

HUBUNGAN STATUS GIZI REMAJA PUTRI DENGAN SIKLUS MENSTRUASI DI MTs DARUN NAJAH GADING DUSUN SUMBER KENANGA JATIREJO MOJOKERTO

Agus Dwi Rahayu.¹, Sulisdiana, M.Kes.²

¹ Mahasiswa Politeknik Kesehatan Majapahit

² Dosen Politeknik Kesehatan Majapahit

ABSTRACT

One of the risk factors of variability of the menstrual cycle is the nutritional status of young adolescents. Because the quality of nutrition and nutrition affect the performance of the hypothalamus gland which has a role to control the smoothness of the menstrual cycle there. The research objective was to determine the relationship with the nutritional status of young women in the menstrual cycle of MTs Darun Najah Gading Jatirejo Mojokerto.

Research design is observational analytic study with cross sectional approach. The independent variable was the nutritional status of young adolescents and the dependent variable is the menstrual cycle. The population was all young adolescents class VII and VIII as many as 41 people, then the total sampling technique is taken entirely as a sample. Nutritional status were collected using a meter (meterline) and age data, while menstrual cycle data was taken using a questionnaire on December 4 to 9 June 2012. Furthermore, the data were processed and analyzed using the Chi square test.

The results showed almost half of respondents have a short nutritional status of 20 respondents (48.8%) and the majority of respondents had normal menstrual cycles were 22 respondents (53.7%). Chi square statistical test results obtained Sig. (2 tailed) (0.033) < α (0.05) means H_0 rejected and H_1 accepted, meaning that there is a link the nutritional status of young adolescents with menstrual cycle in MTs Darun Najah Gading Jatirejo Mojokerto.

Family socioeconomic status background of the nutritional status of young women to be short, but even under conditions that completely limited, parents are quite capable of maintaining a comfortable home atmosphere for children, so that respondents can experience a normal menstrual cycle.

Conclusion of this study is that there is a correlation between nutritional status of young adolescents with the menstrual cycle in MTs Darun Najah Gading Jatirejo Mojokerto. Young adolescents are advised to increase their knowledge about good nutrition and balanced. Health professionals can work with a tutor Business School Health to provide counseling on nutrition and menstruation.

Keywords: *nutritional status, menstrual cycle, young adolescent*

A. PENDAHULUAN

Karakteristik remaja (*adolescence*) adalah tumbuh menjadi dewasa. Secara fisik, remaja ditandai dengan ciri perubahan pada penampilan fisik dan fungsi fisiologis, terutama yang terkait dengan kelenjar seksual. Sementara itu, secara psikologis remaja merupakan masa dimana individu mengalami perubahan-perubahan dalam aspek kognitif, emosi, sosial dan moral antara masa anak-anak menuju dewasa (Kusmiran, 2011: 8). Menstruasi pertama (*menarche*) merupakan peristiwa yang penting pada pubertas anak gadis yang menjadi pertanda biologis dari kematangan seksual (Kartono, 2006: 111). Siklus menstruasi normal terjadi setiap 22-35 hari, dengan lamanya menstruasi selama 2-7 hari (Kusmiran, 2011: 19). Status gizi remaja sangat mempengaruhi terjadinya *menarche* baik dari faktor usia terjadinya *menarche*, adanya keluhan-keluhan selama *menarche* maupun lamanya hari *menarche* (Paath, dkk., 2004: 70). Panjang siklus

menstruasi dipengaruhi oleh usia seseorang dan dukungan gizi (Hanafiah dalam Lusiana dan Dwiriani, 2007: 26).

Data demografi menunjukkan bahwa remaja merupakan populasi yang besar dari penduduk di dunia. Menurut *World Health Organization* sekitar seperlima dari penduduk dunia adalah remaja berumur 10-19 tahun. Sekitar sembilan ratus juta berada di negara sedang berkembang. Data demografi di Asia Pasifik jumlah penduduknya merupakan 60% dari penduduk dunia, seperlimanya adalah remaja umur 10-19 tahun (Soetjiningsih, 2007: 1). Menurut sensus penduduk pada tahun 2010, jumlah remaja di Indonesia usia 10-24 tahun adalah sebesar 64 juta jiwa, artinya 27,6% dari total penduduk Indonesia (237,6 juta jiwa). Sedangkan jumlah remaja di Jawa Timur usia 10-24 tahun adalah sebesar 8,747 juta jiwa atau 23,35% dari jumlah penduduk Jawa Timur (37.477 juta jiwa) (BKKBN Jawa Timur, 2012). Data Profil Kesehatan Kabupaten Mojokerto tahun 2010 menunjukkan jumlah remaja perempuan (10-14 tahun) di Kabupaten Mojokerto sebanyak 41.914 orang (Dinkes Kabupaten Mojokerto, 2011).

Data yang didapat dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia, khususnya hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 diketahui di Indonesia prevalensi status gizi umur 13-15 tahun berdasarkan TB/U adalah sangat pendek (13,1%), pendek (22,1%), normal (64,9%). Berdasarkan sumber yang sama diketahui prevalensi untuk Propinsi Jawa Timur adalah sangat pendek (10,5%), pendek (20,2%) dan normal (69,3%) (Depkes, 2010).

Studi pendahuluan dilakukan di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto pada tanggal 17 April 2012 dengan teknik wawancara untuk memperoleh data lama siklus menstruasi serta mengukur tinggi badan per umur untuk mengetahui status gizi pada 6 remaja putri. Hasil studi pendahuluan didapatkan 3 remaja putri (50%) mengaku mengalami siklus menstruasi yang tidak teratur, bahkan tiga bulan berturut-turut belum mengalami menstruasi hanya *spotting* sesekali, sedangkan 2 remaja putri (33%) mengalami lama siklus menstruasi lebih dari 35 hari dan hanya satu remaja putri (17%) mengalami siklus menstruasi normal yaitu \pm 28-30 hari. Hasil pengukuran status gizi didapatkan 4 remaja putri (67%) termasuk dalam kategori pendek dan 2 remaja putri (33%) termasuk dalam kategori normal.

Faktor risiko dari variabilitas siklus menstruasi adalah pengaruh dari berat badan, aktifitas fisik, serta proses ovulasi dan adekuatnya fungsi luteal. Perhatian khusus saat ini juga ditekankan pada perilaku diet dan stres pada atlet wanita (Kusmiran, 2011: 110). Kualitas asupan nutrisi dan gizi mempengaruhi kinerja kelenjar hipotalamus yang memiliki peran mengendalikan kelancaran siklus haid yang ada (Klik Dokter, 2011). Berat badan dan perubahan berat badan mempengaruhi fungsi menstruasi. Penurunan berat badan akut dan sedang menyebabkan gangguan pada fungsi ovarium, tergantung derajat tekanan pada ovarium dan lamanya penurunan berat badan. Kondisi patologis seperti berat badan yang kurang atau kurus dan anorexia nervosa yang menyebabkan penurunan berat badan yang berat dapat menimbulkan amenorrhea (Kusmiran, 2011: 110). Nutrisi yang baik akan mempengaruhi sekresi FSH dan LH. Jika terjadi penurunan kalori kronis akan menurunkan sekresi FSH dan LH, hingga jika terjadi malnutrisi, berat badan rendah atau diet ketat, maka ovulasi mungkin akan berhenti dan ia menjadi amenorea (Henderson, 2005: 19).

Remaja wanita perlu mempertahankan status gizi yang baik, dengan cara mengkonsumsi makanan seimbang karena sangat dibutuhkan pada saat haid, terbukti pada saat haid tersebut terutama pada fase luteal akan terjadi peningkatan kebutuhan nutrisi. Apabila hal ini diabaikan, maka dampaknya akan terjadi keluhan-keluhan yang menimbulkan rasa ketidaknyamanan selama siklus haid (Paath, dkk., 2004: 70-71). Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai

hubungan status gizi remaja putri dengan siklus menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

B. TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Status Gizi.

a. Pengertian status gizi.

Idrus, dkk dalam Supriasa, dkk. (2002: 17) menyatakan nutrisi atau yang juga dikenal sebagai gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. Gizi berasal dari bahasa Arab “*ghidza*” yang berarti makanan (Almatsier, 2009: 3). Istilah gizi merupakan terjemahan dari kata bahasa Inggris *nutrition*. Jadi gizi terkadang disebut pula nutrisi (Yuniastuti, 2008: 1).

Zat gizi (*nutrient*) adalah ikatan kimia yang diperlukan oleh tubuh untuk melakukan fungsinya yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan (Almatsier, 2009: 3). Zat gizi atau dikenal sebagai nutrisi adalah bahan dasar yang menyusun bahan makanan. Zat gizi yang dikenal ada lima, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral (FKM UI, 2007: 14).

Status gizi (*nutrition status*) adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supriasa, dkk., 2002: 18). Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2009: 3). Gibson dalam Waryana (2010: 7) menyatakan bahwa status gizi adalah keadaan tubuh yang merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan utilisasinya.

b. Pengelompokan gizi.

Menurut Paath, dkk. (2004: 9), secara garis besar zat gizi dibagi dalam dua golongan besar yaitu:

1) Makronutrien (zat gizi makro).

Merupakan komponen terbesar dari susunan diet serta berfungsi menyuplai energi dan zat-zat gizi esensial yang berguna untuk keperluan pertumbuhan sel atau jaringan, fungsi pemeliharaan maupun aktifitas tubuh. Kelompok makronutrien terdiri dari karbohidrat (hidrat arang), lemak, protein (zat putih telur), makromineral dan air (ada yang tidak memasukkan air dalam unsur zat gizi). Karbohidrat selanjutnya akan dipecah menjadi glukosa dan monosakarida lain. Lemak diuraikan menjadi asam-asam lemak dan gliserol, sedangkan protein lebih lanjut terurai menjadi peptide dan asam-asam amino.

2) Mikronutrien (zat gizi mikro).

Termasuk dalam golongan ini adalah vitamin (baik yang larut dalam air maupun yang larut dalam lemak), dan sejumlah mineral yang hanya dibutuhkan dalam kuantitas yang sangat sedikit. Vitamin larut air yaitu vitamin C dan B kompleks (meliputi vitamin B₂ [riboflavin], niasin, vitamin B₆ [piridoksin], asam folat, biotin, asam pantotenat dan vitamin B₁₂ [kobalamin]).

Berdasarkan fungsi zat gizi, penggolongan bahan makanan dibagi menjadi (FKM UI, 2007: 17) :

- a) Zat gizi penghasil energi ialah karbohidrat, lemak dan protein. Zat gizi ini sebagian besar dihasilkan dari makanan pokok.
 - b) Zat gizi pembangun sel, terutama diperankan protein. Oleh karena itu, bahan pangan lauk pauk digolongkan makanan sumber zat pembangun.
 - c) Zat gizi pengatur, termasuk di dalamnya vitamin dan mineral. Bahan pangan sumber mineral dan vitamin adalah buah dan sayur.
- c. Manfaat gizi.

Makanan setelah dikonsumsi mengalami proses pencernaan di dalam alat pencernaan. Bahan makanan diuraikan menjadi zat gizi atau nutrisi. Zat tersebut selanjutnya diserap melalui dinding usus dan masuk ke dalam cairan tubuh. Manfaat umum zat gizi (FKM UI, 2007: 17) adalah:

- 1) Sebagai sumber energi atau tenaga.
 - 2) Menyumbang pertumbuhan badan.
 - 3) Memelihara jaringan tubuh, mengganti sel yang rusak atau aus.
 - 4) Mengatur metabolisme dan mengatur keseimbangan air, mineral dan asam basa di dalam cairan tubuh.
 - 5) Berperan dalam mekanisme pertahanan tubuh terhadap penyakit sebagai antibodi dan antitoksin.
- d. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi

Menurut Daly, et. al dalam Supriasa, dkk. (2002: 42) bahwa konsep terjadinya keadaan gizi mempunyai dimensi yang sangat kompleks. Ia membuat faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi, yaitu konsumsi makanan dan tingkat kesehatan (lingkungan, sanitasi, dan sebagainya). Konsumsi makanan dipengaruhi oleh pendapatan, pekerjaan, pendidikan, kemampuan sosial; kemampuan keluarga menggunakan makanan; dan tersedianya bahan makanan dan dapat diperolehnya bahan makanan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi ditinjau dari sistem pangan dan gizi terdiri dari empat komponen, yaitu (1) penyediaan pangan, (2) distribusi pangan, (3) konsumsi makanan dan (4) utilisasi makanan (Almatsier, 2009: 13). Penyediaan pangan yang cukup diperoleh melalui produksi pangan dalam negeri melalui upaya pertanian dalam menghasilkan bahan makanan pokok, lauk pauk, sayur mayur dan buah-buahan. Agar sampai pada masyarakat dengan baik, distribusi pangan perlu memperhatikan aspek transportasi, penyimpanan, pengolahan, pengemasan, dan pemasaran. Sampai di tingkat keluarga, konsumsi makanan bergantung pada jumlah dan jenis pangan yang dibeli, pemasakan, distribusi dalam keluarga dan kebiasaan makan secara perorangan. Penggunaan makanan oleh tubuh bergantung pada pencernaan dan penyerapan serta metabolisme gizi. Hal ini bergantung pada kebersihan lingkungan dan ada tidaknya penyakit yang berpengaruh terhadap penggunaan zat-zat gizi oleh tubuh (Almatsier, 2009: 13).

Anggota keluarga yang menjadi sumber utama keuangan keluarga disebut pencari nafkah dan biasanya dipegang oleh ayah atau suami. Pada waktu ini, pencari nafkah sumber keuangan keluarga banyak yang terdiri atas suami istri, karena keduanya mempunyai pekerjaan. Dalam hal ini kesanggupan keuangan keluarga akan lebih baik, sehingga lebih banyak lagi kebutuhan yang dapat dipenuhi. Namun pola pemakaian sumber keuangan ini sangat dipengaruhi oleh pola atau gaya hidup keluarga. Peningkatan sumber daya uang dan barang akan merangsang sektor kebutuhan keluarga, hingga lambat laun akan meningkat pula. Sebaliknya bila sumber daya ini menyusut, perlahan akan menurun pula tingkat kebutuhan keluarga tersebut (Sediaoetama, 2008: 76). Terdapat

hubungan antara pendapatan dan keadaan status gizi. Hal itu karena tingkat pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi. Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya. Tingkat pendapatan dapat menentukan pola makan (FKM UI, 2007: 71).

Selain mempunyai tugas untuk reproduksi, seorang wanita terkadang juga memiliki peran sosial yang mengakibatkan beban kerja yang sangat berat dalam kehidupannya. Peran sosial wanita, antara lain bertanggung jawab atas keluarga, seperti merawat anggota keluarga lain, mengelola rumah tangga, menyediakan makanan, melakukan tugas-tugas kebersihan, mendatangi pelayanan kesehatan, melakukan pendidikan, dan mengawasi anak. Selain tugas-tugas tersebut, seorang wanita juga mempunyai peran dalam keluarga besarnya dan masyarakat. Beberapa tugas produktif yang dilakukan oleh wanita adalah di bidang pertanian, pasar, rumah produksi, pabrik, atau lainnya (Noorkasiani, dkk., 2009: 68).

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Tingkat pendidikan, khususnya tingkat pendidikan wanita mempengaruhi derajat kesehatan (Atmarita dan Fallah, 2004).

e. Pengukuran status gizi.

Dapat dilakukan dengan menggunakan indeks antropometri. Indeks antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dan lingkaran lengan atas menurut umur (LiLA/U). Dari berbagai jenis indeks antropometri tersebut, untuk menginterpretasikannya dibutuhkan ambang batas. Penentuan ambang batas diperlukan kesepakatan para ahli gizi (Supariasa, dkk., 2002: 82). Ambang batas dapat disajikan dalam tiga cara, yaitu:

1) Persen terhadap median.

Median adalah nilai tengah dari suatu populasi. Dalam antropometri gizi, median sama dengan persentil 50. Nilai median ini dinyatakan sama dengan 100% (untuk standar). Setelah itu dihitung persentase terhadap nilai median untuk mendapatkan ambang batas.

2) Persentil.

Cara lain untuk menentukan ambang batas selain persen terhadap median adalah persentil. Para pakar merasa kurang puas dengan persen terhadap median untuk menentukan ambang batas. Akhirnya mereka memilih cara persentil. Persentil 50 sama dengan median atau nilai tengah dari jumlah populasi berada di atasnya dan setengahnya berada di bawahnya. *National Center for Health Statistic* (NCHS) merekomendasikan persentil ke 50 sebagai batas gizi baik dan kurang, serta persentil 95 sebagai batas gizi lebih dan gizi baik.

3) Standar deviasi unit.

Standar deviasi unit disebut juga Z-skor. WHO menyarankan menggunakan cara ini untuk meneliti dan untuk memantau pertumbuhan, dengan hitungan sebagai berikut: 1 SD unit (1 Z-skor) kurang lebih sama dengan 11% dari median BB/U, 1 SD unit (1 Z-skor) kira-kira 10% dari

median BB/TB, dan 1 SD unit (1 Z-skor) kira-kira 5% dari median TB/U. Cara menghitung status gizi dengan Z-skor:

$$Z\text{-skor} = \frac{\text{Nilai individu subjek} - \text{Nilai median baku rujukan}}{\text{Nilai simpang baku rujukan}}$$

Tabel 39. Klasifikasi Status Gizi

Indeks	Status Gizi	Ambang Batas
BB/U	Gizi Lebih	> +2 SD
	Gizi Baik	≥ -2 SD s/d $\leq +2$ SD
	Gizi Kurang	≥ -3 SD s/d < -2 SD
	Gizi Buruk	< -3 SD
TB/U	Normal	≥ -2 SD
	Pendek	≥ -3 SD s/d < -2 SD
	Sangat pendek	< -3SD
BB/TB	Gemuk	> +2 SD
	Normal	≥ -2 SD s/d $\leq +2$ SD
	Kurus	≥ -3 SD s/d < -2 SD
	Sangat kurus	< -3 SD

Sumber: Depkes (2010)

2. Konsep Menstruasi.

a. Pengertian menstruasi.

Menstruasi atau haid merupakan peristiwa yang penting pada pubertas anak gadis yang menjadi pertanda biologis dari kematangan seksual (Kartono, 2006: 111).

Menstruasi adalah proses alamiah yang terjadi pada perempuan. Menstruasi merupakan perdarahan yang teratur dari uterus sebagai tanda bahwa organ kandungan telah berfungsi matang (Kusmiran, 2011: 19).

b. Usia menstruasi awal (*menarche*).

Usia saat seorang anak perempuan saat pertama kali mendapatkan menstruasi sangatlah bervariasi. Namun seiring perubahan pola hidup, saat ini ada kecenderungan anak perempuan mendapat menstruasi yang pertama kali usianya makin lebih muda. Hal tersebut merupakan bentuk menstruasi dini (Laurier, 2010).

Menarche yaitu haid pertama yang terjadi pada stadium lanjut dari pubertas dan sangat bervariasi pada umur berapa masing-masing individu mengalaminya, rata-rata pada umur 10,5-15,5 tahun (Soetjiningsih, 2007: 14).

c. Faktor yang mempengaruhi *menarche*

Usia untuk mencapai fase terjadinya *menarche* dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain: faktor suku, genetik, gizi, sosial, ekonomi, dan lain-lain (Proverawati dan Misaroh, 2009: 64).

1) Faktor internal.

a) Faktor genetik. Faktor genetik mempengaruhi usia awitan *menarche*. Anak dari seorang ibu yang perkembangannya cepat atau lambat biasanya juga akan mengalami hal yang serupa (Henderson, 2005: 19).

b) Status gizi. Nutrisi yang baik akan mempengaruhi sekresi FSH dan LH. Jika terjadi penurunan kalori kronis akan menurunkan sekresi FSH dan LH, hingga jika terjadi malnutrisi, berat badan rendah atau diet ketat, maka ovulasi mungkin akan berhenti dan ia menjadi amenorea

(Henderson, 2005: 19). Tingkat kualitas gizi yang lebih baik pada masyarakat saat ini memicu menstruasi dini (Proverawati dan Misaroh, 2009: 65).

- c) Kelainan dalam diri anak. Anak wanita yang menderita kelainan tertentu selama dalam kandungan mendapatkan *menarche* pada usia lebih muda dari usia rata-rata. Sebaliknya anak wanita yang menderita cacat mental dan mongolisme akan mendapat *menarche* pada usia yang lebih lambat (Proverawati dan Misaroh, 2009: 64).

2) Faktor eksternal.

- a) Faktor suku. Di Inggris, usia rata-rata untuk mencapai *menarche* adalah 13,1 tahun, sedangkan suku Buni di Papua Nugini, *menarche* dicapai pada usia 18,8 tahun (Proverawati dan Misaroh, 2009: 66). Kultur dan peradaban dapat memperlambat atau mempercepat tempo kematangan seksual anak, termasuk masalah menstruasi (Kartono, 2006: 112).
- b) Status sosial ekonomi. Rata-rata usia *menarche* pada remaja putri dengan tingkat kesejahteraan menengah ke atas adalah 11,45 tahun. Sementara itu usia *menarche* pada kelompok dengan tingkat kesejahteraan menengah ke bawah adalah 12,9 tahun (Pulungan, 2009 dalam Roveny, 2010: 2).

Menurut YB Mantra, pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan dalam pembangunan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Wawan dan Dewi, 2010: 16).

- c) Faktor iklim. Iklim atau cuaca ini dapat berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini dapat dilihat pada musim tertentu, kebutuhan gizi dapat mudah diperoleh. Demikian juga terdapat musim tertentu pula terkadang kesulitan mendapat makanan yang bergizi, seperti saat musim kemarau, penyediaan air bersih atau sumber makanan sangat sulit didapat (Hidayat, 2005: 20).
- d) Faktor lingkungan. Budaya lingkungan dalam hal ini adalah masyarakat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak dalam memahami atau mempersepsikan pola hidup sehat (Hidayat, 2005: 19). Menurut sebuah penelitian menyatakan bahwa lingkungan sosial berpengaruh terhadap waktu terjadinya *menarche*. Salah satunya yaitu lingkungan keluarga. Lingkungan keluarga yang harmonis dan adanya keluarga besar yang baik dapat memperlambat terjadinya *menarche* dini, sedangkan anak yang tinggal di tengah-tengah keluarga yang tidak harmonis dapat mengakibatkan terjadinya *menarche* dini. Beberapa aspek struktur dan fungsi keluarga berpengaruh terhadap kejadian *menarche* dini antara lain ketidakhadiran seorang ayah ketika ia masih kecil, kekerasan seksual pada anak dan adanya konflik dalam keluarga (Proverawati dan Misaroh, 2009: 71).

d. Hormon yang berperan dalam siklus menstruasi.

Siklus menstruasi dikontrol oleh lengkung umpan balik yang melibatkan hormon hypothalamus, hipofisis dan ovarium. Hypothalamus mengatur hormon hipofisis melalui hormon pelepas gonadotropin (GnRH) pada awal siklus. GnRH menstimulasi hipofisis untuk melepaskan:

- 1) FSH (*Follicle Stimulating Hormone*) yang menstimulasi perkembangan folikel de Graf dalam ovarium. Dengan maturnya folikel tersebut, estrogen

dari ovarium dihasilkan dan mempengaruhi hipofisis untuk menekan FSH dan meningkatkan produksi LH (Potter & Perry, 2005: 530).

- 2) LH (*Luteinizing Hormone*) menginduksi ovum untuk pecah dari folikel de Graf (kejadian ini disebut ovulasi). Setelah ovulasi, folikel yang pecah disebut dengan korpus luteum yang banyak progesteron (Potter & Perry, 2005: 530-531).

e. Siklus menstruasi.

Siklus menstruasi ialah jarak antara hari pertama menstruasi dengan hari pertama menstruasi berikutnya. Panjang siklus menstruasi wanita bervariasi baik antar individu maupun pada individu yang sama. Siklus menstruasi pendek antara 15-23 hari dan siklus panjang antara 35-45 hari. Ada sejumlah perempuan yang siklusnya teratur, sementara adapula yang bervariasi sampai dengan 7 hari. Namun, panjang siklus menstruasi yang dianggap rata-rata normal adalah 28 hari (Indiarti, 2007: 23-24). Siklus haid adalah jarak antara hari pertama haid dengan hari haid berikutnya. Siklus haid normal ialah 15-45 hari. Jadi, misalnya pada bulan April hari pertama haid jatuh pada tanggal 16 dan pada bulan Mei hari pertama haidnya jatuh pada tanggal 12, maka siklus haid yang terjadi adalah 27 hari. Panjang siklus haid yang dianggap rata-rata ialah 28 hari (Suryoprajogo, 2008: 16).

Pada umumnya menstruasi akan berlangsung setiap 28 hari selama ± 7 hari. Lama perdarahan sekitar 3-5 hari dan tidak terasa nyeri. Jumlah darah yang hilang sekitar 30-40 cc. Puncaknya hari kedua atau ketiga dengan jumlah pemakaian pembalut sekitar 2-3 buah. Diikuti fase proliferasi sekitar 6-8 hari. Ovulasi akan berlangsung sekitar pertengahan menstruasi yaitu hari ke-13, 14 atau 15. Sejak terjadi ovulasi artinya pelepasan ovum disebut dengan "masa subur", dalam arti bila melakukan hubungan seksual dapat terjadi kehamilan. Masa subur hanya berlangsung singkat sekitar 3 hari yaitu hari ke-13, 14 atau 15. Endometrium akan mengalami perubahan dari fase proliferasi menjadi fase sekresi yang merupakan persiapan untuk menerima hasil konsepsi bila terjadi pembuahan. Bila terjadi pembuahan, fase sekresi akan berubah lagi menjadi fase desiduanisasi, yang merupakan kelanjutan fase sekresi dengan gembur dan siap menerima hasil konsepsi. Bila tidak terjadi konsepsi, korpus luteum yang memelihara fase sekresi akan mengalami kemunduran, artinya hormon estrogen dan progesteron yang dikeluarkan makin menurun. Penurunan pengeluaran estrogen dan progesteron korpus luteum yang menyebabkan endometrium tidak dapat mempertahankan diri dan terjadilah menstruasi. Siklus ini akan berulang kembali setiap 28 hari yang menunjukkan bahwa wanita ini mempunyai siklus menstruasi yang normal (Manuaba, 2008: 282-283).

f. Faktor risiko dari variabilitas siklus menstruasi

Faktor risiko dari variabilitas siklus menstruasi adalah pengaruh dari berat badan, aktifitas fisik, serta proses ovulasi dan adekuatnya fungsi luteal. Perhatian khusus saat ini juga ditekankan pada perilaku diet dan stress pada atlet wanita (Kusmiran, 2011: 110).

1) Berat badan.

Berat badan dan perubahan berat badan mempengaruhi fungsi menstruasi. Penurunan berat badan akut dan sedang menyebabkan gangguan pada fungsi ovarium, tergantung derajat tekanan pada ovarium dan lamanya penurunan berat badan. Kondisi patologis seperti berat badan yang kurang atau kurus dan anorexia nervosa yang menyebabkan penurunan berat badan yang berat dapat menimbulkan amenorrhea.

Gangguan menstruasi pada dasarnya berhubungan erat dengan adanya gangguan hormon terutama yang berhubungan dengan hormon seksual pada perempuan yaitu progesteron, estrogen, LH dan FSH. Hormon-hormon seksual tersebut sangat berfungsi pada sistem reproduksi perempuan. Namun pada beberapa kejadian terjadi peningkatan salah satu saja yang menunjukkan ketidakseimbangan sintesis hormon dalam tubuh dan hal ini akan mempengaruhi fungsi kerja hormon lain termasuk kerja organ reproduksi yang mempengaruhi perangsangan terjadinya gangguan menstruasi.

Adanya gangguan dari kerja sistem hormonal ini terkait dengan status gizi. Dimana status gizi akan mempengaruhi kerja berupa peningkatan, keseimbangan ataupun penurunan hormon. Status gizi sendiri pada dasarnya dipengaruhi oleh banyak faktor namun secara umum dipengaruhi oleh adanya infeksi dan asupan makan. Pola makan yang tidak seimbang akan mempengaruhi penurunan dan peningkatan status gizi. Mereka dengan status gizi lebih sudah pada tentunya menerapkan pola makan berlebih terutama lemak, protein dan karbohidrat tubuh sebagai sumber energi utama tubuh.

Begitupun sebaliknya pada penerapan pola makan yang rendah energi akan mempengaruhi penurunan status gizi. Secara normal, fungsi organ tubuh akan dipengaruhi oleh perilaku yang diterapkan manusia. Pola makan merupakan wujud perilaku manusia pada makanan. Pola makan yang salah dengan tinggi lemak, karbohidrat dan protein akan meningkatkan berat badan yang lebih dan hal ini secara langsung akan meningkatkan status gizi pada kondisi lebih (obesitas pun dapat terjadi). Penerapan pola makan yang berlebih tentunya akan meningkatkan kerja organ-organ tubuh sebagai bentuk haemodialisa (kemampuan tubuh untuk menetralsir pada keadaan semula) dalam rangka pengeluaran kelebihan tersebut. Dan hal ini tentunya akan berdampak pada fungsi sistem hormonal pada tubuh.

Adanya gangguan dari fungsi sistem hormonal dari tubuh tersebut tentunya akan mempengaruhi kerja organ-organ tubuh secara maksimal termasuk organ seksual perempuan baik berupa peningkatan progesteron, estrogen, FSH dan LH sendiri akan berdampak pada gangguan siklus haid yang terlalu cepat maupun siklus haid yang pendek. Sedangkan pada penerapan pola makan yang kurang sendiri (paling banyak diterapkan pada perempuan) akan mempengaruhi kemampuan kerja organ tubuh secara langsung dimana tubuh tidak memiliki kemampuan yang normal karena energi yang sebahagian besar bersumber dari makan tidak mencukupi dan hal ini juga tentunya akan mempengaruhi maksimalisasi kerja organ sendiri (Joeharno, 2007).

2) Umur.

Ketidakteraturan siklus haid sering terjadi pada remaja muda yang baru mengalami haid karena masih terjadi penyesuaian dalam tubuh. Selama 2 bulan berturut-turut mungkin mengalami siklus haid 28 hari namun kemudian tidak datang bulan di bulan berikutnya. Setelah 1 atau 2 tahun siklus menstruasi akan lebih teratur (Adhi, 2012).

3) Aktifitas fisik.

Tingkat aktifitas fisik yang sedang dan berat dapat membatasi fungsi menstruasi. Atlet wanita seperti pelari, senam balet memiliki risiko untuk mengalami *amenorrhea*, anovulasi dan defek pada fase luteal. Aktifitas fisik

yang berat merangsang inhibisi *gonadotropin releasing hormone* (GnRH) dan aktifitas gonadotropin sehingga menurunkan level dari serum estrogen.

4) Stres.

Stres menyebabkan perubahan sistemik dalam tubuh, khususnya system persarafan dalam hipotalamus melalui perubahan prolaktin atau *endogenous opiate* yang dapat mempengaruhi elevasi kortisol basal dan menurunkan hormon lutein (LH) yang menyebabkan *amenorrhea*.

5) Diet.

Diet dapat mempengaruhi fungsi menstruasi. Vegetarian berhubungan dengan anovulasi, penurunan respon hormon pituitary, fase folikel pendek, tidak normalnya siklus menstruasi (kurang dari 10 kali/tahun). Diet rendah lemak berhubungan dengan panjangnya siklus menstruasi dan periode perdarahan. Diet rendah kalori seperti daging merah dan rendah lemak berhubungan dengan *amenorrhea*.

6) Paparan lingkungan dan kondisi kerja.

Beban kerja yang berat berhubungan dengan jarak menstruasi yang panjang dibandingkan dengan beban kerja ringan dan sedang.

7) Sinkronisasi proses menstrual (interaksi sosial dan lingkungan).

Interaksi manusia dengan lingkungan merupakan siklus yang sinkron/berirama. Proses interaksi tersebut melibatkan fungsi hormonal. Salah satu fungsi hormonal adalah hormon-hormon reproduksi. Adanya pherohormon yang dikeluarkan oleh setiap individu yang dapat mempengaruhi perilaku individu lain melalui persepsi dari penciuman baik melalui interaksi dengan individu jenis kelamin sejenis maupun lawan jenis serta dapat menurunkan variabilitas dari siklus menstruasi dan sinkronisasi dari onset menstruasi (Kusmiran, 2011: 110-111).

g. Fase dalam siklus menstruasi.

Uterus dengan lapisan lendirnya (endometrium) merupakan organ akhir proses siklus menstruasi, dimana hormon estrogen dan progesteron mempengaruhi pertumbuhannya. Selama pertumbuhan dan perkembangan, folikel primordial mengeluarkan hormon estrogen yang mempengaruhi endometrium ke dalam proses proliferasi sejak akhir menstruasi sampai terjadi ovulasi. Korpus rubrum yang segera menjadi korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron yang makin lama makin tinggi kadarnya. Hormon estrogen dan progesteron menyebabkan endometrium dalam fase sekresi. Usia korpus luteum sekitar 8-10 hari dan selanjutnya akan mengalami regresi sehingga pengeluaran hormon estrogen dan progesteron makin berkurang sampai berhenti. Akibat pengeluaran estrogen dan progesteron turun dan berhenti, terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan segera diikuti vasodilatasi. Situasi demikian menyebabkan pelepasan lapisan endometrium dalam bentuk serpihan dan perdarahan yang disebut menstruasi. Menstruasi terjadi dalam empat fase, yaitu stadium menstruasi, stadium regenerasi, stadium proliferasi, dan stadium pramenstruasi (sekresi).

1) Stadium menstruasi.

Stadium ini berlangsung sekitar 3 sampai 5 hari. Darah keluar bersama lapisan stratum kompakta dan spongiosa dari endometrium dan menyisakan lapisan stratum basalis setebal 0,5 mm. Jumlah darah menstruasi sekitar 50 ml dan bersifat tidak dapat membeku karena mengandung banyak fermen. Bila terdapat gumpalan darah, menunjukkan perdarahan menstruasi cukup banyak.

2) Stadium regenerasi.

Stadium ini dimulai pada hari keempat menstruasi ketika luka bekas deskuamasi endometrium ditutup kembali oleh epitel selaput lendir endometrium. Sel basalis mulai berkembang mengalami mitosis dan kelenjar endometrium mulai tumbuh kembali.

3) Stadium proliferasi.

Pada stadium proliferasi, pertumbuhan kelenjar lapisan endometrium lebih cepat daripada jaringan ikatnya sehingga berkelok-kelok. Lapisan atasnya, tempat saluran kelenjar yang tampak lebih padat disebut stratum kompakta, sedangkan lapisan yang mengandung kelenjar yang berkelok, menjadi lebih longgar disebut "stratum spongiosa". Stadium proliferasi berlangsung sejak hari kelima sampai 14 dan tebal endometrium sekitar 3,5 cm.

4) Stadium pramenstruasi (sekresi).

Pada stadium regenerasi sampai stadium proliferasi, endometrium dipengaruhi oleh hormon estrogen dan sejak saat ovulasi korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron yang mempengaruhi stadium sekresi endometrium. Dalam stadium sekresi, tebal endometrium tetap, hanya kelenjarnya lebih berkelok-kelok dan mengeluarkan sekret. Di samping itu, sel endometrium mengandung banyak glikogen, protein, air, dan mineral, sehingga siap untuk menerima implantasi dan memberikan nutrisi pada zigot. Stadium sekresi berlangsung sejak hari ke-14 sampai 28 dan usia korpus luteum hanya berlangsung 8-10 hari. Setelah mencapai usia 8-10 hari korpus luteum mengalami kematian, sehingga tidak mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron dan menimbulkan iskemia stratum kompakta dan stratum spongiosa. Stadium iskemia berlangsung sebentar dan diikuti stadium vasodilatasi pembuluh darah yang menyebabkan deskuamasi lapisan endometrium dalam bentuk perdarahan menstruasi. Setelah deskuamasi berlangsung 4 hari, stadium regenerasi dan siklus menstruasi berulang kembali (Manuaba, 2010: 72-73).

Menurut Lestari (2011: 100-101), siklus haid di bawah kontrol hormon seks. Untuk lebih memudahkan pemahaman, siklus ini dibagi dalam dua fase, yaitu fase sebelum ovulasi dan fase setelah ovulasi.

1) Fase sebelum ovulasi (dikontrol oleh FSH dan estrogen).

Kelenjar pituitary pada dasar otak akan mengeluarkan FSH yang akan merangsang pematangan folikel di ovarium (indung telur). Pematangan folikel ini akan meningkatkan produksi estrogen. Pada saat kenaikan estrogen mendekati ovulasi, terjadi perubahan-perubahan sebagai berikut: endometrium (selaput lendir rahim) menebal; serviks menjadi panjang dan lunak serta terbuka; lendir serviks yang diproduksi oleh kelenjar-kelenjar pada serviks menjadi lendir yang bersahabat dengan sperma; peningkatan garam, gula, dan asam amino untuk memberikan makanan pada sperma; peningkatan cairan sampai dengan 1 kali peningkatan volume lendir; lendir yang subur terdiri dari 98% air, transparan, berkilat, licin dan elastik yang disebut efek *spinnbarkeit*; struktur lendir yang subur bila dilihat dengan menggunakan *nuclear magnetic resonance* memperlihatkan jaringan yang jarang, sehingga dapat dilewati oleh sperma; dan suhu menetap pada tingkat yang rendah. Ketika estrogen mencapai tingkat tertentu dalam darah, kelenjar pituitary distimulasi untuk menghasilkan LH yang meningkat cepat

yang kemudian akan menimbulkan ovulasi (pecahnya folikel yang matang dan mengeluarkan ovum) dalam 36 jam kemudian.

2) Fase setelah ovulasi (dikontrol oleh progesteron).

Setelah ovulasi, LH menyebabkan pecahnya folikel yang kemudian folikel tersebut akan berkembang menjadi korpus luteum, yang memproduksi progesteron. Di bawah pengaruh progesteron, terjadi perubahan-perubahan sebagai berikut: endometrium melunak guna mempersiapkan diri untuk menerima implantasi (penempelan) telur yang telah dibuahi; serviks memendek, keras, dan tertutup; lendir serviks menjadi tidak bersahabat untuk mencegah penetrasi sperma; setelah ovulasi terdapat perubahan status kesuburan jaringan filamen-filamen menjadi lebih padat membentuk lendir yang tebal yang mencegah penetrasi sperma. Sperma secara cepat akan dirusak oleh cairan vagina yang bersifat asam; dan suhu akan meningkat sekitar $0,2^{\circ}$ C atau lebih. Korpus luteum akan bertahan sekitar 14 hari, kemudian akan kisut dan mati; progesterone akan turun; suhu turun; dan endometrium akan mengalami disintegrasi sehingga terjadilah menstruasi dan lengkaplah satu siklus.

h. Macam-macam gangguan haid

1) *Oligomenorrhea* (jangka waktu haid terlalu lama).

Oligomenorrhea tidak berbahaya, namun perempuan dapat memiliki potensi sulit hamil, karena tidak terjadi ovulasi. *Oligomenorrhea* biasanya berhubungan dengan anovulasi atau dapat juga disebabkan kelainan endokrin seperti kehamilan, gangguan *hipofise-hipotalamus*, dan *menopause* atau sebab sistemik seperti kehilangan berat badan berlebih.

Oligomenorrhea sering terdapat pada wanita *astenis*. Dapat juga terjadi pada wanita dengan *sindrom ovarium polikistik* dimana pada keadaan ini dihasilkan androgen yang lebih tinggi dari kadar pada wanita normal. *Oligomenorrhea* dapat juga terjadi pada stress fisik dan emosional, penyakit kronis, tumor yang mensekresikan estrogen dan nutrisi buruk. *Oligomenorrhe* dapat juga disebabkan ketidakseimbangan hormonal seperti pada awal pubertas.

Oligomenorrhea yang menetap dapat terjadi akibat perpanjangan stadium *folikular*, perpanjangan *stadium luteal*, ataupun perpanjang kedua stadium tersebut. Bila siklus tiba-tiba memanjang maka dapat disebabkan oleh pengaruh psikis atau pengaruh penyakit.

Oligemenorea adalah panjang siklus haid yang memanjang dari panjang siklus haid klasik, yaitu lebih dari 35 hari per siklusnya. Volume perdarahannya umumnya lebih sedikit dari volume perdarahan haid biasanya. Siklus haid biasanya juga bersifat *ovulatoar* dengan fase *proliferasi* yang lebih panjang dibanding fase *proliferasi* siklus haid klasik (Hendrik, 2006: 122).

2) *Polimenorrhea* (terlalu sering haid).

Polimenorrhea adalah gangguan menstruasi yang berbahaya. Terlalu sering haid, misalnya 2 minggu sekali, dapat menyebabkan anemia. Bila siklus pendek namun teratur ada kemungkinan stadium proliferasi pendek atau stadium sekresi pendek atau kedua stadium memendek. Yang paling sering dijumpai adalah pemendekan stadium proliferasi. Bila siklus lebih pendek dari 21 hari kemungkinan melibatkan stadium sekresi juga dan hal ini menyebabkan infertilitas.

Siklus yang tadinya normal menjadi pendek biasanya disebabkan pemendekan stadium sekresi karena korpus luteum lekas mati. Hal ini sering terjadi pada disfungsi ovarium saat klimakterium, pubertas atau penyakit kronik seperti TBC.

Polimenorea adalah panjang siklus haid yang memendek dari panjang siklus haid klasik, yaitu kurang dari 21 hari per siklusnya, sementara volume perdarahannya kurang lebih sama atau lebih banyak dari volume perdarahan haid biasanya (Hendrik, 2006: 122).

3) *Menorrhagia* (darah haid terlalu banyak).

Menorrhagia adalah istilah medis untuk perdarahan menstruasi yang berlebihan. Dalam satu siklus menstruasi normal, perempuan rata-rata kehilangan sekitar 30 ml darah selama sekitar 7 hari haid. Bila perdarahan melampaui 7 hari atau terlalu deras (melebihi 80 ml), maka dikategorikan *menorrhagia*.

Penyebab utama *menorrhagia* adalah ketidakseimbangan jumlah estrogen dan progesteron dalam tubuh. Ketidakseimbangan tersebut menyebabkan endometrium terus terbentuk. Ketika tubuh membuang endometrium melalui menstruasi, perdarahan menjadi parah.

Menorrhagia juga bisa disebabkan oleh gangguan tiroid, penyakit darah, dan peradangan/infeksi pada vagina atau leher rahim. *Menorrhagia* biasanya berhubungan dengan *nocturrhagia* yaitu suatu keadaan dimana menstruasi mempengaruhi pola tidur wanita dimana wanita harus mengganti pembalut pada tengah malam. *Menorrhagia* juga berhubungan dengan kram selama haid yang tidak bisa dihilangkan dengan obat-obatan. Penderita juga sering merasakan kelemahan, pusing, muntah dan mual berulang selama haid.

4) *Hipomenorrhea* (darah haid terlalu sedikit).

Hipomenorrhea adalah suatu keadan dimana jumlah darah haid sangat sedikit (<30cc), kadang-kadang hanya berupa spotting. Dapat disebabkan oleh stenosis pada himen, servik atau uterus. Pasien dengan obat kontrasepsi kadang memberikan keluhan ini. Hal ini juga dapat terjadi pada hipoplasia uteri dimana jaringan endometrium sedikit

5) *Amenorrhea* (tidak haid sama sekali).

Amenorrhea adalah tidak ada menstruasi. Istilah ini digunakan untuk perempuan yang belum mulai menstruasi setelah usia 15 tahun (*amenore primer*) dan yang berhenti menstruasi selama 3 bulan, padahal sebelumnya pernah menstruasi (*amenore sekunder*). *Amenore primer* biasanya disebabkan oleh gangguan hormon atau masalah pertumbuhan. *Amenore sekunder* dapat disebabkan oleh rendahnya hormon pelepas gonadotropin (pengatur siklus haid), stres, anoreksia, penurunan berat badan yang ekstrem, gangguan tiroid, olahraga berat, pil KB, dan kista ovarium (Erida, 2011).

Amenorea adalah panjang siklus haid yang memanjang dari panjang siklus haid klasik (*oligemenorea*) atau tidak terjadinya perdarahan haid, minimal 3 bulan berturut-turut. *Amenorea* dibedakan menjadi dua jenis:

- a) *Amenorea primer*. *Amenorea primer* yaitu tidak terjadinya haid sekalipun pada perempuan yang mengalami *amenorea*.
- b) *Amenorea sekunder*. *Amenorea sekunder* yaitu tidak terjadinya haid yang diselingi dengan perdarahan haid sesekali pada perempuan yang mengalami *amenorea* (Hendrik, 2006: 122-123).

3. Konsep Remaja.

a. Pengertian remaja.

Remaja (*adolescence*) adalah masa transisi atau peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa yang ditandai dengan adanya perubahan aspek fisik, psikis dan psikososial (Dariyo, 2004: 13).

Santrock mengemukakan *puberty is a rapid change to phisycal maturation involving hormonal and bodily changes that occur primarily during early adolescence* (masa remaja adalah laju perubahan perkembangan fisik yang menyebabkan perubahan tubuh dan hormonal, terjadi terutama sejak remaja awal). Menurut WHO (*World Health Organization*), remaja merupakan individu yang mengalami masa peralihan yang secara berangsur-angsur mencapai kematangan seksual, mengalami perubahan jiwa dari jiwa kanak-kanak menjadi dewasa dan mengalami perubahan keadaan ekonomi dari ketergantungan menjadi relatif mandiri (Notoatmodjo, 2007: 263).

Menurut Soetjiningsih (2007: 1-2), ada beberapa definisi mengenai remaja, diantaranya:

- 1) Pada buku-buku *Pediatric*, remaja adalah bila seorang anak telah mencapai umur 10-18 tahun untuk anak perempuan dan 12-20 tahun untuk anak laki-laki.
- 2) Menurut Undang-undang No 4 Tahun 1979, remaja adalah individu yang belum mencapai 21 tahun dan belum menikah.
- 3) Menurut Undang-undang perburuhan, anak dianggap remaja apabila telah mencapai umur 16-18 tahun atau sudah menikah dan mempunyai tempat untuk tinggal.
- 4) Menurut Undang-undang Perkawinan No 1 Tahun 1974, anak dianggap sudah remaja apabila cukup matang untuk menikah, yaitu umur 16 tahun untuk anak perempuan dan 19 tahun untuk anak laki-laki.
- 5) Menurut Diknas, anak dianggap remaja bila anak sudah berumur 18 tahun, yang sesuai dengan saat lulus sekolah menengah.
- 6) Menurut WHO, remaja bila anak telah mencapai umur 10-18 tahun dan mengalami perkembangan yang penting yaitu kognitif, emosi, sosial dan seksual.

b. Tahapan remaja.

Menurut Aryani (2010: 5), dalam tumbuh kembangnya menuju dewasa berdasarkan kematangan psikososial dan seksual, semua remaja akan melewati tahapan berikut:

- 1) Masa remaja awal (10-13 tahun). Pada tahapan ini, remaja mulai berfokus pada pengambilan keputusan, baik di dalam rumah ataupun di sekolah. Remaja mulai menunjukkan cara berpikir logis, sehingga sering menanyakan kewenangan dan standar di masyarakat maupun di sekolah. Remaja juga mulai menggunakan istilah-istilah sendiri dan mempunyai pandangan, seperti olah raga yang lebih baik untuk bermain, memilih kelompok bergaul, pribadi seperti apa yang diinginkan, dan mengenal cara untuk berpenampilan menarik (Aryani, 2010: 5).
- 2) Masa remaja tengah (14-16 tahun). Pada tahapan ini, terjadi peningkatan interaksi dengan kelompok, sehingga tidak selalu tergantung pada keluarga dan terjadi eksplorasi seksual. Dengan menggunakan pengalaman dan pemikiran yang lebih kompleks, pada tahap ini remaja sering mengajukan pertanyaan, menganalisis secara lebih menyeluruh dan berpikir tentang bagaimana cara mengembangkan identitas "siapa saya?". Pada masa ini

remaja juga mulai mempertimbangkan masa depan, tujuan dan membuat rencana sendiri (Aryani, 2010: 5).

- 3) Masa remaja akhir (17-19 tahun). Pada tahap ini, remaja lebih berkonsentrasi pada rencana yang akan datang dan meningkatkan pergaulan. Selama masa remaja akhir, proses berpikir secara kompleks digunakan untuk memfokuskan diri masalah-masalah idealisme, toleransi, keputusan untuk karier dan pekerjaan, serta peran orang dewasa dalam masyarakat (Aryani, 2010: 6).

c. Perubahan-perubahan selama masa remaja.

Remaja merupakan masa transisi dari masa anak-anak menuju dewasa, tentunya masa remaja identik dengan berbagai perubahan. Perubahan yang terjadi pada remaja putri antara lain:

1) Perubahan fisik.

Perubahan fisik remaja yaitu terjadinya perubahan secara biologis yang ditandai dengan kematangan organ seks primer maupun organ seks sekunder (Dariyo, 2004: 16). Para ahli psikologi perkembangan (Berk, 1993; Papalia, Olds dan Fieldman, 1998; Santrock, 1999 yang dikutip oleh Dariyo, 2004: 17) menyatakan ada 2 karakteristik seks yang dimiliki oleh seorang remaja sebagai tanda perubahan fisik untuk memasuki masa remaja, meliputi karakteristik seks primer dan sekunder remaja putri.

Karakteristik primer berupa perubahan fisik yang ditandai dengan *menarche* (haid pertama) dan perubahan hormonal. Perubahan hormonal merupakan awal dari masa pubertas remaja yang terjadi sekitar usia 11-12 tahun. Perubahan ini erat hubungannya dengan perubahan di dalam otak yakni *hypothalamus*, suatu bagian organ otak yang berfungsi untuk mengkoordinasi atau mengatur fungsi-fungsi seluruh sistem jaringan organ tubuh. Salah satu diantaranya ialah merangsang hormon *Luteinizing Hormone Releasing Hormone* (LHRH) dan kelenjar pituitary (*pituitary gland*) untuk melepaskan hormon gonadotropin. Hormon gonadotropin ini merangsang gonader (testis dan ovaries) untuk memproduksi hormon seksual. Hormon seks pada remaja wanita disebut estrogen atau estradiol. Hormon ini berperan penting dalam perkembangan karakteristik seks sekunder (Dariyo, 2004: 17).

Perubahan karakteristik seks sekunder ialah perubahan tanda-tanda identitas seks seseorang yang diketahui melalui penampakan postur fisik akibat kematangan seks primer (Dariyo, 2004: 18). Ciri seks sekunder remaja putri diantaranya: tubuh bertambah besar dan tinggi, lengan dan tungkai kaki bertambah panjang, tangan dan kaki bertambah besar, tumbuh payudara, puting menonjol keluar, pantat berkembang lebih besar, tulang wajah memanjang dan membesar, tumbuh rambut-rambut di ketiak dan kemaluan, vagina mulai mengeluarkan cairan, keringat bertambah banyak, kulit dan rambut mulai berminyak (Okanegara, 2008).

2) Perubahan kognitif.

Berdasarkan teori perkembangan kognitif Piaget, kemampuan kognitif remaja berada dalam tahap formal operasional. Remaja harus mampu mempertimbangkan semua kemungkinan untuk menyelesaikan masalah dan mempertanggungjawabkannya. Berkaitan dengan perkembangan kognitif, umumnya remaja menampilkan tingkah laku sebagai berikut: kritis, rasa ingin tahu yang kuat, jalan pikiran egosentris, *imagery audience*, *personal fables* (Kusmiran, 2011: 15).

3) Perubahan psikologis.

Pada masa remaja, labilnya emosi anak kaitannya dengan perubahan hormon dalam tubuh, sering terjadi letusan emosi dalam bentuk amarah, sensitif bahkan perbuatan nekad. Denis dan Hasol menyebutkan sebagai “*time of up heavel and turbulence*”. Ketidakstabilan emosi menyebabkan mereka mempunyai rasa ingin tahu dan dorongan untuk mencari tahu (Notoatmodjo, 2007: 265).

Menurut Mansyur (2009: 108), masalah psikologis pada masa remaja, diantaranya:

Pertama, timbul rasa malu. Rasa malu dapat digambarkan seperti semacam perasaan tidak nyaman. Biasanya berkaitan dengan membuka diri kepada orang lain, jadi rasa malu timbul seolah-olah kita sedang disorot (diawasi) dan seolah-olah dinilai rendah oleh orang lain. Orang dikatakan rendah diri jika orang tersebut merasa kurang berharga dibandingkan dengan orang lain, seperti saat kita terlihat selalu kalah. Antara rasa malu dengan rendah diri memiliki keterkaitan.

Kedua, emosionalitas. Emosi merujuk pada suatu perasaan dan pikiran yang khas. Mudah tidaknya perasaan seseorang terpengaruh oleh kesan-kesan, hal inilah yang disebut emosionalitas. Perkembangan emosi remaja sangat dipengaruhi oleh faktor kematangan dan faktor belajar. Kemurungan, merajuk, ledakan marah, dan kecenderungan untuk menangis karena hasutan yang sangat kecil merupakan ciri-ciri bagian awal masa puber. Pada masa ini anak merasa khawatir, gelisah, dan cepat marah. Beberapa faktor penyebab emosionalitas masa puber antara lain: sedih, mudah marah dan suasana hati yang negatif sangat sering terjadi selama masa pra haid (*pre menstrual syndrome*) dan awal periode haid; kurangnya kemampuan untuk mengontrol diri atau masih lemahnya kemampuan mengendalikan diri; dan remaja berada di bawah tekanan sosial dan selama masa kanak-kanak, ia kurang mempersiapkan diri untuk menghadapi keadaan itu; serta dampak dari penyesuaian diri terhadap pola perilaku baru dan harapan sosial baru.

Ketiga, kurang percaya diri. Percaya diri adalah yakin benar atau memastikan akan kemampuan dan kelebihan dirinya sendiri dalam memenuhi semua harapannya. Sikap atau perilaku remaja yang memiliki harga diri rendah atau kurang adalah sebagai berikut: tidak mau mencoba sesuatu hal yang baru, merasa tidak dicintai dan tidak diinginkan, punya kecenderungan untuk melempar kesalahan pada orang lain, memiliki emosi yang kaku dan disembunyikan, mudah mengalami rasa frustrasi dan tertekan, dan meremehkan bakat dan kemampuannya sendiri.

4) Perubahan psikososial.

Pencarian identitas diri merupakan tugas utama perkembangan psikososial *adolesence*. Remaja harus membentuk hubungan sebaya yang dekat atau tetap terisolasi secara sosial (Potter & Perry, 2005: 693).

d. Faktor penyebab masalah remaja.

Timbulnya masalah pada remaja disebabkan oleh berbagai faktor yang sangat kompleks, yang terjadi pada masa remaja. Secara garis besar, faktor-faktor tersebut dapat dikelompokkan sebagai berikut:

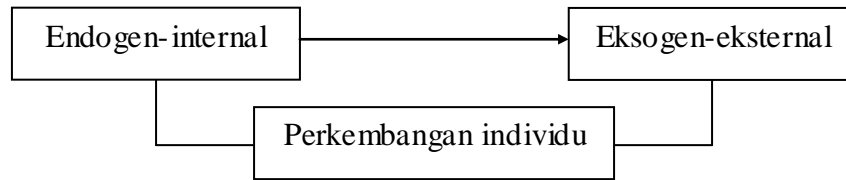
- 1) Adanya perubahan-perubahan biologis dan psikologis yang sangat pesat pada masa remaja yang akan memberikan dorongan tertentu yang sifatnya sangat kompleks.

- 2) Orang tua dan pendidik kurang siap untuk memberikan informasi yang benar dan tepat waktu, karena ketidaktahuannya.
 - 3) Perbaikan gizi yang menyebabkan menars menjadi lebih dini. Kejadian kawin muda masih banyak, terutama di daerah pedesaan. Sebaliknya di perkotaan kesempatan untuk bersekolah dan bekerja menjadi lebih terbuka bagi wanita dan usia kawin maskin bertambah. Kesenjangan antara menars dan umur kawin yang makin panjang, apalagi dalam suasana pergaulan yang makin bebas tidak jarang menimbulkan masalah bagi remaja.
 - 4) Membaiknya sarana komunikasi dan transportasi akibat kemajuan teknologi menyebabkan membanjirnya arus informasi dari luar yang sulit sekali diseleksi.
 - 5) Pembangunan ke arah industrialisasi disertai dengan penambahan penduduk menyebabkan meningkatnya urbanisasi, berkurangnya sumberdaya alam dan terjadinya perubahan tata nilai. Ketimpangan sosial dan individualisme seringkali memicu konflik perorangan maupun kelompok. Lapangan kerja yang kurang memadai dapat memberikan dampak yang kurang baik bagi remaja sehingga remaja bisa menderita frustrasi dan depresi yang akan menyebabkan mereka mengambil jalan pintas dengan tindakan yang bersifat negatif.
 - 6) Kurangnya pemanfaatan sarana untuk menyalurkan gejolak remaja. Perlu adanya penyaluran sebagai substansi yang bersifat positif ke arah pengembangan ketrampilan yang mengandung unsur kecepatan dan kekuatan misalnya olahraga (IDAI, 2002: 173).
- e. Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan remaja
- Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan remaja bersifat dikotomi, yaitu endogen dan eksogen.
- 1) Faktor endogen (*nature*).

Dalam pandangan ini dinyatakan bahwa perubahan-perubahan fisik maupun psikis dipengaruhi oleh faktor internal yang bersifat herediter yaitu yang diturunkan oleh orang tuanya, misalnya postur tubuh, bakat, minat, kecerdasan, kepribadian, dan sebagainya.
 - 2) Faktor eksogen (*nurture*).

Pandangan faktor eksogen menyatakan bahwa perubahan dan perkembangan individu sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor yang berasal dari luar diri individu. Faktor ini diantaranya berupa lingkungan fisik maupun lingkungan sosial. Lingkungan fisik berupa tersedianya sarana dan fasilitas, letak geografis, cuaca, iklim, dan sebagainya. Lingkungan sosial adalah lingkungan dimana seseorang mengadakan relasi atau interaksi dengan individu atau sekelompok individu di dalamnya, berupa keluarga, tetangga, teman, lembaga pendidikan dan sebagainya.
 - 3) Interaksi antara endogen dan eksogen.

Faktor endogen dan eksogen saling berpengaruh, sehingga terjadi interaksi antara kedua faktor, yang kemudian muncul faktor ketiga sebagai kombinasi dari kedua faktor tersebut. Para ahli perkembangan (Berk, 1993; Gunarsa dan Gunarsa, 1991; Papalia, Olds dan Feldman, 2001; dan Santrock, 1999 dalam Dariyo, 2004: 14-15) meyakini bahwa kedua faktor internal (endogen) maupun eksternal (eksogen) tersebut mempunyai peran bagi perkembangan dan pertumbuhan individu.



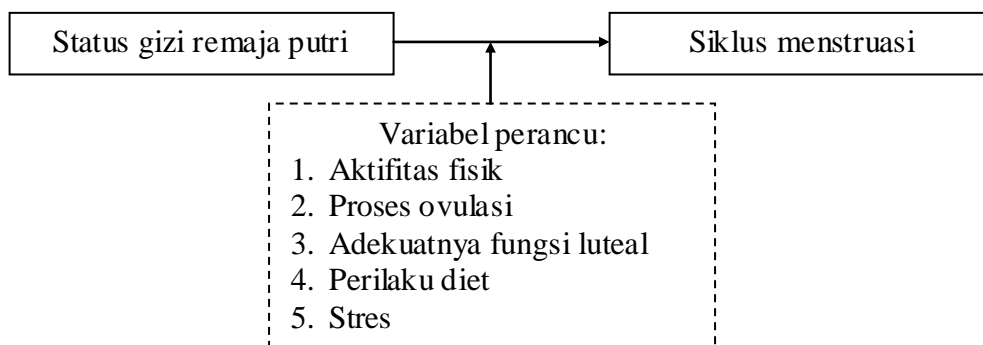
Gambar 8. Skema interaksi endogen-eksogen dalam perkembangan individu (Dariyo, 2004: 14-15)

C. METODE PENELITIAN

1. Desain Penelitian.

Jenis penelitian adalah analitik observasional (Setiadi, 2007: 133). Rancang bangun yang digunakan adalah “*cross sectional*”. Penelitian *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Pada jenis ini, variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2008: 83).

2. *Frame Work*.



Gambar 9. *Frame work* Hubungan Status Gizi Remaja Putri Dengan Siklus Menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

3. Hipotesis Penelitian.

Hipotesis dapat diartikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2006: 71).

H_1 = Ada hubungan status gizi remaja putri dengan siklus menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

4. Variabel dan Definisi Operasional.

Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari, sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009: 2). Variabel independen dalam penelitian ini adalah status gizi remaja putri dan variabel dependennya adalah siklus menstruasi.

Tabel 40. Definisi Operasional Hubungan Status Gizi Remaja Putri Dengan Siklus Menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Variabel	Definisi Operasional	Kriteria	Skala
Independen: Status gizi remaja putri	Perwujudan dari keadaan keseimbangan konsumsi remaja putri yang didasarkan pada kategori yang digunakan, yaitu tinggi badan dan umur. Alat ukur: meteran (meterline) dan data umur remaja dari register sekolah	1. Normal: $\geq -2SD$ 2. Pendek: $\geq -3SD$ s/d $< -2SD$ 3. Sangat pendek: $< -3SD$ (Depkes, 2010)	Ordinal
Dependen: Siklus menstruasi	Jarak antara hari pertama menstruasi dengan hari pertama menstruasi berikutnya yang dibagi dalam oligomenorea, polimenorea dan amenorea. Alat ukur: lembar kuesioner	1. Oligomenorea : >35 hari 2. Polimenorea : <21 hari 3. Amenorea : 3 bulan berturut-turut tidak menstruasi 4. Normal : 28 hari (Hendrik, 2006)	Nominal

5. Populasi, Sampel, Teknik dan Instrumen Penelitian.

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009: 61). Pada penelitian ini, populasinya adalah seluruh remaja putri kelas VII dan VIII di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto sebanyak 41 orang.

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi (Notoatmodjo, 2005: 79). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian remaja putri di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto sebanyak 41 orang.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis *non probability sampling*. *Non probability sampling* adalah teknik pengambilan sampel dengan tidak memberikan peluang yang sama dari setiap anggota populasi, yang bertujuan tidak untuk generalisasi (Hidayat, 2007: 82). Tipe *non probability sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah tipe sampling jenuh atau *total sampling*. Sampling jenuh adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Setiawan dan Saryono, 2010: 97).

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini diantaranya :

a. Kuesioner.

Kuesioner merupakan daftar pertanyaan yang disusun secara tertulis dalam rangka pengumpulan data suatu penelitian. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner tertutup. Kuesioner tertutup merupakan bentuk kuesioner dimana

responden tinggal memilih jawaban dari pilihan jawaban yang telah tersedia (Nursalam, 2008: 109).

b. Meterline dan data umur.

Untuk memperoleh data status gizi digunakan meteran (meterline) dan data umur.

c. Penelusuran data sekunder.

Data sekunder adalah metode untuk mendapatkan informasi melalui penelusuran dokumen, publikasi dan catatan klinik maupun pribadi. Metode ini mengambil data yang berasal dari dokumen asli (Hidayat, 2007: 100). Teknik ini digunakan untuk mendapatkan data jumlah remaja putri yang menjadi siswi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan meteran (meterline) dan data umur untuk mengkaji variabel independen yaitu status gizi remaja putri serta kuesioner untuk mengkaji variabel dependen yaitu siklus menstruasi.

6. Teknik Pengolahan dan Analisis Data.

a. Pengolahan Data.

Menurut Hidayat (2007: 121), dalam melakukan analisis data, terlebih dahulu data harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistik, informasi yang diperoleh dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah awal yang harus ditempuh, diantaranya:

1) *Editing*.

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul (Hidayat, 2007: 121).

2) *Coding*.

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting dan biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel (Hidayat, 2007: 121).

- | | |
|----------------------|--|
| a) Umur | : 10-13 tahun (kode 1) dan 14-17 tahun (kode 2). |
| b) Pekerjaan ayah | : tidak bekerja (kode 1), PNS/TNI/Polri (kode 2), wiraswasta (kode 3) dan swasta (kode 4). |
| c) Pekerjaan ibu | : ibu rumah tangga (kode 1) dan bekerja (kode 2) |
| d) Status menstruasi | : sudah menstruasi (kode 1) dan belum menstruasi (kode 2). |
| e) Status gizi | : normal (kode 1), pendek (kode 2) dan sangat pendek (kode 3). |
| f) Siklus menstruasi | : oligomenorea (kode 1), polimenorea (kode 2), amenorea (kode 3) dan normal (kode 4). |

3) *Scoring*.

Memberikan skor pada item-item yang perlu diberi skor (Arikunto, 2006: 236).

Status gizi:

- | | |
|------------------|----------------------------|
| a) Normal | : $\geq -2SD$ |
| b) Pendek | : $\geq -3SD$ s/d $< -2SD$ |
| c) Sangat pendek | : $< -3SD$ |

4) *Tabulating*

Merupakan proses *data entry*, yaitu memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam *master table* (Hidayat, 2007). Pekerjaan tabulasi adalah pekerjaan membuat tabel. Jawaban-jawaban yang sudah diberi kode kategori dan skor kemudian dimasukkan dalam tabel (Narbuko dan Achmadi, 2002: 155).

b. Analisis Data.

1) Analisis data secara univariat.

Untuk variabel independen (status gizi remaja putri) diukur dengan melakukan pengukuran tinggi badan dan umur remaja putri tersebut. Selanjutnya dihitung dengan menggunakan rumus Z skor:

$$Z\text{-skor} = \frac{\text{Nilai individu subjek} - \text{Nilai median baku rujukan}}{\text{Nilai simpang baku rujukan}}$$

Selanjutnya dinilai status gizinya sebagai berikut:

- a) Normal : $\geq -2SD$
 - b) Pendek : $\geq -3SD$ s/d $< -2SD$
 - c) Sangat pendek : $< -3SD$
- (Depkes, 2010)

Bagi variabel dependen (siklus menstruasi) hanya dibedakan saja, yaitu:

- a) Oligomenorea
- b) Polimenorea
- c) Amenorea
- d) Normal

2) Analisis data secara bivariat.

Uji secara bivariat dilakukan untuk membuktikan adanya hubungan antara variabel bebas dengan terikat. Pada penelitian ini karena data yang digunakan adalah data kategorik (ordinal dan nominal) yang menggunakan desain analitik observasional berbentuk korelasi, maka dilakukan uji statistik berupa X^2 (*Chi Square*) untuk menguji kesalingtergantungan dengan rumus:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_h)^2}{f_h}$$

Keterangan:

χ^2 = nilai *Chi Square*.

f_o = frekuensi yang diperoleh berdasarkan data.

f_h = frekuensi yang diharapkan (Sugiyono, 2009: 328).

Pada penelitian ini menggunakan program SPSS (*Statistical Package For The Social Sciences*) for Windows seri 17.0. Ketentuan $\alpha=0,05$ dimana H_1 diterima jika Sig. (2-tailed) $< \alpha$ dan H_1 ditolak jika Sig. (2-tailed) $> \alpha$. Jika tidak memenuhi syarat uji *chi square*, maka uji dapat dilanjutkan dengan menggunakan uji *fisher exact*.

Syarat uji *Chi Square*:

- a) Bila jumlah subjek total >40 , tanpa melihat nilai *expected*, yaitu nilai yang dihitung bila hipotesis 0 benar.
- b) Bila jumlah subjek antara 20-40, dan semua nilai *expected* >5 .

- c) Apabila: 1) jumlah subjek total $n < 20$ atau 2) jumlah subjek antara 20-40 dengan nilai *expected* ada yang < 5 , maka dipakai uji mutlak Fisher (Sastroasmoro, 2008: 293).

Menurut Arikunto (2002) dalam Cideres (2009) dalam membaca kesimpulan menggunakan skala sebagai berikut:

- 100% : seluruhnya.
 76-99% : hampir seluruhnya.
 51-75% : sebagian besar.
 50% : setengah.
 26-49% : hampir setengah.
 1-25% : sebagian kecil.
 0% : tidak satupun.

D. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto pada tanggal 4-9 Juni 2012. MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto berbatasan dengan:

- Sebelah utara : perkampungan penduduk
- Sebelah selatan : perkampungan penduduk
- Sebelah barat : lapangan desa
- Sebelah timur : jalan raya

Fasilitas yang dimiliki diantaranya gedung sekolah berlantai 1 dan terdiri dari ruang kelas sejumlah 6 buah, 1 ruang perpustakaan yang digabung dengan UKS, 1 ruang kepala sekolah, 1 ruang guru, 1 ruang BP/BK, 1 ruang Tata Usaha, kamar mandi guru dan kamar mandi murid.

2. Data Umum.

- Karakteristik Responden Berdasarkan Umur.

Tabel 41. Distribusi Frekuensi Umur Responden di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto Pada Tanggal 4-9 Juni 2012.

No.	Umur	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	10-13 tahun	16	39,0
2.	14-16 tahun	25	61,0
Jumlah		41	100

Berdasarkan tabel 41 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berumur 14-16 tahun sebanyak 25 responden (61,0%).

- Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Ayah.

Tabel 42. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ayah Responden di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto Pada Tanggal 4-9 Juni 2012.

No.	Pekerjaan Ayah	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Tidak bekerja	0	0
2.	PNS/TNI/Polri	4	9,8
3.	Wiraswasta	19	46,3
4.	Swasta	6	14,6
5.	Petani	12	29,3
Jumlah		41	100

Berdasarkan tabel 42 dapat diketahui bahwa hampir setengah pekerjaan ayah responden adalah wiraswasta sebanyak 19 responden (46,3%).

- c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu.

Tabel 43. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu Responden di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto Pada Tanggal 4-9 Juni 2012.

No.	Pekerjaan ibu	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Tidak bekerja	23	56,1
2.	Bekerja	18	43,9
Jumlah		41	100

Berdasarkan tabel 43 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu responden tidak bekerja sebanyak 23 responden (56,1%).

- d. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu.

Tabel 44. Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu Responden di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto Pada Tanggal 4-9 Juni 2012.

No.	Pendidikan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Tidak sekolah	0	0
2.	Pendidikan dasar (SD dan SMP)	21	51,2
3.	Pendidikan menengah (SMA)	17	41,5
4.	Pendidikan tinggi (Akademi/PT)	3	7,3
Jumlah		41	100

Berdasarkan tabel 44 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu responden berpendidikan dasar (SD dan SMP) sebanyak 21 responden (51,2%).

3. Data Khusus.

- a. Status Gizi Remaja Putri di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Tabel 45. Distribusi Frekuensi Status Gizi Remaja Putri di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto Pada Tanggal 4-9 Juni 2012.

No.	Status Gizi	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Normal	15	36,6
2.	Pendek	20	48,8
3.	Sangat pendek	6	14,6
Jumlah		41	100

Berdasarkan tabel 45 dapat diketahui bahwa hampir setengah dari responden mempunyai status gizi pendek sebanyak 20 responden (48,8%).

- b. Siklus Menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Tabel 46. Distribusi Frekuensi Siklus Menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto Pada Tanggal 4-9 Juni 2012.

No.	Siklus Menstruasi	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Oligomenorea	10	24,4
2.	Polimenorea	5	12,2
3.	Amenorea	4	9,8
4.	Normal	22	53,7
Jumlah		41	100

Berdasarkan tabel 46 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami siklus menstruasi normal sebanyak 22 responden (53,7%).

- c. Hubungan Status Gizi Remaja Putri Dengan Siklus Menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Tabel 47. Tabulasi Silang Antara Status Gizi Remaja Putri Dengan Siklus Menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto Pada Tanggal 4-9 Juni 2012

Status gizi	Siklus menstruasi								Total	
	Oligomenorea		Polimenorea		Amenorea		Normal			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Normal	2	4,9	2	4,9	1	2,4	10	24,4	15	36,6
Pendek	6	14,6	3	7,3	0	0	11	26,8	20	48,8
Sangat pendek	2	4,9	0	0	3	7,3	1	2,4	6	14,6
Total	10	24,4	5	12,2	4	9,8	22	53,7	41	100

Berdasarkan tabel 47 dapat diketahui bahwa responden yang mempunyai status gizi normal, sebagian besar mengalami siklus menstruasi normal sebanyak 10 responden (24,4%), responden yang mempunyai status gizi pendek, sebagian besar mengalami siklus menstruasi normal sebanyak 11 responden (26,8%) dan responden yang mengalami status gizi sangat pendek, sebagian besar mengalami siklus menstruasi amenorea sebanyak 3 responden (7,3%).

Berdasarkan uji statistik dengan bantuan SPSS versi 17.0 didapatkan sel yang memiliki nilai frekuensi harapan < 5 , sehingga dilanjutkan menggunakan uji *Fisher Exact* hingga didapatkan hasil sig. (2 tailed) = 0,033. Ketentuan menyatakan H_0 ditolak dan H_1 diterima jika Sig. (2 tailed) $< \alpha$ (0,05). Karena Sig. (2 tailed) (0,033) $< \alpha$ (0,05) artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima, yang artinya ada hubungan status gizi remaja putri dengan siklus menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

E. PEMBAHASAN

1. Status Gizi Remaja Putri Di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Berdasarkan tabel 45 dapat diketahui bahwa hampir setengah dari responden mempunyai status gizi pendek sebanyak 20 responden (48,8%). Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2009: 3). Gibson menyatakan bahwa status gizi adalah keadaan tubuh

yang merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan utilitasnya (Waryana, 2010: 7).

Status gizi menunjukkan keseimbangan antara asupan makanan yang dikonsumsi dengan aktifitas remaja yang makin meningkat seiring bertambahnya usia. Usia remaja memiliki karakteristik keingintahuan yang tinggi serta kesibukan belajar yang semakin meningkat. Hal ini menyebabkan aktifitas hariannya juga relatif semakin meningkat. Saat terjadi peningkatan aktifitas, di sisi lain remaja putri rentan mengalami kurang asupan zat gizi karena pola makan yang salah, pengaruh dari lingkungan pergaulan (misalkan ingin langsing). Remaja putri yang kurang gizi tidak dapat mencapai status gizi yang optimal (kurus, pendek dan pertumbuhan tulang tidak proporsional). Mereka juga biasanya mengalami kurang zat besi dan gizi lain yang penting untuk tumbuh kembang serta sering sakit-sakitan. Hal ini menyebabkan status gizi remaja putri menjadi pendek. Status gizi remaja putri dipengaruhi oleh umur, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu dan pendidikan ibu.

Berdasarkan tabel 41 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berumur 14-16 tahun sebanyak 25 responden (61,0%). Hasil tabulasi silang menunjukkan responden yang memiliki status gizi pendek sebagian besar berumur 14-16 tahun sebanyak 14 responden (56,0%). Pada tahapan remaja pertengahan, terjadi peningkatan interaksi dengan kelompok, sehingga tidak selalu tergantung pada keluarga dan terjadi eksplorasi seksual. Dengan menggunakan pengalaman dan pemikiran yang lebih kompleks, pada tahap ini remaja sering mengajukan pertanyaan, menganalisis secara lebih menyeluruh dan berpikir tentang bagaimana cara mengembangkan identitas "siapa saya?". Pada masa ini remaja juga mulai mempertimbangkan masa depan, tujuan dan membuat rencana sendiri (Aryani, 2010: 5).

Ciri remaja pada usia ini adalah adanya peningkatan aktifitas dan eksplorasi terhadap lingkungan sekitar. Tingginya aktifitas berakibat pada kebutuhan asupan gizi yang cukup memadai. Namun yang terjadi, responden kurang mendapatkan asupan gizi yang memadai, sehingga ia mengalami status gizi pendek.

Berdasarkan tabel 42 dapat diketahui bahwa hampir setengah pekerjaan ayah responden adalah wiraswasta sebanyak 19 responden (46,3%). Hasil tabulasi silang menunjukkan responden yang memiliki status gizi pendek sebagian besar ayahnya bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 9 responden (47,4%) dan sebagai petani sebanyak 8 responden (66,7%). Anggota keluarga yang menjadi sumber utama keuangan keluarga disebut pencari nafkah dan biasanya dipegang oleh ayah atau suami. Dalam hal ini kesanggupan keuangan keluarga akan lebih baik, sehingga lebih banyak lagi kebutuhan yang dapat dipenuhi. Namun pola pemakaian sumber keuangan ini sangat dipengaruhi oleh pola atau gaya hidup keluarga (Sediaoetama, 2008: 76). Terdapat hubungan antara pendapatan dan keadaan status gizi. Hal itu karena tingkat pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi. Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya. Tingkat pendapatan dapat menentukan pola makan (FKM UI, 2007: 71).

Pekerjaan sebagai wiraswastawan dan petani khususnya petani penggarap cukup memiliki keterbatasan sosial ekonomi. Sebab jenis pekerjaan tersebut sangat tergantung pada kemampuan individu untuk menghasilkan pendapatan. Keterbatasan pendapatan menyebabkan keterbatasan dalam mengalokasikan uang untuk kebutuhan konsumsi sehari-hari, sehingga mempengaruhi pula status gizi responden menjadi pendek.

Berdasarkan tabel 43 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu responden tidak bekerja sebanyak 23 responden (56,1%). Hasil tabulasi silang menunjukkan responden yang memiliki status gizi pendek sebagian besar ibu tidak bekerja sebanyak 11 responden (47,8%). Selain mempunyai tugas untuk reproduksi, seorang wanita terkadang juga memiliki peran sosial yang mengakibatkan beban kerja yang sangat berat dalam kehidupannya. Peran sosial wanita, antara lain bertanggung jawab atas keluarga, seperti merawat anggota keluarga lain, mengelola rumah tangga, menyediakan makanan, melakukan tugas-tugas kebersihan, mendatangi pelayanan kesehatan, melakukan pendidikan, dan mengawasi anak. Selain tugas-tugas tersebut, seorang wanita juga mempunyai peran dalam keluarga besarnya dan masyarakat. Beberapa tugas produktif yang dilakukan oleh wanita adalah di bidang pertanian, pasar, rumah produksi, pabrik, atau lainnya (Noorkasiani, dkk., 2009: 68).

Kondisi ibu responden sebagian besar berperan pada sektor domestik sebagai ibu rumah tangga. Peran sebagai ibu rumah tangga membutuhkan tanggung jawab besar untuk merawat keluarga, termasuk memberikan pola asuh makan yang baik. Namun dapat disebabkan karena keterbatasan ekonomi keluarga, menyebabkan ibu responden juga mengalami keterbatasan dalam mengalokasikan keuangan yang dimiliki untuk mencukupi kebutuhan makan setiap hari, sehingga mempengaruhi pula status gizi responden menjadi pendek.

Berdasarkan tabel 44 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu responden berpendidikan dasar (SD dan SMP) sebanyak 21 responden (51,2%). Hasil tabulasi silang menunjukkan responden yang memiliki status gizi pendek sebagian besar ibunya berpendidikan dasar (SD dan SMP) sebanyak 11 responden (52,4%). Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Tingkat pendidikan, khususnya tingkat pendidikan wanita mempengaruhi derajat kesehatan (Atmarita dan Fallah, 2004).

Pendidikan dasar (SD dan SMP) menunjukkan keterbatasan kemampuan dalam memahami masalah dan kebutuhan termasuk kebutuhan anak akan zat gizi yang baik. Hal ini menyebabkan ibu kurang mampu memberikan asupan gizi sesuai kebutuhan anak, sehingga menyebabkan anak mengalami status gizi pendek.

2. Siklus Menstruasi Di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Berdasarkan tabel 46 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami siklus menstruasi normal sebanyak 22 responden (53,7%). Siklus menstruasi ialah jarak antara hari pertama menstruasi dengan hari pertama menstruasi berikutnya. Panjang siklus menstruasi wanita bervariasi baik antar individu maupun pada individu yang sama. Siklus menstruasi pendek antara 15-23 hari dan siklus panjang antara 35-45 hari. Ada sejumlah perempuan yang siklusnya teratur, sementara adapula yang bervariasi sampai dengan 7 hari. Namun, panjang siklus menstruasi yang dianggap rata-rata normal adalah 28 hari (Indiarti, 2007: 23-24).

Data tiga siklus terakhir menunjukkan sebagian besar mengalami siklus menstruasi normal yaitu kurang lebih 28 hari atau 4 minggu. Siklus menstruasi yang normal, secara fisiologis menggambarkan organ reproduksi cenderung sehat dan tidak bermasalah. Sistem hormonalnya baik yang ditunjukkan dengan sel telur yang terus diproduksi dan siklus menstruasinya teratur. Meski keteraturan tersebut tidaklah sama pada setiap responden, ada yang menyatakan setiap 4 minggu sekali

atau yang menyatakan 4 minggu lebih dua hari dan sebagainya. Hal tersebut dilatarbelakangi oleh beberapa faktor, diantaranya umur responden, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu dan tingkat pendidikan ibu.

Berdasarkan tabel 41 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berumur 14-16 tahun sebanyak 25 responden (61,0%). Hasil tabulasi silang menunjukkan responden yang mengalami siklus menstruasi normal sebagian besar berumur 14-16 tahun sebanyak 12 responden (48,0%). Ketidakteraturan siklus haid sering terjadi pada remaja muda yang baru mengalami haid karena masih terjadi penyesuaian dalam tubuh. Selama 2 bulan berturut-turut mungkin mengalami siklus haid 28 hari namun kemudian tidak datang bulan di bulan berikutnya. Setelah 1 atau 2 tahun siklus menstruasi akan lebih teratur (Adhi, 2012).

Sebagian besar responden telah mengalami menstruasi selama kurang lebih 1 atau 2 tahun sebelumnya. Lamanya responden mengalami menstruasi membuat tubuhnya telah beradaptasi secara fisiologis dan hal ini membuat siklus menstruasinya menjadi normal.

Berdasarkan tabel 42 dapat diketahui bahwa hampir setengah pekerjaan ayah responden adalah wiraswasta sebanyak 19 responden (46,3%). Hasil tabulasi silang menunjukkan responden yang mengalami siklus menstruasi normal sebagian besar ayahnya bekerja sebagai wiraswastawan dan petani masing-masing sebanyak 8 responden (42,1% dan 66,7%). Berdasarkan tabel 43 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu responden tidak bekerja sebanyak 23 responden (56,1%). Hasil tabulasi silang menunjukkan responden yang mengalami siklus menstruasi normal sebagian besar ibu tidak bekerja sebanyak 14 responden (60,9%). Faktor sosial ekonomi dan juga mempunyai pengaruh terhadap keteraturan siklus menstruasi. Faktor sosial ekonomi mempengaruhi seseorang dalam kehidupannya, misalnya dalam menentukan jenis asupan makanan yang akan mempengaruhi nilai gizi seseorang. Tidak hanya gaya hidup yang positif saja yang dapat mempengaruhi keteraturan siklus menstruasi, namun juga ditambah dengan gizi dan suplemen nutrisi yang dapat membuat keseimbangan hormonal tubuh secara alami (Hutomo, 2012).

Siklus menstruasi normal sebagian besar dialami oleh responden yang ayahnya bekerja sebagai wiraswastawan dan petani. Hal ini disebabkan orang tua sanggup mendidik anak hidup dalam pola hidup yang sehat dan iklim keluarga yang harmonis, sehingga mempengaruhi keseimbangan hormonal dalam diri anak dan menjadikannya mengalami siklus menstruasi normal.

Berdasarkan tabel 44 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu responden berpendidikan dasar (SD dan SMP) sebanyak 21 responden (51,2%). Hasil tabulasi silang menunjukkan responden yang mengalami siklus menstruasi normal sebagian besar ibunya berpendidikan menengah (SMA) sebanyak 11 responden (64,7%). Menurut YB Mantra, pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan dalam pembangunan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Wawan dan Dewi, 2010: 16).

Meski sebagian besar pendidikan ibu adalah pendidikan dasar, namun yang mengalami siklus menstruasi normal adalah yang ibunya berpendidikan SMA. Pendidikan SMA cukup memberikan bekal pada ibu untuk merawat anaknya dengan lebih baik, misalnya ibu lebih mampu mengatur pola makan anak, membuat suasana rumah lebih nyaman, mengupayakan pola hidup sehat sehingga mempengaruhi kenyamanan pada diri anak dan membuat siklus menstruasinya berjalan normal.

3. Hubungan Status Gizi Remaja Putri Dengan Siklus Menstruasi Di Mts Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Berdasarkan tabel 47 dapat diketahui bahwa responden yang mempunyai status gizi normal, sebagian besar mengalami siklus menstruasi normal sebanyak 10 responden (24,4%), responden yang mempunyai status gizi pendek, sebagian besar mengalami siklus menstruasi normal sebanyak 11 responden (26,8%) dan responden yang mengalami status gizi sangat pendek, sebagian besar mengalami siklus menstruasi amenorea sebanyak 3 responden (7,3%).

Berdasarkan uji statistik dengan bantuan SPSS versi 17.0 didapatkan 10 sel yang memiliki nilai frekuensi harapan < 5 , sehingga dilanjutkan menggunakan uji *Fisher Exact* hingga didapatkan hasil sig. (2 tailed) = 0,033. Ketentuan menyatakan H_0 ditolak dan H_1 diterima jika Sig. (2 tailed) $< \alpha$ (0,05). Karena Sig. (2 tailed) (0,033) $< \alpha$ (0,05) artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima, yang artinya ada hubungan status gizi remaja putri dengan siklus menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Kualitas asupan nutrisi dan gizi mempengaruhi kinerja kelenjar hipotalamus yang memiliki peran mengendalikan kelancaran siklus haid yang ada (Klik Dokter, 2011). Berat badan dan perubahan berat badan mempengaruhi fungsi menstruasi. Penurunan berat badan akut dan sedang menyebabkan gangguan pada fungsi ovarium, tergantung derajat tekanan pada ovarium dan lamanya penurunan berat badan. Kondisi patologis seperti berat badan yang kurang atau kurus dan anorexia nervosa yang menyebabkan penurunan berat badan yang berat dapat menimbulkan amenorrhea (Kusmiran, 2011: 110). Nutrisi yang baik akan mempengaruhi sekresi FSH dan LH. Jika terjadi penurunan kalori kronis akan menurunkan sekresi FSH dan LH, hingga jika terjadi malnutrisi, berat badan rendah atau diet ketat, maka ovulasi mungkin akan berhenti dan ia menjadi amenorea (Henderson, 2005: 19).

Responden dengan status gizi normal biasanya menerapkan pola makan yang sesuai dengan kebutuhan maupun berlebih terutama lemak, protein dan karbohidrat tubuh sebagai sumber energi utama tubuh. Pola makan yang salah dengan tinggi lemak, karbohidrat dan protein akan meningkatkan berat badan yang lebih sehingga akan meningkatkan kerja organ-organ tubuh yang tentunya akan berdampak pada fungsi sistem hormonal pada tubuh. Hal ini menjelaskan alasan responden dengan status gizi normal sebagian besar mengalami siklus menstruasi normal, namun ada pula yang mengalami polimenorea. Sedangkan responden yang memiliki status gizi normal namun mengalami oligomenorea bahkan amenorea khususnya amenore sekunder dapat disebabkan karena aktifitas yang terlalu berat ataupun tekanan kejiwaan seperti stres. Hal tersebut terjadi karena aktifitas berlebihan dan stres dapat mengganggu kerja hipotalamus dalam mengendalikan kerja berbagai hormon termasuk hormon yang berperan dalam siklus menstruasi.

Begitupun sebaliknya pada responden dengan pola makan kurang mempengaruhi penurunan status gizi. Status gizi pendek namun masih memiliki siklus menstruasi yang normal dapat disebabkan karena responden memiliki keseimbangan hormonal yang cukup baik karena faktor stabilitas emosi, sehingga tidak mengganggu kerja hipotalamus meski dari sisi status gizi pendek bahkan sangat pendek. Namun bagi responden dengan status gizi pendek namun mengalami siklus polimenorea dapat disebabkan karena gangguan keseimbangan hormonal karena berada pada masa-masa awal menstruasi. Faktor lain yang memungkinkan adalah penyakit di dalam organ reproduksi, seperti tumor rahim maupun karena faktor lainnya seperti stress dan kelelahan.

Jadi adanya gangguan pada fungsi sistem hormonal dari tubuh tersebut yang salah satunya karena faktor asupan gizi akan menyebabkan gangguan siklus haid yang terlalu cepat maupun siklus haid yang pendek.

F. PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan status gizi remaja putri dengan siklus menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto, maka dapat disimpulkan bahwa Status gizi remaja putri di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto, hampir setengahnya mempunyai status gizi pendek sebanyak 20 responden (48,8%), siklus menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto, sebagian besar mengalami siklus menstruasi normal sebanyak 22 responden (53,7%) dan Hasil uji statistik *Fisher Exact Test* didapatkan sig. (2 tailed) = 0,033 < α = 0,05 artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima, yang artinya ada hubungan status gizi remaja putri dengan siklus menstruasi di MTs Darun Najah Gading Dusun Sumber Kenanga Jatirejo Mojokerto.

Remaja putri disarankan untuk meningkatkan pengetahuannya tentang asupan gizi yang baik dan seimbang sesuai dengan usianya agar ia tidak mengalami gangguan pada siklus menstruasinya. Bagi responden yang mengalami gangguan siklus menstruasi sebaiknya segera memeriksakan diri lebih lanjut pada tenaga kesehatan setempat.

Bidan disarankan untuk memberikan penyuluhan gizi bagi para remaja putri khususnya berkaitan dengan menu harian yang menarik dan bergizi, sehingga memotivasi remaja putri untuk mengkonsumsi makanan bergizi bagi pertumbuhannya. Bidan juga dapat memberikan informasi pada ibu-ibu yang mempunyai anak usia remaja awal untuk lebih memperhatikan asupan gizi yang baik dan lebih memperhatikan siklus menstruasi anaknya, jika mengalami masalah segera dikonsultasikan pada tenaga kesehatan.

Masyarakat khususnya ibu yang mempunyai remaja putri agar selalu menjaga asupan gizi anaknya, sehingga tidak mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak khususnya siklus menstruasinya.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa status sosial ekonomi memiliki pengaruh terhadap status gizi remaja putri, namun belum dibuktikan secara ilmiah. Maka dari itu disarankan peneliti selanjutnya meneliti mengenai pengaruh status sosial ekonomi terhadap status gizi remaja putri.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhi (2012). *Penyebab Siklus Haid Tidak Teratur*. (<http://tipskesehatan.web.id>, diakses tanggal 18 April 2012).
- Almatsier, Sunita. (2009). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Arikunto, Suharsimi. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aryani. (2010). *Kesehatan Remaja, Problem dan Solusinya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Atmarita dan Tatang S. Fallah. (2004). *Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. (<http://www.gizi.net/kep/download/makalah-wnpg8.doc>, diakses tanggal 18 April 2012).
- BKKBN Jawa Timur. (2012). *Sambut Jambore Nasional, BKKBN Gelar Sosialisasi PIK di UMM*. (<http://www.umm.ac.id/id>, diakses tanggal 12 April 2012).
- Dariyo, A. (2004). *Psikologi Perkembangan Remaja*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Departemen Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto. (2011). *Profil Kesehatan Kabupaten Mojokerto Tahun 2010*. Mojokerto: Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto.

- Erida. (2011). *Macam-macam Gangguan Menstruasi*. (<http://duniaerida.blogspot.com>, diakses tanggal 14 April 2012).
- FKM UI. (2007). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT Raja Grafindo Perkasa.
- Henderson, C. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Hendrik. (2006). *Problema Haid: Tinjauan Syariat Islam dan Media*. Solo: Tiga Serangkai.
- Hidayat, A.A.A. (2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I*. Jakarta: EGC Salemba Medika.
- _____. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hutomo. (2012). *Hubungan antara Tingkat Depresi Remaja dengan Keteraturan Siklus Menstruasi Mahasiswa Pendidikan Dokter FKIK UMY*. (<http://digilib.fk.umy.ac.id>, diakses tanggal 21 April 2012).
- Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). (2002). *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*. Jilid 1. Jakarta: IDAI.
- Indiarti, M.T. (2007). *Kalender Seksual Anda*. Jakarta Plamatera Publishing.
- Kartono, Kartini. (2006). *Psikologi Wanita: Mengenal Gadis Remaja dan Wanita Dewasa*. Bandung: Mandar Maju.
- Klik Dokter. (2011). *Telat Haid*. (<http://www.klikdokter.com>, diakses tanggal 2 Mei 2012).
- Kusmiran, E. (2011). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lestari, N. (2011). *Tips Praktis Mengetahui Masa Subur*. Jakarta: Kata Hati.
- Lusiana dan Dwiriani. (2007). *Usia Menarche, Konsumsi Pangan, dan Status Gizi Anak Perempuan Sekolah Dasar di Bogor*. (<http://repository.ipb.ac.id>, diakses tanggal 14 April 2012).
- Mansyur, H. (2009). *Psikologi Ibu dan Anak untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Manuaba, I.A.C. (2008). *Gawat Darurat Obstetri Ginekologi dan Obstetri Ginekologi Sosial untuk Profesi Bidan*. Jakarta: EGC.
- _____. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC.
- Narbuko, Cholid, Abu Achmadi. (2002). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Noorkasiani, dkk. (2009). *Sosiologi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2007). *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Okanegara. (2008). *Remaja dan Perubahan Biopsikososial*. (<http://okanegara.wordpress.com>, diakses tanggal 12 April 2012).
- Paath, Erna Francin, et. al. (2004). *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Potter & Perry. (2005). *Fundamental Keperawatan*. Volume I. Jakarta: EGC.
- Proverawati, A dan Misaroh, S. (2009). *Menarche, Menstruasi Pertama Penuh Makna*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riduwan dan Akdon. (2007). *Rumus dan Data dalam Analisis Statistika*. Bandung: Alfabeta.
- Roveny. (2010). *Hubungan Status Nutrisi dengan Usia Menarche pada Siswi SMP dan SMA Ahmad Yani Binjai Tahun Ajaran 2010-2011*. (<http://repository.usu.ac.id>, diakses tanggal 15 April 2012)
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael. (2008). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sedyaoetama, Achmad Djaeni. (2008). *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi*. Jilid II. Jakarta: Dian Rakyat.
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Soetjiningsih. (2007). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sugiyono. (2009). *Statistik Non Parametris untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sunarto dan Mayasari. (2010). *Hubungan Kelebihan Berat Badan dan Menarche Dini*. Jakarta: Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes. Vol. 1 No. 4 Oktober 2010.
- Supriasa, I Dewa Nyoman, dkk. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Suryoprajogo, N. (2008). *Kamasutra for Pregnancy*. Yogyakarta: Golden Books.
- Waryana. (2010). *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Wawan, A. dan Dewi M. (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yuniastuti, Ari. (2008). *Gizi dan Kesehatan*. Jakarta: Graha Ilmu.