

IR – PERPUSTAKAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SKRIPSI

HUBUNGAN GEJALA DEPRESI DENGAN STATUS GIZI PADA REMAJA

SISWA-SISWI SEKOLAH BERASRAMA DI PATI



Penulis

Aulia Anggun Fithriyanti

NIM: 011911133026

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2022

IR – PERPUSTAKAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SKRIPSI

HUBUNGAN GEJALA DEPRESI DENGAN STATUS GIZI PADA REMAJA

SISWA-SISWI SEKOLAH BERASRAMA DI PATI



Penulis

Aulia Anggun Fithriyanti

NIM: 011911133026

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2022

IR – PERPUSTAKAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**HUBUNGAN GEJALA DEPRESI DENGAN STATUS GIZI PADA REMAJA
SISWA-SISWI SEKOLAH BERASRAMA DI PATI**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan tahap sarjana Program Studi Kedokteran

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Penulis

Aulia Anggun Fithriyanti

NIM: 011911133026

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2022

LEMBAR PENGESAHAN
HUBUNGAN GEJALA DEPRESI DENGAN STATUS GIZI PADA REMAJA
SISWA-SISWI SEKOLAH BERASRAMA DI PATI

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Kedokteran di
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Oleh:

Aulia Anggun Fithriyanti

NIM. 011911133026

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Royke Tony Kalalo dr., Sp. KJ(K), FISCAM

NIP. 197801232016016101

Pembimbing Serta



Dr. Ahmad Suryawan, dr., Sp.A(K)

NIP. 19670109 199701 1 003

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2022

LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI
HUBUNGAN GEJALA DEPRESI DENGAN STATUS GIZI PADA REMAJA
SISWA-SISWI SEKOLAH BERASRAMA DI PATI

SKRIPSI

Oleh:

Aulia Anggun Fithriyanti

NIM 011911133026

Disetujui dan diterima setelah diuji oleh Tim Penguji Program Studi Kedokteran

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Surabaya, 28 Oktober 2022

Menyetujui,
Ketua Penguji

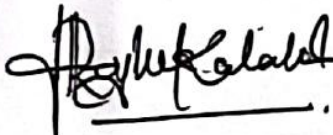


Dr. Yunias Setiawati, dr., Sp.KJ(K), FISCN

NIP. 196212122016016201

Pembimbing Utama

Pembimbing Serta



Royke Tony Kalalo dr., Sp. KJ(K), FISCN

NIP. 197801232016016101



Dr. Ahmad Suryawan, dr., Sp.A(K)

NIP. 19670109 199701 1 003

IR – PERPUSTAKAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
**LEMBAR PERSETUJUAN KOORDINATOR PROGRAM STUDI
KEDOKTERAN**

**HUBUNGAN GEJALA DEPRESI DENGAN STATUS GIZI PADA REMAJA
SISWA-SISWI SEKOLAH BERASRAMA DI PATI**
SKRIPSI

Oleh:

Aulia Anggun Fithriyanti

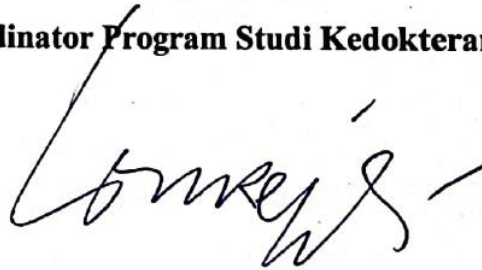
NIM 011911133026

Disetujui dan diterima setelah diuji oleh Tim Penguji Program Studi Kedokteran

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Surabaya, 28 Oktober 2022

Menyetujui,
Koordinator Program Studi Kedokteran



Dr. Purwo Sri Rejeki, dr., M.Kes

NIP. 197506122005012003

Pembimbing Utama



Royke Tony Kalalo dr., Sp. KJ(K), FISCN

NIP. 197801232016016101

Pembimbing Serta



Dr. Ahmad Suryawan, dr., Sp.A(K)

NIP. 19670109 199701 1 003

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah disetujui untuk diujikan oleh tim penguji

Tanggal 28 Oktober 2022

Pembimbing I



Royke Tony Kalalo dr., Sp. KJ(K), FISCN

NIP. 197801232016016101

Pembimbing II



Dr. Ahmad Suryawan, dr., Sp.A(K)

NIP. 19670109 199701 1 003

Penguji

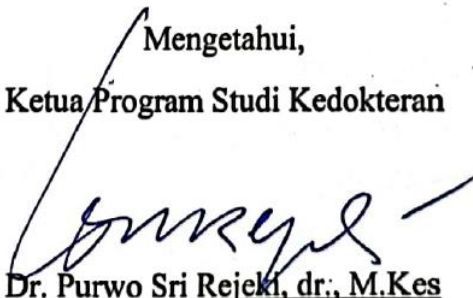


Dr. Yunias Setiawati, dr., Sp.KJ(K), FISCN

NIP. 196212122016016201

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kedokteran



Dr. Purwo Sri Rejeki, dr., M.Kes

NIP. 197506122005012003

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Aulia Anggun Fithriyanti

Tempat & Tanggal Lahir : Pati, 5 Desember 2000

NIM : 011911133026

Fakultas : Kedokteran

Jenjang : Sarjana (S1)

Alamat e-mail : aulia.anggun.fithriyanti-2019@fk.unair.ac.id

No. telepon : 082145512462

Judul Karya Akhir : **Hubungan Gejala Depresi dengan Status Gizi pada Remaja Siswa-siswi Sekolah Berasrama di Pati**

Menyatakan bahwa dokumen ilmiah skripsi yang saya buat benar-benar hasil karya saya sendiri dan tidak terdapat bagian dari karya yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh, orang/Lembaga lain, kecuali yang tertulis di sitasi dalam dokumen ini dan disebutkan sumbernya secara lengkap dalam daftar pustaka.

Dengan ini saya menyatakan bahwa dokumen ilmiah ini bebas dari unsur-unsur plagiasi dan apabila di kemudian hari terbukti merupakan suatu plagiasi dari hasil karya penulis lain dan/atau dengan sengaja mengajukan karya atau pendapat yang merupakan hasil penulis lain, maka penulis bersedia menerima sanksi sesuai yang telah ditetapkan.

Surabaya, 28 Oktober 2022



Aulia Anggun Fithriyanti

NIM. 011911133026

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, segala puji syukur bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Gejala Depresi dengan Status Gizi pada Remaja Siswa-siswi Sekolah Berasrama di Pati” untuk memenuhi persyaratan tahap sarjana Program Studi Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Penelitian ini tidak akan terlaksana dengan baik tanpa dukungan, bantuan, arahan, serta bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, ucapan terimakasih disampaikan sebesar-besarnya kepada:

1. dr. Royke Tony Kalalo, Sp. KJ(K), FISCN selaku pembimbing pertama yang telah menginspirasi, membimbing, dan memberikan semangat selama penyusunan skripsi.
2. Dr. Ahmad Suryawan, dr., Sp.A(K) selaku pembimbing kedua yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan selama proses penyusunan skripsi.
3. Dr. Yunias Setiawati, dr., Sp.KJ(K), FISCN selaku penguji yang telah memberikan masukan dan saran agar penelitian saya menjadi lebih baik lagi.
4. Bapak Drs. Asyhar, M.Si., Bapak Mujiwanto, S.Pd., Miss Dina Farida Lestari, serta segenap dewan pengasuh *Az-zahrah Islamic Boarding School* yang telah membantu proses penelitian serta menjembatani peneliti dengan para santri dan wali murid.
5. Para wali murid siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School* yang telah berkenan mengizinkan putra-putrinya untuk ikut serta dalam penelitian ini.

6. Seluruh responden, adik-adik saya, santriwan-santriwati *Az-zahrah Islamic Boarding School* yang telah bersedia membantu untuk ikut serta dalam penelitian ini.
7. Seluruh jajaran dekanat, staff, dosen, dokter, serta semua guru yang telah menurunkan ilmu dan memberikan andil dalam penelitian ini.
8. Segenap keluarga yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil.
9. Teman-teman yang telah mendukung dan membantu proses pengerjaan skripsi.

Surabaya 2 Oktober 2022

Aulia Anggun Fithriyanti

RINGKASAN

Depresi adalah salah satu masalah gangguan mood dan sering kali dimulai pada masa remaja. Masa remaja adalah masa emas dimana seseorang mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan kognitif, fisik, sosial dan psikososial. Kesehatan remaja perlu ditingkatkan termasuk dengan mengoptimalkan status gizi.

Angka kejadian depresi dunia pada tahun 2015 mencapai 4,4% atau sekitar 322 juta penduduk di seluruh dunia (WHO, 2017). Data global menunjukkan bahwa depresi menjadi penyebab penyakit dan kecacatan keempat pada remaja usia 15-19 tahun dan kelima belas untuk remaja usia 10-14 tahun (WHO, 2021). Di Indonesia prevalensi terjadinya gangguan depresi pada remaja (15-24 tahun) mencapai 6,2% dari seluruh penduduk Indonesia (Indrayani & Wahyudi, 2019).

Depresi dan status gizi pada remaja merupakan topik yang penting untuk dikaji lebih lanjut. Penelitian ini dilakukan di *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati*. Saat ini masih belum ada data pasti mengenai prevalensi kejadian depresi pada remaja di wilayah Kabupaten Pati, khususnya pada remaja siswa-siswi di *Az-Zahra Islamic Boarding School Pati*. Oleh karena itu, diperlukan studi lebih lanjut untuk mengetahui gambaran prevalensi depresi pada remaja di Pati. Selain itu, karena pentingnya penanganan depresi serta tingginya angka kejadian depresi secara global, maka penelitian ini hadir untuk mengetahui hubungan antara gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis hubungan gejala depresi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati. Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan metode pendekatan cross sectional. Populasi penelitian merupakan remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati

yang berusia 12-17 tahun. Sampel penelitian berjumlah 115 siswa yang diperoleh dengan menggunakan teknik consecutive sampling.

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 68 siswa tidak bergejala depresi (59,1%) dan sebanyak 47 siswa (40.9%) bergejala depresi. Mayoritas siswa memiliki status gizi baik yaitu sebanyak 88 siswa (76,5%), sisanya sebanyak 1 siswa memiliki gizi buruk (0,9%), 3 siswa memiliki gizi kurang (2,6%), 15 siswa gizi lebih (13%), dan sisanya sebanyak 8 siswa mengalami obesitas (7%). Uji korelasi gejala depresi dengan status gizi dengan menggunakan spearman test menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara status gizi dan gejala depresi. Nilai Sig. (2-tailed) pada uji spearman didapatkan hasil sebesar 0,752 (>0.05).

Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden tidak bergejala depresi dan sisanya mengalami gejala depresi. Selain itu, mayoritas siswa memiliki status gizi baik dan sisanya memiliki gizi buruk, gizi kurang, gizi lebih, dan obesitas. Uji korelasi gejala depresi dengan status gizi dengan menggunakan spearman-test menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara status gizi dan gejala depresi.

Hubungan Gejala Depresi dengan Status Gizi pada Remaja Siswa-siswi Sekolah Berasrama di Pati

Aulia Anggun Fithriyanti¹, Royke Tony Kalalo², Ahmad Suryawan³

¹Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga, Surabaya

²Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa, Staf Pengajar Dept. Ilmu Kedokteran Jiwa FK Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo, Surabaya

³Dokter Spesialis Anak, Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FK Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo, Surabaya

ABSTRAK

Depresi adalah salah satu masalah gangguan *mood* dan sering kali dimulai pada masa remaja. Masa remaja adalah masa emas dimana seseorang mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan kognitif, fisik, sosial dan psikososial. Kesehatan remaja perlu ditingkatkan termasuk dengan mengoptimalkan status gizi.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis hubungan gejala depresi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati. Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan metode pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian merupakan remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati yang berusia 12-17 tahun. Sampel penelitian berjumlah 115 siswa yang diperoleh dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 68 siswa tidak bergejala depresi (59,1%) dan sebanyak 47 siswa (40.9%) bergejala depresi. Mayoritas siswa memiliki status gizi baik yaitu sebanyak 88 siswa (76,5%), sisanya sebanyak 1 siswa memiliki gizi buruk (0,9%), 3 siswa memiliki gizi kurang (2,6%), 15 siswa gizi lebih (13%), dan sisanya sebanyak 8 siswa mengalami obesitas (7%). Uji korelasi gejala depresi dengan status gizi dengan menggunakan *spearman test* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara status gizi dan gejala depresi. Nilai Sig. (2-tailed) pada uji spearman didapatkan hasil sebesar 0,752 (>0.05).

Kata kunci: gejala depresi, status gizi, hubungan, remaja.

The Relationship between Depression Symptoms and Nutritional Status in Adolescent Students of Boarding Schools in Pati

Aulia Anggun Fithriyanti¹, Royke Tony Kalalo², Ahmad Suryawan³

¹Medical Study Program, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga, Surabaya

²Psychiatrist and Consultant, Lecturer of the Psychiatry Department, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga/Dr. Soetomo Hospital, Surabaya

³ Pediatrician and Consultant, Lecturer of the Child Health Department, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga/Dr. Soetomo Hospital, Surabaya

ABSTRACT

Depression is one of mood disorders and often begins in adolescence. Adolescence is a golden period because the optimal process of cognitive, physical, social and psychosocial growth and development occurs during adolescence. Adolescent health needs to be improved, including by optimizing nutritional status.

This study aims to identify and analyze the relationship between depression symptoms and nutritional status in adolescent students of boarding schools in Pati. This study is an observational analytic study with a cross-sectional design. The population of this research is adolescent students of boarding schools in Pati aged 12-17 years. The research subjects are 115 students who are selected by using consecutive sampling technique.

The results show that 68 students have no symptoms of depression (59.1%) and 47 students (40.9%) have symptoms of depression. The majority of students, 88 students (76.5%) have good nutritional status, 1 student have poor nutrition (0.9%), 3 students have less nutrition (2.6%), 15 students are overweight (13%), and 8 students are obese (7%). Correlation test of depressive symptoms with nutritional status using the Spearman Test shows that there is no relationship between nutritional status and depressive symptoms. Value of Sig. (2-tailed) in the Spearman test, the result is 0.752 (>0.05).

Keyword: *depression symptoms, nutritional Status, relationship, adolescent.*

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	v
LEMBAR PERSETUJUAN KOORDINATOR PROGRAM STUDI KEDOKTERAN	vi
LEMBAR PENGESAHAN	vii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	viii
UCAPAN TERIMA KASIH.....	ix
RINGKASAN	xi
ABSTRAK.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xix
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian	2
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	3
1.4.2 Manfaat Praktis	3
1.5 Penelitian Terdahulu	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5

2.1 Remaja	5
2.2 Pengertian Depresi	7
2.3 Gejala Depresi.....	7
2.4 Epidemiologi.....	8
2.5 Etiologi Gejala Depresi.....	8
2.6 Patofisiologi Gejala Depresi	13
2.7 Dampak Gejala Depresi	15
2.8 Penanganan Gejala Depresi	16
2.9 Pengukuran Tingkat Depresi (<i>Children Depression Inventory</i>)	17
2.10 Status Gizi Remaja.....	20
2.11 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi	21
2.12 Pengukuran Status Gizi (<i>Anthropometry</i>).....	22
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	25
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	25
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep.....	26
3.3 Hipotesis Penelitian	27
BAB IV METODE PENELITIAN	28
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	28
4.2 Populasi, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel.....	28
4.2.1 Populasi Sampel.....	28
4.2.2 Sampel Penelitian.....	28
4.2.3 Besar Sampel Penelitian	29
4.2.4 Teknik Pengambilan Sampel	30
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	30
4.3.1 Variabel Penelitian.....	30
4.3.2 Definisi Operasional	31
4.4 Alat dan Bahan Penelitian.....	32
4.5 Instrumen Penelitian	32

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	32
4.6.1 Lokasi Penelitian.....	32
4.6.2 Waktu Penelitian.....	32
4.7 Prosedur Pengambilan Data.....	33
4.8 Risiko Penelitian	33
4.9 Kerangka Operasional.....	34
4.10 Cara Mengolah dan Menganalisis Data	34
4.10.1 Pengolahan Data	34
4.10.2 Analisis Data	35
4.11 Etik Penelitian.....	35
4.11.1 Etik Penelitian Fakultas	35
4.11.2 Anonimity (Tanpa Nama)	36
4.11.3 Confidentially (Kerahasiaan).....	36
BAB V HASIL DAN ANALISIS.....	37
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	37
5.2 Deskripsi Hasil Penelitian.....	37
5.3 Karakteristik Responden	38
5.4 Analisis Univariat	39
5.4.1 Status Gizi.....	39
5.4.2. Gejala Depresi.....	40
5.5 Karakteristik Variabel Penelitian Berdasarkan Data Sociodemografi	41
5.5.1 Karakteristik Status Gizi Responden Berdasarkan Data Sociodemografi.....	41
5.5.2 Karakteristik Gejala Depresi Berdasarkan Data Sociodemografi	42
5.6 Analisis Bivariat.....	43
5.6.1. Gejala Depresi berdasarkan Status Gizi.....	43
5.6.2 Uji Linieritas Gejala Depresi dan Status Gizi	43
5.6.3 Uji Normalitas Gejala Depresi dan Status Gizi.....	44
5.6.4 Uji Korelasi Gejala Depresi dan Status Gizi.....	44

BAB VI PEMBAHASAN.....	46
6.1 Karakteristik Responden.....	46
6.2 Status Gizi Siswa-Siswi Sekolah Berasrama di Pati.....	47
6.3 Tingkat Gejala Depresi pada Siswa-siswi Sekolah Berasrama di Pati	49
6.4 Karakteristik Variabel Penelitian Berdasarkan Data Sosiodemografi	50
6.5 Hubungan Status Gizi dan Tingkat Gejala Depresi pada Remaja Siswa-siswi Sekolah Berasrama di Pati	53
6.6 Keterbatasan Penelitian.....	54
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN	56
7.1 Simpulan	56
7.2 Saran	56
DAFTAR PUSTAKA	57
LAMPIRAN.....	60
Lampiran 1. Surat Kelaikan Etik Penelitian.....	60
Lampiran 2. Penjelasan dan Informasi.....	61
Lampiran 3. Pernyataan Persetujuan.....	64
Lampiran 4. Lembar Kuesioner untuk Orang Tua/Wali Murid	65
Lampiran 5. Lembar Kuesioner untuk Santriwan/Santriwati	67
Lampiran 6. Hasil Analisis Statistik	70

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1: Penelitian Terdahulu	4
Tabel 2.1: Dimensi dan Bahasan Pernyataan <i>Children Depression Inventory</i> (CDI).....	19
Tabel 2.2: Klasifikasi Status Gizi IMT/U menurut Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2020	24
Tabel 4.1: Definisi Operasional	31
Tabel 5.1: Distribusi Karakteristik Responden Siswa-siswi <i>Az-zahrah Islamic Boarding School Pati</i> Tahun Ajaran 2021/2022	38
Tabel 5.2: Distribusi Frekuensi Status Gizi Responden Siswa-siswi <i>Az-zahrah Islamic Boarding School Pati</i> Tahun Ajaran 2021/2022.....	39
Tabel 5.3: Distribusi Frekuensi Gejala Depresi Responden Siswa-siswi <i>Az-zahrah Islamic Boarding School Pati</i> Tahun Ajaran 2021/2022	40
Tabel 5.4: Karakteristik Status Gizi Berdasarkan Data Sosiodemografi pada Responden Siswa-siswi <i>Az-zahrah Islamic Boarding School Pati</i> Tahun Ajaran 2021/2022	41
Tabel 5.5: Karakteristik Gejala Depresi Berdasarkan Data Sosiodemografi pada Responden Siswa-siswi <i>Az-zahrah Islamic Boarding School Pati</i> Tahun Ajaran 2021/2022	42
Tabel 5.6: Distribusi Gejala Depresi Berdasarkan Status Gizi pada Responden Siswa-siswi <i>Az-zahrah Islamic Boarding School Pati</i> Tahun Ajaran 2021/2022...	43
Tabel 5.7: Hasil Uji Linearities Gejala Depresi dan Status Gizi	43
Tabel 5.8: Hasil Uji Normalitas Gejala Depresi dan Status Gizi.....	44
Tabel 5.9: Hasil Uji Korelasi Gejala Depresi dan Status Gizi	45

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1: Kerangka Konseptual	25
Gambar 4.1: Kerangka Operasional	34
Gambar 5.1: Histogram Variabel Status Gizi Responden Siswa-siswi <i>Az-zahrah Islamic Boarding School Pati</i> Tahun Ajaran 2021/2022	40
Gambar 5.2: Histogram Variabel Gejala Depresi Responden Siswa-siswi <i>Az-zahrah Islamic Boarding School Pati</i> Tahun Ajaran 2021/2022.....	41

DAFTAR SINGKATAN

AOO	: <i>Age of Onset</i>
BB	: Berat Badan
CDI	: <i>Children Depression Inventory</i>
COVID-19	: <i>Corona Virus Disease 2019</i>
HPA Axis	: <i>Hypothalamic-pituitary-adrenal axis</i>
IDO	: <i>Idoelamine 2,3-Dioxygenase</i>
IKK β / NF κ β	: <i>Inhibitor of κB kinase-β/nuclear factor-$\kappa$$\beta$</i>
IMT	: Indeks Massa Tubuh
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
SOCS-3	: <i>Suppressor of Cytokine Signaling-3</i>
TB	: Tinggi Badan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi adalah suatu masalah kesehatan mental dimana seseorang mengalami kondisi kehilangan minat, suasana emosional yang rendah, serta gangguan pada kognitif, fisik, dan perilaku sehari-hari (Penninx et al., 2013). Depresi adalah penyebab utama kecacatan global dan sering kali dimulai pada masa remaja (Rice et al., 2019). Remaja yang mengalami depresi memiliki berbagai faktor risiko berupa faktor biologis, lingkungan, sosial, dan intrapersonal (Kris-Etherton et al., 2021). Remaja yang mengalami depresi, sebelumnya memiliki tingkat *self-esteem* yang rendah dikarenakan kualitas hubungan interpersonal, pengendalian peristiwa kehidupan, dan pengendalian emosi yang buruk. Selain itu, seringnya terpapar sumber stressor interpersonal berupa hubungan dengan orang tua, guru, dan teman yang terjalin tidak cukup baik menyebabkan salah satu faktor pemicu terjadinya depresi (Fiorilli et al., 2019).

Angka kejadian depresi dunia pada tahun 2015 mencapai 4,4% atau sekitar 322 juta penduduk di seluruh dunia (WHO, 2017). Data global menunjukkan bahwa depresi menjadi penyebab penyakit dan kecacatan keempat pada remaja usia 15-19 tahun dan kelima belas untuk remaja usia 10-14 tahun (WHO, 2021). Di Indonesia prevalensi terjadinya gangguan depresi pada remaja (15-24 tahun) mencapai 6,2% dari seluruh penduduk Indonesia (Indrayani & Wahyudi, 2019).

Depresi sering memunculkan gejala berupa suasana hati yang buruk, hilangnya minat, hilangnya kesenangan, munculnya perasaan bersalah, rendahnya kepercayaan diri, gangguan tidur, nafsu makan buruk, perasaan lelah, konsentrasi buruk, dan pikiran untuk melakukan tindakan bunuh diri (Kris-Etherton et al.,

2021). Suatu penelitian menyebutkan bahwa terdapat perbedaan bentuk gejala depresi yang sering muncul pada remaja dan dewasa. Gejala depresi pada remaja yang sering ditemukan adalah gangguan vegetatif/fisik seperti kehilangan energi, perubahan berat badan, nafsu makan, dan perubahan pola tidur (Rice et al., 2019). Bentuk berbagai gejala depresi ini memberikan dampak yang sangat buruk berupa penurunan fungsi dan kualitas hidup sehingga memicu timbulnya berbagai penyakit metabolik (Penninx et al., 2013). Selain itu, seseorang yang mengalami depresi cenderung memiliki pola hidup dan konsumsi makanan yang tidak sehat serta perawatan diri yang buruk (Penninx et al., 2013).

Depresi dan status gizi pada remaja merupakan topik yang penting untuk dikaji lebih lanjut. Penelitian ini dilakukan di *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati*. Saat ini masih belum ada data pasti mengenai prevalensi kejadian depresi pada remaja di wilayah Kabupaten Pati, khususnya pada remaja siswa-siswi di *Az-Zahra Islamic Boarding School Pati*. Oleh karena itu, diperlukan studi lebih lanjut untuk mengetahui gambaran prevalensi depresi pada remaja di Pati. Selain itu, karena pentingnya penanganan depresi serta tingginya angka kejadian depresi secara global, maka penelitian ini hadir untuk mengetahui hubungan antara gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai dan menganalisis hubungan antara gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengukur dan menilai prevalensi kejadian gejala depresi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.
2. Mengukur dan menilai status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.
3. Menganalisis hubungan gejala depresi dan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pemahaman tentang hubungan antara gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi responden

Bagi orang tua, hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan masukan untuk selalu memperhatikan kesehatan remaja, baik fisik maupun psikis sehingga proses tumbuh kembang anak dapat berlangsung dengan optimal.

2. Bagi tempat penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat membantu memberikan informasi kepada pihak asrama dalam mengoptimalkan proses tumbuh kembang para siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School*.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Memberikan tambahan referensi atau *literature* dalam mengembangkan dan menyusun penelitian terkait gejala depresi dan status gizi pada remaja.

4. Bagi masyarakat

Diharapkan penelitian ini semakin menyadarkan masyarakat terhadap pentingnya menjaga kesehatan mental dan status gizi yang baik untuk dapat menunjang tumbuh kembang remaja.

1.5 Penelitian Terdahulu

Tabel 1.1 Penelitian Terdahulu

Nama	Judul	Metodologi	Hasil
Angraini, D. I. (2014).	Hubungan Depresi dengan Status Gizi	<i>Cross-sectional</i>	Depresi berhubungan dengan status gizi. Depresi merupakan salah satu faktor risiko terjadinya status gizi lebih dan status gizi kurang.
Rubio-López, N., Morales-Suárez-Varela, M., Pico, Y., Livianos-Aldana, L., & Llopis-González, A. (2016).	Nutrient Intake and Depression Symptoms in Spanish Children: The ANIVA Study	<i>Cross-sectional</i>	Kekurangan asupan gizi terutama karbohidrat berperan penting pada masalah kesehatan mental dan gizi buruk serta dapat berkontribusi pada patogenesis depresi.
Masdar, H., Ayu Saputri, P., Rosdiana, D., & Chandra, F. (2016).	Depresi, Ansietas, dan Stres serta Hubungannya dengan Obesitas pada Remaja	<i>Cross sectional</i>	Depresi dan stress berhubungan dengan status gizi pada remaja di Pekanbaru. Depresi dan stress menjadi faktor risiko terjadinya malnutrisi berupa obesitas. Ansietas tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan status gizi pada remaja di Pekanbaru.
Kris-Etherton, P. M., Petersen, K. S., Hibbeln, J. R., Hurley, D., Kolick, V., Peoples, S., Rodriguez, N., & Woodward-Lopez, G. (2021).	Nutrition and Behavioural Health Disorders: Depression and Anxiety	<i>Narrative review</i>	Status gizi yang tidak optimal berkaitan dengan patologi gangguan depresi dan ansietas. Nutrisi yang tidak optimal menghambat pengobatan pada pasien yang mengalami gangguan depresi dan ansietas. Sebaliknya status gizi yang optimal dapat berperan dalam hal pencegahan dan pengobatan pada pasien dengan gangguan depresi dan ansietas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Remaja

Remaja adalah seseorang yang berada di fase transisi antara masa kanak-kanak dan dewasa (Alderman & Breuner, 2019). Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization, 2021) menyebutkan bahwa masa remaja dimulai sekitar usia 10 hingga 19 tahun. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014 menyebutkan bahwa remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun, sedangkan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) yang disebut usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Data sensus penduduk 2010 menunjukkan bahwa jumlah penduduk kelompok usia 10-19 tahun di Indonesia mencapai 43,5 juta atau sekitar 18% dari jumlah penduduk (Kemenkes, 2015). Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization, 2021) menyebutkan bahwa dunia sekarang memiliki lebih banyak anak muda. Sekitar 3 miliar dari 7,2 miliar orang di dunia berusia di bawah 25 tahun. Sejumlah 1,2 miliar dari anak muda tersebut adalah remaja berusia antara 10 - 19 tahun.

Remaja adalah masa emas dimana seseorang mengalami proses pertumbuhan dan pematangan fisik. Masa remaja ditandai dengan kematangan fisik dan seksual, kemandirian sosial dan ekonomi, perkembangan identitas, perkembangan keterampilan dan kemampuan untuk penalaran abstrak (Das et al., 2017). Saat memasuki masa remaja seseorang akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan kognitif, fisik, sosial, dan psikososial. Kesehatan remaja harus dioptimalkan selama masa transisi menuju dewasa untuk mendukung proses pertumbuhan dan perkembangan (Alderman & Breuner, 2019).

Seseorang yang memasuki masa remaja seringkali mengalami tantangan dalam perkembangan emosional dan fisik seperti gangguan kesehatan mental dan kesejahteraan emosional. Remaja sering kali mengalami masalah gangguan kesehatan seksual dan reproduksi, kekerasan dan cedera yang tidak disengaja, penggunaan narkoba, gangguan makan, dan obesitas (Alderman & Breuner, 2019). Oleh karena itu, remaja harus memiliki status kesehatan yang optimal baik itu kesehatan fisik, mental, maupun sosial. Remaja yang memiliki status kesehatan yang buruk akan berdampak pada kualitas hidup di masa selanjutnya (Hargreaves et al., 2015).

Remaja adalah fase unik yang memiliki ciri dan kriteria khusus dibanding fase-fase yang lain. Pada masa remaja, terdapat berbagai perubahan seperti perubahan hormonal, fisik, psikologis, maupun sosial. Berdasarkan perubahan psikososial yang dialami, fase remaja dibagi menjadi 3 tahap yaitu (Batubara, 2016):

a. Tahap remaja awal (*early adolescent*)

Periode pertama remaja terjadi kurang lebih pada usia 12-14 tahun. Pada periode ini, remaja mengalami pertumbuhan yang cukup cepat dan signifikan. Remaja memiliki perubahan bentuk tubuh dan mengalami awal perkembangan seks sekunder. Pada periode ini, remaja cenderung mengalami krisis identitas, jiwa yang labil dan keinginan untuk selalu mencoba hal baru. Pada periode ini peran (*peer group*) sangat penting dalam mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan remaja.

b. Pertengahan (*middle adolescent*)

Periode *middle adolescent* ini terjadi pada usia sekitar 15-17 tahun. Pada periode ini remaja memiliki emosi yang tidak stabil. Pada periode ini remaja cenderung kurang menghargai orang tua dan sangat memperhatikan

pergaulan secara selektif dan kompetitif. Di sisi lain, pada periode ini remaja sudah mengerti akan pentingnya karir, cita-cita, dan intelektualisasi diri.

c. Akhir (*late adolescent*)

Periode *late adolescent* ini terjadi di usia 18 tahun. Pada periode ini remaja telah mencapai pertumbuhan dan perkembangan fisik yang sempurna. Jika dilihat dari segi psikososial, pada periode ini remaja sudah memiliki emosi yang stabil. Selain itu, remaja juga sudah mampu menghargai orang lain dan mampu mengekspresikan perasaan dengan kata-kata. Pada periode ini, remaja sudah memiliki identitas diri yang lebih kuat dan kematangan berfikir dalam merencanakan masa depan.

2.2 Pengertian Depresi

Depresi adalah suatu masalah mental dimana seseorang mengalami kondisi kehilangan minat, suasana hati, dan emosional yang rendah, serta gangguan pada kognitif, fisik, dan perilaku sehari-hari (Penninx et al., 2013). Depresi juga dapat diartikan sebagai suatu gangguan emosional yang dapat mengganggu kesehatan mental maupun fisik sehingga berpengaruh buruk terhadap kehidupan sehari-hari dan hubungan interpersonal (Dirgayunita, 2016).

2.3 Gejala Depresi

Depresi sering memunculkan gejala berupa suasana hati yang buruk, hilangnya minat, hilangnya kesenangan, munculnya perasaan bersalah, rendahnya kepercayaan diri, gangguan tidur, nafsu makan buruk, perasaan lelah, konsentrasi buruk, dan pikiran untuk melakukan tindakan bunuh diri (Kris-Etherton et al., 2021). Perlu dilakukan penanganan yang serius terhadap kejadian bunuh diri pada remaja karena semakin hari prevalensi kejadian bunuh diri pada remaja semakin meningkat (Zulaikha & Febriyana, 2018) Hal ini dapat menyebabkan gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku sehingga dapat mempengaruhi motivasi, kegiatan

sehari-hari, dan hubungan interpersonal (Dirgayunita, 2016). Suatu penelitian lain menyebutkan bahwa terdapat perbedaan bentuk gejala depresi yang sering muncul pada remaja dan dewasa. Gejala depresi pada remaja yang sering ditemukan adalah gangguan vegetatif/fisik seperti kehilangan energi, perubahan berat badan, nafsu makan, dan perubahan pola tidur. Pada dewasa, gejala depresi yang sering muncul berupa anhedonia, hilang minat, dan kesulitan untuk berkonsentrasi (Rice et al., 2019).

2.4 Epidemiologi

Depresi adalah gangguan emosional yang umum terjadi di dunia. Depresi bisa dialami oleh siapapun, baik oleh anak-anak, remaja, maupun dewasa. Depresi adalah penyebab utama kecacatan global dan sering kali dimulai pada masa remaja (Rice et al., 2019). Survei epidemiologi menunjukkan bahwa perkiraan prevalensi umur seseorang yang mengalami depresi bervariasi antar negara. Distribusi *Age-of-onset* (AOO) pada seseorang yang mengalami depresi menunjukkan bahwa prevalensi kejadian depresi terbanyak adalah di awal masa dewasa (Kessler & Bromet, 2013). Angka kejadian depresi dunia pada tahun 2015 mencapai 4,4% atau sekitar 322 juta penduduk di seluruh dunia (WHO, 2017). Data global menunjukkan bahwa depresi menjadi penyebab penyakit dan kecacatan keempat pada remaja usia 15-19 tahun dan kelima belas untuk remaja usia 10-14 tahun (WHO, 2021). Di Indonesia prevalensi terjadinya gangguan depresi pada remaja (15-24 tahun) mencapai 6,2% (Indrayani & Wahyudi, 2019).

2.5 Etiologi Gejala Depresi

Depresi disebabkan oleh beberapa faktor seperti faktor biologis, lingkungan, sosial, dan hubungan interpersonal (Kris-Etherton et al., 2021). Gangguan depresi bersifat kompleks dan sering memiliki banyak faktor penyebab. Penulis mencoba mengelompokkan faktor resiko terjadinya depresi menjadi 3 kelompok yaitu:

1) Faktor biologi

a) Genetik

Penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan penting antar seseorang mengenai cara individu merespon stressor yang sama. Perbedaan antar seseorang dalam merespon stressor ini dipengaruhi oleh faktor genetik.

Hubungan depresi dengan faktor genetik dimediasi oleh sejumlah jalur. Semua ini diatur oleh mekanisme genetik yang kompleks (Saveanu & Nemeroff, 2012).

b) Status gizi

Status gizi berperan penting terhadap kesehatan mental (Bodnar & Wisner, 2005). Status gizi menjadi salah satu faktor risiko terjadinya depresi. Hal ini disebabkan karena status gizi yang buruk dapat mengganggu kerja sistem endokrin sehingga menyebabkan gangguan depresi (Kris-Etherton et al., 2021). Gizi yang cukup merupakan faktor pertumbuhan dan perkembangan anak, tidak hanya dalam hal fisiologis, tetapi juga untuk perkembangan fungsi otak dan kognitif yang optimal. Selain menjadi faktor resiko kejadian depresi, status gizi juga berpengaruh terhadap derajat keparahan penyakit depresi (Rubio-López et al., 2016).

c) Gender

Depresi lebih sering dialami oleh perempuan daripada laki-laki. Perempuan cenderung lebih memusatkan perhatian pada gejala depresi yang dialami. Selain itu, perempuan cenderung kurang agresif baik secara fisik maupun verbal. Sedangkan pada laki-laki, mereka

cenderung mengalihkan pada aktivitas lain dan lebih bersifat agresif (Masdar et al., 2016).

2) Faktor psikologis atau kepribadian

a) *Self-esteem*

Self-esteem merupakan salah satu faktor risiko terjadinya depresi terutama pada remaja. *Self-esteem* berkaitan dengan penilaian diri tentang nilai positif atau negatif diri. *Self-esteem* berhubungan terhadap kesejahteraan seperti kebahagiaan dan kepuasan hidup yang tinggi serta kecemasan, seperti depresi dan kesepian. Remaja dengan harga diri rendah berada pada risiko yang lebih tinggi untuk mengalami depresi (Fiorilli et al., 2019).

d) Diet

Diet yang sehat akan menurunkan gejala depresi di masa yang akan datang (Cairns et al., 2014). Asupan diet yang mengandung triptofan, vitamin B6, vitamin B12, asam folat, fenilalanin, tirosin, histidin, kolin, dan asam glutamat diperlukan untuk produksi neurotransmiter seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin yang terlibat dalam pengaturan suasana hati, nafsu makan, dan kognisi (Kris-Etherton et al., 2021). Kekurangan vitamin B12 menyebabkan hilangnya memori, disfungsi mental, dan depresi. Defisiensi folat menyebabkan kelelahan, kebingungan, demensia, dan mudah marah (Bodnar & Wisner, 2005). Selain itu Asam lemak omega 3 (n-3) mengatur neurotransmisi dopaminergik dan serotonergik, yang dapat menurunkan depresi dan kecemasan (Oddy et al., 2011). Penelitian lain menunjukkan bahwa pol

makan tidak berhubungan dengan kejadian depresi pada remaja (Simanjuntak et al., 2020)

e) Pola jam tidur

Pola jam tidur juga berkaitan dengan kejadian depresi (Clarke & Harvey, 2012). Seseorang yang memiliki gangguan tidur akan meningkatkan gejala depresi. Tidur adalah kebutuhan vital untuk perkembangan emosi dan kognitif pada remaja (Gregory & Sadeh, 2012). Jam tidur yang buruk juga dapat menyebabkan kecemasan pada remaja (Batiari et al., 2022)

f) Penggunaan zat dan obat terlarang

Penggunaan obat-obatan terlarang seperti ekstasi dan amfetamin akan memberikan efek neurotoksik sehingga dapat meningkatkan gejala depresi pada penggunanya. Penggunaan obat-obatan ini akan mengganggu perkembangan neurologis dan kognitif pada remaja (Marshall & Werb, 2010).

Penggunaan zat-zat terlarang seperti ganja dan tembakau juga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi (Cairns et al., 2014). Ganja dapat memberikan efek pada serotonin dan beberapa neurotransmitter lain sehingga dapat meningkatkan gejala depresi (Moore et al., 2007).

g) Alkohol

Penggunaan alkohol memiliki efek neurotoksik yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan di masa remaja, sehingga akan memengaruhi kehidupan sosial dan akademik. Oleh karena itu, secara tidak langsung alkohol dapat meningkatkan risiko depresi (Shortt & Spence, 2006)

3) Faktor sosial

a) Trauma

Seseorang yang mengalami trauma di masa lalu berupa pelecehan fisik, seksual, dan emosional cenderung akan mengalami depresi di masa yang akan datang (Saveanu & Nemeroff, 2012).

b) Media sosial

Penggunaan media sosial yang kurang tepat dan tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi. Konten media sosial dapat mempromosikan *self-image* yang buruk. Selain itu konten media sosial yang tidak terkontrol yang dapat memberikan dampak buruk pada kualitas dan kuantitas interaksi sosial di kehidupan nyata (Primack et al., 2009). Media sosial bisa menjadi tempat cyberbullying yang dampak terhadap kesehatan mental remaja (Ningrum & Amna, 2020).

c) Hubungan sosial interpersonal

Hubungan sosial interpersonal yang buruk dapat meningkatkan kejadian depresi (Saveanu & Nemeroff, 2012). Hubungan interpersonal yang baik merupakan hubungan psikologis yang dapat memahami satu sama lain. Hubungan interpersonal yang buruk, seperti sering munculnya konflik dan ketidakterbukaan dapat menjadi faktor terjadinya depresi. Rasa tidak diterima dan diasingkan dalam suatu kelompok juga dapat menjadi penyebab depresi (Fiorilli et al., 2019).

d) Keterbukaan dengan orang tua

Hubungan yang baik antara anak dan orang tua dapat meningkatkan rasa kepercayaan dan saling terbuka satu sama lain. Rasa saling percaya dan keterbukaan ini dapat melindungi anak dari risiko depresi. Hal ini dikarenakan hubungan antara anak dan orang tua yang mendukung akan meningkatkan rasa percaya diri dan persepsi yang positif bagi remaja (Shortt & Spence, 2006). Kehangatan orang tua dan dukungan emosional menjadi faktor penting dalam perlindungan terhadap depresi pada anak-anak dan remaja (Fiorilli et al., 2019).

2.6 Patofisiologi Gejala Depresi

Seseorang yang mengalami depresi mengalami gangguan pada fungsi metabolik, *immuno-inflammatory*, autonomic, dan *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA)-axis (Penninx et al., 2013).

1) Gangguan metabolik

Patofisiologi depresi berkaitan dengan gangguan metabolik yang berawal dari jaringan *white adipose*. Jaringan *white adipose* adalah organ endokrin yang memproduksi *cytokine inflammatory* dan hormon seperti leptin yang berkontribusi terhadap respon patologis dari depresi. *cytokine inflammatory* akan menstimulasi pelepasan lipid ke dalam aliran darah dan pada keadaan kronik akan menyebabkan resistensi insulin melalui aktivasi inhibitor dari *kB kinase- β /nuclear factor- $k\beta$ (IKK β /NF κ β)* kompleks. Pada sistem saraf pusat, inflamasi tersebut dapat mengganggu kerja leptin hipotalamus melalui regulasi *IKK β /NF κ β* pada SOCS-3 (*suppressor of cytokine signaling-3*). Reseptor leptin berada pada sistem limbik yang mengatur *mood* dan memberikan efek anti depresi. Leptin dapat memberikan efek pada *hippocampus* dan struktur

cortical melalui aksi neurogenesis, *axon growth*, synaptogenesis, dan regulasi morfologi dendritic (Penninx et al., 2013).

2) Gangguan *immuno-inflammatory*

Depresi berhubungan dengan gangguan inflamasi respon imun yang berasal dari *innate immune system*. Seseorang yang mengalami depresi akan mengalami peningkatan produksi *cytokine pro-inflammatory*. Pada seseorang yang mengalami depresi, terdapat peningkatan pada *TNF- α* , *sIL-2R*, *IL-6* dan *IL-1RA*. Sitokin dapat menuju otak secara langsung dengan melintasi *blood-brain barrier* dan secara tidak langsung melalui aktivasi mikroglia. Mikroglia yang diaktifkan oleh *IL-6* dan *TNF- α* sebagai sinyal antineurogenik, yang dapat berinteraksi langsung dengan sel progenitor saraf melalui reseptor *TNF* dan *IL-6* yang menyebabkan penurunan neurogenesis dan gangguan pengaturan emosi yang berkaitan dengan mekanisme depresi. *Cytokine pro-inflammatory* juga dapat menginduksi enzim *indoleamine 2,3-dioxygenase* (IDO) yang mengkatalisis sintesis *kynurenine* dari triptofan makanan. Hal ini dapat menyebabkan gejala depresi dengan mengurangi ketersediaan prekursor yang diperlukan melalui penipisan triptofan untuk sintesis serotonin dan melatonin. Selain itu *cytokine pro-inflammatory* dapat menyintesis *agonis N-metil-D-aspartat endogen* yang dapat mengganggu transmisi saraf di sepanjang jalur *glutamatergic* dan dapat menyebabkan kerusakan neuron *hipokampus* dan apoptosis yang dapat berkontribusi pada gejala depresi (Penninx et al., 2013).

3) Gangguan sistem saraf otonom

Seseorang yang mengalami depresi mengalami kondisi aktivitas simpatis yang meningkat dan kondisi parasimpatis yang menurun berupa penurunan tonus vagal. Penurunan tonus vagal ini berkaitan dengan berkurangnya kemampuan

seseorang untuk bersosialisasi dan beradaptasi terhadap perubahan lingkungan (Penninx et al., 2013).

4) Gangguan *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) axis

Pada seseorang yang mengalami depresi terdapat hiperaktivitas dari *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) axis. Pada seseorang yang mengalami depresi terdapat hubungan pada reseptor *mineralocorticoid* dan *glucocorticoid* sebagai pengatur transkripsi efek *cortisol* pada inisiasi dan penghentian stres. *Mineralocorticoid* dapat memicu respon stres, sedangkan *glucocorticoid* adalah bagian dari umpan balik negatif yang ditujukan untuk menormalkan output HPA axis. Hiperaktivitas dari HPA axis dapat memicu resistensi *glucocorticoid*, atrofi sel *hippocampus*, berkurangnya neurogenesis, dan plastisitas sinaptik. Selain itu, hiperaktivitas dari HPA axis juga dapat merubah sinyal *monoaminergic* sehingga dapat menyebabkan depresi (Penninx et al., 2013).

2.7 Dampak Gejala Depresi

Depresi menyebabkan dampak buruk yang sangat beragam. Seseorang yang mengalami depresi akan mengalami gangguan kinerja kognitif sosial, fungsi psikososial, dan emosional. Hal tersebut menyebabkan gangguan kualitas hidup (Weightman et al., 2019). Depresi memiliki dampak yang besar berupa penurunan fungsi dan kualitas hidup. Depresi dapat menimbulkan berbagai penyakit termasuk penyakit metabolik serta bertambahnya biaya kehidupan. Seseorang yang mengalami depresi cenderung memiliki pola hidup dan konsumsi makanan yang tidak sehat serta perawatan diri yang buruk (Penninx et al., 2013). Dampak dari seseorang yang mengidap depresi akan semakin besar, apabila dibiarkan tanpa diberi pengobatan (Penninx et al., 2013). Remaja dengan depresi akan mengalami

penurunan prestasi akademik dan tingkat kerajinan serta keaktifan dalam belajar (Weeks et al., 2016). Penelitian lain menunjukkan bahwa remaja yang mengalami depresi memiliki kehadiran yang buruk di sekolah, sering bolos atau bahkan dikeluarkan dari sekolah (Finning et al., 2019). Remaja yang mengalami depresi akan memiliki gangguan berupa kualitas hidup, hubungan interpersonal, dan kesehatan yang buruk. Gangguan-gangguan tersebut berkaitan dengan peningkatan risiko bunuh diri pada remaja, kinerja sekolah yang buruk, gangguan psikososial, penarikan diri dari masyarakat, serta penyalahgunaan zat terlarang.

2.8 Penanganan Gejala Depresi

Penanganan depresi bisa dilakukan dengan terapi psikotropika dan psikologis. Dua pengobatan ini dapat memengaruhi fungsi neurobiologis dan psikologis (Weightman et al., 2019). Selain itu, penerapan pola hidup sehat juga dapat membantu menangani kejadian depresi (Dirgayunita, 2016).

Seseorang yang mengalami depresi memiliki gangguan kognitif dan sosial, hal ini menyebabkan penurunan fungsi psikososial dan kualitas hidup. Gangguan-gangguan ini dapat diperingan dengan terapi psikologi melalui proses meditasi, perbaikan komunikasi verbal, interaksi interpersonal, dan pelatihan keterampilan kognitif (Weightman et al., 2019). Deteksi dini pada remaja yang mengalami depresi sangat penting dilakukan agar mendapatkan output yang baik (Kalalo, 2018).

Diet dan pola hidup sehat dapat mencegah depresi sekaligus mengobati depresi. Penerapan pola makan sehat yang sesuai dengan kebutuhan nutrisi penting untuk mencegah, memperlambat perkembangan, mengobati depresi, serta meningkatkan kesehatan mental yang optimal (Kris-Etherton et al., 2021). Penerapan pola hidup sehat berupa olahraga teratur, pola makan baik, berdoa, berani untuk tumbuh dan

berubah, serta rekreasi dapat membantu meringankan gejala depresi (Dirgayunita, 2016). Terapi psikologi ini dapat melibatkan profesional medis, psikolog, konselor profesional dalam pelaksanaan terapi interpersonal, konseling kelompok, dukungan sosial, terapi humor, serta terapi kognitif (Dirgayunita, 2016).

Pengobatan psikotropika melalui obat-obatan tertentu seperti antidepresan, khususnya *citalopram* dan *reboxetine* memengaruhi aktivitas dalam jalur neurohormonal tertentu, terutama dalam sistem limbik. Selain itu, obat-obatan ini juga memengaruhi *anterior cingulate cortex* dan *amygdala*, yang berperan dalam pemrosesan emosi. Obat-obatan yang menargetkan area ini dapat berkembang menjadi perawatan khusus untuk defisit kognitif sosial dan stimulasi otak. (Weightman et al., 2019). Selain itu, pada pasien depresi bisa diberikan perangsang jiwa (*psychostimulant*) yang berfungsi untuk mengobati gangguan defisit perhatian (*attention deficit disorder*) (Dirgayunita, 2016). Penanganan *Collaborative Care* (CC) berupa penanganan yang holistik, multidisiplin, proactive untuk pengobatan depresi. Pengobatan kolaboratif dapat memberikan manfaat yang besar termasuk penanganan kualitas hidup (Wicaksono & Febriyana, 2022).

2.9 Pengukuran Tingkat Depresi (*Children Depression Inventory*)

Children depression inventory (CDI) adalah instrumen yang dikembangkan oleh Maria Kovacs pada tahun 1992 untuk mengukur gejala depresi (Kovacs, 1992). *Children Depression Inventory* (CDI) adalah instrumen yang digunakan untuk menilai gejala depresi pada seseorang yang berorientasi pada gejala depresi dan *self-report*. CDI merupakan instrumen yang sering digunakan untuk menilai kejadian depresi pada anak dan remaja usia 7-17 tahun (Kovacs, 1992).

Instrumen CDI telah divalidasi dan diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa dan memiliki nilai validitas dan reliabilitas yang baik. Instrumen CDI telah diuji

validasi ke dalam bahasa Malaysia (Cronbach's alpha 0,83) menunjukkan nilai reliabilitas yang memuaskan. Pada uji validasi tersebut, didapatkan tingkat sensitivitas sebesar 90% dan tingkat spesifisitas 98% dalam mendeteksi depresi (Rosliwati MY et al., 2008). Instrumen CDI juga telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan sudah diuji oleh Widhiarso yang mendapatkan nilai reliabilitas sebesar $\alpha=0,7135$ (Widhiarso Wahyu, 2012).

Pengisian kuesioner dijawab berdasarkan apa yang dirasakan oleh responden selama dua minggu terakhir. CDI terdiri dari 27 item dan setiap item terdiri dari 3 pernyataan yang dinilai tingkat keparahannya serta diberi nilai numerik dari 0 hingga 2 (Kang et al., 2021). Instrumen CDI terdiri dari 27 pernyataan yang menunjukkan gejala depresi berupa:

- 1) Kesedihan
- 2) Perasaan gagal
- 3) Rasa bersalah
- 4) Kemurungan
- 5) Citra diri negatif
- 6) Kekhawatiran
- 7) Kebencian pada diri
- 8) Penyalahan diri
- 9) Bunuh diri
- 10) Tangisan
- 11) Ketergantungan
- 12) Penarikan diri
- 13) Keputusan
- 14) Penampilan

- 15) Motivasi
- 16) Gangguan tidur
- 17) Kepenatan
- 18) Nafsu makan
- 19) Kesehatan
- 20) Kesepian
- 21) Kebosanan
- 22) Persahabatan
- 23) Inkompetensi
- 24) Ketidakmampuan
- 25) Perasaan cinta
- 26) Kebimbangan
- 27) Masalah pergaulan

CDI dapat menggambarkan manifestasi psikologis pada gejala depresi berdasarkan lima dimensi yaitu *anhedonia*, *negative mood*, *negative self-esteem*, *ineffectiveness*, dan *interpersonal problems* (Kang et al., 2021) . Kelima dimensi ini mencakup 27 pertanyaan pada kuesioner seperti yang ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Dimensi dan Bahasan Pernyataan *Children Depression Inventory* (CDI) (Kang et al., 2021)

Dimensi CDI	Bahasan Pernyataan	Nomor Pernyataan pada Kuesioner
<i>Negative mood</i>	Kesedihan	1
	Kekhawatiran	6
	Rasa bersalah	3
	Tangisan	10
	Ketergantungan	11
	Kebimbangan	26
<i>Interpersonal problem</i>	Citra diri negatif	5
	Penarikan diri	12

	Masalah pergaulan	27
	Penyalahan diri	8
<i>Ineffectiveness</i>	Inkompetensi	23
	Motivasi	15
	Perasaan gagal	2
	Ketidakmampuan	24
<i>Anhedonia</i>	Kemurungan	4
	Gangguan tidur	16
	Kepenatan	17
	Nafsu makan	18
	Kesehatan	19
	Kesepian	20
	Kebosanan	21
	Persahabatan	22
Negative self-esteem	Keputusan	13
	Kebencian pada diri	7
	Bunuh diri	9
	Penampilan	14
	Perasaan cinta	25

Penentuan hasil penilaian CDI dilakukan dengan cara menjumlahkan seluruh skor yang didapatkan. Jumlah nilai keseluruhan pada penilaian CDI berkisar antara 0-54. Skor tersebut dapat menunjukkan kejadian depresi yang dialami remaja. Seorang yang memiliki skor $0 - \leq 12$ menunjukkan bahwa remaja tersebut tidak menunjukkan gejala depresi. Sebaliknya remaja yang memiliki skor ≥ 13 menunjukkan bahwa remaja tersebut mengalami gejala depresi (Kovacs, 1992).

2.10 Status Gizi Remaja

Menurut (Par'i et al., 2017) status gizi adalah suatu keadaan keseimbangan antara asupan gizi yang dikonsumsi dengan kebutuhan zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Asupan gizi yang dikonsumsi harus seimbang dengan kebutuhan zat gizi yang diperlukan tubuh. Apabila terdapat ketidakseimbangan antara asupan gizi dan zat gizi yang diperlukan, akan menyebabkan seseorang mengalami malnutrisi. Kondisi malnutrisi menyebabkan seseorang mengalami perubahan fungsional dan anatomi tubuh yang dapat mengganggu fungsi sistem organ tubuh.

Data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa 25,7 % remaja berusia 13-15 tahun dan 26,9% remaja usia 16-18 tahun mengalami status gizi pendek dan sangat pendek. Data Riskesdas tahun 2018 juga menunjukkan bahwa terdapat 8,7% remaja usia 13-15 tahun dan 8,1% remaja usia 16-18 tahun dengan kondisi kurus dan sangat kurus. Sedangkan prevalensi berat badan lebih dan obesitas sebesar 16,0% pada remaja usia 13-15 tahun dan 13,5% pada remaja usia 16-18 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa remaja di Indonesia mengalami masalah gizi berupa *stunting*, *wasting*, dan obesitas.

Masa remaja merupakan masa pematangan fisik, seksual, neurologis, dan perubahan perilaku. Pada masa remaja, seseorang mengalami pertumbuhan yang cepat sehingga nutrisi yang memadai sangat penting untuk mencapai potensi pertumbuhan maksimal. Sebaliknya, kegagalan untuk mencapai nutrisi yang optimal pada masa remaja dapat menyebabkan pertumbuhan linier tertunda dan gangguan remodelling organ (Das et al., 2017).

2.11 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Status gizi seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang beragam. Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi status gizi seseorang:

1) Asupan makan

Asupan makan dan status gizi memiliki hubungan yang positif dan saling mempengaruhi. Semakin tinggi asupan makan yang dikonsumsi, maka akan indeks status gizi akan bertambah dan begitu juga sebaliknya (Ruslie & Darmadi, 2012). Kuantitas dan kualitas asupan makan yang cukup menyebabkan seseorang memiliki status gizi yang baik dan normal. Seseorang yang memiliki status gizi buruk rentan terkena penyakit infeksi dan degeneratif (Rahayu, 2020).

2) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik memiliki hubungan yang bermakna secara negatif dengan status gizi. Seseorang yang memiliki aktivitas fisik yang rendah, maka akan meningkatkan indeks massa tubuh (Ruslie & Darmadi, 2012). Aktivitas fisik dapat mempengaruhi status gizi melalui pengeluaran tenaga yang berguna untuk memelihara fisik, mental, dan kualitas hidup (Rahayu, 2020).

3) *Body image*

Body image dan status gizi memiliki hubungan yang bermakna secara positif. Indeks massa tubuh bertambah seiring semakin positifnya *body image*. Remaja perempuan cenderung lebih memiliki *body image* negatif daripada laki-laki (Ruslie & Darmadi, 2012). Gender Penelitian menunjukkan bahwa laki-laki cenderung memiliki massa tubuh yang lebih dari normal (Ruslie & Darmadi, 2012).

4) Depresi

Depresi dapat menjadi faktor yang mempengaruhi status gizi seseorang (Rahayu, 2020). Seseorang yang mengalami depresi cenderung memiliki status gizi yang buruk. Hal ini dikarenakan mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar seperti kebutuhan makan, kebersihan diri, dan istirahat dengan baik. Hal ini menyebabkan seseorang yang mengalami depresi cenderung memiliki status gizi yang buruk.

2.12 Pengukuran Status Gizi (*Anthropometry*)

Penilaian status gizi digunakan untuk mengetahui ketidaknormalan status gizi seseorang. Penilaian status gizi penting dilakukan karena dengan mengetahui status gizi seseorang atau masyarakat. Penilaian ini menjadi suatu upaya yang tepat untuk memperbaiki gizi yang kurang ataupun lebih (Par'i et al., 2017). Penilaian status

gizi dapat dilakukan dengan pengukuran langsung maupun tidak langsung. Penilaian status gizi dengan pengukuran langsung berupa pengukuran *anthropometry*, biokimia, klinis dan biofisik. Sedangkan penilaian status gizi dengan pengukuran tidak langsung berupa survey konsumsi, statistik vital, dan faktor ekologi.

Anthropometry adalah pengukuran untuk penilaian status gizi yang sering digunakan. *Anthropometry* adalah suatu alat untuk menilai status gizi seseorang secara langsung. *Anthropometry* dapat menunjukkan status gizi seseorang dengan menilai keseimbangan antara asupan protein dan energi yang dapat terlihat melalui pola pertumbuhan fisik serta proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh (Suprasiasa, dkk, 2001). Beberapa aspek yang diukur dengan *anthropometry* adalah umur, berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkaran kepala, lingkaran lengan, lingkaran pinggul, dan tebal lemak bawah kulit.

Pada penilaian *anthropometry* terdapat empat klasifikasi indeks penilaian yang dipakai yaitu:

- 1) Berat Badan menurut Umur (BB/U)
- 2) Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)
- 3) Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)
- 4) Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U)

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar *Anthropometry* Penilaian Status Gizi Anak menyebutkan bahwa penilaian status gizi remaja didasarkan pada Indeks IMT/U (Kemenkes, 2011). IMT adalah indikator yang cukup sering digunakan untuk menilai status gizi. IMT dapat menggambarkan status gizi seseorang yang

berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Indeks IMT/U tidak memerlukan informasi tentang usia kronologis karena indeks BB/TB akan berubah sesuai perubahan umur.

IMT/U merupakan nilai yang diambil dengan mengukur berat badan dan tinggi badan seseorang. Perhitungan IMT merupakan hasil pembagian berat badan dan tinggi badan yang dikuadratkan seperti pada rumus berikut (Par'i et al., 2017):

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

Keterangan:

IMT: Indeks Massa Tubuh (Kg/m²)

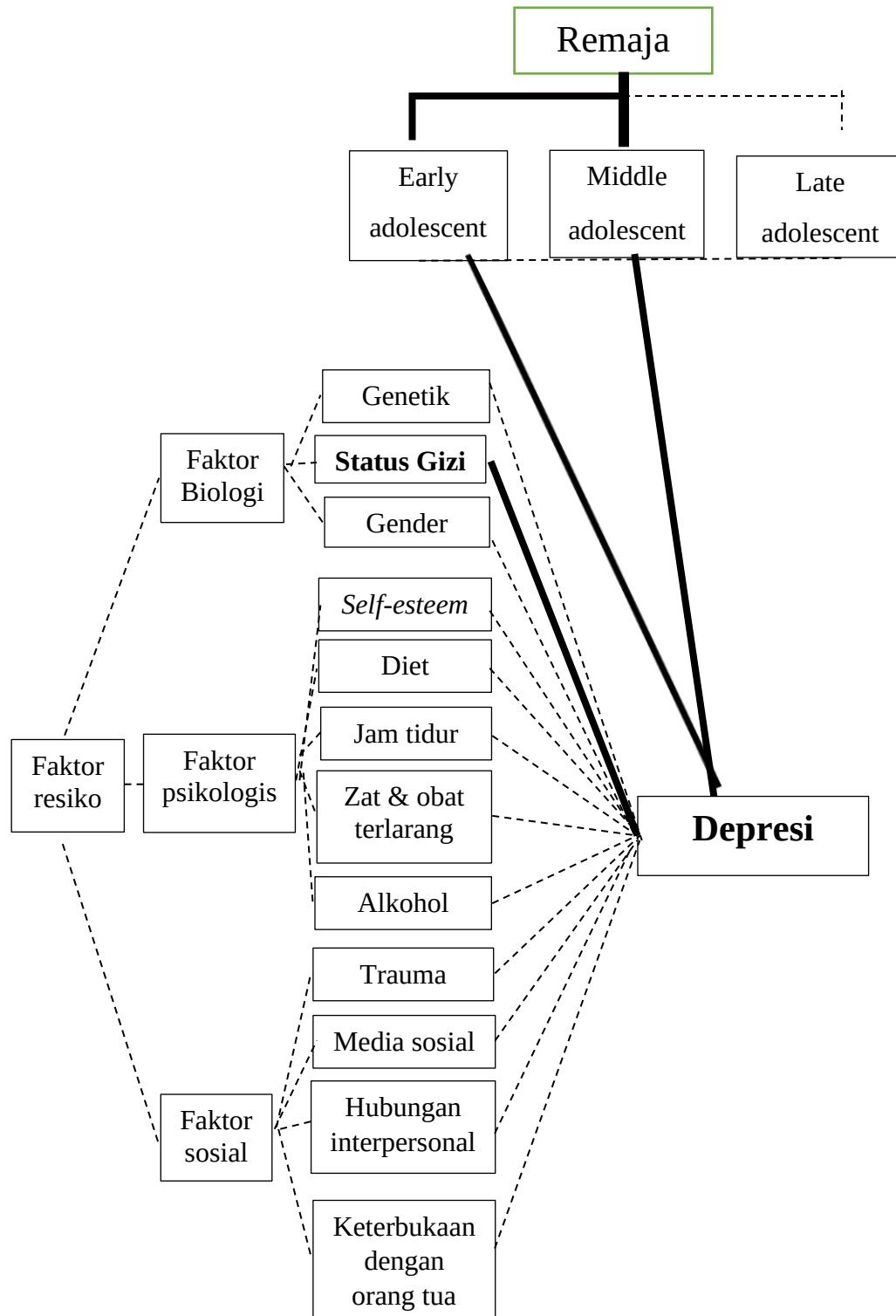
BB: Berat Badan (kg)

TB: Tinggi Badan (m)

Klasifikasi Status gizi indeks IMT/U dikategorikan menjadi 5 kategori. Klasifikasi Status gizi ini dikategorikan untuk anak usia 5-18 tahun (Permenkes, 2020).

Tabel 2.2 Klasifikasi Status Gizi IMT/U menurut Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2020

Tabel 2.2 Klasifikasi Status Gizi IMT/U		
Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z Score)
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U)	Gizi buruk	<-3 SD
Anak Usia 5-18 Tahun	Gizi kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi baik	-2 SD sampai dengan +1 SD
	Gizi lebih	+>1 SD sampai dengan +2 SD
	Obesitas	>+2 SD

BAB III**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN****3.1 Kerangka Konseptual Penelitian**

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

Garis —————> Diteliti
 Garis - - - - - Tidak diteliti

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Masa remaja adalah masa emas dimana seseorang mengalami proses pematangan pertumbuhan dan perkembangan fisik, kognitif, sosial, dan psikososial (Alderman & Breuner, 2019). Berdasarkan survei epidemiologi disebutkan bahwa prevalensi kejadian depresi terbanyak di awal masa dewasa (Kessler & Bromet, 2013). Batubara dalam jurnalnya menjelaskan pembagian masa remaja menjadi tiga masa yaitu *early adolescent*, *middle adolescent*, dan *late adolescent*. Dilihat dari segi kestabilan emosi, remaja pada masa *early* dan *middle adolescent* cenderung memiliki emosi yang tidak stabil. Hal ini berbeda dengan *late adolescent* yang cenderung memiliki emosi yang lebih stabil (Batubara, 2016). Hal ini menarik peneliti untuk melakukan penelitian pada remaja di masa *early* dan *middle adolescent* yaitu remaja dengan rentang usia 12-17 tahun. Depresi sendiri disebabkan oleh berbagai faktor, diantaranya faktor biologis, lingkungan, sosial, dan ekonomi (Kris-Etherton et al., 2021). Disebutkan bahwa asupan diet merupakan salah satu faktor yang menjadi salah satu penyebab memburuknya gejala depresi yang dialami seseorang (Cairns et al., 2014). Hal ini secara tidak langsung menunjukkan bahwa status gizi juga berpengaruh terhadap kejadian depresi di masa yang akan datang. Hal ini sesuai dengan penelitian Kris-Etherton yang menyebutkan bahwa asupan nutrisi terutama karbohidrat yang rendah akibat pola makan yang buruk dapat menjadi faktor risiko munculnya gangguan depresi (Kris-Etherton et al., 2021). Depresi memiliki gejala yang beragam, tetapi gejala pada remaja yang sering ditemukan adalah gangguan vegetatif/fisik seperti kehilangan energi, perubahan berat badan, nafsu makan, dan perubahan pola tidur (Rice et al., 2019). Jenis gejala yang dominan pada remaja tersebut berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Dengan beragamnya hasil penelitian mengenai depresi dan status gizi pada remaja, kami ingin mengetahui gambaran hubungan

gangguan depresi dan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.

3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis:

Terdapat hubungan antara gejala depresi dan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan metode pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati. Design *cross sectional* adalah design studi dengan subjek penelitian yang hanya di observasi dalam satu waktu. Pengukuran variabel pada design *cross sectional* dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut dalam satu periode yang sama (Levin, 2006). Hal ini membantu memudahkan peneliti untuk melakukan penelitian karena dilakukan hanya dalam satu periode waktu tertentu.

4.2 Populasi, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi Sampel

Populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu untuk tujuan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Populasi target merupakan seluruh siswa berusia 12 – 17 tahun. Populasi yang digunakan dalam penelitian adalah siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School* yang berusia 12-17 tahun.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasinya untuk kemudian diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Sampel pada penelitian ini adalah siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School* yang memiliki kriteria inklusi dan eksklusi.

4.2.2.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah suatu karakteristik umum yang harus dipenuhi oleh subyek penelitian untuk dapat ikut penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Siswa umur ≥ 12 tahun

- 2) Berstatus sebagai siswa-siswi aktif *Az-zahrah Islamic Boarding School*
- 3) Orang tua memberikan *informed consent* untuk anak ikut serta dalam penelitian

4.2.2.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik yang menyebabkan subyek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat ikut dalam penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Siswa sedang menjalani pengobatan untuk penyakit fisik tertentu
- 2) Siswa pernah mengalami sakit dengan terapi jangka panjang
- 3) Siswa pernah mengalami trauma kepala yang membutuhkan perawatan di rumah sakit
- 4) Siswa pernah atau sedang berkonsultasi dengan psikiater
- 5) Siswa pernah atau sedang menjalani program konseling dari Bimbingan Konseling (BK) di sekolah
- 6) Siswa memiliki disabilitas fisik
- 7) Siswa mengalami ketidakstabilan emosi dan *mood* selama pandemi COVID-19
- 8) Siswa tidak hadir saat pengambilan data

4.2.3 Besar Sampel Penelitian

Batas minimal sampel ditentukan berdasarkan teori yang didapat dari rumus Slovin (1960). Rumus Slovin digunakan dalam penelitian ini karena jumlah populasi yang diketahui lebih dari 100 responden.

Rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2} :$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat kepercayaan/ketetapan yang diinginkan (0,1)

Jumlah seluruh siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School* Pati adalah 353 siswa. Maka berdasarkan rumus diatas, maka didapatkan jumlah perhitungan besar sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$n = \frac{353}{1 + 353 (0,1)^2}$$

$$n = 78$$

Sehingga berdasarkan hasil perhitungan di atas, jumlah sampel yang diperlukan adalah sebanyak 78 siswa.

4.2.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pada teknik *consecutive sampling*, cara pengambilan sampel dilakukan dengan cara memilih semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel terpenuhi.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah karakteristik suatu subyek. Variabel merupakan sesuatu yang dipakai sebagai ciri dan sifat dari penelitian tentang konsep pengertian tertentu. Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yang digunakan sebagai berikut:

- 1) Variabel Independen.

Status gizi siswa menjadi variabel independen dalam penelitian ini.

2) Variabel dependen.

Tingkat gejala depresi menjadi variabel dependen dalam penelitian ini.

4.3.2 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Hasil Ukur	Skala
1.	Depresi	Depresi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kondisi kehilangan minat, suasana hati dan emosional yang rendah, serta gangguan pada kognitif, fisik, dan perilaku sehari-hari (Penninx et al., 2013b)	Kuesioner CDI	1. 0-12, tidak ada gejala depresi 2. ≥ 13 , gejala depresi (kovacs, 1992)	Ordinal
2.	Status Gizi	Status gizi adalah suatu keadaan keseimbangan antara asupan gizi yang dikonsumsi dengan kebutuhan zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh (Par'i et al., 2017).	Pengukuran dengan metode <i>anthropometry</i> . TB dan BB didapatkan melalui <i>self-assessment</i> oleh responden.	(IMT/U) Anak Usia 5-18 Tahun: 1. < -3 SD, Gizi buruk 2. -3 SD sampai dengan < -2 SD, Gizi kurang 3. -2 SD sampai dengan $+1$ SD, Gizi baik 4. $> +1$ SD sampai dengan 2 SD, Gizi lebih 5. > 2 SD, Obesitas (Permenkes, 2020)	Rasio

4.4 Alat dan Bahan Penelitian

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner digital melalui *online form* meliputi *information for consent*, *informed consent*, lembar identitas, lembar digital kuesioner *Children Depression Inventory (CDI)*, serta lembar pengisian data berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Bahan utama yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh melalui kuesioner.

4.5 Instrumen Penelitian

Proses pengambilan data penelitian dilakukan secara *online*. Penulis menggunakan beberapa instrumen untuk pengumpulan data yaitu kuesioner, data tinggi badan, dan data berat badan. Sebelumnya juga telah disediakan lembar identitas diri dan beberapa pertanyaan tentang kriteria eksklusi.

Instrumen yang digunakan untuk menentukan gejala depresi adalah kuesioner CDI. Pengisian kuesioner dijawab berdasarkan apa yang dirasakan oleh responden selama dua minggu terakhir. CDI terdiri dari 27 item dan setiap item terdiri dari 3 pernyataan yang dinilai tingkat keparahannya serta diberi nilai numerik dari 0 hingga 2 (Kang et al., 2021). Sedangkan data berupa tinggi badan dan berat badan responden didapatkan dari hasil *self-assessment* melalui kuesioner demografi yang disediakan.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.6.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati*.

4.6.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan dari bulan November 2021 hingga bulan Desember 2021.

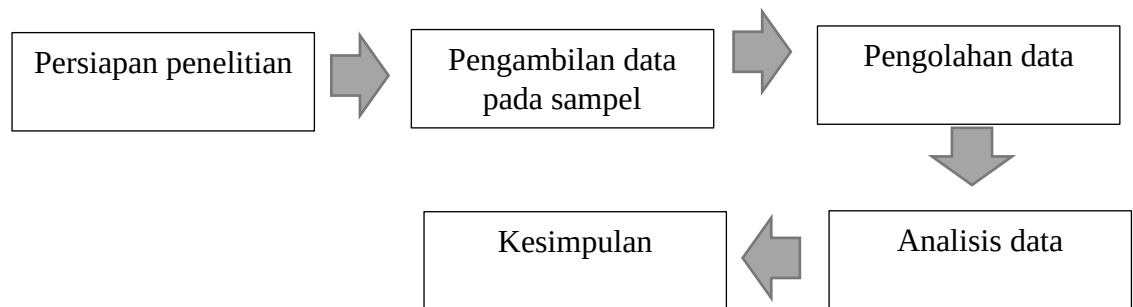
4.7 Prosedur Pengambilan Data

- 1) Peneliti mengirimkan *link* berisi penjelasan singkat terkait penelitian yang dilakukan serta surat permohonan menjadi responden kepada orang tua secara *online* melalui group *WhatsApp* wali murid.
- 2) Apabila orang tua bersedia memberikan izin kepada anak untuk ikut serta dalam penelitian ini, orang tua dimohon untuk mengakses *link* yang telah disediakan untuk mengisi beberapa identitas diri, kuesioner demografi, dan tanda tangan. Tanda tangan bisa ditulis langsung pada layar *smartphone*.
- 3) Peneliti memilih siswa-siswi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi berdasarkan jawaban pada *informed consent* dan kuesioner demografi.
- 4) Peneliti mengirimkan *link* berisikan beberapa pertanyaan tentang data diri, data berat badan dan tinggi badan, dan kuesioner demografi kepada pihak pengasuh asrama untuk selanjutnya disampaikan kepada responden yang telah memenuhi kriteria.
- 5) Pada lembar kuesioner tersebut telah diberikan penjelasan terkait cara pengisian kuesioner dan apabila ada yang ingin ditanyakan, responden bisa bertanya tentang hal yang belum dimengerti kepada peneliti melalui pengasuh untuk kemudian disampaikan kepada peneliti.
- 6) Responden akan mengisi kuesioner CDI dan beberapa kolom data diri termasuk kolom data tinggi badan dan berat badan siswa-siswi sebagai responden.
- 7) Peneliti akan melakukan pengolahan dan analisa data

4.8 Risiko Penelitian

Responden yang ikut serta dalam penelitian ini berisiko merasakan ketidaknyamanan tertentu saat pengambilan data.

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional

4.10 Cara Mengolah dan Menganalisis Data

4.10.1 Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari proses pengumpulan data akan diubah menjadi bentuk tabel. Selanjutnya data akan diolah menggunakan program statistik komputer. Pengolahan data akan dilakukan dengan beberapa langkah sebagai berikut:

1) *Editing*

Pada tahap ini, data yang didapatkan perlu diedit terlebih dahulu untuk mempermudah mengolah data ke tahap selanjutnya. Pada tahap ini peneliti memastikan pertanyaan telah terjawab lengkap dan jawaban jelas terbaca.

2) *Coding*

Pada tahap *coding*, peneliti memberikan kode-kode tertentu untuk memudahkan peneliti dalam melanjutkan tahap pengolahan data selanjutnya.

3) *Entry data*

Pada tahap ini, peneliti akan memasukkan data yang telah diberikan kode ke dalam komputer.

4) *Cleaning data*

Pada tahap *cleaning data*, peneliti menghilangkan kesalahan yang mungkin dilakukan selama penelitian.

4.10.2 Analisis Data

4.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis Univariat digunakan untuk mendeskripsikan data seperti rerata, median, modus, serta proporsi (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Pada penelitian ini peneliti akan menganalisis untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentasi data pada setiap variabel, yaitu status gizi dan gejala depresi. Data dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel.

4.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis Bivariat adalah uji hipotesis antara dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Analisis bivariat menggunakan metode uji *spearman* apabila kedua variabel disajikan dalam bentuk skala data ordinal (kategori). Selanjutnya analisis bivariat menggunakan metode uji *T-test* apabila data disajikan dalam bentuk skala data rasio (numerik).

4.11 Etik Penelitian

4.11.1 Etik Penelitian Fakultas

Penelitian ini akan dilaksanakan setelah mendapatkan izin etik dari Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Pada penelitian yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek penelitian, diperlukan penerapan 3 prinsip etik yaitu (Kemenkes, 2017):

1) Prinsip menghormati harkat martabat manusia (*respect for persons*)

Prinsip ini bertujuan untuk selalu menghormati harkat dan martabat manusia. Setiap manusia memiliki kebebasan untuk menentukan pilihannya sendiri tanpa paksaan dari pihak manapun.

2) Prinsip berbuat baik (*beneficence*) dan tidak merugikan (*non-maleficence*)

Dalam penelitian ini, terdapat suatu prinsip untuk memberikan kemanfaatan kepada khalayak umum semaksimal mungkin dan selalu berusaha untuk meminimalisir kerugian yang ditimbulkan.

3) Prinsip keadilan (*justice*)

Dalam suatu penelitian, setiap orang harus mendapatkan keadilan dan hak yang sama.

4.11.2 Anonymity (Tanpa Nama)

Hanya peneliti yang mengetahui identitas pasien dan tidak akan memberitahukan atau menyampaikan kepada siapapun.

4.11.3 Confidentially (Kerahasiaan)

Seluruh identitas dan data pribadi responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian.

BAB V

HASIL DAN ANALISIS

Pada bab ini, akan disajikan hasil dari pengumpulan data kuesioner yang telah diisi oleh responden. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati. Pengumpulan data dilaksanakan di *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati* pada Desember 2021 – Januari 2022. Sampel dalam penelitian ini adalah siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School* tahun ajaran 2021/2022 yang berusia 12-17 tahun. Jumlah sampel dalam penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 115 siswa.

Hasil penelitian akan dijabarkan mulai dari gambaran umum lokasi penelitian, deskripsi hasil penelitian, analisis univariat, serta analisis bivariat berupa hubungan korelasi antara variabel tingkat gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati*. *Az-zahrah Islamic Boarding School* merupakan asrama milik MTs Negeri 1 Pati. Asrama tersebut terletak di Desa Pekalongan, Kecamatan Winong, Kabupaten Pati. Siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School* merupakan siswa putra dan putri yang terdiri dari kelas 7, 8, dan 9. Jumlah seluruh siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School* tahun ajaran 2021/2022 berjumlah 353 siswa.

5.2 Deskripsi Hasil Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati. Sampel dalam penelitian ini adalah siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School* tahun

ajaran 2021/2022 berusia 12-17 tahun yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 115 siswa. Proses penelitian dilakukan saat pandemi, sehingga seluruh proses pengambilan data dilakukan secara *online*.

Deskripsi hasil penelitian menggambarkan data berupa karakteristik responden, jawaban kuesioner CDI untuk menilai tingkat gejala depresi, serta data tinggi badan (TB) dan berat badan (BB) yang diolah dan dihitung menggunakan bantuan program *SPSS Stastistic 23 for Windows*.

5.3 Karakteristik Responden

Gambaran karakteristik responden pada penelitian ini ditampilkan dalam *Tabel 5.1*. Responden digolongkan menjadi 3 karakteristik yaitu berdasarkan umur, jenis kelamin, dan kelas. Karakteristik umur dibagi menjadi dua, yaitu *Early adolescent* dengan rentang umur 12-14 tahun dan *Middle adolescent* dengan rentang umur 15-17 tahun. Karakteristik jenis kelamin juga dibagi menjadi dua yaitu, laki-laki dan perempuan. Sedangkan karakteristik kelas dibagi menjadi tiga, yaitu kelas 7 (tujuh), 8 (delapan), dan 9 (sembilan).

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati* Tahun Ajaran 2021/2022

Karakteristik	Kategori	Frekuensi (n=115)	Persentase
Umur	12-14 tahun (Early adolescent)	109	94,8%
	15-17 tahun (Middle adolescent)	6	5,2%
Jenis Kelamin	Laki-laki	59	51,3%
	Perempuan	56	48,7%
Kelas	7 (Tujuh)	46	40%
	8 (Delapan)	39	33,9%
	9 (Sembilan)	30	26,1%

Pada penelitian ini, sampel yang digunakan sebanyak 115 siswa. Sampel dipilih berdasarkan teknik *consecutive sampling* yaitu memilih siswa-siswi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dalam kurun waktu tertentu. Pada *Tabel 5.1*

dapat diketahui bahwa berdasarkan karakteristik umur, responden yang termasuk dalam kategori *early adolescent* sebanyak 109 siswa (94,8 %) dan kategori *middle adolescent* sebanyak 6 siswa (5,2 %). Perbandingan jumlah responden antara laki-laki dan perempuan dalam karakteristik berdasarkan jenis kelamin memiliki nilai yang tidak jauh berbeda. Pada penelitian ini, jumlah responden laki-laki sebanyak 59 siswa (51,3%) dan jumlah responden perempuan sebanyak 56 siswa (48,7%). Berdasarkan *Tabel 5.1* juga dapat diketahui bahwa responden terbanyak berasal dari kelas 7 (tujuh) dengan jumlah 46 siswa (40%) dan responden paling sedikit berasal dari kelas 9 (sembilan) dengan jumlah 30 siswa (26,1%).

5.4 Analisis Univariat

Analisis data univariat meliputi gambaran frekuensi dan persentase status gizi dan tingkat gejala depresi pada siswa-siswi di *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati*.

5.4.1 Status Gizi

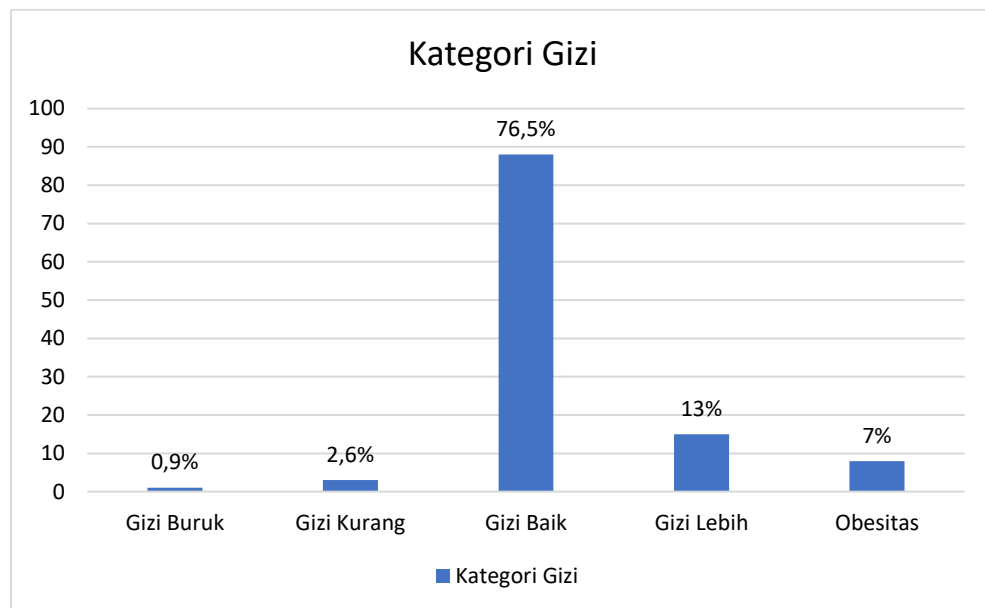
Distribusi frekuensi status gizi responden dalam penelitian ini ditampilkan dalam *Tabel 5.2*. Status gizi digolongkan menjadi lima, yaitu gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, gizi lebih, dan obesitas.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Status Gizi Responden Siswa-siswi *Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati* Tahun Ajaran 2021/2022

Status Gizi	Frekuensi (f)	Persentase
Gizi buruk	1	0,9%
Gizi kurang	3	2,6%
Gizi baik	88	76,5%
Gizi lebih	15	13%
Obesitas	8	7%
Jumlah	115	100%

Berdasarkan *Tabel 5.1* dapat diketahui bahwa sebagian besar siswa memiliki status gizi baik yaitu sebanyak 88 siswa (76,5%) dan yang paling sedikit memiliki status gizi buruk yaitu sebanyak 1 siswa (0,9%).

Grafik histogram variabel status gizi siswa-siswi sekolah berasrama di Pati disajikan sebagai berikut:



Gambar 5.1 Histogram Variabel Status Gizi Responden Responden Siswa-siswi *Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati* Tahun Ajaran 2021/2022

5.4.2. Gejala Depresi

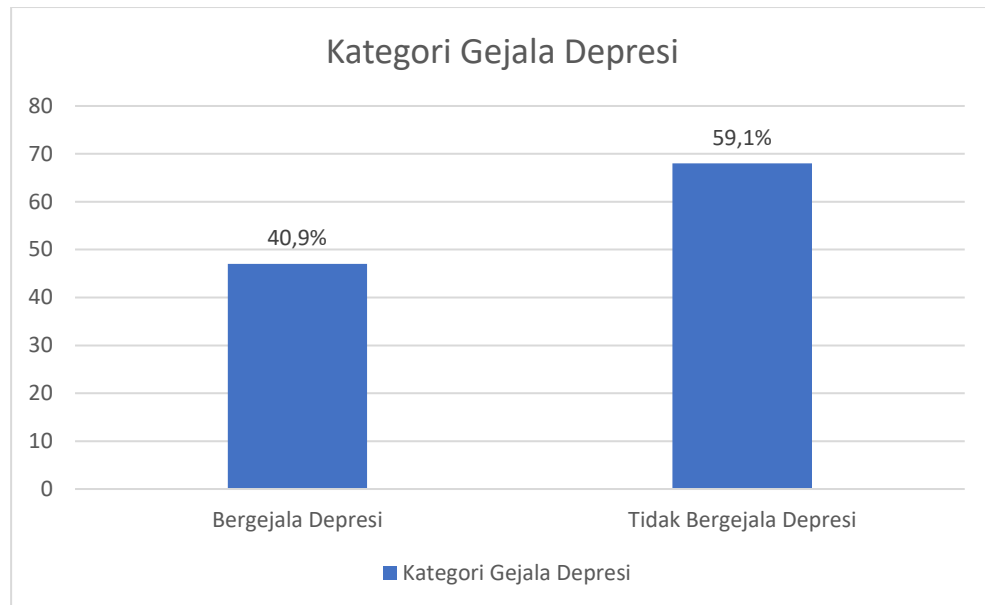
Distribusi frekuensi gejala depresi responden dalam penelitian ini ditampilkan dalam *Tabel 5.3*. Dalam penelitian ini, tingkat gejala depresi digolongkan menjadi dua kategori yaitu kategori gejala depresi dan kategori tidak bergejala depresi.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Gejala Depresi Responden Siswa-siswi *Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati* Tahun Ajaran 2021/2022

Status Depresi	Frekuensi (n=115)	Persentase
Gejala Depresi	47	40,9%
Tidak Gejala Depresi	68	59,1%
Jumlah	115	100%

Berdasarkan *Tabel 5.3* dapat diketahui bahwa siswa yang memiliki gejala depresi dan yang tidak bergejala depresi memiliki perbedaan perbandingan jumlah persentase yang tidak jauh berbeda. Siswa yang memiliki gejala depresi sebanyak 47 siswa (40,9%) dan siswa yang tidak memiliki gejala depresi sebanyak 68 siswa (59,1%).

Grafik histogram data variabel gejala depresi siswa-siswi sekolah berasrama di Pati disajikan sebagai berikut:



Gambar 5.2 Histogram Variabel Gejala Depresi Responden Siswa-siswi Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati Tahun Ajaran 2021/2022

5.5 Karakteristik Variabel Penelitian Berdasarkan Data Sociodemografi

5.5.1 Karakteristik Status Gizi Responden Berdasarkan Data Sociodemografi

Tabel 5.4 Karakteristik Status Gizi Berdasarkan Data Sociodemografi pada Responden Siswa-siswi Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati Tahun Ajaran 2021/2022

Karakteristik		Kategori Gizi					Total
		Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih	Obesitas	
		n %	n %	N %	N %	N %	
Umur	12-14 tahun (early adolescent)	1 0,9%	3 2,6%	83 72,2%	14 12,2%	8 6,9%	115 100%
	15-17 tahun (middle adolescent)	0 0	0 0	5 4,3%	1 0,9%	0 0	
Gender	Laki-laki	0 0	3 2,6%	40 34,8%	9 7,8%	7 6,1%	115 100%
	Perempuan	1 0,9%	0 0	48 41,7%	6 5,2%	1 0,9%	
Kelas	7 (Tujuh)	1 0,9%	2 1,7%	30 26,1%	7 6,1%	6 5,2%	115 100%
	8 (Delapan)	0 0	0 0	34 29,6%	3 2,6%	2 1,7%	
	9 (Sembilan)	0 0	1 0,9%	24 20,9%	5 4,3%	0 0	

Tabulasi silang antara status gizi responden dan data sosiodemografi ditampilkan dalam tabel 5.4. Berdasarkan Tabel 5.4 dapat diketahui bahwa siswa dengan gizi baik didapatkan pada semua kelompok sosiodemografi. Pada karakteristik umur, mayoritas responden nya adalah siswa dengan usia 12-14 tahun dengan status gizi baik sebanyak 83 siswa (72,2%). Pada karakteristik jenis kelamin, mayoritas responden adalah siswa perempuan dengan gizi baik sebanyak 48 siswa (41,7%). Pada karakteristik kelas, mayoritas responden adalah siswa kelas 8 dengan gizi baik sebanyak 34 siswa (29,6%).

5.5.2 Karakteristik Gejala Depresi Berdasarkan Data Sosiodemografi

Tabel 5.5 Karakteristik Gejala Depresi berdasarkan Data Sosiodemografi pada Responden Siswa-siswi *Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati* Tahun Ajaran 2021/2022

Karakteristik		Kategori Depresi		Total
		Bergejala Depresi	Tidak Bergejala Depresi	
		N %	N %	
Umur	12-14 tahun (<i>early adolescent</i>)	44 38,2%	65 56,5%	115 100%
	15-17 tahun (<i>middle adolescent</i>)	3 2,6%	3 2,6 %	
Gender	Laki-laki	18 15,7%	41 35,7%	115 100%
	Perempuan	29 25,2%	27 23,5%	
Kelas	7 (Tujuh)	12 10,4%	34 29,6%	115 100%
	8 (Delapan)	23 20%	16 13,9%	
	9 (Sembilan)	12 10,4%	18 15,7%	

Tabulasi silang antara gejala depresi responden dan data sosiodemografi ditampilkan dalam *tabel 5.5*. Berdasarkan *tabel 5.5* dapat diketahui bahwa siswa tidak bergejala depresi didapatkan pada mayoritas semua kelompok sosiodemografi. Pada karakteristik umur, mayoritas responden nya adalah siswa dengan usia 12-14 tahun dengan tidak bergejala depresi sebanyak 65 siswa

(56,5%). Pada karakteristik jenis kelamin, mayoritas respondennya adalah siswa laki-laki tidak bergejala depresi sebanyak 41 siswa (35,7%). Pada karakteristik kelas, siswa kelas 7 (Tujuh) tidak bergejala depresi sebanyak 34 siswa (29,6%)

5.6 Analisis Bivariat

Analisis data bivariat meliputi distribusi gejala depresi berdasarkan status gizi serta hasil uji korelasi hubungan gejala depresi dan status gizi pada siswa-siswi di *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati*.

5.6.1. Gejala Depresi berdasarkan Status Gizi

Distribusi gejala depresi berdasarkan status gizi responden ditampilkan dalam *Tabel 5.6*. Berdasarkan *Tabel 5.6* dapat diketahui bahwa mayoritas sampel adalah siswa yang tidak bergejala depresi dengan status gizi baik yaitu sebanyak 52 siswa (45,2%), kemudian dilanjutkan siswa bergejala depresi dengan status gizi baik yaitu sebanyak 36 siswa (31,3%).

Tabel 5.6 Distribusi Gejala Depresi berdasarkan Status Gizi pada Responden Siswa-siswi Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati Tahun Ajaran 2021/2022

	Status Gizi (IMT/U)					Total
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih	Obesitas	
	n %	N %	n %	n %	n %	
Gejala Depresi	1 0,9%	1 0,9%	36 31,3%	6 5,2%	3 2,6%	115 100%
Tidak Gejala Depresi	0 0%	2 1,7%	52 45,2%	9 7,8%	5 4,3%	

5.6.2 Uji Linieritas Gejala Depresi dan Status Gizi

Tabel 5.7 Hasil Uji Linieritas Gejala Depresi dan Status Gizi pada Responden Siswa-siswi Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati Tahun Ajaran 2021/2022

Variabel	Deviation from Linearity Sig.	Keterangan
Status Gizi → Tingkat Gejala Depresi	0.640	Linier

Uji linieritas berfungsi untuk mengetahui apakah hubungan antara variabel independen dan variabel dependen terikat linear atau tidak. Kriteria pengujian

linieritas adalah jika nilai Deviation from Linearity Sig. > 0.05, maka ada hubungan yang linear secara signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen. Hasil rangkuman uji linieritas disajikan pada Tabel 5.7.

Berdasarkan *Tabel 5.7* diketahui bahwa nilai *Deviation from Linearity Sig.* yaitu 0.640. Nilai tersebut lebih besar dari 0.05, sehingga hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang linear secara signifikan antara variabel gejala depresi dan status gizi.

5.6.3 Uji Normalitas Gejala Depresi dan Status Gizi

Uji normalitas berfungsi untuk mengetahui apakah sampel yang diteliti terdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas dilakukan terlebih dahulu sebelum dilakukan analisis data secara korelasi. Uji Normalitas yang digunakan adalah *Kolmogorov-Smirnov Test*. *Kolmogorov-Smirnov Test* digunakan karena sampel berjumlah lebih dari 50 sampel yaitu 115 siswa. Kriteria pengujian normalitas adalah jika taraf signifikan lebih besar 0.05 ($P > 5\%$) maka dinyatakan data terdistribusi normal. Hasil rangkuman uji normalitas disajikan pada *Tabel 5.8*.

Tabel 5.8 Hasil Uji Normalitas Gejala Depresi dan Status Gizi pada Responden Siswa-siswi Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati Tahun Ajaran 2021/2022

Variabel	Sig	Keterangan
Status Gizi	0.000	Tidak Normal
Gejala Depresi	0.000	Tidak Normal

Berdasarkan *Tabel 5.8* baik variabel status gizi maupun gejala depresi terdistribusi tidak normal karena nilai signifikan kedua variabel kurang dari 0.05.

5.6.4 Uji Korelasi Gejala Depresi dan Status Gizi

Analisis bivariat bertujuan untuk menguji variabel independen yaitu status gizi dan variabel dependen yaitu gejala depresi pada remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati. Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini untuk pengujian hipotesis adalah analisis korelasi. Di bawah ini akan dibahas hasil

analisis korelasi yang dilakukan dengan menggunakan program *SPSS Statistic 23 for Windows*.

Analisis korelasi data menggunakan analisis *non parametric* karena data terdistribusi secara tidak normal. Analisis data untuk uji korelasi menggunakan uji *Spearman* karena variabel data merupakan skala ordinal, memiliki hubungan linear dan tidak terdistribusi secara normal. Hasil uji korelasi ditampilkan dalam *Tabel 5.9*.

Tabel 5.9 Hasil Uji Korelasi Gejala Depresi dan Status Gizi pada Responden Siswa-siswi Az-Zahrah Islamic Boarding School Pati Tahun Ajaran 2021/2022

			Kategori Gizi	Gejala Depresi
Spearman's rho	Kategori Gizi	Correlation	1.000	.030
		Sig. (2-tailed)	.	.752
		N	115	115
	Gejala Depresi	Correlation	.030	1.000
		Sig. (2-tailed)	.752	.
		N	115	115

Kekuatan dan arah korelasi (hubungan) akan mempunyai arti jika hubungan antar variabel tersebut bernilai signifikan. Dikatakan ada hubungan yang signifikan, jika nilai *Sig. (2-tailed)* hasil perhitungan lebih kecil dari 0.05 atau 0.01. Berdasarkan tabel test korelasi *non parametric* yang ditampilkan pada tabel diatas, diketahui bahwa nilai *Sig. (2-tailed)* sebesar 0.752, sehingga menunjukkan bahwa **hubungan antar variabel gejala depresi dan status gizi tidak signifikan atau tidak berarti.**

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini memaparkan pembahasan dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Pembahasan berupa rincian dari hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian yang dilakukan. Pada pembahasan ini disertakan juga konsep dan teori dari penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

Penelitian ini dilakukan di *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati*. Sampel dalam penelitian ini adalah siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 115 siswa. Pemilihan sampel dilakukan dengan teknik *consecutive sampling*.

6.1 Karakteristik Responden

Sampel dalam penelitian ini mencakup siswa-siswi *Az-zahrah Islamic Boarding School Pati* dari kelas 7-9, baik laki-laki maupun perempuan yang memenuhi kriteria penelitian dengan rentang usia 12- 17 tahun. Dalam penelitian ini sampel digolongkan menjadi beberapa kelompok berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, dan kelas.

Karakteristik responden berdasarkan umur dibagi menjadi dua kelompok yaitu usia 12-14 tahun (*early adolescent*) dan 15-17 tahun (*middle adolescent*). Berdasarkan tabel dapat diketahui bahwa sampel mayoritas berada di usia *early adolescent* yaitu sebanyak 109 siswa (94.8%), sedangkan di usia *middle adolescent* hanya ada 6 siswa (5.2%). Perbedaan jumlah sampel berdasarkan kategori umur yang cukup besar ini disebabkan karena peneliti mengambil sampel remaja pada tahap sekolah menengah pertama yang mayoritas berada pada rentang usia *early adolescent*.

Pada penelitian ini perbandingan sampel siswa laki-laki dan perempuan tidak berbeda jauh. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 59 siswa (51.3%) berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 56 siswa (48.7 %) berjenis kelamin perempuan. Perbedaan jenis kelamin memengaruhi tingkat kejadian depresi seseorang (Hwang et al., 2022). Selain itu, perbedaan jenis kelamin juga berpengaruh pada status gizi seseorang (Darling et al., 2020).

Karakteristik responden berdasarkan kelas dibagi menjadi tiga kelas, yaitu kelas 7, kelas 8, dan kelas 9. Sampel terbanyak berasal dari kelas 7 yaitu sebanyak 46 siswa (40.0%), sedangkan jumlah sampel paling sedikit berjumlah 30 siswa (26.1%), sisanya adalah kelas 8 dengan jumlah siswa sebanyak 39 siswa (33.9%). Setiap tingkatan kelas, memiliki beban belajar yang berbeda. Tugas dan ujian-ujian dapat mejadi salah satu penyebab depresi seseorang (Wuthrich et al., 2021).

6.2 Status Gizi Siswa-Siswi Sekolah Berasrama di Pati

Masa remaja adalah masa emas dimana seseorang mengalami proses pertumbuhan dan pematangan fisik maupun psikis sehingga diperlukan status gizi yang cukup dan seimbang (Das et al., 2017). Menurut (Par'i et al., 2017) status gizi adalah suatu keadaan keseimbangan antara asupan gizi yang dikonsumsi dengan kebutuhan zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Status gizi pada remaja perlu dipertimbangkan karena status gizi berperan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan remaja.

Penilaian status gizi pada penelitian ini menggunakan penilaian *anthropometry* dengan indeks penilaian yaitu Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Indeks penilaian IMT/U dipilih karena berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak menyebutkan bahwa penilaian status gizi remaja didasarkan pada Indeks

IMT/U (Kemenkes, 2020). Hasil penilaian status gizi ini dibagi menjadi 5 kategori, yaitu status gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, gizi lebih, dan obesitas.

Berdasarkan *Tabel 5.2* diketahui bahwa sebagian besar siswa memiliki gizi baik yaitu sebanyak 88 siswa (76.5%). Sisanya sebanyak 1 siswa (0.9%) mengalami gizi buruk; 3 siswa (2.6%) mengalami gizi kurang; 15 siswa (13.0) mengalami status gizi lebih; dan 8 siswa (7.0) mengalami obesitas. Data tersebut menunjukkan bahwa beberapa siswa masih mengalami status gizi yang tidak normal. Perbandingan antara siswa dengan gizi normal dan gizi tidak normal adalah 3:1. Hasil yang sama juga didapatkan pada penelitian yang dilakukan pada remaja santri Pondok Pesantren Shuffah Hizbullah dan Madrasah Al-Fatah Lampung yang menunjukkan bahwa sebagian besar sampel memiliki gizi baik, tetapi masih ada beberapa sampel yang mengalami status gizi yang tidak normal (Abdullah et al., 2022). Pada penelitian tersebut perbandingan siswa dengan gizi normal dan tidak normal adalah 4:1. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa 58 siswa (80.6%) memiliki gizi baik. Sedangkan sisanya memiliki sebanyak 1 siswa memiliki gizi kurang (1.4%); 11 siswa gizi lebih (15,3%); dan 2 siswa dengan obesitas (2,8%). Data Riskedas 2018 mengenai prevalensi status gizi (IMT/U) pada remaja umur 13-15 tahun di Provinsi Jawa Tengah juga menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda. Prevalensi status gizi (IMT/U) pada remaja di Jawa Tengah didapatkan sebanyak 77% remaja memiliki gizi normal, sisanya 1.8% sangat kurus; 6.6% kurus; 10.1 % gemuk; dan 4.5 % obesitas (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Faktor yang memengaruhi status gizi seseorang senganat banyak diantaranya adalah asupan makanan, aktivitas fisik, *body image* dan jenis kelamin (Ruslie & Darmadi, 2012). Selain itu keadaan emosi seseorang juga berpengaruh terhadap

status gizi seseorang (Rahayu, 2020). Pada remaja ada beberapa faktor yang memengaruhi status gizi yaitu kebiasaan makan, baik sarapan dan kebiasaan makan cemilan, pengetahuan, dan *body image* (Andika & Kridawati, 2016).

6.3 Tingkat Gejala Depresi pada Siswa-siswi Sekolah Berasrama di Pati

Depresi merupakan suatu gangguan emosional yang dapat mengganggu kesehatan mental maupun fisik sehingga berpengaruh buruk terhadap kehidupan sehari-hari dan hubungan interpersonal (Dirgayunita, 2016). Seseorang yang memasuki masa remaja seringkali mengalami tantangan dalam perkembangan emosional dan fisik seperti gangguan kesehatan mental dan kesejahteraan emosional (Alderman & Breuner, 2019).

Pada penelitian ini, digunakan kuesioner *Children depression inventory* (CDI) sebagai instrumen untuk mengukur gejala depresi. CDI dapat menggambarkan manifestasi psikologis pada gejala depresi berdasarkan lima dimensi yaitu *anhedonia*, *negative mood*, *negative self-esteem*, *ineffectiveness*, dan *interpersonal problems* (Kang et al., 2021). Kelima dimensi ini ditampilkan pada kuesioner CDI dalam 27 pertanyaan. Cut off adanya gejala depresi pada kuesioner CDI adalah jika nilai total ≥ 13 .

Hasil penelitian ini menunjukan bahwa perbedaan prevalensi kejadian gejala depresi dan tidak depresi pada sampel tidak cukup besar. Pada penelitian ini sebanyak 47 siswa (40.9%) mengalami gejala depresi, dan sebanyak 68 siswa (59.1%) tidak bergejala depresi. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa prevalensi kejadian gejala depresi pada sampel terkategori tinggi. Hasil penelitian lain terkait prevalensi depresi pada remaja SMP juga menunjukan bahwa sebanyak 51,1 % sampel mengalami depresi, mulai dari kategori ringan, sedang, cukup berat, dan berat. Sisanya sebanyak 48,9 % tidak mengalami depresi (tingkat depresi

minimal) (Febrianti & Husniawati, 2021). Data riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi kejadian depresi untuk usia 15-14 tahun sebanyak 6.2 % dari seluruh jumlah masyarakat Indonesia atau sekitar 11 juta penduduk. Di Jawa Tengah prevalensi kejadian depresi untuk penduduk usia >15 tahun sebanyak 4.4 % dari seluruh penduduk Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Kejadian gejala depresi yang besar pada penelitian ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor risiko penyebab seseorang mengalami gangguan mental dibagi menjadi 3 yaitu, faktor biologis berupa genetik, defisit fungsi otak, pubertas lebih awal, dan volume dari *gray matter*; faktor sosial berupa stressor lingkungan dan *maternal depression*; dan faktor sosiologis berupa kontrol diri yang rendah (Lynch et al., 2021). Tingginya angka kejadian depresi pada remaja disebabkan karena keadaan mood yang masih belum stabil dan kemampuan mengatasi stressor yang belum cukup baik. Ada beberapa faktor yang mungkin menjadi penyebab seorang remaja terkena depresi diantaranya adalah hubungan interpersonal dengan orang tua, teman atau orang lain yang tidak cukup baik, kesulitan akademik, masalah ekonomi, serta masalah di rumah maupun sekolah (Goyal et al., 2009).

6.4 Karakteristik Variabel Penelitian Berdasarkan Data Sociodemografi

Pada penelitian ini dipilih remaja dengan rentang usia 12-17 tahun. Berdasarkan Peraturan menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014 disebutkan bahwa rentang usia remaja adalah usia 10-18 tahun. Fase remaja dibagi menjadi 3 tahap berdasarkan perubahan psikososial yang dialami yaitu tahap remaja awal (early adolescent) dengan rentang usia 12-14 tahun; pertengahan (middle adolescent) dengan rentang usia 15-17 tahun; dan akhir (late adolescent) dengan usia 18 tahun (Batubara, 2016). Pada penelitian ini, peneliti memilih sampel remaja pada tahap early dan middle adolescent yaitu usia 12-17 tahun. Remaja pada tahap

early dan middle adolescent cenderung memiliki emosi yang tidak stabil. Penelitian lain menyebutkan bahwa perbedaan usia seseorang berhubungan dengan kejadian depresi (Alonso Debreczeni & Bailey, 2021).

Berdasarkan data pengelompokan umur, mayoritas sampel masuk dalam kategori siswa dengan usia 12-14 tahun dengan status gizi baik. Dilihat dari tabel mayoritas sampel memang tergolong kategori usia 12-14 tahun. Hal ini dikarenakan sampel yang digunakan dalam penelitian ini memang mayoritas berada pada rentang usia 12-14 tahun (94,8%), dan hanya sedikit sampel yang berada pada rentang usia 15-17 tahun (5.2%). Berdasarkan data riskesdas 2018, prevalensi kejadian depresi pada remaja usia 15-24 tahun di Indonesia mencapai 6.2 % dari seluruh jumlah penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Hasil penelitian ini mengenai tingkat gejala depresi berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa pada sampel laki-laki mayoritas tidak mengalami depresi yaitu dengan jumlah sebanyak 41 siswa (35.7%) dan sebanyak 18 siswa (15.7%) mengalami depresi. Sedangkan pada sampel perempuan mayoritas mengalami depresi yaitu sebanyak 29 siswa (25.2%) sisanya sebanyak 27 siswa perempuan (23.5%) tidak mengalami depresi. Gambaran hasil penelitian tingkat gejala depresi berdasarkan jenis kelamin ini menunjukkan bahwa depresi lebih sering dialami perempuan daripada laki-laki. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada anak dan remaja paling banyak pada remaja perempuan usia 13-17 tahun (Sulley et al., 2022). Hal ini dikarenakan perempuan cenderung lebih memusatkan perhatian pada gejala depresi yang dialami. Selain itu, perempuan cenderung kurang agresif baik secara fisik maupun verbal. Sedangkan pada laki-laki, mereka cenderung mengalihkan pada aktivitas lain dan lebih bersifat agresif (Masdar et al., 2016). Berdasarkan data Riskesdas 2018

prevalensi kejadian secara keseluruhan di Indonesia mayoritas dialami oleh perempuan yaitu sebesar 7.4% sedangkan pada laki-laki sebesar 4.7% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Tabulasi silang gejala depresi berdasarkan karakteristik kelas menunjukkan bahwa kategori status gizi baik dominan pada kelas 7 (Tujuh), 8 (Delapan), dan 9 (sembilan). Jumlah siswa dengan gizi baik pada kelas 7 sebanyak 30 siswa (26,1%); kelas 8 (delapan) sebanyak 34 siswa (29,6%), dan pada kelas 9 sebanyak 24 siswa (20,9%). Setiap tingkatan kelas memiliki beban belajar yang berbeda-beda. Beban belajar di sekolah yang tidak sesuai dengan kemampuan siswa bisa menjadi penyebab pada seseorang (Wuthrich et al., 2021). Pada penelitian ini tidak dilakukan penilaian lebih mengenai respon dan persepsi siswa terhadap beban pelajaran di sekolah.

Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas sampel laki-laki maupun perempuan memiliki status gizi baik. Dari hasil tabulasi silang juga diketahui bahwa sampel dengan kategori status gizi diatas status gizi normal lebih banyak didapatkan pada sampel dengan jenis kelamin laki-laki. Pada sampel dengan jenis kelamin laki-laki, terdapat 9 siswa laki-laki (7.8%) yang memiliki status gizi lebih dan 7 siswa laki-laki (6.1%) yang memiliki status gizi obesitas. Persentase ini lebih besar dibandingkan sampel dengan jenis kelamin perempuan yaitu 6 siswa perempuan (5.2%) memiliki status gizi lebih dan 1 siswa perempuan (0.9%) memiliki status gizi obesitas. Siswa laki-laki dengan status gizi lebih besar diatas nilai normal cenderung memiliki jumlah persentase yang lebih banyak jika dibandingkan dengan siswa perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang mengatakan bahwa laki-laki

cenderung memiliki massa tubuh yang lebih dari normal (Ruslie & Darmadi, 2012).

6.5 Hubungan Status Gizi dan Tingkat Gejala Depresi pada Remaja Siswa-siswi Sekolah Berasrama di Pati

Hasil uji korelasi pada variabel status gizi dan tingkat depresi menunjukkan bahwa hubungan antar variabel status gizi dan tingkat gejala depresi tidak signifikan atau tidak berarti. Hasil penelitian ini menolak hipotesis awal penelitian yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi dan tingkat gejala depresi pada siswa-siswi sekolah berasrama di Pati. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh (Angraini, 2014) dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Depresi dengan Status Gizi”. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan depresi dengan status gizi. Pada penelitian itu disebutkan bahwa depresi merupakan salah satu faktor risiko terjadinya status gizi lebih dan status gizi kurang. Perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian milik Angraini mungkin disebabkan karena perbedaan subjek penelitian yang digunakan. Pada penelitian sebelumnya subjek yang digunakan adalah mahasiswa akhir fakultas kedokteran UNILA, sedangkan pada penelitian ini subjek yang digunakan adalah siswa-siswi sekolah berasrama di pati usia 12-17 tahun.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Tirta et al., 2010) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antar stress psikososial dengan status gizi. Pada penelitian (Tirta et al., 2010) sampel yang digunakan adalah remaja tingkat SMP. Sampel yang digunakan pada penelitian tersebut sama dengan penelitian ini. Penelitian lain sebelumnya yang dilakukan pada remaja SMA

korban gempa Pidie Jaya tahun 2016 juga menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan depresi dengan status gizi (Asmaul Husna, 2019).

Tidak adanya hubungan depresi dan status gizi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Dalam penelitian ini, faktor status gizi mungkin bukan penyebab utama kejadian depresi pada remaja. Ada banyak faktor lain yang juga menyebabkan seseorang mengalami depresi selain status gizi seperti faktor lingkungan, sosial, dan interpersonal (Kris-Etherton et al., 2021). Faktor risiko terjadinya depresi digolongkan menjadi tiga, yaitu faktor biologis, psikologis, dan lingkungan. Status gizi berupa malnutrisi merupakan salah satu faktor risiko biologis kejadian depresi, tetapi memiliki tingkat spesifik dan visibilitas yang rendah. Faktor risiko yang sangat spesifik dan signifikan memicu kejadian depresi pada remaja adalah riwayat depresi keluarga, paparan terhadap bullying, dan lingkungan keluarga yang buruk (Sulley et al., 2022).

Perbedaan hasil penelitian mengenai hubungan status gizi dan gejala depresi dengan penelitian sebelumnya mungkin disebabkan karena perbedaan sampel, waktu, dan lingkungan pengambilan data.

6.6 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini proses pengambilan data dilakukan saat pandemi COVID-19, sehingga peneliti tidak dapat bertemu dengan responden secara langsung. Proses pengambilan data terkait status gizi maupun tingkat gejala depresi dilakukan melalui *online form* dan *self-assessment* sehingga masih terdapat kemungkinan responden mengisi kuesioner dengan benar. Untuk mengatasi keterbatasan pengambilan data saat pandemi COVID-19, peneliti melakukan beberapa upaya agar proses pengambilan data dapat dilakukan dengan lancar dan sesuai prosedur. Peneliti telah membuat *group chat* responden dan wali responden

untuk mengkoordinasi informasi terkait penelitian. Peneliti juga telah memberikan informasi dan cara pengisian kuesioner penelitian baik secara tertulis maupun dengan tutorial lewat video. Responden dipersilahkan untuk bertanya kepada peneliti melalui chat apabila terdapat kebingungan. Keterbatasan proses pengambilan data karena dilakukan saat pandemi COVID-19 dapat terselesaikan dengan baik.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Penelitian mengenai hubungan gejala depresi dan status gizi remaja siswa-siswi sekolah berasrama di Pati, didapatkan hasil sebagai berikut

- 1) Pada penelitian ini didapatkan mayoritas siswa tidak bergejala depresi dan sisanya mengalami gejala depresi.
- 2) Pada penelitian ini mayoritas siswa memiliki status gizi baik dan sisanya memiliki gizi buruk, gizi kurang, gizi lebih, dan obesitas.
- 3) Uji korelasi gejala depresi dengan status gizi dengan menggunakan *spearman*-test menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara status gizi dan gejala depresi.

7.2 Saran

- 1) Penelitian lanjutan sebaiknya perlu dilakukan untuk memastikan lebih detail mengenai penyebab masih tingginya angka gejala depresi pada sampel.
- 2) Penelitian lanjutan dengan metode yang berbeda sebaiknya dilakukan sebagai pembandingan terhadap penelitian ini.
- 3) Peningkatan pengetahuan terkait gejala depresi dan status gizi kepada siswa, wali murid serta guru perlu dilakukan untuk meningkatkan kewaspadaan sebagai upaya pencegahan gejala depresi dan peningkatan status gizi siswa.
- 4) Pengoptimalan pelayanan kesehatan dan konseling untuk meningkatkan kesehatan fisik dan psikis para siswa.
- 5) Peningkatan kerja sama dari berbagai sektor termasuk pemerintah setempat untuk membantu meningkatkan kesehatan fisik maupun psikis siswa.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Dewi, A. P., Muharramah, A., & Pratiwi, A. R. (2022). Gambaran Status Gizi dan Asupan Gizi Remaja Santri Pondok Pesantren Shuffah Hizbullah dan Madrasah Al-Fatah Lampung. *Jurnal Gizi Aisyah*, 5(1).
- Andika, F., & Kridawati, A. (2016). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi IMT Murid SMP Negeri 5 Kota Banda Aceh. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 2(1), 76–89.
- Batiari, N. M. P., Budiharto, B., & Suratmi, T. (2022). Kecemasan Remaja: Faktor-faktor Risiko Berdasarkan Model Ekologi Sosial. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental*, 7(1), 36–53. <https://doi.org/10.20473/jpkm.v7i12022.36-53>
- Darling, A. M., Sunguya, B., Ismail, A., Manu, A., Canavan, C., Assefa, N., Sie, A., Fawzi, W., Sudfeld, C., & Guwattude, D. (2020). Gender differences in nutritional status, diet and physical activity among adolescents in eight countries in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 25(1), 33–43. <https://doi.org/10.1111/tmi.13330>
- Febrianti, D., & Husniawati, N. (2021). Hubungan Tingkat Depresi dan Faktor Risiko Ide Bunuh Diri pada Remaja SMPN. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 13(1), 85–94. <https://doi.org/10.37012/jik.v13i1.422>
- Hwang, S., Nam, J. Y., Ahn, J. H., & Park, S. (2022). Gender differences in the association between multimorbidity and depression in older Korean adults: an analysis of data from the National Survey of Older Koreans (2011-2017). *Epidemiology and Health*, 44, e2022049. <https://doi.org/10.4178/epih.e2022049>
- Indrayani, Y. A., & Wahyudi, T. (2019). *Situasi Kesehatan Jiwa di Indonesia* (W. Widiyanti (ed.)). Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.
- Kalalo, R. T. (2018). Pentingnya Deteksi Dini Early Psychosis pada Remaja. In *Prosiding Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga* (pp. 271–282). Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
- Kang, C., Zheng, Y., Yang, L., Wang, X., Zhao, N., Guan, T. F., Qiu, S., Shi, J., & Hu,

- J. (2021). Prevalence, risk factors and clinical correlates of suicidal ideation in adolescent patients with depression in a large sample of Chinese. *Journal of Affective Disorders*, 290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.073>
- Kemenkes. (2015). *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Riskendas 2018. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 44(8), 181–222. <http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMKNo.57Tahun2013tentangPTRM.pdf>
- Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C., & Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical Psychology Review*, 87, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102036>
- Ningrum, F. S., & Amna, Z. (2020). Cyberbullying Victimization dan Kesehatan Mental pada Remaja. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental*, 5(1).
- Simanjuntak, K. E., Umijati, S., Febriyana, N., & Setiawati, Y. (2020). The Correlation between Dietary Pattern with the Prevalence and Degree of Depression in Female Students of SMAK St. Louis Surabaya. *JUXTA: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Universitas Airlangga*, 11(1), 23. <https://doi.org/10.20473/juxta.V11I12020.23-27>
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- WHO. (2021a). *Adolescent Health*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1
- WHO. (2021b). *Coming of Age: Adolescent Health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/spotlight/coming-of-age-adolescent-health>
- WHO. (2021c, November 17). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- Wicaksono, Y. I., & Febriyana, N. (2022). Collaborative Care in Primary Health Care Focus on Management of Depression. *Journal of Health Science and Medical Research*, 40(6).
- Wuthrich, V. M., Belcher, J., Kilby, C., Jagiello, T., & Lowe, C. (2021). Tracking stress, depression, and anxiety across the final year of secondary school: A longitudinal study. *Journal of School Psychology*, 88, 18–30. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.07.004>
- Zulaikha, A., & Febriyana, N. (2018). Bunuh Diri pada Anak dan Remaja. *Jurnal Psikiatri Surabaya*, 7(2), 62–72.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Kelaikan Etik Penelitian



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UNIVERSITAS AIRLANGGA SCHOOL OF MEDICINE
SURABAYA, INDONESIA**

**KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"**

No. 237/EC/KEPK/FKUA/2021

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti Utama : **Aulia Anggun fithriyanti**
Principal in Investigator

Tempat Penelitian : **Az-zahrah Islamic Boarding School Pati, Jawa Tengah**
Alocation of Research

Dengan judul:
Title

"HUBUNGAN GEJALA DEPRESI DENGAN STATUS GIZI PADA REMAJA SISWA-SISWI SEKOLAH BERASRAMA DI PATI"

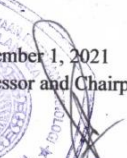
"The relationship between depressive symptoms and nutritional status in adolescent students at boarding schools in Pati"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

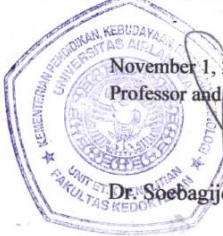
Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 1 November 2021 sampai dengan tanggal 1 November 2022.
This declaration of ethics applies during the period November 1, 2021 until November 1, 2022.

November 1, 2021
Professor and Chairperson,



Dr. Soebagjo Adi Soelistijo, dr., Sp.PD, K-EMD., FINASIM., FACP



Lampiran 2. Penjelasan dan Informasi**LEMBAR PENJELASAN UNTUK MENDAPATKAN PERSETUJUAN
PENELITIAN****(INFORMATION FOR CONSENT)**

Bapak/Ibu/Saudara yang terhormat,

Melalui surat ini diberitahukan bahwa tim peneliti, yaitu:

1. Aulia Anggun Fithriyanti, NIM 011911133026, mahasiswa semester 5
Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
2. Royke Tony Kalalo dr., Sp. KJ(K), FISCAM
3. Dr. Ahmad Suryawan, dr., Sp.A(K)

bermaksud melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Gejala Depresi dengan Status Gizi pada Remaja Siswa-Siswi Sekolah Berasrama di Pati”**. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana hubungan antara gejala depresi dengan status gizi pada remaja siswa - siswi sekolah berasrama di Pati.

Sehubungan dengan hal tersebut kami memohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk memberikan izin kepada putra- putri Anda untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi putra-putri Anda sepenuhnya bersifat sukarela. Sebelum Bapak/Ibu/Saudara memutuskan, kami akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk mengizinkan putra-putri Anda ikut serta dalam penelitian ini.

I. Kesukarelaan untuk Ikut Serta dalam Penelitian

Bapak/Ibu/Saudara bebas memutuskan keikutsertaan putra-putri Anda dalam penelitian ini tanpa adanya paksaan dari peneliti maupun pihak lain. Bapak/Ibu/Saudara juga berhak mengundurkan diri dari penelitian ini setiap saat tanpa dikenai konsekuensi apapun.

II. Manfaat Penelitian bagi Responden

Penilaian status gizi dan gejala depresi pada santriwan/santriwati sangat penting dilakukan karena kedua hal tersebut berpengaruh pada proses tumbuh kembang remaja. Status gizi dan kesehatan mental yang baik pada remaja akan mendukung proses pertumbuhan dan perkembangan selama masa transisi menuju dewasa. Remaja yang memiliki status kesehatan yang buruk akan berdampak pada

kualitas hidup di masa selanjutnya. Sehingga hasil dari penelitian ini diharapkan dapat membantu memberikan informasi kepada pihak asrama dalam mengoptimalkan proses tumbuh kembang putra-putri Anda.

III. Risiko terhadap Responden

Tidak ada risiko yang berarti yang dirasakan responden, kecuali responden berisiko merasakan kemungkinan ketidaknyamanan dalam proses pengisian kuesioner.

IV. Prosedur Penelitian

Apabila Bapak/Ibu/Saudara mengizinkan putra/putri Anda ikut serta dalam penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara akan diminta untuk menandatangani lembar persetujuan mengikuti penelitian atau “informed consent” (*Halaman 3*) dan mengisi “Lembar Kuesioner Demografi” (*Halaman 4*). Selanjutnya, putra-putri Anda akan diminta untuk mengisi lembar kuesioner penelitian yang berisi beberapa pertanyaan mengenai data diri, status gizi, dan pertanyaan kuesioner CDI yang harus diisi sesuai dengan petunjuk pengisian (*Halaman 5-7*). Pengisian lembar kuesioner penelitian ini membutuhkan waktu kurang lebih 15 menit.

V. Jaminan Kerahasiaan Data Responden

Segala informasi, data dan identitas yang diperoleh akan dijaga kerahasiannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa mencantumkan identitas asli responden dan tetap menjaga kerahasiaan identitas putra/putri Anda.

VI. Informasi Tambahan

Bapak/Ibu/Saudara dapat menanyakan semua hal yang belum jelas mengenai penelitian ini dengan menanyakan langsung kepada peneliti dengan menghubungi:

Aulia Anggun Fithriyanti

- Nomor WhatsApp : 082145512462
- Email : aulia.anggun.fithriyanti-2019@fk.unair.ac.id

Demikian penjelasan kami mengenai penelitian ini. Apabila Bapak/Ibu/Saudara bersedia mengizinkan putra-putri Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini, maka kami memohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menandatangani lembar persetujuan mengikuti penelitian yang telah saya lampirkan.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara, kami mengucapkan terima kasih.

Pati, 5 November 2021

Peneliti

Lampiran 3. Pernyataan Persetujuan

**LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

No. HP :

Selaku orang tua / wali murid dari anak

Nama Santri :

Tempat, Tanggal lahir :

Kelas :

Jenis kelamin : Laki-laki/ Perempuan *)

No. HP :

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah memahami penjelasan dari peneliti secara rinci mengenai penelitian yang berjudul “Hubungan Gejala Depresi dengan Status Gizi pada Remaja Siswa-Siswi Sekolah Berasrama di Pati”.

Dengan ini saya menyatakan **BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA*)** mengizinkan anak saya untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini secara sukarela dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Pati,2021

Peneliti,

Orang tua/ Wali murid,

Saksi,

_____.

***Coret yang tidak perlu**

Lampiran 4. Lembar Kuesioner untuk Orang Tua/Wali Murid
LEMBAR KUESIONER UNTUK ORANG TUA/ WALI MURID

Hubungan Gejala Depresi dengan Status Gizi pada Remaja Siswa-siswi Sekolah Berasrama di Pati

No. Responden (diisi oleh peneliti)

PETUNJUK PENGISIAN

1. Bacalah seluruh pertanyaan di bawah ini dengan cermat
2. Untuk pertanyaan isian, tuliskan jawaban Anda pada tempat yang telah disediakan
3. Untuk pertanyaan pilihan ganda, berilah tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang paling sesuai dengan kondisi putra/putri Anda
4. Jawablah seluruh pertanyaan di bawah ini dengan jujur sesuai dengan kondisi putra/putri Anda yang sesungguhnya
5. Setelah selesai mengerjakan, pastikan kembali bahwa Anda telah menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap

DATA DEMOGRAFI

1. Nama Santri :
2. Kelas :
3. Usia : tahun
4. Apakah putra/putri Anda sedang menjalani pengobatan untuk penyakit fisik tertentu?
 1. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah putra/putri Anda pernah mengalami sakit dengan terapi jangka panjang?
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Apakah putra/putri Anda pernah mengalami benturan/trauma kepala yang membutuhkan perawatan di rumah sakit?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Apakah putra/putri Anda pernah atau sedang berkonsultasi dengan psikiater?
 - a. Ya
 - b. Tidak
8. Apakah putra/putri Anda sedang menjalani program konseling dari bimbingan konseling (BK) di sekolah?
 - a. Ya
 - b. Tidak
9. Apakah putra/putri Anda memiliki disabilitas fisik?

- SKRIPSI

Lampiran 5. Lembar Kuesioner untuk Santriwan/Santriwati**LEMBAR KUESIONER UNTUK SANTRIWAN/SANTRIWATI****Hubungan Gejala Depresi dengan Status Gizi pada Remaja Siswa-siswi Sekolah Berasrama di Pati**No. Responden (diisi oleh peneliti)

Nama Santri :

Usia :

Jenis kelamin : Perempuan / Laki-laki (*coret yang tidak perlu)

A. STATUS GIZI

1. Berat Badan (BB) Santri : kg
2. Tinggi Badan (TB) Santri : m²
3. IMT : kg/m² (Diisi oleh peneliti)

B. KUESIONER CDI

Petunjuk Pengisian:

- A. Pilihlah 1 pernyataan dalam masing-masing kelompok yang paling **menggambarkan perasaan Anda selama 2 minggu terakhir** termasuk hari ini.
- B. Berilah **tanda silang (X)** pada huruf A, B, atau C sesuai dengan yang Anda rasakan.
- C. Pastikan bahwa Anda **hanya memilih 1 pernyataan setiap nomor**.
- D. Setelah selesai mengerjakan, pastikan kembali bahwa Anda telah menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap
- E. Contoh cara pengisian
 1. A. Saya kadang-kadang merasa ngantuk
 - ~~X~~ B. Saya sering merasa ngantuk
 - C. Saya selalu merasa ngantuk

No	
1.	A. Saya kadang-kadang merasa sedih B. Saya sering merasa sedih C. Saya selalu merasa sedih
2.	A. Saya tidak pernah berhasil B. Saya tidak yakin apakah saya akan berhasil C. Biasanya saya berhasil
3.	A. Saya hampir selalu melakukan segalanya secara benar B. Saya melakukan banyak hal secara benar C. Saya melakukan segalanya secara salah
4.	A. Saya menyenangkan banyak hal B. Saya menyenangkan beberapa hal C. Saya tidak menyenangkan apapun
5.	A. Saya selalu tidak baik B. Saya sering tidak baik

	C. Saya kadang-kadang tidak baik
6.	A. Saya kadang-kadang memikirkan hal buruk yang dapat menimpa diri saya B. Saya cemas mengenai hal buruk yang akan menimpa diri saya C. Saya yakin bahwa hal buruk akan menimpa diri saya
7.	A. Saya membenci diri saya B. Saya tidak menyukai diri saya C. Saya menyukai diri saya
8.	A. Semua hal yang buruk adalah salah saya B. Banyak hal yang buruk adalah salah saya C. Hal-hal yang buruk biasanya bukan salah saya
9.	A. Saya tidak memikirkan untuk bunuh diri B. Saya memikirkan untuk bunuh diri tapi tidak akan melakukannya C. Saya ingin bunuh diri
10.	A. Setiap hari saya merasa ingin menangis B. Pada banyak hari saya merasa ingin menangis C. Kadang-kadang saya merasa ingin menangis
11.	A. Saya selalu merasa diri disusahkan B. Saya sering kali merasa diri disusahkan C. Saya kadang-kadang merasa diri disusahkan
12.	A. Saya senang berada bersama orang lain B. Saya sering merasa tidak senang berada bersama orang lain C. Saya sama sekali tidak senang berada bersama orang lain
13.	A. Saya tidak bisa mengambil keputusan B. Saya sulit memutuskan sesuatu C. Saya mudah untuk memutuskan sesuatu
14.	A. Penampilan saya baik B. Ada beberapa hal pada penampilan saya yang tidak baik C. Penampilan saya buruk
15.	A. Saya selalu harus memaksa diri saya untuk membuat PR B. Saya sering kali harus memaksa diri saya untuk membuat PR C. Mengerjakan PR bagi saya bukan masalah besar
16.	A. Saya sulit tidur setiap malam B. Saya sulit tidur pada banyak malam C. Saya tidur cukup baik
17.	A. Saya kadang-kadang merasa lelah B. Saya pada banyak hari merasa lelah C. Saya setiap saat merasa lelah
18.	A. Hampir setiap hari saya merasa tidak ingin makan B. Pada banyak hari saya merasa tidak ingin makan C. Saya makan cukup baik
19.	A. Saya tidak cemas mengenai nyeri dan rasa sakit

	B. Saya sering kali cemas mengenai nyeri dan rasa sakit C. Saya selalu cemas mengenai nyeri dan rasa sakit
20.	A. Saya tidak merasa sendirian B. Saya sering merasa sendirian C. Saya selalu merasa sendirian
21.	A. Saya tidak pernah merasa senang di sekolah B. Saya kadang-kadang merasa senang di sekolah C. Saya sering merasa senang di sekolah
22.	A. Saya punya banyak kawan B. Saya punya beberapa kawan tapi ingin punya lebih banyak C. Saya tidak punya kawan
23.	A. Hasil pekerjaan sekolah saya baik B. Hasil pekerjaan sekolah saya tidak sebaik dahulu C. Hasil pekerjaan saya buruk dalam mata pelajaran yang dahulu saya kuasai
24.	A. Saya tidak pernah akan sebaik anak lain B. Saya bisa sebaik anak lain bila saya mau C. Saya sama baiknya dengan anak lain
25.	A. Tak seorangpun benar-benar mencintai saya B. Saya tidak yakin apakah ada seorang yang mencintai saya C. Saya yakin bahwa ada orang yang mencintai saya
26.	A. Saya biasanya melakukan apa yang disuruh B. Saya sering tidak melakukan apa yang disuruh C. Saya tidak pernah melakukan apa yang disuruh
27.	A. Saya dapat bergaul dengan anak lain B. Saya sering kali terlibat perkelahian C. Saya hampir selalu terlibat dalam perkelahian

Lampiran 6. Hasil Analisis Statistik**Statistics**

		Umur (Thn)	Jenis Kelamin	Kelas
N	Valid	115	115	115
	Missing	0	0	0

Umur (Thn)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	38	33.0	33.0	33.0
	13	32	27.8	27.8	60.9
	14	39	33.9	33.9	94.8
	15	6	5.2	5.2	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	59	51.3	51.3	51.3
	Perempuan	56	48.7	48.7	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Kelas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	46	40.0	40.0	40.0
	8	39	33.9	33.9	73.9
	9	30	26.1	26.1	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Karakteristik Status Gizi**Statistics**

Kategori Gizi

N	Valid	115
	Missing	0

Kategori Gizi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gizi Buruk	1	.9	.9	.9
	Gizi Kurang	3	2.6	2.6	3.5
	Gizi Baik	88	76.5	76.5	80.0

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Gizi Lebih	15	13.0	13.0	93.0
Obesitas	8	7.0	7.0	100.0
Total	115	100.0	100.0	

Karakteristik Gejala Depresi**Statistics**

Kategori Gejala Depresi

N	Valid	115
	Missing	0

Kategori Gejala Depresi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Gejala Depresi	47	40.9	40.9	40.9
Tidak	68	59.1	59.1	100.0
Total	115	100.0	100.0	

Crosstab Sociodemografi dan Status Gizi**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Gizi * Umur (Thn)	115	100.0%	0	0.0%	115	100.0%
Kategori Gizi * Jenis Kelamin	115	100.0%	0	0.0%	115	100.0%
Kategori Gizi * Kelas	115	100.0%	0	0.0%	115	100.0%

Kategori Gizi * Umur (Thn) Crosstabulation

			Umur (Thn)				Total
			12	13	14	15	
Kategori Gizi	Gizi Buruk	Count	1	0	0	0	1
		% of Total	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%
	Gizi Kurang	Count	2	0	1	0	3
		% of Total	1.7%	0.0%	0.9%	0.0%	2.6%
	Gizi Baik	Count	21	28	34	5	88
		% of Total	18.3%	24.3%	29.6%	4.3%	76.5%
	Gizi Lebih	Count	8	2	4	1	15
		% of Total	7.0%	1.7%	3.5%	0.9%	13.0%
	Obesitas	Count	6	2	0	0	8
		% of Total	5.2%	1.7%	0.0%	0.0%	6.9%
	Total		58	30	39	6	133
			43.6%	22.6%	29.3%	4.5%	100.0%

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

	% of Total	5.2%	1.7%	0.0%	0.0%	7.0%
Total	Count	38	32	39	6	115
	% of Total	33.0%	27.8%	33.9%	5.2%	100.0%

Kategori Gizi * Jenis Kelamin Crosstabulation

			Jenis Kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
Kategori Gizi	Gizi Buruk	Count	0	1	1
		% of Total	0.0%	0.9%	0.9%
	Gizi Kurang	Count	3	0	3
		% of Total	2.6%	0.0%	2.6%
	Gizi Baik	Count	40	48	88
		% of Total	34.8%	41.7%	76.5%
	Gizi Lebih	Count	9	6	15
		% of Total	7.8%	5.2%	13.0%
	Obesitas	Count	7	1	8
		% of Total	6.1%	0.9%	7.0%
Total		Count	59	56	115
		% of Total	51.3%	48.7%	100.0%

Kategori Gizi * Kelas Crosstabulation

			Kelas			Total
			7	8	9	
Kategori Gizi	Gizi Buruk	Count	1	0	0	1
		% of Total	0.9%	0.0%	0.0%	0.9%
	Gizi Kurang	Count	2	0	1	3
		% of Total	1.7%	0.0%	0.9%	2.6%
	Gizi Baik	Count	30	34	24	88
		% of Total	26.1%	29.6%	20.9%	76.5%
	Gizi Lebih	Count	7	3	5	15
		% of Total	6.1%	2.6%	4.3%	13.0%
	Obesitas	Count	6	2	0	8
		% of Total	5.2%	1.7%	0.0%	7.0%
Total		Count	46	39	30	115
		% of Total	40.0%	33.9%	26.1%	100.0%

Crosstab Sociodemografi dan Gejala Depresi**Case Processing Summary**

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Gejala Depresi * Umur (Thn)	115	100.0%	0	0.0%	115	100.0%
Gejala Depresi * Jenis Kelamin	115	100.0%	0	0.0%	115	100.0%
Gejala Depresi * Kelas	115	100.0%	0	0.0%	115	100.0%

Gejala Depresi * Umur (Thn) Crosstabulation

			Umur (Thn)				Total
			12	13	14	15	
Gejala Depresi	Gejala Depresi	Count	13	15	16	3	47
		% of Total	11.3%	13.0%	13.9%	2.6%	40.9%
	Tidak	Count	25	17	23	3	68
		% of Total	21.7%	14.8%	20.0%	2.6%	59.1%
Total	Count	38	32	39	6	115	
	% of Total	33.0%	27.8%	33.9%	5.2%	100.0%	

Gejala Depresi * Jenis Kelamin Crosstabulation

			Jenis Kelamin		Total
			Laki-laki	Perempuan	
Gejala Depresi	Gejala Depresi	Count	18	29	47
		% of Total	15.7%	25.2%	40.9%
	Tidak	Count	41	27	68
		% of Total	35.7%	23.5%	59.1%
Total		Count	59	56	115
		% of Total	51.3%	48.7%	100.0%

Gejala Depresi * Kelas Crosstabulation

			Kelas			Total
			7	8	9	
Gejala Depresi	Gejala Depresi	Count	12	23	12	47
		% of Total	10.4%	20.0%	10.4%	40.9%
	Tidak	Count	34	16	18	68
		% of Total	29.6%	13.9%	15.7%	59.1%
Total		Count	46	39	30	115
		% of Total	40.0%	33.9%	26.1%	100.0%

Uji Linearitas**ANOVA Table**

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups (Combined)	.377	4	.094	.378	.824

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Gejala	Linearity	.055	1	.055	.220	.640
Depresi *	Deviation from					
Kategori	Linearity	.322	3	.107	.431	.731
Gizi	Within Groups	27.414	110	.249		
	Total	27.791	114			

Uji Normalitas**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Unstandardized Residual
N		115
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	.49325589
Most Extreme Differences	Absolute	.352
	Positive	.273
	Negative	-.352
Test Statistic		.352
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 ^c

Uji Korelasi Spearman**Correlations**

			Kategori Gizi	Gejala Depresi
Spearman's rho	Kategori Gizi	Correlation Coefficient	1.000	.030
		Sig. (2-tailed)	.	.752
		N	115	115
	Gejala Depresi	Correlation Coefficient	.030	1.000
		Sig. (2-tailed)	.752	.
		N	115	115