program konseling permasalahan remaja disekolah.

d. Manfaat Bagi Masyarakat

Manfaat bagi masyarakat yaitu masyarakat dapat meningkatkan wawasannya tentang faktor yang mempengaruhi status gizi dan konsumsi makanan pada remaja adalah status stres psikososial, sehingga masyarakat dapat berperan untuk membuat kondisi yang kondusif dan membantu perkembangan remaja.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

2.1.1 Definisi Remaja

Remaja adalah masa transisi dari anak-anak ke masa dewasa. Menurut WHO/UNEP, usia remaja yaitu 10 – 19 tahun (Arisman, 2010:78). Pada tahap ini ditandai dengan pertumbuhan yang cepat (*Growth spurt*), baik tinggi maupun berat badannya (Paath dan Erna, 2005:48). Pada masa ini remaja mengalami banyak perubahan intelektual, perubahan bersosialisasi, dan perubahan kematangan kepribadian termasuk emosi. Masa remaja adalah periode yang paling rawan dalam perkembangan hidup seorang manusia setelah remaja mampu bertahan hidup (*survive*), dimana secara fisik remaja akan mengalami perubahan fisik yang spesifik dan secara psikologik akan mulai mencari identitas diri (Waryana, 2010:107-108).

Remaja adalah periode transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dengan dewasa, yang melibatkan perubahan-perubahan biologis, kognitif, dan sosio-emosional (Santrock, 2007a:20). Remaja didefinisikan sebagai masa peralihan atau transisi dari masa anak-anak menuju masa dewasa yang berjalan antara umur 12 tahun sampai 21 tahun yang ditandai dengan adanya perubahan aspek fisik, psikis, dan psikososial (Dewi, 2012:16).

2.1.2 Batasan Usia Remaja

Mengenai batasan usia seorang anak dikatakan remaja apabila :

- a. Menurut WHO mendefinisikan bahwa anak bisa dikatakan remaja apabila mencapai umur 10 -19 tahun.
- b. Menurut BKKBN Tahun 2010 batasan usia remaja 10 – 24 tahun.
- c. Berdasarkan Departemen Kesehatan RI 2010 batasan usia remaja adalah umur 10-19 tahun dan belum menikah.

Dalam tumbuh kembangnya menuju dewasa, berdasarkan kematangan psikososial dan seksual semua remaja akan mengalami tahapan berikut, yaitu :

- a. masa remaja awal/dini (*early adolescent*) umur 12-16 tahun
- b. masa remaja pertengahan (*middle adolescent*) umur 17-18 tahun
- c. masa remaja lanjut (*late adolescent*) umur 19-21 tahun (Andriani dan Wirdjatmaji, 2014:84).

2.1.3 Pertumbuhan Remaja

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dan struktur sebagian atau keseluruhan tubuh, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat. Pertumbuhan adalah adanya perubahan dalam jumlah akibat penambahan sel dan pembentukan protein baru, sehingga meningkatnya jumlah dan ukuran sel di seluruh bagian tubuh. Ciri-ciri yang menunjukkan pertumbuhan anak, seperti bertambahnya berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, gigi dan pertumbuhan tubuh lainnya (Istiany dan Rusilanti, 2014:2). Masa remaja merupakan periode pertumbuhan dan proses kematangan manusia, sehingga terjadi perubahan yang sangat unik dan berkelanjutan. Pertumbuhan fisik pada remaja terjadi secara bersamaan dengan proses matangnya organ reproduksi (Sulistyoningsih, 2011:86).

2.1.4 Perkembangan Remaja

Perkembangan adalah bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tingkat kematangan dan belajar. Perkembangan pada anak bisa terjadi pada perubahan bentuk dan fungsi pematangan organ, mulai dari aspek sosial, emosional, dan intelektual (Istiany dan Rusilanti, 2014:2)

Perkembangan psikologis remaja berdasarkan tahapannya sebagai berikut (Andriani dan Wirdjatmaji, 2014:84):

- a. Remaja awal / periode masa puber usia 12-18 tahun
 - 1) Masa prapubertas : peralihan dari akhir masa kanak-kanak ke masa awal pubertas. Cirinya :
 - a) Anak tidak suka diperlakukan seperti anak kecil lagi
 - b) Anak mulai bersikap kritis

- 2) Masa pubertas usia 14-16 tahun : masa remaja awal. Cirinya :
 - a) Mulai cemas dan bingung tentang perubahan fisiknya
 - b) Memerhatikan penampilan
 - c) Sikapnya tidak menentu/ plin-plan
 - d) Suka berkelompok dengan teman sebaya dan senasib
- 3) Masa akhir pubertas usia 17-18 tahun : peralihan dari masa pubertas ke masa *Adolescent*. Cirinya :
 - a) Pertumbuhan fisik sudah mulai matang tetapi kedewasaan psikologisnya belum tercapai sepenuhnya
 - b) Proses kedewasaan jasmaniah pada remaja putri lebih awal dari remaja putra

b. Periode remaja *Adolescent* usia 19-21 tahun

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

- a) Perhatiannya tertutup pada hal-hal realistik
- b) Mulai menyadari akan realitas
- c) Sikapnya mulai jelas tentang hidup
Mulai nampak bakat dan minatnya

2.1.5 Ciri-ciri Masa Remaja

Seperti halnya dengan semua periode penting selama rentang kehidupan, masa remaja mempunyai ciri-ciri tertentu yang membedakan dengan periode sebelumnya dan sesudahnya. Ciri tersebut yaitu (Hurlock, 2002:207-209):

a. Masa Remaja Sebagai Periode yang Penting

Pada periode remaja, baik akibat langsung maupun akibat jangka panjang tetap penting. Ada periode yang penting karena akibat fisik dan ada lagi karena akibat psikologis. Perkembangan fisik yang cepat dan penting disertai dengan cepatnya perkembangan mental yang cepat, terutama pada awal masa remaja. Semua perkembangan itu menimbulkan perlunya penyesuaian mental dan perlunya membentuk sikap, nilai dan minat baru.

b. Masa Remaja Sebagai Masa Peralihan

Dalam setiap periode peralihan, status individu tidaklah jelas terdapat keraguan akan peran yang harus dilakukan. Pada masa remaja bukan lagi seorang anak dan juga bukan orang dewasa. Namun perlu disadari bahwa apa yang telah terjadi akan meninggalkan bekasnya dan akan mempengaruhi pola perilaku dan sikap yang baru. Status remaja yang tidak jelas ini juga menguntungkan karena status memberi waktu kepadanya untuk mencoba gaya hidup yang berbeda dan menentukan pola perilaku, nilai dan sifat yang paling sesuai bagi dirinya.

c. Masa Remaja Sebagai Periode Perubahan

Tingkat perubahan dalam sikap dan perilaku selama masa remaja sejajar dengan tingkat perubahan fisik. Selama awal masa remaja, ketika perubahan fisik terjadi dengan pesat, perilaku dan sikap juga berlangsung pesat.

d. Masa Remaja Sebagai Usia Bermasalah

Karena ketidakmampuan mereka untuk mengatasi sendiri masalahnya menurut cara mereka yakini, banyak remaja akhirnya menemukan bahwa penyelesaian tidak sesuai dengan harapan mereka.

e. Masa Remaja Sebagai Masa Mencari Identitas

Identitas diri yang dicari remaja berupa usaha untuk menjelaskan siapa dirinya, apa peranannya dalam masyarakat. Salah satu untuk mencoba mengangkat diri sebagai individu adalah menggunakan simbol status dalam bentuk mobil, pakaian, dan pemilikan barang-barang lain yang mudah terlihat. Dengan cara tersebut, remaja menarik perhatian pada diri sendiri dan agar dipandang sebagai individu, sementara pada saat yang sama remaja mempertahankan identitas dirinya terhadap kelompok sebaya.

f. Masa Remaja Sebagai Usia yang Menimbulkan Ketakutan

Kayakinan bahwa orang dewasa mempunyai pandangan yang buruk tentang remaja, membuat peralihan masa dewasa menjadi sulit. Hal ini menimbulkan banyak pertentangan dengan orang tua dan antara orang tua dan anak terjadi jarak yang menghalangi anak untuk meminta bantuan orang tua untuk mengatasi berbagai masalahnya.

g. Masa Remaja Sebagai Masa yang Tidak Realistik

Remaja melihat dirinya sendiri dan orang lain sebagaimana adanya, terlebih dalam hal cita-cita. Cita-cita yang tidak realistik, tidak hanya bagi dirinya sendiri tetapi juga bagi keluarga dan teman-temannya, menyebabkan meningkatnya emosi. Semakin tidak realistik cita-citanya semakin remaja menjadi marah. Remaja akan sakit hati dan kecewa apabila orang lain mengecewakannya atau kalau tidak berhasil mencapai tujuan yang ditetapkannya sendiri.

h. Masa Remaja Sebagai Ambang Masa Dewasa

Dengan semakin mendekatinya usia kematangan yang sah, para remaja menjadi gelisah untuk meninggalkan stereotip belasan tahun dan untuk memberikan kesan bahwa mereka sudah hampir dewasa. Remaja mulai memusatkan diri pada perilaku yang dihubungkan dengan status dewasa, yaitu merokok, minum-minuman keras, menggunakan obat-obatan, dan terlibat dalam perbuatan seks. Mereka menganggap bahwa perilaku ini akan memberikan citra yang mereka inginkan.

2.1.6 Dimensi Psikologis Pada Masa Pubertas

Sekelompok perubahan psikologis menyertai perkembangan pubertas remaja yaitu (Santrock, 2003: 93):

a. Citra Tubuh

Remaja menunjukkan minat yang amat besar terhadap citra tubuh remaja. Remaja usia muda menunjukkan perhatian yang lebih besar dan kurang puas terhadap gambaran tubuh yang mereka miliki, daripada remaja akhir. Anak perempuan memiliki lebih banyak gambaran negatif selama masa pubertas, daripada anak laki-laki.

b. Menarche dan Daur Menstruasi

Menarche adalah menstruasi pertama. Menarche dan daur menstruasi menyebabkan berbagai reaksi pada anak perempuan. Remaja yang tidak siap dan yang mengalami menarche terlalu dini cenderung menunjukkan lebih banyak reaksi negatif.

c. Kematangan Cepat dan Lambat

Kematangan cepat baik bagi anak laki-laki, setidak-tidaknya semasa remaja. Meskipun demikian sebagai orang dewasa, remaja putra yang lambat matang lebih berhasil mencapai identitas. Remaja putri yang matang dini lebih rentan menghadapi berbagai masalah.

d. Tepat Waktu Tidak Tepat Waktu

Bila tepat waktu maupun tidak tepat waktu berakibat rumit. Remaja akan menanggung resiko bila tuntutan konteks sosial tertentu tidak sesuai dengan karakteristik fisik dan perilaku mereka.

2.1.7 Faktor-Faktor Kognitif Dalam Tingkah Laku Sehat Remaja

Beberapa di antara faktor kognitif pada tingkah laku sehat remaja adalah (Santrock, 2003: 546) :

a. Konsep Mengenai Tingkah Laku Sehat

Remaja melihat kesehatan dan penyakit dengan cara yang lebih sederhana, menggambarkan perasaan-perasaan yang tidak jelas dan bergantung pada orang lain untuk menentukan apakah mereka sakit atau tidak. Pada remaja awal, beberapa remaja masih belum menyadari adanya bermacam-macam penyebab kesehatan, dan relatif memiliki pemikiran kongkrit mengenai penyakit. Pada masa remaja akhir, banyak individu yang sudah memiliki pemikiran formal operasional dan melihat kesehatan dengan cara yang lebih hipotesis dan abstrak.

b. Keyakinan Mengenai Kesehatan

Keyakinan yang dimiliki remaja mengenai kesehatan meliputi keyakinan mengenai kerentanan dan tingkah laku remaja. Remaja menyadari bahwa tingkah laku seperti penyalahgunaan zat adiktif dan hubungan seksusal yang tidak terlindungi adalah tingkah laku yang berpotensi membahayakan kesehatan, tetapi mereka sering meremehkan konsekuensi negatif dari tingkah laku tersebut.

c. Pengetahuan Mengenai Kesehatan

Remaja pada umumnya tidak memiliki informasi yang memadai mengenai berbagai topik kesehatan dan memiliki kesalahan persepsi yang signifikan mengenai kesehatan. Remaja yang lebih muda memiliki pengetahuan

yang lebih tidak akurat mengenai berbagai topik kesehatan, termasuk mengenai penyakit menular seksual dan penyalahgunaan obat terlarang, dibandingkan remaja yang lebih tua.

d. Pengambilan Keputusan

Remaja memiliki kemampuan pengambilan keputusan yang lebih baik dibandingkan anak-anak namun lebih buruk dibandingkan remaja yang lebih tua. Keterampilan dalam pengambilan keputusan pada remaja yang lebih tua dan pada orang dewasa masih jauh dari sempurna. Kemampuan untuk mengambil keputusan tidak menjamin bahwa keputusan seperti itu akan diambil dalam kehidupan sehari-hari dimana luasnya pengalaman seseorang akan ikut berperan.

2.1.8 Faktor-Faktor Sosial Budaya Dalam Tingkah Laku Sehat Remaja

Faktor-faktor sosial budaya ikut mempengaruhi kesehatan melalui peranannya dalam menentukan norma-norma budaya yang berlaku mengenai kesehatan, melalui dukungan bagi tingkah laku sehat ataupun yang tidak sehat (Santrock, 2003: 547).

a. Variasi Kebudayaan dan Etnis

Untuk melihat kesehatan remaja dari kelompok etnis minoritas, penting bagi remaja untuk mengetahui bahwa dalam suatu kelompok terdapat perbedaan yang besar dalam kelompok itu sendiri, dalam hal kondisi hidup dan gaya hidup, dan bahwa perbedaan ini sangat dipengaruhi oleh kelas sosial, status sebagian imigran, keterampilan sosial, keterampilan berbahasa, kesempatan kerja, dan sumber daya sosial, seperti ketersediaan jaringan dukungan sosial yang berarti. Remaja akan lebih cenderung menerapkan tingkah laku yang meningkatkan kesehatan bila mereka percaya bahwa mereka memiliki kekuatan untuk menentukan masa depan mereka. Perasaan disingkirkan ataupun perasaan tidak memiliki kekuatan, atau perasaan putus asa, bukan sesuatu yang akan mengarahkan remaja menuju peningkatan kesehatan.

b. Keluarga dan Teman Sebaya

Keluarga adalah aspek dukungan sosial yang penting bagi kesehatan remaja. Tingkah laku sehat yang positif terutama dapat dilakukan bila remaja

mengembangkan perasaan otonomi dalam konteks keluarga suportif. Selain dengan memberikan dukungan sosial, orang tua dan saudara-saudara yang lebih tua adalah model penting bagi keehatan anak dan remaja. Teman sebaya dan teman lainnya juga berperan penting dalam tingkah laku sehat remaja. Adanya hubungan antara tingkah laku yang tidak sehat pada remaja dengan teman-temannya, remaja bisa saja memilih teman yang mendukung tingkah laku yang tidak sehat. Perhatian khususnya dalam tingkah laku sehat remaja diberikan pada tekanan dari teman sebaya. Remaja yang memiliki kemampuan yang terbatas untuk menahan diri dari tantangan sering kali akhirnya melakukan tingkah laku berresiko karena desakan teman-teman sebayanya.

2.2 Stres

2.2.1 Pengertian Stres

Stres adalah respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya (Hawari, 2013:5). Dalam perkembangan selanjutnya ternyata dampak stres ini tidak hanya mengenai gangguan fungsional hingga kelainan organ tubuh, tetapi juga berdampak pada bidang kejiwaan (psikologik/psikiatrik) misalnya kecemasan dan depresi. Stres adalah respons individu terhadap stresor, yaitu peristiwa yang mengancam dan menuntut kemampuan *coping* (Santrock, 2007b:295).

Stres juga didefinisikan sebagai tanggapan atau proses internal atau eksternal yang mencapai tingkat ketegangan fisik dan psikologis sampai pada batas atau melebihi batas kemampuan subyek. Stres juga bersifat individual dan pada dasarnya bersifat merusak bila tidak ada keseimbangan antara daya tahan mental individu dengan beban yang dirasakannya. Namun, berhadapan dengan suatu stresor (sumber stres) tidak selalu mengakibatkan gangguan secara psikologis maupun fisiologis. Terganggu atau tidaknya individu, tergantung pada persepsinya terhadap peristiwa yang dialaminya. Faktor kunci dari stres adalah persepsi seseorang dan penilaian terhadap situasi dan kemampuannya untuk menghadapi atau mengambil manfaat dari situasi yang dihadapi. Dengan kata lain,

bahwa reaksi terhadap stres dipengaruhi oleh bagaimana pikiran dan tubuh individu mempersepsikan suatu peristiwa (Waluyo, 2009:160).

2.2.2 Tahapan stres

Stres terjadi melalui beberapa tahapan, tahapan stres meliputi (Sunaryo, 2013:233) :

a. Stres Tahap Pertama (Paling Ringan)

Stres yang disertai perasaan nafsu bekerja yang besar dan berlebihan, mampu menyelesaikan pekerjaan tanpa memperhitungkan tenaga yang dimiliki sehingga penglihatan menjadi tajam.

b. Stres Tahap Kedua

Stres yang disertai keluhan, seperti bangun pagi tidak segar atau letih, cepat capek pada saat menjelang sore, lekas lelah sesudah makan, tidak dapat rileks, lambung atau perut tidak nyaman (*bowel discomfort*), jantung berdebar, otot tengkuk dan punggung tegang. Hal tersebut karena cadangan tenaga tidak memadai.

c. Stres Tahap Ketiga

Tahapan stres dengan keluhan, seperti defekasi tidak teratur (kadang-kadang diare), otot semakin tegang, emosional, insomnia, mudah terjaga dan sulit tidur kembali (*middle insomnia*), bangun terlalu pagi, dan sulit tidur kembali (*late insomnia*), koordinasi tubuh terganggu, dan ingin jatuh pingsan.

d. Stres Tahap Keempat

Tahapan stres yang disertai dengan keluhan, tidak mampu bekerja sepanjang hari (*loyo*), aktivitas pekerjaan terasa sulit dan menjenuhkan, respon tidak adekuat, kegiatan rutin terganggu, gangguan pola tidur, sering menolak ajakan, konsentrasi dan daya ingat menurun, serta timbul ketakutan dan kecemasan.

e. Stres Tahap Kelima

Tahapan stres yang ditandai kelelahan fisik dan mental (*physical and psychological exhaustion*), ketidakmampuan menyelesaikan pekerjaan yang sederhana dan ringan, gangguan pencernaan berat, meningkatnya rasa takut dan cemas, bingung dan panik.

f. Stres Tahap Keenam (Paling Berat)

Tahapan stres dengan tanda-tanda seperti jantung berdebar keras, sesak nafas, badan gemetar, dingin dan banyak keluar keringat, loyo, serta pingsan atau kolaps.

2.2.3 Sumber Stres

Menurut Maramis (1999) ada empat sumber stres yaitu (Sunaryo, 2013:232) :

a. Frustrasi

Terjadi akibat gagalnya individu dalam mencapai tujuan karena ada aral melintang.

b. Konflik

Terjadi karena tidak dapat memilih antara dua macam atau lebih keinginan, kebutuhan, atau tujuan. Bentuk konflik berupa *approach-approach conflic*, *approach-avoidance conflic*, atau *avoidance-avoidance conflic*.

c. Tekanan

Terjadi sebagai akibat tekanan hidup sehari-hari. Tekanan dapat berasal dari dalam individu dan dari luar individu.

d. Krisis

Keadaan yang mendadak dan menimbulkan stres pada individu. Keadaan stres dapat terjadi karena beberapa sebab sekaligus, misalnya frustrasi, konflik, dan tekanan.

Menurut Santrock (2007b:295) sumber-sumber stres pada remaja yaitu peristiwa hidup dan kerumitan sehari-hari (kehilangan pasangan atau relasi dekat, kehilangan pekerjaan), kesibukan sehari-hari, faktor-faktor sosial budaya.

2.2.4 Jenis-Jenis Stres

Klasifikasi jenis-jenis stres ada dua, yaitu (Harlock, 2003:560):

a. *Eustress*

Yaitu bersifat menguntungkan dan menghasilkan pertumbuhan pribadi.

b. *Distress*

Memiliki efek membahayakan dan tidak menyenangkan.

2.2.5 Pengelolaan Stres

Cara mengatasi stres dapat dijelaskan dengan konsep *coping*. *Coping* sebagai suatu proses yang terjadi di saat seseorang berusaha untuk mengelola tuntutan-tuntutan dialami menggunakan segala kemampuan yang dimiliki. Menurut Santrock (2007b:299) *coping* memiliki dua macam fungsi, yaitu:

a. *Emotion-focused coping*

Merespon secara emosional terhadap stres yang dialami, khususnya dengan menggunakan mekanisme pertahanan. *Coping* digunakan untuk mengontrol respon emosional terhadap stres. *Emotion-focused coping* meliputi cara menyangkal peristiwa yang terjadi, menertawakannya, atau mencari pandangan religius untuk memperoleh dukungan. Selain itu pengontrolan respon emosional juga dapat dilakukan melalui strategi kognitif berupa penyangkalan suatu fakta yang tidak menyenangkan. Seseorang cenderung menggunakan *emotion-focused coping* ini ketika mereka merasa tidak dapat mengubah situasi penuh stres tersebut.

b. *Problem-focused coping*

Suatu strategi yang diarahkan pada masalah yang dialami seseorang serta upaya untuk memecahkan masalah tersebut. *Coping* digunakan untuk mengurangi stresor atau mencari sumber daya yang dapat membantu mengatasi stres. Seseorang cenderung menggunakan *coping* ketika sumber daya ataupun situasi yang menekan dapat diubah.

2.2.6 Respon Tubuh Terhadap Stres

Penjelasan dasar tentang bagaimana tubuh bereaksi terhadap stres. Reaksi ini disebut dalam respon *fight-or-flight* karena tubuh mempersiapkan diri untuk melawan ancaman atau menghindar. Karena stres merupakan aksi, respon perilaku secara otomatis akan timbul sebagai reaksi terhadap stres yang diawali dengan respon biologis. Respon biologis berekspresi sebagai kondisi *figth or flight* yang merupakan respon simpatis. Respon ini diawali dengan peningkatan aktivitas *nonadrenalin* dan *locus cereleus* sehingga memobilisasi sistem energi yang meningkatkan kewaspadaan. Akibatnya, seseorang yang menghadapi stres

mengalami kondisi mental emosional yang tidak menyenangkan (keadaan disforik). Mengatasi hal tersebut, seseorang cenderung melakukan respons perilaku *fight or flight* (lari dari stres atau bertempur mengatasi faktor stres) sehingga respons simpatis menurun ke tingkat basal (Nurdin, 2011:285).

Menurut Santrock (2007b:295) serangkaian reaksi fisiologis dalam melawan stres ini dikenal sebagai *general adaptation syndrome* (GAS). GAS terdiri dari 3 tahap, yaitu :

a. Tahap Peringatan

Tubuh mulai terdorong untuk bertahan melawan stresor.

b. Tahap Resistensi

Di saat stresor sangat kuat, tetapi tidak cukup kuat untuk menyebabkan kematian, tubuh akan memasuki tahap resistensi ini. Pada tahap ini tubuh lebih mudah terkena penyakit yang terjadi karena penurunan imunitas tubuh.

c. Tahap Kelelahan

Pada tahap ini, tubuh lelah mengalami kelelahan yang disebabkan oleh tekanan yang berkepanjangan sehingga kemampuan tubuh untuk melawan stresor menurun dengan drastis.

2.2.7 Pengukuran Tingkat Stres

Pada penelitian ini, tingkat stres responden diukur menggunakan *adolescent life chance event scale* (ALCES). *Adolescent life chance event scale* (ALCES) merupakan instrumen psikologis yang digunakan khusus untuk mengukur stres pada remaja. *Adolescent life chance event scale* (ALCES) diadopsi dari *Mental Health America of Northern Kentucky Southwest Ohio* (2002) yang sudah diakui oleh *Departement of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA* sebagai alat ukur dalam melakukan *research life stress of adolscence*.

Status stres psikososial dinyatakan dengan penilaian kuesioner *Adolescent life chance event scale* (ALCES) (Nadeak *et al.*, 2013) yang dikategorikan dalam 3 kriteria yaitu: tidak stres (< 150), stres sedang (150-299), stres berat (≥ 300). *Adolescent life chance event scale* berupa pernyataan yang

terdiri dari 31 pernyataan dan setiap pernyataan mempunyai nilai/*score* yang berbeda. Pernyataan merupakan berbagai hal tentang psikososial pada remaja. Responden bebas untuk memilih pernyataan mana yang telah dialaminya dalam 1 tahun terakhir, dengan memilih pernyataan yang ada didalam kuesioner tersebut kemudian nilai/*score* diakumulasikan atau dijumlahkan untuk mengetahui kriteria stres yang dialami responden. Kuesioner *Adolescent life chance event scale* (ALCES) seperti pada lampiran B.

2.3 Stres Psikososial

2.3.1 Definisi Stres Psikososial

Stres adalah respons individu terhadap stresor, yaitu peristiwa yang mengancam dan menuntut kemampuan *coping* (Santrock, 2007b:295). Psikososial adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental/emosionalnya. Dari katanya, istilah psikososial melibatkan aspek psikologis dan sosial (Bintarany, 2011). Dapat disimpulkan bahwa pengertian stres psikososial adalah stres yang dipicu oleh hubungan relasi dengan orang lain di sekitarnya atau akibat situasi sosial lainnya.

2.4 Stresor Psikososial

2.4.1 Definisi Stresor Psikososial

Stresor adalah stimulasi yang merupakan situasi dan kondisi yang mengurangi kemampuan kita untuk merasa senang, nyaman, bahagia, dan produktif. Stresor dapat dikatakan sebagai pemicu stres (Saam dan Wahyuni, 2012:127). Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya. Namun, tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stresor tersebut, sehingga timbul keluhan-keluhan antara lain stres, cemas dan depresi (Hawari, 2013:3). Stresor psikososial adalah situasi dan kondisi peran sosial sehari-hari dapat menjadi sebagai masalah atau sesuatu yang tidak dikehendaki (Notosoedirdjo dan Latipun, 2011:136).

2.4.2 Sumber stresor

Sumber stresor terdiri dari (Saam dan Wahyuni, 2012:127) :

a. Kegagalan mencapai tujuan

Keterbatasan diri menghambat kita dalam mencapai tujuan seperti cacat fisik, sakit, kurang kemampuan intelektual, kurang kemampuan sosial akan berpeluang sebagai stresor.

b. Konflik tujuan

Konflik tujuan dilema atau kebingungan yang disebabkan oleh dua keinginan atau lebih disukai, tetapi yang bersangkutan sulit, tidak bisa mengambil keputusan memilih tujuan. Ada tiga macam konflik yaitu :

1) *Approach-approach conflict*

Konflik ini terjadi bila harus memilih dua hal atau lebih yang sama-sama menarik tetapi tidak mungkin kedua-duanya terpenuhi.

2) *Avoidance-avoidance conflict*

Terjadi bila harus memilih dua/lebih hal yang sama-sama tidak disukai/tidak disenangi. Kedua hal tersebut tidak mungkin dilakukan.

3) *Approach-avoidance conflict*

Konflik ini terjadi bila satu tujuan disenangi, tetapi risikonya tidak disenangi.

c. Perubahan gaya hidup

Orang yang mengalami banyak perubahan dalam kehidupan dalam waktu yang relatif singkat mungkin menjadi frustrasi, tension, marah, dan kecewa.

d. Stimulasi lingkungan yang tidak menyenangkan

Budaya yang tidak sesuai dengan kebiasaan dan kesukaan.

Menurut Saam (2012) menunjukkan stresor yang dialami oleh remaja yang dapat memicu terjadi stres yaitu :

b. Faktor pribadi meliputi:

- 1) Tidak bisa mengatur waktu
- 2) Terlalu memorsir diri untuk belajar
- 3) Teman yang selalu sering datang ke rumah
- 4) Sakit yang tak kunjung sembuh

- 5) Bermasalah dengan teman
 - 6) Suasana hati yang terus berubah
 - 7) Putus cinta
 - 8) Dijauhi oleh teman-teman
 - 9) Kurangnya kasih sayang dari kekasih
 - 10) Cinta ditolak oleh seseorang
 - 11) Diduakan oleh kekasih
- c. Faktor keluarga meliputi :
- 1) Orang tua yang bercerai
 - 2) Terlalu dikekang orang tua
 - 3) Keinginan orang tua yang dipaksakan kepada anaknya
 - 4) Orang tua bertengkar
 - 5) Keinginan yang belum bisa dipenuhi oleh orang tua
 - 6) Ada masalah dengan anggota keluarga lainnya
 - 7) Kurang diperhatikan oleh orang tua
- d. Faktor sekolah meliputi :
- 1) Tugas yang terlalu banyak
 - 2) Kegiatan sekolah dan belajar dari pagi sampai sore dalam satu hari
 - 3) Nilai yang jelek
 - 4) Mendapat kesulitan atau tidak mengerti apa yang dijelaskan guru
 - 5) Seminggu ujian berturut-turut
- e. Faktor masyarakat meliputi :
- 1) Selalu dikucilkan dalam kegiatan masyarakat
 - 2) Selalu dipandang sebelah mata oleh masyarakat
 - 3) Tinggal di sekitar lingkungan yang kurang kondusif (banyak preman, pencuri dll)
 - 4) Tidak bersosialisasi
 - 5) Tidak mempunyai teman di lingkungan sekitar
 - 6) Lingkungan tempat tinggal yang bising

2.5 Status Gizi

2.5.1 Definisi Status Gizi

Status gizi juga dinyatakan sebagai keadaan tubuh yang merupakan akibat dari konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi dengan 4 klasifikasi yaitu status gizi buruk, kurang, baik, dan lebih (Istiany dan Rusilanti, 2014:5). Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutrien dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa *et al.*, 2012:18). Status gizi adalah status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrien (Putra, 2013:23).

2.5.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Menurut Putra, (2013:24-26) faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi yaitu :

a. Pola Konsumsi dan Asupan Makanan

Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas dan kuantitas hidangan. Jika susunan hidangannya memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari kualitas maupun kuantitasnya, maka tubuh akan memiliki kondisi kesehatan gizi yang sebaik-baiknya.

b. Status Kesehatan

Gangguan infeksi dapat mengganggu metabolisme dan fungsi imunitas tubuh. Gangguan infeksi dapat menyebabkan perubahan status gizi menjadi kurang, yang selanjutnya bermanifestasi ke status gizi buruk.

c. Pengetahuan

Bahwa semakin banyak pengetahuan gizi seseorang, maka semakin diperhitungkan pula jenis dan kuantum makanan yang dipilih guna dikonsumsinya.

d. Status Ekonomi

Dikarenakan jumlah penduduk Indonesia rendah, maka berdampak terhadap kurangnya pemenuhan bahan makanan yang bergizi.

e. Pemeliharaan Kesehatan

Perilaku yang berhubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, misalnya makan makanan yang bergizi, olahraga, dan sebagainya (termasuk pencegahan penyakit).

f. Lingkungan

Status gizi seseorang berada di taraf kurang jika lingkungan rumah tangga atau sekitar kurang memadai, sehingga dapat meningkatkan resiko terserang gangguan kesehatan.

g. Budaya

Menjelaskan bahwa status gizi bisa dipengaruhi oleh budaya, misalnya sikap terhadap makanan, pengetahuan mengenai penyebab penyakit, tingkat kelahiran anak, dan produksi pangan.

2.5.3 Indeks Antropometri

Paramater status gizi adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain umur, BB, TB, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar panggul, dan tebal lemak bawah kulit. Ada beberapa parameter yang dapat digunakan dalam menilai status gizi seseorang, salah satunya adalah dengan pengukuran tubuh manusia yang disebut dengan antropometri. Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter (Supriasa *et al.*, 2013:38).

Rumus perhitungan Indeks Massa Tubuh/IMT adalah sebagai berikut :

$$IMT = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{tinggi badan (m)}^2}$$

Tabel 2. Kategori Ambang Batas IMT/U anak umur 5-18 tahun

Status gizi	IMT/U
Sangat Kurus	< -3 SD
Kurus	-3 SD sampai dengan -2 SD
Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
Gemuk	1 SD sampai dengan 2 SD
Obesitas	>2 SD

(Kementrian Kesehatan RI, 2011)

2.6 Pola Konsumsi Makanan

Pola konsumsi adalah berbagai informasi yang memberikan gambaran mengenai macam dan jumlah bahan makanan yang dimakan setiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu (Sulistyoningsih, 2012:52). Tingkat konsumsi makanan adalah untuk mengetahui standar kecukupan gizi kelompok/rumah tangga atau perorangan. Klasifikasi tingkat konsumsi dibagi menjadi lima yaitu dikatakan lebih jika $> 120\%$ AKG (Angka Kecukupan Gizi), baik jika $80\% - 120\%$ AKG (Angka Kecukupan Gizi), sedang jika $70\% - 79,9\%$ AKG (Angka Kecukupan Gizi), kurang jika $60\% - 69,9\%$ AKG (Angka Kecukupan Gizi), defisit jika $< 60\%$ AKG (Angka Kecukupan Gizi) (Supriasa *et al.*, 2012:114).

a. Energi

Angka kecukupan energi untuk remaja laki-laki usia 10-12 tahun adalah 2100 kkal, untuk usia 13-15 tahun 2475 kkal, dan usia 16-18 tahun sebanyak 2675 kkal. Untuk remaja perempuan pada kelompok usia yang sama, angka kecukupan energinya secara berturut-turut adalah 2000 kkal, 2125 kkal, dan 2125 kkal (Kemenkes RI, 2013). Kebutuhan tenaga pada remaja sangat tergantung pada tingkat kematangan fisik dan aktivitas yang dilakukan. Angka kecukupan gizi dianjurkan sekitar 60% berasal dari karbohidrat (Andriani dan Wirdjatmaji, 2014: 313). Ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran energi mengakibatkan penambahan berat badan (Arisman, 2010:78).

b. Protein

Angka kecukupan protein untuk remaja laki-laki usia 10-12 tahun adalah 56 gram, untuk usia 13-15 tahun 72 gram, dan usia 16-18 tahun sebanyak 66 gram. Untuk remaja perempuan pada kelompok usia yang sama, angka kecukupan proteinnya secara berturut-turut adalah 60 gram, 69 gram, dan 59 gram (Kemenkes RI, 2013). Kebutuhan protein sehari yang direkomendasikan pada remaja berkisar antara 44-59 gram tergantung pada jenis kelamin dan umur. Berdasarkan berat badan, remaja usia 11-14 tahun laki-laki atau gadis memerlukan 1g/kg BB dan pada usia 15-18 tahun berkurang 0,9 g/kg BB pada laki-laki dan 0,8 g/kg BB pada perempuan (Andriani dan Wirdjatmaji, 2014: 314).

c. Lemak

Angka kecukupan lemak untuk remaja laki-laki usia 10-12 tahun adalah 70 gram, untuk usia 13-15 tahun 83 gram, dan usia 16-18 tahun sebanyak 89 gram. Untuk remaja perempuan pada kelompok usia yang sama, angka kecukupan lemak secara berturut-turut adalah 67 gram, 71 gram, dan 71 gram (Kemenkes RI, 2013). Kebutuhan lemak tidak dinyatakan secara mutlak, WHO hanya menyarankan konsumsi lemak sebanyak 15-30% kebutuhan energi total. Sebagian besar lemak yang dikonsumsi sehari-hari sebaiknya tidak lebih dari 10% berasal dari lemak jenuh, dan 3-7% berasal dari lemak tidak jenuh ganda, sedangkan konsumsi kolesterol yang dianjurkan adalah kurang dari 300 mg dalam sehari (Sulistyoningsih, 2012:29). Konsumsi lemak yang berlebih, kurang menguntungkan karena dapat mengakibatkan timbunan lemak dan orang tersebut menjadi gemuk ataupun dapat terjadi sumbatan pada saluran pembuluh darah jantung (Andriani dan Wirdjatmaji, 2014: 314).

d. Karbohidrat

Angka kecukupan karbohidrat untuk remaja laki-laki usia 10-12 tahun adalah 289 gram, untuk usia 13-15 tahun 340 gram, dan usia 16-18 tahun sebanyak 368 gram. Untuk remaja perempuan pada kelompok usia yang sama, angka kecukupan karbohidrat secara berturut-turut adalah 275 gram, 292 gram, dan 292 gram (Kemenkes RI, 2013). Fungsi utama karbohidrat dalam tubuh adalah sebagai sumber energi. Kandungan kalori pada 1 gram karbohidrat adalah 4 kkal. Asupan karbohidrat yang tidak sesuai dengan kebutuhan serta adanya gangguan terhadap proses metabolismenya dapat menimbulkan masalah kesehatan. Asupan karbohidrat yang melebihi kebutuhan akan menyebabkan timbulnya berat badan yang berlebih (Sulistyoningsih, 2012:19).

2.6.1 Faktor Yang Mempengaruhi Pola Konsumsi Makanan

Pola makan yang terbentuk sangat erat kaitannya dengan kebiasaan seseorang. Menurut Sulistyoningsih (2011:52) secara umum faktor yang mempengaruhi terbentuknya pola makan adalah sebagai berikut:

a. Faktor Ekonomi

Variabel ekonomi yang cukup dominan dalam mempengaruhi konsumsi pangan adalah pendapatan keluarga dan harga. Meningkatnya pendapatan akan meningkatkan peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik, sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan menurunnya daya beli pangan baik secara kualitas maupun kuantitas.

b. Faktor Sosial Budaya

Pantangan dalam mengonsumsi jenis makanan tertentu dapat dipengaruhi oleh faktor budaya/kepercayaan. Pantangan yang didasari oleh kepercayaan pada umumnya mengandung nasihat yang dianggap baik ataupun tidak baik yang lambat laun akan menjadi kebiasaan/adat. Kebudayaan masyarakat mempunyai kekuatan yang cukup besar untuk mempengaruhi seseorang dalam memilih dan mengolah pangan yang akan dikonsumsi.

c. Agama

Adanya pantangan terhadap makanan/minuman tertentu dari sisi agama dikarenakan makanan/minuman tersebut membahayakan jasmani dan rohani bagi yang mengonsumsinya. Konsep halal dan haram sangat mempengaruhi pemilihan bahan makanan yang akan dikonsumsi.

d. Pendidikan

Pendidikan dalam hal ini biasanya dikaitkan dengan pengetahuan, akan berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan gizi.

e. Lingkungan

Faktor lingkungan cukup besar pengaruhnya terhadap pembentukan perilaku makan. Lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan keluarga, sekolah, serta adanya promosi melalui media elektronik maupun cetak.

2.6.2 Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan dilakukan untuk mengetahui kebiasaan makan, gambaran tingkat kecukupan bahan makanan dan zat-zat gizi pada tingkat kelompok, rumah tangga, perorangan, serta faktor yang berpengaruh terhadap

konsumsi makanan (Supariasa *et al.*, 2012:88). Berdasarkan jenis data yang diperoleh, metode survei konsumsi makanan dibagi menjadi dua yaitu kualitatif dan kuantitatif.

Pada penelitian ini, metode pengukuran tingkat individu yaitu *semi quantitative food frequency questionnaire* (SQ-FFQ) dan *recall 7x24 jam*. *semi quantitative food frequency questionnaire* (SQ-FFQ) adalah untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan atau tahun dan besar konsumsi yang dimakan tiap kali makan. Prinsip metode *recall 24 jam* dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Pada penelitian ini *recall* dilakukan berulang-ulang sebanyak 7x24 jam untuk mendapat agar data benar-benar representatif dan menghasilkan gambaran asupan zat gizi lebih optimal dan memberikan variasi yang lebih besar tentang intake harian individu (Supariasa *et al.*, 2012:94).

2.6.3 Gangguan Makan pada Remaja

Gangguan makan menjadi masalah yang makin dirasakan di masa remaja adalah sebagai berikut :

a. *Binge eating disorder*

Suatu keadaan seseorang yang makan dalam jumlah besar secara terus menerus dan cepat tanpa terkontrol. Setelah menyadari baru merasa bersalah tapi jika keadaan *binge eating* datang lagi dia akan kembali melakukannya tanpa sadar (Sulistyoningsih, 2012:97).

b. *Anoreksia nervosa*

Adalah gangguan makan disertai dengan keinginan untuk kurus yang dilakukan dengan cara menahan lapar. *Anoreksia nervosa* merupakan sebuah gangguan serius yang dapat menyebabkan kematian (Santrock, 2007b:284). Hilangnya nafsu makan atau terganggunya pusat nafsu makan. Hal ini disebabkan oleh konsep yang terputar balik mengenai penampilan tubuh hingga penderita mempunyai rasa takut yang berlebihan terhadap kegemukan (Sulistyoningsih, 2012:98).

c. *Bulimia nervosa*

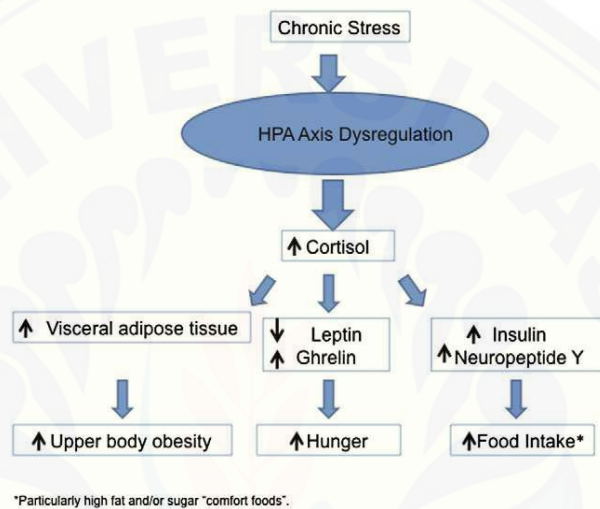
Adalah gangguan makan dimana individu secara konsisten mengikuti pola makan terus-menerus, kemudian memutakhirkan. Pada penderita *bulimia nervosa* ini mulai makan terus menerus, kemudian mengosongkan perut dengan cara membuat dirinya muntah atau menggunakan obat pencuci perut (Santrock, 2007b:284).

Faktor-faktor yang berpotensi menyebabkan perilaku makan menyimpang terdapat 3 faktor yaitu faktor sosioenvironmental, termasuk didalamnya faktor sosial budaya, norma teman sebaya, pengalaman kekerasan dan pengaruh media. Faktor kedua yaitu faktor personal termasuk didalamnya biologis/genetik, IMT, usia, jenis kelamin, rasa percaya diri, dan citra tubuh. Kemudian faktor ketiga yaitu faktor perilaku termasuk didalamnya perilaku makan, pola makan, diet, perilaku meniru, aktivitas fisik, dan ketrampilan dalam sosialisasi (Hapsari, 2009). Perilaku makan yang tidak sehat tersebut dapat mengakibatkan masalah gizi yang berujung pada morbiditas, produktivitas rendah, gangguan kesuburan, bahkan obesitas dan gangguan makan. Semakin tinggi tingkat emotional distress yang dialami oleh remaja, maka semakin buruk pula perilaku makan remaja, emotional distress yang berkepanjangan dapat membentuk perilaku makan yang buruk dan mengarah pada gangguan makan (Deva dan Sofia, 2014).

2.7 Mekanisme Biologi Saat Stres Terhadap Nafsu Makan

Stres yang terjadi secara terus-menerus akan merubah nafsu makan melalui jalur imunologi (daya tahan tubuh) dan hormon. Keberhasilan penanganan stres memerlukan terapi psikologi seperti terapi meditasi seperti *mindfulness*, selain pengobatan farmakologik. Keberhasilan diet ditentukan oleh perubahan perilaku. *Cognitive behavioral therapy* dilakukan untuk mempertahankan berat badan yang telah turun dalam jangka panjang. Respon tubuh saat stres melibatkan kondisi terjaga (*fight or flight response*) yang melibatkan interaksi sistem saraf autonom, yang mengandung saraf simpatis dan parasimpatis, sistem saraf pusat daerah hipotalamus dan pituitari juga kelenjar adrenal dan sistem hormon.

Mekanisme ini sangat efektif saat stress terjadi dalam kondisi akut, tetapi saat stres terjadi secara terus-menerus, jalur ini akan terganggu, tubuh melepaskan banyak hormone kortisol. Hormon kortisol akan merubah metabolisme tubuh sehingga terjadi peningkatan obesitas pada tubuh bagian atas (*upper-body obesity*). Lebih jauh lagi, hormon seperti leptin dan ghrelin serta neuropeptide Y dapat mempengaruhi nafsu makan dan menyebabkan perubahan cadangan lemak tubuh.



Gambar 2.1. Mekanisme Biologi Saat Stres Terhadap Nafsu Makan

Stres berkepanjangan merusak jalur hipotalamus di otak dan kelenjar adrenal (anak ginjal). Banyak hormon kortisol dihasilkan oleh kelenjar adrenal. Peningkatan kortisol akan meningkatkan penumpukan lemak tubuh bagian atas (lemak perut), penurunan hormone leptin dan peningkatan ghrelin yang meningkatkan sinyal lapar serta meningkatkan produksi insulin dan neuropeptide Y yang menyebabkan peningkatan asupan makanan terutama makanan tinggi gula dan lemak untuk menyenangkan diri (Sojcher *et al.*, 2012).

2.8 Hubungan Status Stres Psikososial Dengan Konsumsi Makanan

Hasil pengukuran tingkat stres pada penelitian Nadya (2012) menggunakan *Sheldon Cohen Perceived Stress Scale* menunjukkan bahwa 60,5% responden memiliki tingkat stres yang tergolong tinggi dan hanya 36,7% yang

termasuk dalam kategori stres rendah. Frekuensi konsumsi buah dan sayur yang jarang lebih banyak terjadi pada responden dengan tingkat stres yang tergolong tinggi. Sementara untuk konsumsi makanan cepat saji, tinggi lemak, dan tinggi gula juga paling banyak dijumpai pada responden dengan tingkat stres tinggi. Stres dapat mempengaruhi kesehatan tidak hanya melalui efek biologis langsung, tetapi juga melalui perubahan perilaku. Salah satu perubahan perilaku tersebut adalah pemilihan makanan. Stres dapat menimbulkan penyakit melalui perubahan perilaku makan serta selera makan (Nadya, 2012).

Gejala umum stres yang dialami individu yaitu gejala perilaku makan yang tidak normal (kebanyakan) sebagai pelampiasan, mengarah pada obesitas dan perilaku makan yang tidak normal (kekurangan) sebagai bentuk penarikan diri dan kehilangan berat badan secara tiba-tiba, kemungkinan berkombinasi dengan tanda-tanda depresi (Waluyo, 2009:164). Hasil penelitian Thre (2014) menunjukkan bahwa 87,5% responden diindikasikan memiliki kecenderungan *food addict*, adapun variasi makanan yang dikonsumsi secara berlebih contohnya nasi, mie instant, daging, camilan/snack, cokelat, telur, dan *fast food*. Alasan untuk memilih makanan tertentu/*food addict* karena merasa tertekan/stres meskipun sudah makan yaitu 57,5%. Dampak positif *food addict* lebih banyak menimbulkan perasaan tenang, dapat menurunkan atau menghilangkan stres dan menurunkan kecemasan.

Hasil penelitian Adriana *et al.* (2013) menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan pada tingkat stres tinggi pada pekerja wanita dengan konsumsi snack, karena perilaku makan dengan kuantitas yang besar dapat menghilangkan perasaan tertekan/stres. Menurut hasil asosiasi penelitian antara kebiasaan makan dan stres pada 4.200 remaja dari berbagai etnik menunjukkan bahwa remaja dengan stres tinggi lebih memilih makanan berlemak, snack dan memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan tidak sehat dari pada sarapan, serta mengonsumsi buah dan sayur (Cartwright *et al.*, 2003). Hasil studi kasus menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara stres, makanan dan obesitas. Mengindikasikan bahwa 45810 jumlah dari laki-laki dan perempuan lebih banyak mengonsumsi makanan dan minuman tinggi kalori, karena menurut

perempuan mengonsumsi makanan dan minuman tinggi kalori membuat perasaannya lebih baik dalam menghadapi situasi stres (Kouvonen *et al.*, 2005).

2.9 Hubungan Konsumsi Makanan Dengan Status Gizi

Pola makan yang seimbang, yaitu sesuai dengan kebutuhan disertai pemilihan bahan makanan yang tepat akan melahirkan status gizi yang baik. Asupan makanan yang melebihi kebutuhan tubuh akan menyebabkan kelebihan berat badan dan penyakit lain yang disebabkan oleh kelebihan zat gizi. Sebaliknya, asupan makanan kurang dari kebutuhan akan menyebabkan tubuh menjadi kurus dan rentan terhadap penyakit (Sulistyoningsih, 2012:57).

Hasil penelitian Yani (2012) menunjukkan ada pengaruh yang bermakna antara asupan energi dengan kejadian obesitas. Siswa yang asupan energi > 2056,1 kkal/hari risikonya 6,303 kali lebih besar akan mengalami obesitas dibandingkan dengan kelompok yang asupan energinya $\leq 2056,1$ kkal/hari. Dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi asupan energi semakin tinggi kemungkinan untuk terjadinya obesitas pada remaja dan semakin tinggi asupan lemak semakin tinggi untuk terjadinya obesitas.

Hasil penelitian Bryan *et al.* (2010) dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara asupan energi dan status gizi. Dalam penelitian ini terdapat 6 orang responden atau 8,3% yang mempunyai status gizi gemuk dengan asupan energi yang berlebih, serta terdapat 3 orang responden dengan status gizi obesitas yang mempunyai asupan energi lebih. Asupan energi yang berlebihan secara kronis akan menimbulkan kenaikan berat badan, berat badan lebih dan obesitas. Makanan dengan kepadatan energi yang tinggi (banyak mengandung lemak atau gula yang ditambahkan dan kurang mengandung serat) turut menyebabkan sebagian besar keseimbangan energi yang positif.

Penelitian yang dilakukan oleh Nelly (2009) responden dengan jumlah asupan energi yang baik mengalami obesitas 29,4% dan yang tidak mengalami obesitas 70,6%. Responden dengan jumlah energi yang tidak baik mengalami obesitas 6,3% dan yang tidak mengalami obesitas 93,7%. Hasil uji statistik $p < 0,05$

ini berarti menunjukkan jumlah asupan energi berpengaruh terhadap kejadian obesitas.

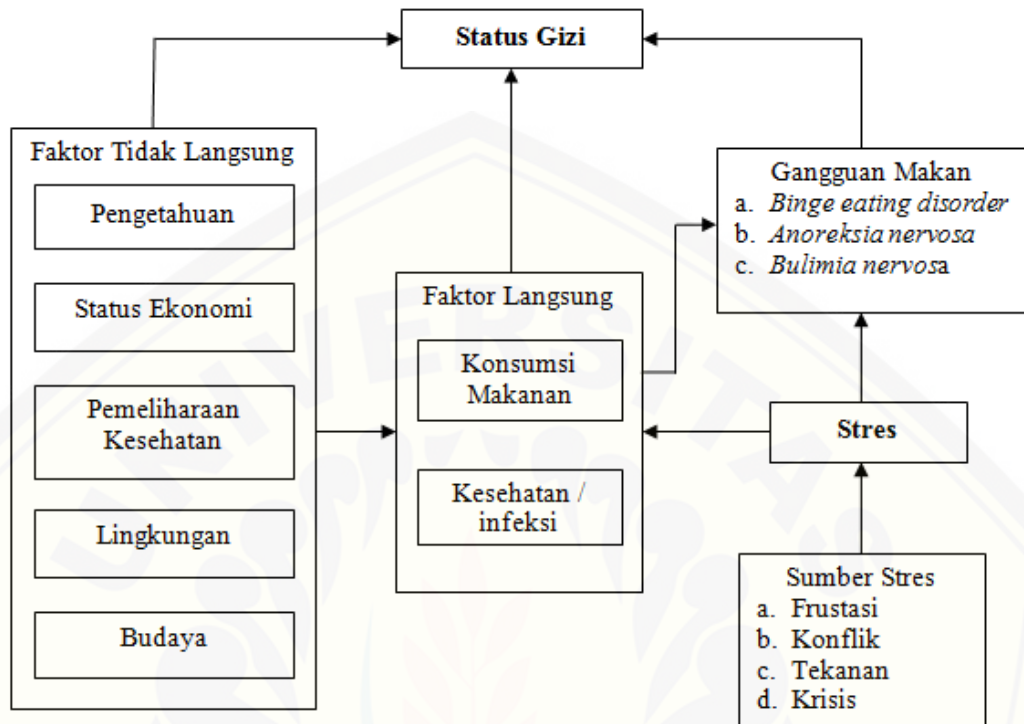
2.10 Hubungan Status Stres Psikososial Dengan Status Gizi

Seseorang yang mengalami stres psikososial yang ditangkap melalui panca inderanya, melalui sistem saraf panca indera akan diteruskan ke susunan saraf pusat otak, yaitu bagian saraf otak yang disebut *lymbic system*, melalui transmisi saraf. Dan selanjutnya stimulus atau rangsangan psikososial tadi melalui susunan saraf otonom akan diteruskan ke kelenjar-kelenjar hormonal yang merupakan sistem imunitas tubuh dan organ-organ tubuh yang dipersyarafinya. Stimulus atau rangsangan psikososial tadi pada mulanya merupakan gangguan fungsional atau faal organ tubuh, namun bila berkelanjutan akan menyebabkan kelainan pada organ tubuh itu sendiri atau organ itu sakit. Dalam berbagai penelitian Selye (1976), Glaser (1987), Solomon (1993) menyatakan bahwa stres psikososial akan mengakibatkan stres psikologik yang berdampak pada menurunnya imunitas tubuh. Bila imunitas tubuh menurun maka yang bersangkutan rentan jatuh sakit baik fisik maupun mental (Hawari, 2013:12-14). Hormon stres juga menyebabkan meningkatnya lemak dalam darah termasuk kolesterol, hormon tersebut dapat mempercepat resiko peningkatan tekanan dalam arteri sehingga akan merusak dinding arteri dan membantu pembentukan deposit lemak (Swarth, 2004:38).

Hasil penelitian Nadeak *et al.* (2013) menunjukkan semakin tinggi skor stres seseorang, semakin tinggi tingkatan indikator status gizinya. Dapat dilihat bahwa individu yang status gizinya gemuk, dan obesitas mengalami stres berat dan stres sedang. Tingginya status stres psikososial pada remaja sangat mempengaruhi status gizi pada responden karena yang mengalami penurunan IMT/U dan peningkatan IMT/U sehingga status gizi responden banyak yang kurus, gemuk, dan obesitas. Timbulnya efek negatif dari stres tergantung pada kepribadian individu yang bersangkutan, status kesehatan, falsafah hidup, kekuatan keyakinan akan agama dan kepercayaan yang dianut, persepsi terhadap stres dan *stress-prone* (kecenderungan mengalami stres) (Nadeak *et al.*, 2013).

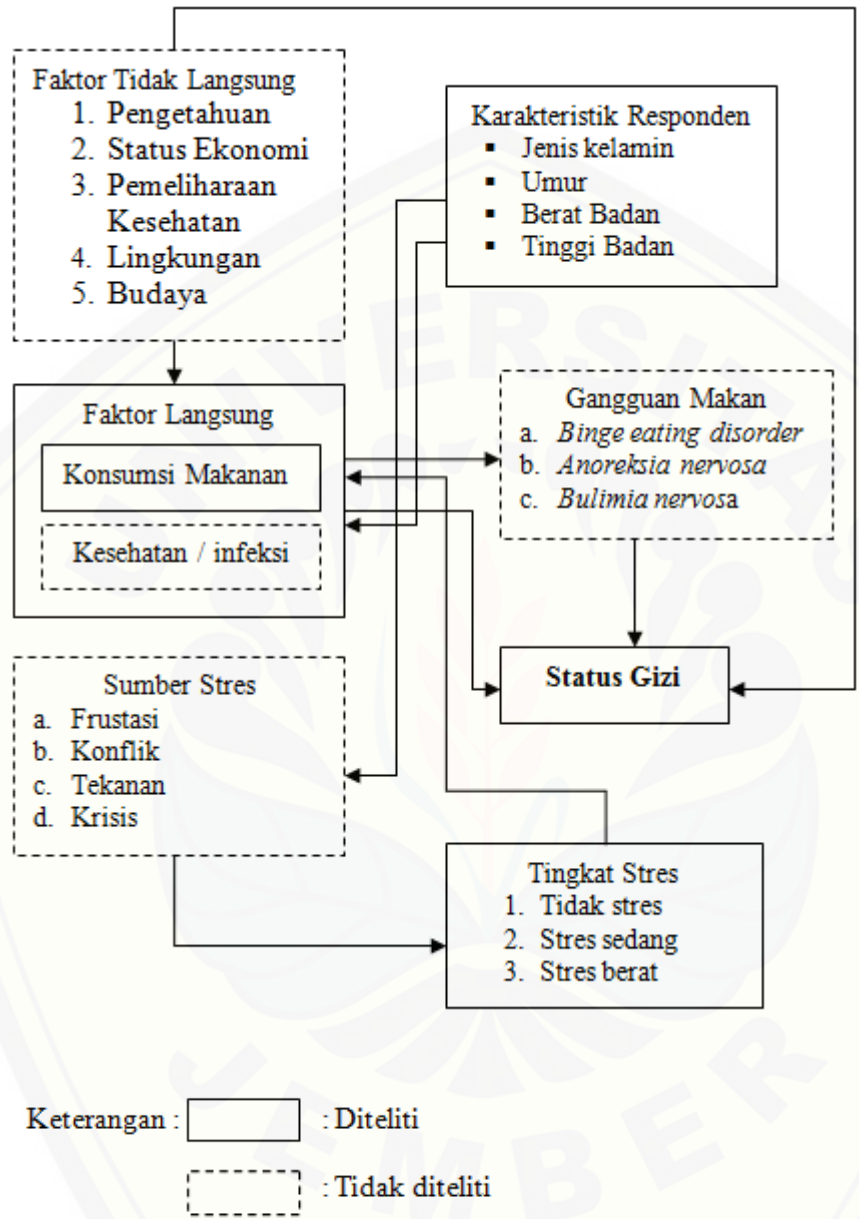
Hasil penelitian Anggraini (2013) menunjukkan bahwa depresi memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dengan status gizi. Bahwa subyek yang mengalami depresi sedang akan mengalami obesitas dengan persentase sebesar 21,75%. Hal ini bisa menggambarkan bahwa keadaan depresi yang dialami oleh subyek penelitian akan membuat subyek berperilaku makan lebih, sehingga status gizi juga semakin meningkat bahwa sampai tahap obesitas. Tetapi di sisi yang berbeda, subyek yang mengalami depresi ringan memiliki status gizi kurang dengan prevalensi sebesar 18,92%, dimana hal ini menggambarkan bahwa depresi yang dialami subyek bisa membuat subyek tidak mau makan sehingga memiliki asupan makan yang kurang. Penelitian yang dilakukan oleh Rohmawati (2013) dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *anxiety* dengan status gizi responden ($p < 0,05$). Odds Ratio (OR) sebesar 2,12 menunjukkan bahwa responden yang mengalami *anxiety* sedang memiliki kemungkinan 2,12 kali lebih besar mengalami status gizi lebih dan kurang dibandingkan dengan responden yang mengalami *anxiety* ringan.

2.11 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori
Sumber : Putra (2013), Sunaryo (2013) , Santrock (2007b)

2.12 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Dalam perkembangan remaja, remaja mengalami perkembangan intelektual emosional dan psikososial. Ruang lingkup psikososial adalah keluarga, lingkungan, rekreasi, pergaulan, pendidikan, solidaritas dan pekerjaan. Jika remaja gagal dalam menjalankan perkembangan psikososial maka dapat mengakibatkan stres psikososial atau keadaan yang menjadi stresor/tekanan bagi remaja. Status stres psikososial berbeda individu satu dengan yang lainnya, tergantung dari banyaknya permasalahan yang mereka hadapi. Klasifikasi stres yaitu tidak stres, stres sedang, dan stres berat. Keadaan stres yang dialami oleh remaja dapat meningkatkan hormon kortisol yang berlebih sehingga berdampak pada pola konsumsi makanan atau asupan makanan yang menjadi pilihan untuk dikonsumsi remaja untuk mengatasi stres yang dialaminya.

Stres juga berdampak pada penurunan imunitas dan sekresi hormon berlebih serta psikosomatik pada remaja. Hormon stres juga dapat membantu pembentukan deposit lemak, terlebih di dukung oleh perilaku remaja dalam perilaku makan yang berlebih atau kekurangan sehingga mempengaruhi kebiasaan pola konsumsi dan asupan makanan. Perilaku makan kelebihan atau kekurangan yang dialami oleh remaja dapat berpengaruh pada status gizi, hal ini disebabkan oleh persepsi remaja pada suatu permasalahan yang dialaminya sehingga berakibat pada perilaku makan yang akhirnya mengalami defisiensi ataupun kelebihan zat gizi dalam tubuh. Defisiensi atau kelebihan zat gizi dalam tubuh yang terjadi dalam jangka waktu lama maka akan berdampak pada status gizi remaja.

2.13 Hipotesis Penelitian

- a. Ada hubungan antara status stres psikososial dengan konsumsi makanan siswa kelas X SMAN 2 Jember.
- b. Ada hubungan antara konsumsi makanan dengan status gizi siswa kelas X SMAN 2 Jember.
- c. Ada hubungan antara status stres psikososial dengan status gizi siswa kelas X SMAN 2 Jember.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dimana data yang menyangkut variabel bebas adalah status stres psikososial dan variabel terikat adalah konsumsi makanan dan status gizi remaja diambil dalam waktu bersamaan dengan tujuan untuk mencari hubungan antara status stres psikososial dan konsumsi makanan dan status gizi remaja.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Sekolah Menengah Atas Negeri / SMAN 2 Jember yang terletak di Jalan Jawa No.16 Kelurahan Sumbersari Kecamatan Jember Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Januari sampai Februari 2016 yang mencakup tahap persiapan sampai pelaporan.

3.3 Populasi dan sampel penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi juga disebut sekelompok individu atau objek yang memiliki karakteristik sama (Notoatmodjo, 2012:86). Populasi dalam penelitian ini adalah siswa-siswi kelas X SMAN 2 Jember sebanyak 360 siswa. Peneliti memilih populasi pada kelas X karena kelas X mengalami masa peralihan atau transisi yang baru dialaminya dari sekolah menengah pertama ke sekolah menengah atas. Masa transisi tersebut dapat menimbulkan stres karena transisi terjadi secara simultan dengan banyak perubahan lain di dalam diri individu, di dalam keluarga dan di sekolah (Santrock, 2007a:105). Pada masa transisi siswa akan menemui hal-hal

yang baru di lingkungan sekolahnya, mulai dari teman, guru, peraturan sekolah, dan lain-lain.

Kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti dalam populasi siswa-siswi kelas X SMAN 2 Jember, diantaranya sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012:130). Penentuan kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Bersedia untuk dijadikan sampel penelitian.
- 2) Siswa-siswi kelas X SMAN 2 Jember.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah:

- 1) Siswa kelas X SMAN 2 Jember yang tidak masuk sekolah pada saat penelitian.
- 2) Siswa-siswi kelas X yang sedang diet
- 3) Siswa-siswi yang mengalami gangguan makan

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi penelitian, sehingga dalam pengambilan sampel dibutuhkan teknik tertentu agar hasil penelitian valid (Notoatmodjo, 2012:115), maka penentuan besar sampel menggunakan rumus besar sampel (data proporsi) untuk estimasi dengan populasi *finit*/diketahui jumlahnya dilakukan dengan menggunakan formula berikut ini :

$$n = \frac{N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{312 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,47) \cdot (0,53)}{0,01 (312 - 1) + (1,96)^2 (0,5) \cdot (0,5)}$$

$$n = 72,2$$

Dimana :

N = Besar populasi

n = besar sampel minimum

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal baku pada tingkat kepercayaan 95% (1- α), yaitu 0,05 sebesar 1,96

p = Perkiraan proporsi pada populasi (diperoleh dari penelitian sebelumnya oleh Nadeak *et al.* (2013) dengan proporsi: 36/77) 77 adalah jumlah responden, 36 adalah jumlah responden yang mengalami stres berat. Pemilihan jumlah pembanding yaitu stres berat dikarenakan jumlah yang paling dominan diantara kriteria stres, yaitu antara stres berat, stres sedang dan tidak stres.

q = (1-p)

d = Kesalahan (absolute yang dapat ditolerir yaitu 10%)

Berdasarkan perhitungan di atas diketahui besar sampel minimal yang dapat mewakili populasi adalah 80 responden. Jumlah responden didapat dari total responden 72 dari perhitungan rumus, dan ditambah dengan 10% dari total responden. Hal tersebut dilakukan untuk mengantisipasi adanya data yang tidak sesuai atau *drop out*.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling* sehingga setiap anggota memiliki kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel. Apabila besarnya sampel yang diinginkan itu berbeda-beda, maka besarnya kesempatan bagi setiap satuan elementer untuk dipilih berbeda-beda pula (Notoatmodjo, 2012:120). Penentuan sampel dengan cara diundi, sehingga diperoleh siswa yang akan dijadikan sampel. Penentuan jumlah sampel disetiap lingkungan berdasarkan proporsi dan digunakan rumus sebagai berikut:

$$nh = \frac{Nh}{N} \times n$$

Keterangan :

nh = Besarnya sampel untuk sub populasi

Nh = Total masing-masing sub populasi

N = Total populasi secara keseluruhan

n = Besar sampel

Tabel 3.1 Distribusi Besar Sampel Menurut Jumlah Siswa Setiap Kelas X

No	Kelas	Nh	N	n	nh
1	X MIPA 1	31	312	80	8
2	X MIPA 2	31	312	80	7
3	X MIPA 3	31	312	80	9
4	X MIPA 4	32	312	80	9
5	X MIPA 5	29	312	80	8
6	X MIPA 6	31	312	80	8
7	X MIPA 7	32	312	80	8
8	X MIPA 8	35	312	80	8
9	X IPS 1	28	312	80	7
10	X IPS 2	32	312	80	8
TOTAL					80

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep penelitian tertentu (Notoatmodjo, 2012:103), dalam penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu :

a. Variabel Bebas

Variabel bebas (*independent*) adalah variabel yang mempengaruhi variabel terikat (*dependent*) (Notoatmodjo, 2012:104). Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini adalah status stres psikososial siswa kelas X SMAN 2 Jember.

b. Variabel terikat

Variabel terikat (*dependent*) adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (*independent*) (Notoatmodjo, 2012:104). Variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini adalah konsumsi makanan dan status gizi siswa kelas X SMAN 2 Jember.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat didefinisikan berupa kata-kata yang dapat menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diuji dan ditentukan kebenarannya oleh orang lain. Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam peneliti secara operasional sehingga mempermudah pembaca dalam mengartikan dan memahami penelitian (Notoatmodjo, 2012:111). Definisi operasional diuraikan pada tabel 3.2.

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel / sub variabel	Definisi operasional	Cara Pengukuran	Klasifikasi	Skala Data
1.	Status stres psikososial	Keadaan / peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang terpaksa mengadakan adaptasi / penyesuaian diri untuk menanggulangnya.	Stres psikososial dinyatakan melalui wawancara dengan kuesioner <i>Adolescent life chance event scale</i> (ALCES). Kuesioner tersebut terdapat 31 pernyataan dan setiap pernyataan memiliki <i>score</i> /nilai kemudian dijumlahkan untuk menentukan klasifikasi stres. (lihat lampiran 1)	1. Tidak stres jika < 150 2. Stres sedang jika 150-299 3. Stres berat jika ≥ 300 (Nadeak <i>et al.</i> , 2013)	Ordinal
	Konsumsi Makanan	Kebiasaan makan, gambaran tingkat kecukupan bahan makanan dan zat-zat gizi pada tingkat perorangan. Metode survei konsumsi makanan dibagi menjadi dua yaitu kualitatif dan kuantitatif. Metode pengukuran tingkat individu yaitu <i>recall</i> 7x24 jam untuk menunjukkan tingkat konsumsi perorangan dan <i>semi quantitative food frequency questionnaire</i> (SQ-FFQ) untuk menunjukkan pola konsumsi makanan.			

No	Variabel / sub variabel	Definisi operasional	Cara Pengukuran	Klasifikasi	Skala Data
2	Tingkat konsumsi (energi, karbohidrat, protein, lemak)	Gambaran tingkat kecukupan bahan makanan dan zat gizi perorangan dibandingkan dengan AKG 2012 selama 7 hari dengan form <i>recall</i> 24 jam.	Menggunakan Lembar <i>recall</i> 7x24 jam. Pengambilan data <i>recall</i> 1x24 jam setiap minggu dengan hari yang tidak berurutan.	Jenis : 1. Energi 2. Protein 3. Lemak 4. Karbohidrat Jumlah : 1. Lebih jika >120 % AKG 2. Baik jika 80% - 120% AKG 3. Sedang jika 70% - 79,9% AKG 4. Kurang jika 60% - 69,9% AKG 5. Defisit jika <60% AKG (Supriasa <i>et al.</i> , 2012:114)	Ordinal
3	Pola Konsumsi makanan	Gambaran atau frekuensi pola konsumsi sejumlah bahan makanan selama periode 1 tahun yang lalu	Menggunakan lembar <i>semi quantitative food frequency questionnaire</i> (SQ-FFQ)	1. Sering >1 kali/hari 1 kali/hari 2. Jarang 4-6 kali/minggu 1-3 kali/minggu 1-3 kali/bulan 3. Tidak pernah (Supriasa <i>et al.</i> , 2012)	Ordinal
4	Status gizi	Keadaan remaja yang diketahui dari perhitungan IMT/U (Indeks Masa Tubuh), yang diketahui dengan perhitungan BB/TB^2 dan dibandingkan dengan umur.	Pengukuran BB dengan timbangan kamar mandi <i>bathroom scale</i> dan perhitungan BB/TB^2 dan dibandingkan	IMT/U 1. Sangat Kurus <-3 SD 2. Kurus -3 SD sampai dengan -2 SD	Ordinal

No	Variabel / sub variabel	Definisi operasional	Cara Pengukuran	Klasifikasi	Skala Data
			dengan umur.	3. Normal -2 SD sampai dengan 1 SD 4. Gemuk 1 SD sampai dengan 2 SD 5. Obesitas >2SD (Kementrian Kesehatan RI, 2011)	

3.5 Data dan Sumber Data

a. Data primer

Data primer dari penelitian ini diperoleh dari observasi langsung untuk mengetahui status stres psikososial yang didapat dari responden dengan menggunakan penilaian kuesioner *Adolescent life chance event scale* (ALCES). Untuk mengetahui gambaran atau frekuensi pola konsumsi sejumlah bahan makanan selama periode 1 tahun yang lalu dan mengetahui besar konsumsi yang dimakan tiap kali makan perorangan menggunakan lembar *semi quantitative food frequency questionnaire* (SQ-FFQ). Tingkat konsumsi zat gizi makro atau *intake* harian perorangan diketahui dengan menggunakan lembar *recall 7x24 jam*. Dan status gizi diukur dengan indeks massa tubuh/umur, BB/TB^2 dengan melakukan pengukuran langsung menggunakan timbangan kamar mandi atau *bathroom scale* untuk mengukur berat badan dan *microtoise* untuk mengukur tinggi badan dan dibandingkan dengan umur responden.

b. Data sekunder

Data sekunder yang dikumpulkan jumlah siswa setiap kelas di SMAN 2 Jember.

3.6 Teknik dan Alat Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

a. Kuesioner

Kuesioner digunakan untuk memperoleh data status stres psikososial, gambaran atau frekuensi pola konsumsi sejumlah bahan makanan selama periode 1 tahun yang lalu dan mengetahui tingkat konsumsi perorangan.

- 1) Prosedur kuesioner *Adolescent life chance event scale* (ALCES)
 - a) Petugas atau pewawancara meminta responden untuk memberi tanda pada pernyataan yang pernah dialami oleh responden selama 1 tahun yang lalu dalam lembar kuesioner.
 - b) Petugas melakukan rekapitulasi pernyataan yang dipilih responden atau diberi tanda pada kuesioner kemudian menambahkan atau diakumulasikan *score*/nilainya. Setelah mengetahui jumlah *score*/nilai maka petugas mengklasifikasikan kategori stres yang dialami responden. Berdasarkan *score*/nilai kuesioner stres dikategorikan dalam 3 kriteria yaitu: tidak stres (< 150), stres sedang (150-299), stres berat (≥ 300).
- 2) Prosedur *semi quantitative food frequency questionnaire* (SQ-FFQ) untuk mengetahui gambaran atau frekuensi pola konsumsi dan mengetahui besar konsumsi yang dimakan tiap kali makan adalah sebagai berikut :
 - a) Petugas atau pewawancara meminta responden untuk memberi tanda pada daftar makanan yang tersedia pada kuesioner mengenai frekuensi penggunaannya dan ukuran porsi.
 - b) Petugas melakukan rekapitulasi tentang frekuensi penggunaan jenis-jenis bahan makanan terutama bahan makanan yang merupakan sumber-sumber zat gizi tertentu selama periode tertentu pula dan mengetahui besar konsumsi setiap makanan yang dimakan rata-rata perhari (Supariasa *et al.*, 2012:98-99).

3) Prosedur *recall* 7x24 jam untuk mengetahui tingkat konsumsi adalah sebagai berikut :

- a) Petugas atau pewawancara menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam ukuran rumah tangga (URT) selama kurun waktu 24 jam yang lalu, kemudian petugas melakukan konversi dari URT ke dalam ukuran berat (gram).
- b) Pengambilan data *recall* sebanyak 7x24 jam. *Recall* dilaksanakan 2 kali dalam satu minggu dengan hari yang tidak berurutan, pengambilan data *recall* sampai 4 minggu hingga data *recall* mencapai 7x24 jam.
- c) Menganalisis kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat dalam bahan makanan dengan menggunakan Nutrisurvey versi Indonesia.
- d) Membandingkan dengan daftar Kecukupan Gizi yang dianjurkan (DKGA) atau Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Indonesia untuk mengetahui tingkat konsumsi yaitu dengan klasifikasi lebih jika $> 120\%$ AKG, baik jika $80\% - 120\%$ AKG, sedang jika $70\% - 79,9\%$ AKG, kurang jika $60\% - 69,9\%$ AKG, defisit jika $< 60\%$ AKG (Supriasa *et al.*, 2012:114).

b. Pengukuran antropometri

Pengukuran yang dilakukan dalam hal ini yaitu penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan responden untuk mengetahui status gizi responden.

Pengukuran meliputi :

1) Pengukuran berat badan

Alat yang digunakan dalam pengukuran berat badan adalah timbangan kamar mandi atau *bathroom scale* dengan ketelitian 100 gram. Langkah-langkah pengukuran yang dilakukan sebagai berikut :

- a) Letakkan timbangan kamar mandi atau *bathroom scale* pada lantai yang datar. Pastikan angka pada timbangan menunjukkan angka nol.

- b) Responden yang akan ditimbang harus menggunakan pakaian seminimal mungkin, tanpa alas kaki, topi, baju tebal, dan barang lainnya yang dapat mempengaruhi hasil penimbangan dan dalam posisi tegak dengan pandangan ke depan dan tidak bergerak-gerak.
- c) Baca angka yang terdapat di timbangan kamar mandi atau *bathroom scale*, jarum tersebut menunjukkan berat badan yang diukur (Supariasa *et al.*, 2012).

2) Pengukuran Tinggi Badan

- a) Tempelkan dengan paku *microtoise* tersebut pada dinding yang datar setinggi 2 meter. Angka nol pada dinding lantai yang rata.
- b) Lepaskan sepatu, sandal, dan pakaian lainnya yang mengganggu dalam pengukuran.
- c) Responden berdiri tegak seperti sikap siap sempurna dalam berbaris, kaki lurus, siku, tumit, pantat, punggung, dan kepala bagian belakang menempel pada dinding dan muka menghadap lurus dengan pandangan mata kedepan.
- d) Turunkan *microtoise* sampai rapat pada kepala bagian atas, baca angka pada skala yang terlihat pada lubang dalam gulungan *microtoise*. Angka tersebut menunjukkan tinggi badan dari anak balita yang diukur (Supariasa *et al.*, 2012:44).

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

a. Kuesioner

Kuesioner digunakan untuk memperoleh data mengenai jenis kelamin, umur, dan kelas responden.

- b. Formulir *Adolescent life chance event scale* (ALCES) untuk mengetahui status stres psikososial pada responden.
- c. Formulir *recall 7x24 jam* untuk mengetahui tingkat konsumsi responden untuk menggambarkan asupan zat gizi dan *intake* harian responden.
- d. Formulir *semi quantitative food frequency questionnaire* (SQ-FFQ) Untuk mengetahui gambaran atau frekuensi pola konsumsi sejumlah bahan makanan secara selama periode 1 tahun yang lalu dari responden.

- e. Alat ukur berat badan dengan menggunakan timbangan kamar mandi atau *bathroom scale*
- f. Alat ukur tinggi badan dengan menggunakan *microtoise*.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data pada penelitian ini meliputi :

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti mengumpulkan data di lapangan. *Editing* dilakukan terhadap data yang telah diperoleh dari hasil wawancara yang tertera pada lembar kuesioner. Hal ini dilakukan untuk meneliti dan memperbaiki data yang telah dikumpulkan. Maksud dilakukannya *editing* dalam penelitian ini untuk meneliti data-data yang telah dikumpulkan, apabila terdapat data yang kurang lengkap maka peneliti akan menanyakan lagi kepada responden dengan harapan data-data yang ada pada kuesioner karakteristik responden, *Adolescent life chance event scale* (ALCES), *semi quantitative food frequency questionnaire* (SQ-FFQ), dan *recall 7x24 jam* benar-benar lengkap.

b. Pemberian kode (*Coding*)

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting apabila pengolahan dan analisa data menggunakan komputer (Nazir, 2009:348). Biasanya dalam memberikan kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam suatu buku untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel. Pemberian kode pada setiap responden dan atribut pertanyaan dari variabel yang diteliti untuk mempermudah waktu melakukan tabulasi dan analisis. Pemberian *coding* pada klasifikasi tingkat stres, frekuensi atau pola konsumsi, tingkat konsumsi, dan status gizi yang diberi kode numerik/angka.

c. Tabulasi (*Tabulating*)

Tabulasi merupakan proses penyusunan data dalam bentuk tabel sehingga akan lebih mudah dibaca dan dimengerti, dengan menggunakan tabulasi

data diperoleh nilai dari variabel yang selanjutnya data siap untuk dianalisis atau dikaji. Data yang akan ditabulasi yaitu umur dan jenis kelamin, frekuensi tingkat stres, frekuensi tingkat konsumsi zat gizi, frekuensi pola konsumsi dan frekuensi status gizi pada responden.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar data dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, sehingga data yang disajikan harus sederhana dan jelas agar mudah dibaca dan dipahami. Cara penyajian data penelitian dikelompokkan menjadi tiga yaitu bentuk teks, tabel, dan grafik (Notoatmodjo, 2012:188). Data diperoleh dari hasil kuesioner, observasi dan pengukuran akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat.

a. Analisis univariat

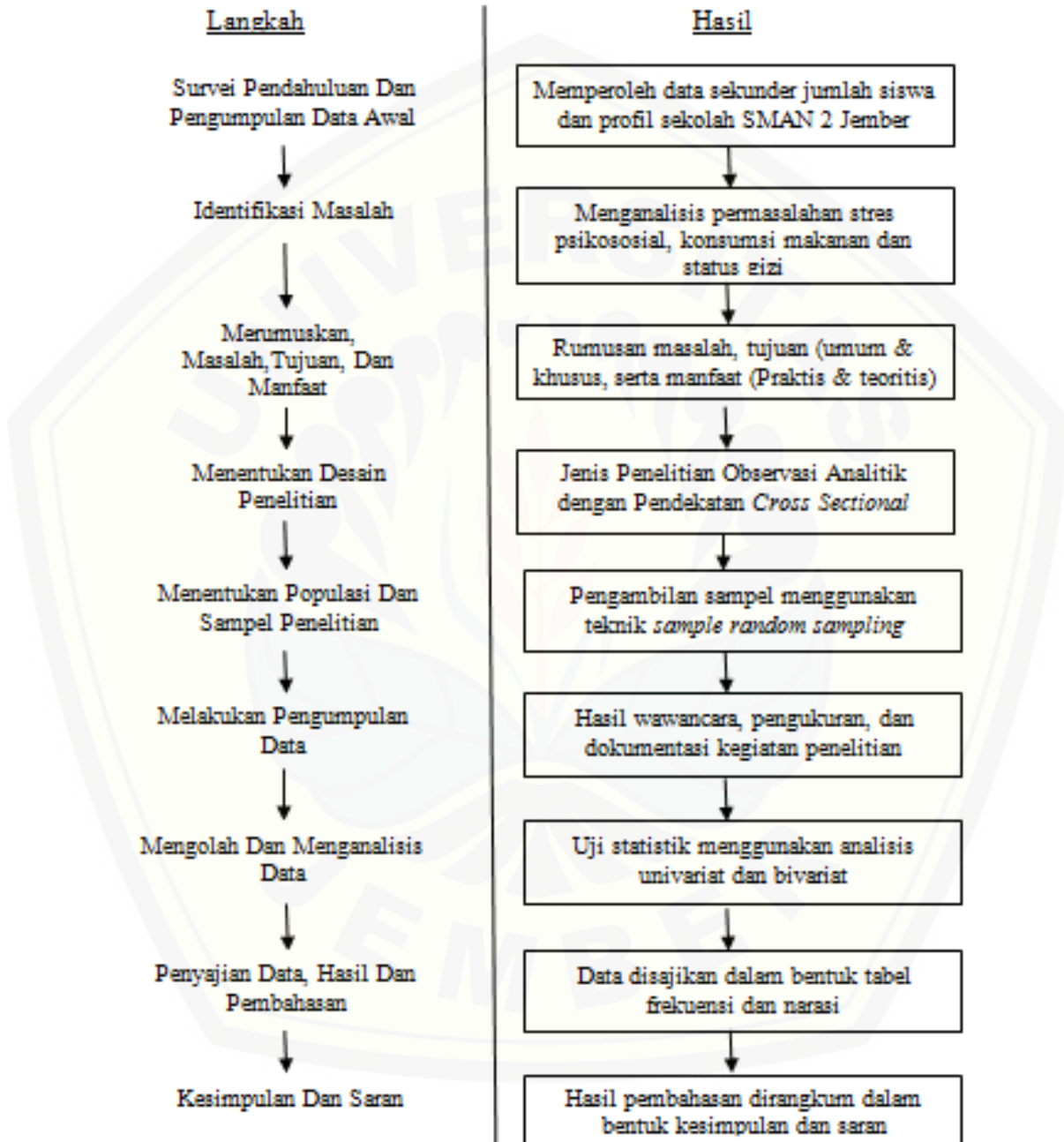
Analisis univariat digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentasi dari masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun variabel terikat (Notoatmodjo, 2012:182).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis lanjut setelah diketahui distribusi masing-masing variabel. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu status stres psikososial. Variabel bebas tersebut dianalisis hubungannya terhadap variabel terikat penelitian yaitu tingkat konsumsi makanan dan status gizi dengan menggunakan uji statistik Kofisien Kontingensi karena semua data variabel berskala ordinal. Analisis Kofisien Kontingensi ini pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$). Pengambilan keputusan didasarkan jika nilai sig lebih besar dari α maka H_0 diterima atau tidak ada hubungan, serta jika nilai sig lebih kecil dari α maka H_0 ditolak atau ada hubungan.

3.8 Alur Penelitian

Urutan langkah-langkah penelitian dan hasil masing-masing langkah diuraikan dalam diagram berikut:



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- a. Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki dan hampir seluruh responden berumur 12-16 tahun yang merupakan masa remaja awal/dini (*early adolescent*).
- b. Sebagian besar responden remaja di SMAN 2 Jember status stres psikososial kategori stres sedang.
- c. Sebagian besar responden remaja di SMAN 2 Jember memiliki tingkat konsumsi energi dalam kategori defisit, sebagian besar memiliki tingkat konsumsi karbohidrat dalam kategori sedang, sebagian besar memiliki tingkat konsumsi protein dalam kategori baik, dan sebagian besar memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori baik.
- d. Seluruh remaja SMAN 2 Jember sering mengonsumsi nasi pada pola konsumsi sumber makanan karbohidrat, pada pola konsumsi makanan sumber protein hewani yang sering dikonsumsi yaitu telur ayam, pada pola konsumsi makanan sumber protein nabati yang sering dikonsumsi yaitu tempe, pada pola konsumsi makanan sumber sayuran yang sering dikonsumsi yaitu tomat, pada pola konsumsi makanan sumber buah-buahan yang sering dikonsumsi yaitu semangka, pada pola konsumsi makanan sumber minuman yang sering dikonsumsi yaitu teh, pada pola konsumsi sumber makanan *fast food* yang sering dikonsumsi yaitu bakso, dan pada pola konsumsi sumber makanan manis yang sering dikonsumsi yaitu snack. Remaja dengan stres tinggi lebih memilih makanan berlemak, *snack* dan memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan tidak sehat dari pada sarapan, serta mengonsumsi buah dan sayur.
- e. Sebagian besar responden remaja di SMAN 2 Jember memiliki status gizi normal.
- f. Terdapat hubungan yang signifikan antara status stres psikososial dengan tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, dan lemak remaja di SMAN 2 Jember. Terdapat hubungan antara status stres psikososial dengan konsumsi sumber minuman, *fast food*, dan makanan manis.

- g. Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, dan lemak dengan status gizi remaja di SMAN 2 Jember.
- h. Terdapat hubungan yang signifikan antara status stres psikososial dengan status gizi remaja di SMAN 2 Jember.

5.2 Saran

- a. Sekolah menyediakan menu makanan yang sehat dan bergizi di kantin sekolah bekerja sama dengan Dinas Kesehatan dalam klasifikasi mutu makanan sehat, dan bekerja sama dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat dalam penyediaan dan pengolahan makanan *fastfood* ataupun tradisional yang disukai siswa yang tidak mengesampingkan nilai gizi serta pengolahannya yang bersih. Sehingga dapat memperbaiki status gizi kurang dan status gizi lebih pada siswa.
- b. Pihak sekolah memberikan konseling mengenai gizi seimbang dan pemilihan menu makanan yang sehat kepada siswa dengan memanfaatkan layanan klinik kesehatan di sekolah yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, serta penggunaan media seperti poster sebagai peningkatan pengetahuan siswa terhadap pentingnya gizi seimbang sehingga siswa dapat memilih makanan sehat yang akan dikonsumsi untuk memenuhi kebutuhannya.
- c. Perhatian pihak sekolah terhadap masalah-masalah yang dihadapi oleh siswa dengan memaksimalkan fungsi jam pelajaran bimbingan konseling sehingga siswa dapat menemukan solusi dan menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya dengan baik, sehingga stres psikososial yang dialami oleh siswa tidak berdampak pada perkembangan psikologis maupun biologis siswa.
- d. Pihak sekolah mengadakan skrining mengenai status gizi siswa secara rutin yang dilakukan kepada seluruh siswa setiap kenaikan kelas dengan memaksimalkan fungsi klinik kesehatan sekolah, sehingga dapat memantau pertumbuhan dan status gizi siswa.

- e. Adanya penelitian lebih lanjut tentang perbedaan tingkat stres pada remaja perkotaan dan pedesaan yang mempengaruhi konsumsi makanan dan status gizi remaja.



DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, O., Haslinda, A., Nobaya, A., dan Rahimah, I. 2013. Stress Indicators and Eating Habits among Working Malaysian Women. Faculty of Human Ecology, Universiti Putra Malaysia, Serdang, Malaysia. *Jurnal Asian Social Science*; Vol. 9, No. 7; 2013. [Serial Online]. www.um.edu.my/umms/mmj/pdf/319.com. [30 November 2015]
- Adriani, F. 2010. Pemberian Ekstrak Teh Hijau Menurunkan Berat Badan, Lingkar Perut, Dan Persentase Lemak Tubuh Pada Wanita Kelebihan Berat Badan Yang Melakukan Latihan Fisik Dengan Pola Makan Biasa. Rogram Studi Ilmu Biomedik Universitas Udayana. *Thesis*. [Serial Online]. <http://www.pps.unud.ac.id>. Pdf. [17 Maret 2016]
- Alamsyah, R. M. 2010. Efek Cara Perbedaan Meminum Softdrink (Minuman Ringan) Terhadap Penurunan pH Saliva Pada Siswa SMP Raksana Medan. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Sumtra Utara Medan. Tesis. [Serial Online]. <http://repository.usu.ac.id>.pdf. [5 Maret 2016]
- Almatsier, S. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Almatsier, S., Soetardjo, S., dan Soekartri, M. 2011. *Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Andriana, M., & Wirdjatmadi, B. 2014. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana Prenadamedia Group
- Anggraini, D. I. 2013. Hubungan Depresi Dengan Status Gizi. Bagian Ilmu Kedokteran Universitas Lampung. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*. [Serial Online]. <http://download.portalgaruda.ac.id>.pdf. [14 September 2015]
- Anugrah, A. A., Rahayu, I., dan Yustini. 2013. Hubungan Konsumsi Fast Food Dengan Kejadian Overweighth Pada Remaja di SMA Katolik Cendrawasih Makasar. Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. *Jurnal Ilmiah Gizi*. [Serial Online]. <http://repository.unhas.ac.id>.pdf. [14 September 2015]
- Arisman, M. B. 2010. *Gizi Daur Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Arlinda, S. 2015. Hubungan Konsumsi Fast Food Dengan Obesitas Pada Remaja Di SMP Muhammadiyah 10 Yogyakarta. Program Studi Bidan Pendidik Jenjang D IV Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta. *Skripsi*. [Serial Online]. <http://opac.say.ac.id>.pdf. [17 Maret 2016]

- Bintarany. 2012. pengaruh antara tingkat kecemasan dengan respon psikososial pada mahasiswa S1 ilmu keperawatan yang sedang menyusun skripsi di Universitas Muhammadiyah Semarang. [Serial Online]. <http://digilib.unimus.ac.id>. [26 Juni 2016]
- BKKBN (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional). 2010. Batasan usia remaja. [Serial Online]. <https://www.bkkbn.co.id.pdf>. [28 Oktober 2015]
- Bryan, R., Nova, H. K., dan Mauree, I. P. 2010. Hubungan Antara Asupan Energi Dengan Status Gizi Siswi SMA Negeri 4 Manado. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sam Ratulangi Manado. *Jurnal Ilmiah Gizi*. [Serial Online]. <https://jurnalunpad.ac.id.pdf>. [18 September 2015]
- Budyanto, M.A.K. 2004. *Dasar-Dasar Ilmu Gizi*. Malang: UMM Press
- Cartwright, M., Wardle J., Steggle N., Simon A. E., Croker, H., dan Jarvis, M. J. 2003. Stress And Dietary Practices In Adolescents. *Health Psychology* 22:362-369. [Serial Online]. <http://www.pyrexjournals.org/pjnam.pdf>. [30 November 2015]
- Chasanah, U., Sufiati, B., dan Yuliana, N. 2013. Hubungan Tingkat Depresi dengan Asupan Energi dan Protein Pasien Depresi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang Program Studi DIII Gizi Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang. *Jurnal Gizi Universitas Muhammadiyah Semarang November 2013, Volume 2, Nomor 2*. [Serial Online]. <http://www.unimus.ac.id.pdf> [4 Maret 2016]
- Dariyo, A. 2004. *Psikologi Perkembangan Remaja*. Bogor: Ghalia Indonesia
- Departemen Gizi Masyarakat FKM UI. 2010. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat. 2010. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali Pers
- Departemen Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).[serial online]. <http://www.depkes.go.id.pdf>. [18 September 2015]
- Deva, R. F., & Sofia, R. 2014. Hubungan Antara Emotional Distress Dengan Perilaku Makan Tidak Sehat Pada Mahasiswa Baru. Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada. *Jurnal Psikologi, Volume 10 Nomor 1, Juni 2014*. [Serial Online]. <https://ejournal.uin-suska.ac.id.pdf>. [18 Desember 2015]

- Dewi, H. E. 2012. *Memahami Perkembangan Fisik Remaja*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Fitriani, A., & Nurul, H. 2012. Kepekaan Humor Dengan Depresi Pada Remaja Ditinjau Dari Jenis Kelamin. Fakultas Psikologi Universitas Ahmad Dahlan. *Humanitas, Vol. IX No.1 Januari 2012*. [serial online]. <https://www.journal.uad.ac.id.pdf>. [16 Maret 2016]
- Fridalni, N., & Vivi, S. 2013. Pengaruh Pemberian Jus Semangka (Cildrus Vulgaris Schrad) Terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia Dengan Riwayat Hipertensi Di Kota Padang. *Jurnal Mercubaktijaya*. <http://journal.mercubaktijaya.ac.id.pdf>. [16 Maret 2016]
- Gibney, M. 2007. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Gibson, R.S. 2005. *Principles of nutritional Assesment*. Oxfort University Press.
- Gumala. M. N. Y. 2011. Tingkat Konsumsi Zat Gizi dan Status Gizi Berdasarkan Karakteristik Pasien di BPK RS Jiwa Provinsi Bali. Jurusan Gizi Poltekkes Bali. *Jurnal Ilmu Gizi, Volume 2 Nomor 1, Februari 2011:58-67*. [Serial Online]. <http://poltekkes-denpasar.ac.id.pdf>. [5 Maret 2016]
- Hapsari, I. 2009. Hubungan Faktor Personal dan Faktor Lingkungan Dengan Kecenderungan Perilaku Makan Mnyimpang. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. *Skripsi*. [Serial Online]. <https://lib.ui.ac.id.pdf>. [18 Desember 2015]
- Harlock, E. B. 2003. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Hawari, D. 2013. *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: FKUI
- Hayati, F. 2000. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan konsumsi Fast Food Waralaba Modern Tradisional Pada Remaja Siswa SMU Negeri di Jakarta Selatan. *Skripsi*. Bogor: Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumber Data Keluarga Fakultas Pertanian. IPB. Bogor
- Irianto, K., & Waluyo, K. 2004. *Gizi dan Pola Hidup Sehat*. Bandung: Rama Widya
- Isma'il, N. M. 2012. *One Day No Rice*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Istiany, A., & Rusilanti. 2014. *Gizi Terapan*. Bandung: Rosdakarya
- Jauhari, A. 2013. *Dasar-dasar Ilmu Gizi*. Yogyakarta: Jaya Ilmu

- Kharismawati, R. 2010. Hubungan Tingkat Asupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat, Dan Serat Dengan Status Obesitas Pada Siswa SD. Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. *Jurnal Ilmu Gizi, Vol.3 No.4 November 2010*. [serial online]. http://eprints.undip.ac.id/25406/2/354_Ririn_Kharismawati_G2C308014.pdf. [5 Maret 2016]
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. Kemenkes RI no. 1995/MENKES/ SK/XII/ 2010. Tentang Standart Antropometri Penentuan Status Gizi Anak. [serial online]. <http://gizi.depkes.go.id.pdf>. [28 Oktober 2015]
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Kemenkes RI no. 1593/MENKES/ SK/XI/ 2013. Tentang Angka Kecukupan Gizi. [serial online]. <http://gizi.depkes.go.id.pdf>. [28 Oktober 2015]
- Khomsan, A. 2006. *Sehat dengan Makanan Berkhasiat*. Editor: Irwan Suhanda. Jakarta: Penerbit Buku Kompas
- Korneliani, K., & Dida, M. 2012. Obesitas Dan Stress Dengan Kejadian Hipertensi. Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Siliwangi Tasikmalaya. *Kemas 7 (2) (2012) 117-12*. [serial online]. <https://journal.ipb.ac.id.pdf>. [17 Maret 2016]
- Kouvonen, A., Kivimaki, M., Cox, S. J., Cox, T., dan Vahtera, J. 2005. Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosom Med. 67:577-583*. [Serial Online]. <http://www.pdfjournals.com.pdf>. [30 November 2015]
- Lingga, L. 2012. *The Healing Power of Antioxidant*. Jakarta: PT Elex Media
- Mahdiah, H. H., & Susetyowati. 2004. Prevalensi Obesitas dan Hubungan Konsumsi Fast Food dengan Kejadian Obesitas pada Remaja SLTP Kota dan Desa di Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia 1 November 2004: 77-85*. [Serial Online]. <http://www.researchgate.net.pdf>. [15 Maret 2016]
- Manurung, N. 2008. Pengaruh Karakteristik Remaja, Pendapatan Keluarga, Pendidikan Ibu, Pola Makan dan Aktivitas Fisik Terhadap Kejadian Obesitas di SMU RK Trisakti Medan. *Tesis*. [Serial Online]. <http://library.usu.ac.id.pdf>. [4 Maret 2016]
- Martiani, A. 2012. Faktor Risiko Hipertensi Ditinjau Dari Kebiasaan Minum Kopi. Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. *Skripsi*. [serial online]. <https://core.ac.pdf>. [16 Maret 2016]

- Masthalina, H., Yuli, L., dan Yuliana, P. 2015. Pola Konsumsi (Faktor Inhibitor Dan Enhancer Fe) Terhadap Status Anemia Remaja Putri. Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Mataram, Nusa Tenggara Barat. *Kemas 11 (1) (2015) 80-86*. [serial online]. <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas>. [23 Maret 2016]
- Mental Health America of Northern Kentucky & Southwest Ohio. 2002. Adolescent Life-Change Event Scale. [serial online]. <http://www.mhankyswoh.go.id.pdf>. [18 September 2015]
- Muchlisa., Citra, K., dan Rahayu. 2013. Hubungan Asupan Zat Gizi Dengan Status Gizi Pada Remaja Putri Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin Muhammadiyah Makasar. *Jurnal Public Health Faculty Hasanuddin University Makassar*. [serial online]. <http://repository.unhas.ac.id.pdf>. [18 Desember 2015]
- Muchtadi, T., Sugiyono., dan Ayustaningwarno, F. 2010. *Ilmu Pengetahuan Bahan Pangan*. Bandung: Alfabeta.
- Nadeak, T. A. U., Siagian, A., dan Etti . 2013. Hubungan Status Stres Psikososial Dengan Konsumsi Makanan dan Status Gizi Siswa SMU Methodist-8 Medan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Departement Gizi Kesehatan Masyarakat USU Medan. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia Vol.9 No.2*. [serial online]. <http://etd.repository.ugm.ac.id.pdf>. [18 September 2015]
- Nadya, M. P. 2012. Hubungan Stres dan Faktor Lainnya Dengan Konsumsi Makanan Mahasiswa Departement Arsitektur Fakultas Teknik Universitas Indonesia Program Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. *Skripsi*. [Serial Online]. <http://lib.ui.ac.id.pdf>. [18 September 2015].
- Nasution, I. K. 2007. Stres Pada Remaja. Program Studi Psikologi FaKULTAS Kedokteran Universitas Sumatra Utara Medan. *Tesis*. [Serial Online]. [http://library.usu.ac.id/download/fk/132316815\(1\).pdf](http://library.usu.ac.id/download/fk/132316815(1).pdf). [4 Maret 2016].
- Nazir, M. 2009. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Nelly, K. M. 2009. Pengaruh Karakteristik Remaja, Genetik, Pendapatan Keluarga, Pendidikan Ibu, Pola Makan & Aktivitas Fisik Terhadap Kejadian Obesitas di SMU RN Tri Sakti Medan Pascasarjana Universitas Sumatera Utara Medan. *Thesis*. [Serial Online]. [http:// repository.usu.ac.id.pdf](http://repository.usu.ac.id.pdf). [18 September 2015]
- Nicky, I. M. 2013. Pengaruh Penyesuaian Diri Akademik Terhadap Kecenderungan Somatisasi di SMA Al-Islami 1 Surakarta Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta. *Skripsi*. [Serial Online].

http://eprints.ums.ac.id/27021/9/02._Naskah_Publikasi.pdf. [19 September 2015]

- Notoadmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notosoedirdjo, M., & Latipun. 2011. *Kesehatan Mental*. Malang: UPT Penerbit UNMUH Malang
- Nurdin, A. E. 2011. *Tumbuh Kembang Perilaku Manusia*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Oseatiarla, A. K., Taty, H., dan Oktavia, H. 2012. Gambaran Tingkat Stres Siswa SMAN 3 Bandung Kelas XII Menjelang Ujian Nasional 2012. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran Bandung Jawa Barat. *Jurnal Epidemiologi Psikologik Volume 6 No.45*. [Serial Online]. <https://download.portalgaruda.ac.id/pdf>. [18 September 2015]
- Paath, E. F., Rudansih. Y., dan Heryati. 2005. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Pahlevi, A. E. 2012. Determinan Satus Gizi Pada Siswa Sekolah Dasar. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Kemas 7 (2) (2012) 122-126*. [Serial Online]. <http://journal.unnes.ac.id/index.php/kemas.pdf>. [5 Maret 2016]
- Permaesih, D., & Susilowati, H. 2005. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Anemia Pada Remaja. *Bul. Penel. Kesehatan, Vol. 33, No. 4, 2005.162-171*. [serial online]. <https://ejournal.litbang.depkes.go.id/pdf>. [23 Maret 2016]
- Purnakarya, I., Elnovriza, D., dan Zulliadi, F. 2010. Studi yang mempengaruhi faktor-faktor status gizi pada mahasiswa program studi ilmu kesehatan masyarakat fakultas kedokteran Universitas andalas. *Jurnal Fakultas Kedokteran, Volume 21 Nomor 1, Juni 2010*. [Serial Online]. <http://lp.unand.ac.id/pdf>. [18 Februari 2016]
- Putra, S. R. 2013. *Gizi dan Diet*. Jogjakarta: D-Medika (Anggota IKAPI)
- Respatiningrum. 2015. Pengaruh Konsumsi Susu Kedelai Terhadap Keluhan Menopause Pada Ibu Usia 45-50 Tahun Di Puskesmas Tanjungpinang Kota Tanjungpinang. Universitas Brawijaya Fakultas Kedokteran Program Studi Magister Kebidanan. *Tesis*. [Serial Online]. <http://ws.ub.ac.id/pdf>. [5 Maret 2016].
- Rini, I. K., Tuti, H., dan Arista, A. N. 2013. Kenakalan Remaja Ditinjau Dari Kecerdasan Emosi dan Penyesuaian Diri Pada Siswa SMAN se-Surakarta.

- Jurnal Ilmiah Psikologi*. [Serial Online].
<https://candrajiwa.psikologi.fk.uns.ac.id.pdf>. [18 September 2015]
- Riska, H., & Darmadi. 2012. Analisis Regresi Logistik Untuk Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Remaja. *Majalah Kedokteran Andalas No.1. Vol.36. Januari-Juni 2012*. [Serial Online]. <http://mka.fk.unand.ac.id.pdf>. [16 Maret 2016]
- Rohmawati, N. 2013. Anxiety, Asupan Makan, dan Status Gizi Pada Lansia di Kabupaten Jember. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember*. [Serial Online]. <http://repository.unej.ac.id/.pdf>. [10 Oktober 2015]
- Saam, Z., & Wahyuni, S. 2012. *Psikologi Keperawatan*. Jakarta: PT Grafindo Persada
- Santrock, J. W. 2003. *Adolescence Perkembangan Remaja*. Jakarta: PT. Gelora Aksara Pratama
- Santrock, J. W. 2007a. *Remaja Edisi 11 Jilid 1*. Jakarta: PT Gelora Aksara Pratama
- Santrock, J. W. 2007b. *Remaja Edisi 11 Jilid 2*. Jakarta: PT Gelora Aksara Pratama
- Sayogo, S. 2006. *Gizi remaja Putri*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Uninvestas Indonesia.
- Sediaoetama, A.D. 2004. *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi Jilid I*. Jakarta: Dian Rakyat
- Sediaoetama, A.D. 2006. *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi Jilid II*. Jakarta: Dian Rakyat
- Shara, K. T., & Soedijono, S. 2012. Faktor Resiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. [Serial Online]. <https://lp3m.thamrin.ac.id.pdf>. [16 November 2015]
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta: Direktorat Jenderal.
- Sojher R., Fogerite S.G., dan Perlman A. 2012. *Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder*. *Explore* September/October 2012, Vol. 8, No. 5. [Serial Online]. <http://www.academia.edu>. [25 Juni 2016]

- Suhardjo dan Kusharto, C.M. 2000. *Prinsip-prinsip Ilmu Gizi*. Yogyakarta: Kanisius
- Sulaiman, W. 2003. *Statistik Non-Parametrik Contoh Kasus dan dengan Pemecahannya*. Yogyakarta: ANDI
- Sulistiyani. 2010. *Gizi Masyarakat 1*. Jember : Jember University Press
- Sulistyoningsih, H. 2011. *Gizi Untuk Kesehatan Ibu Dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sunaryo. 2013. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Supariasa, I. D. N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC
- Swarth, J. 2004. *Stres Dan Nutrisi*. Jakarta: Bumi Aksara
- Tadete, A. O., Nancy, S. H., dan Anita., B. 2013. Hubungan Antara Asupan Zat Besi, Protein Dan Vitamin C Dengan Kejadian Anemia Pada Anak Sekolah Dasar Di Kelurahan Bunaken Kecamatan Bunaken Kepulauan Kota Manado. *Journal of Public Health*, 3. (1). [Serial Online]. <https://fkm.unsrat.ac.id.pdf>. [17 Maret 2016]
- Tejasari. 2005. *Nilai Gizi Pangan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Thre, R. D. 2014. Perilaku Makan Pada Mahasiswa Universitas Surabaya. Fakultas Psikologi. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya Vol.3 No.2*. [Serial Online]. <https://jurnal.ubaya.ac.id.pdf>. [28 September 2015]
- Tirtawinata, T.C. 2006. *Makanan dalam Perspektif Al-Quran dan Ilmu Gizi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Tri, P. 2014. Hubungan Tingkat Konsumsi Energi Dan Protein Dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Siswa Putri Di SMA Muhammadiyah 6 Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta. *Jurnal Gizi Naskah Republika*. [serial online]. <http://eprints.ums.ac.id.pdf>. [18 Desember 2015]
- Waluyo, M. 2009. *Psikologi Teknik Industri*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Warisno., & Kres, D. 2010. *Meraup Untung Dari Olahan Kedelai*. Jakarta: PT Agro Media Pustaka
- Waryana. 2010. *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama

- Waspadji, S., & Sukardji, K. 2003. *Pengkajian Status Gizi Studi Epidemiologi*. Jakarta : Pusat Diabetes dan Lipid RSCM/FK UI dan Instalasi Gizi RSCM
- Widiantini, W., & Zarfial, T. 2013. Aktifitas Fisik, Stres, dan Obesitas Pada Pegawai Negeri Sipil. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol.8, No.7, Februari 2014*. [serial online]. <https://www.ui.ac.id.pdf>. [17 Maret 2016]
- Winarsi, D., Nelly, M., dan Gresty, M. 2013. Hubungan Konsumsi Fast Food Dengan Kejadian Obesi Tas Pada Anak Sd Di Kota Manado. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado. *ejournal keperawatan (e-Kp) Volume 1. Nomor 1. Agustus 2013*. [serial online]. <https://www.ejournal.unsrat.ac.id.pdf>. [17 Maret 2016]
- World Health Organization. 2015. Global Health Observatory. [serial online]. <http://apps.who.int.com>. [18 Desember 2015]
- Yani, M. 2012. Pengaruh Faktor Genetik, Pola Konsumsi dan Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Obesitas Pada Anak Kelas 4-6 SBI Percobaan Ujung Gurun Padang. Dosen Kopertis Wilayah X DPK di Prodi DIII Kebidanan STIKes Mercubaktijaya Padang. *Jurnal korespodensi kopertis Vol.3 No.12*. [Serial Online]. <https://fkm.unsrat.ac.id.pdf>. [18 September 2015]
- Yuliarti, N. 2007. *Awas Bahaya Di Balik Lezatnya Makanan*. Yogyakarta: ANDI
- Zulaekah, S., Purwanto, S., dan Hidayati, L. 2014. Anemia Terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Malnutrisi. *Jurnal kemas, 9(2) (2014) 106-114*. [Serial Online]. <https://journal.unnes.ac.id.pdf>. [23 Maret 2016]