



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**ANALISIS HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN MASALAH
PSIKOSOSIAL PADA ANAK USIA 4-6 TAHUN**

OLEH:

**T. ANDI SYAHPUTRA
NPM. 2007210016**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2022**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : T. Andi Syahputra

NPM : 2007210016

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Epidemiologi

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul " HUBUNGAN ASI EKSKLUSIF TERHADAP KESEHATAN PSIKOSOSIAL PADA ANAK USIA 4-6 TAHUN" benar-benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihakpihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, 27 Juli 2021



T. Andi Syahputra

2007210016

LEMBAR PENGESAHAN PROPOSAL TESIS

**ANALISIS HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN
MASALAH PSIKOSOSIAL PADA ANAK USIA 4-6 TAHUN**

OLEH:

T. ANDI SYAHPUTRA

NPM. 2007210016

Banda Aceh, 29 September 2021

Disetujui oleh:

Pembimbing I



**Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM.,
MSc.HPPF., DLSHTM., Ph.D
NIP. 19710703 199503 1 001**

Pembimbing II



**Dr. Maidar, M.Kes
NIP. 19710723 199101 2 001**

Disahkan oleh:



Direktur Pascasarjana UNMUHA



**Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., Ph.D
NIP. 19710703 199503 1 001**

LEMBAR PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROPOSAL TESIS

Tesis dengan judul:

**ANALISIS HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN
MASALAH PSIKOSOSIAL PADA ANAK USIA 4-6 TAHUN**

Oleh:

T. Andi Syahputra

NPM. 2007210016

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Komite
Seminar Proposal Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, 20 September 2021

Disetujui oleh Komite Seminar Proposal

Ketua : Fahmi Ichwansyah, S.Kp., MPH, Ph.D
NIP. 19660905 198902 1 001



Penguji I : Dr. rer.med. Marthoenis, M.Sc., MPH
NIP. 19830729 201609 1 101



Penguji II : Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM.,
MSc.HPPF., DLSHTM., Ph.D
NIP. 19710703 199503 1 001



Penguji III : Dr. Maidar, M.Kes
NIP. 19710723 199101 2 001



Mengetahui

Direktur Pascasarjana UNMUHA




Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., Ph.D
NIP. 19710703 199503 1 001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah S.W.T, atas rahmat, karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Analisis Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia 4-6 Tahun”. Salawat dan salam kepada Nabi Muhammad S.A.W yang telah membawa umat manusia dari alam kebodohan ke alam yang berilmu pengetahuan.

Dalam kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Aslam Nur, M. A selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh yang selama ini telah memberi arahan dan motivasi bagi penulis.
2. Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., Ph.D selaku Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh sekaligus dosen pembimbing I, yang dengan tulus dan penuh kesabaran meluangkan waktu dan memberi arahan, bimbingan serta motivasi dengan penuh perhatian hingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini.
3. Dr. Maidar, M.Kes selaku dosen pembimbing II, yang dengan tulus dan penuh kesabaran meluangkan waktu dan memberi arahan, bimbingan serta motivasi dengan penuh perhatian hingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini.
4. Fahmi Ichwansyah, S.Kp., MPH, Ph.D selaku penguji I yang telah bersedia meluangkan waktu dan pikirannya untuk memberikan masukan yang sangat berharga sehingga peneliti dapat melengkapi kekurangan yang terdapat dalam tesis ini.
5. Dr. rer.med. Marthoenis, M.Sc., MPH selaku penguji II yang telah bersedia meluangkan waktu dan pikirannya untuk memberikan masukan yang sangat berharga sehingga peneliti dapat melengkapi kekurangan yang terdapat dalam tesis ini.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dan kejanggalan dalam penulisan tesis ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan tesis ini. Harapan penulis semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan orang banyak.

Banda Aceh, 20 Januari 2022
Tertanda,

T. Andi Syahputra

DAFTAR ISI

Halaman

ABSTRAK	Error! Bookmark not defined.
ABSTRACT	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN PROPOSAL TESIS.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROPOSAL TESIS	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN SEMINAR PROGRES	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN KOMITE SEMINAR PROGRES.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	Error! Bookmark not defined.
BIODATA	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI.....	1
DAFTAR TABEL.....	4
DAFTAR GAMBAR	6
DAFTAR LAMPIRAN	7
DAFTAR SINGKATAN	8
BAB I PENDAHULUAN	Error! Bookmark not defined.
1.1 Latar Belakang	Error! Bookmark not defined.
1.2 Rumusan Masalah	Error! Bookmark not defined.
1.3 Pertanyaan Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.4 Tujuan Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.4.1 Tujuan Umum Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.6 Manfaat Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
1.6.1 Manfaat Teoritis	Error! Bookmark not defined.
1.6.2 Manfaat Praktis	Error! Bookmark not defined.
1.7 Orisinalitas Penelitian	Error! Bookmark not defined.
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....	Error! Bookmark not defined.
2.1 Kesehatan Psikososial	Error! Bookmark not defined.
2.1.1 Definisi	Error! Bookmark not defined.

2.1.2 Deteksi Dini Masalah Psikososial.....	Error! Bookmark not defined.
2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.1 Definisi	Error! Bookmark not defined.
2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan	Error! Bookmark not defined.
2.2.3 Kebutuhan Dasar Anak untuk Tumbuh Kembang ...	Error! Bookmark not defined.
2.3 ASI Eksklusif.....	Error! Bookmark not defined.
2.3.1 Definisi	Error! Bookmark not defined.
2.3.2 Fisiologi.....	Error! Bookmark not defined.
2.3.3 Pola Menyusui	Error! Bookmark not defined.
2.3.4 Manfaat Menyusui	Error! Bookmark not defined.
2.4 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia 4-6 Tahun.....	Error! Bookmark not defined.
2.5 Kerangka Teori	Error! Bookmark not defined.
BAB III KERANGKA KONSEP	Error! Bookmark not defined.
3.1 Kerangka Konsep.....	Error! Bookmark not defined.
3.2 Hipotesis Penelitian	Error! Bookmark not defined.
3.3 Variabel Penelitian	Error! Bookmark not defined.
3.4 Definisi Operasional	Error! Bookmark not defined.
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	Error! Bookmark not defined.
4.1 Desain Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
4.2 Lokasi Penelitian	Error! Bookmark not defined.
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	Error! Bookmark not defined.
4.3.1 Populasi Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
4.3.2 Sampel Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
4.4 Metode Pengumpulan Data.....	Error! Bookmark not defined.
4.4.1 Instrumen	Error! Bookmark not defined.
4.4.2 Jenis dan Sumber Data.....	Error! Bookmark not defined.
4.4.3 Teknik Pengumpulan Data	Error! Bookmark not defined.
4.5 Rancangan Analisis Data	Error! Bookmark not defined.

4.5.1 Rancangan Analisa Univariat	Error! Bookmark not defined.
4.5.2 Rancangan Analisa Bivariat	Error! Bookmark not defined.
4.5.3 Rancangan Analisa Multivariat.....	Error! Bookmark not defined.
4.6 Etika Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
4.7 Jadwal Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
BAB V HASIL PENELITIAN	Error! Bookmark not defined.
5.1 Gambaran Umum Penelitian	Error! Bookmark not defined.
5.2 Karakteristik Responden	Error! Bookmark not defined.
5.3 Hasil Analisis Data	Error! Bookmark not defined.
5.3.1 Hasil Analisis Data Univariat.....	Error! Bookmark not defined.
5.3.2 Hasil Analisis Data Bivariat	Error! Bookmark not defined.
5.3.3 Hasil Analisis Data Multivariat.....	Error! Bookmark not defined.
BAB VI PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
6.2 Pembahasan Umum Penelitian	Error! Bookmark not defined.
6.2.1 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Masalah Psikososial pada Anak	Error! Bookmark not defined.
6.2.2 Hubungan Faktor Anak Dengan Masalah Psikososial	Error! Bookmark not defined.
6.2.3 Hubungan Faktor Kohesi Keluarga Dengan Masalah Psikososial pada Anak	Error! Bookmark not defined.
6.2.4 Hubungan Faktor Keadaan Prenatal dan Post Partum Dengan Masalah Psikososial pada Anak.....	Error! Bookmark not defined.
6.2.5 Hubungan Faktor Hubungan Sosial dan Lingkungan Dengan Masalah Psikososial pada Anak.....	Error! Bookmark not defined.
6.2.6 Hubungan Faktor Status Sosial Ekonomi Dengan Masalah Psikososial pada Anak.....	Error! Bookmark not defined.
6.3 Pembahasan Khusus Penelitian	Error! Bookmark not defined.
6.3.1 Variabel Paling Dominan Berhubungan Dengan Masalah Psikososial pada Anak 4-6 Tahun di Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh	Error! Bookmark not defined.
BAB VII PENUTUP	Error! Bookmark not defined.

7.1 Kesimpulan.....	Error! Bookmark not defined.
7.2 Saran	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR PUSTAKA	97

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Orisinalitas Penelitian.....	6
Tabel 3.1 Definisi Operasional	25
Tabel 4.1 Nama Desa di Kecamatan Baiturrahman	31
Tabel 4.2 Jadwal Penelitian.....	37
Tabel 5.1 Karakteristik Umum Responden.....	39
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Masalah Psikososial...	39
Tabel 5.3 Distribusi Data Deskriptif Skor PSC Masalah Psikososial.....	40
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan ASI Eksklusif	40
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Gizi dan Morbiditas Anak	40
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Hubungan Sosial dan Lingkungan.....	41
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Kohesi Keluarga	42
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Prenatal dan Post Partum	43
Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Sosial Ekonomi	44
Tabel 5.10 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Masalah Psikososial Anak	45
Tabel 5.11 Hubungan Status Gizi Anak dengan Masalah Psikososial Anak	46
Tabel 5.12 Hubungan Morbiditas Anak dengan Masalah Psikososial Anak	47
Tabel 5.13 Hubungan Jenis Kelamin dengan Masalah Psikososial Anak	48
Tabel 5.14 Hubungan Kejadian Negatif Selama Anak Hidup dengan Masalah Psikososial Anak	49
Tabel 5.15 Hubungan Stimulasi Lingkungan dengan Masalah Psikososial Anak	50
Tabel 5.16 Hubungan Sudah Bersekolah dengan Masalah Psikososial Anak	51
Tabel 5.17 Hubungan Status Keluarga dengan Masalah Psikososial Anak	52
Tabel 5.18 Hubungan Depresi Ibu dengan Masalah Psikososial Anak.....	53
Tabel 5.19 Hubungan Kecemasan Ibu dengan Masalah Psikososial Anak.....	54
Tabel 5.20 Hubungan Stres Ibu dengan Masalah Psikososial Anak	55

Tabel 5.21	Hubungan Jumlah Saudara Kandung dengan Kesehatan Psikososial Anak.....	56
Tabel 5.22	Hubungan Pola Asuh dengan Masalah Psikososial Anak	57
Tabel 5.23	Hubungan Umur Ibu Saat Hamil dengan Masalah Psikososial Anak	58
Tabel 5.24	Hubungan Tempat Persalinan dengan Masalah Psikososial Anak ...	60
Tabel 5.25	Hubungan Pendidikan ASI dengan Masalah Psikososial Anak	61
Tabel 5.26	Hubungan Pendidikan Ibu dengan Masalah Psikososial Anak	63
Tabel 5.27	Hubungan Pendidikan Ayah dengan Masalah Psikososial Anak	64
Tabel 5.28	Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Masalah Psikososial Anak	65
Tabel 5.29	Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Masalah Psikososial Anak 66	
Tabel 5.30	Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor Biomedikal Anak dengan Skor PSC Masalah Psikososial.....	68
Tabel 5.31	Hubungan Faktor Hubungan Sosial dan Lingkungan dengan Skor PSC Masalah Psikososial.....	69
Tabel 5.32	Hubungan Faktor Kohesi Keluarga dengan Skor PSC Masalah Psikososial	71
Tabel 5.33	Hubungan Faktor Keadaan Prenatal dan Post Partum dengan Skor PSC Masalah Psikososial.....	72
Tabel 5.34	Hubungan Faktor Status Sosial Ekonomi dengan Skor PSC Masalah Psikososial	73
Tabel 5.35	Hasil Uji Kelayakan Model Logistik Variabel Independen, <i>Adjusted Confounding</i> terhadap Variabel Masalah Psikososial Anak	77
Tabel 5.36	Hasil Uji Kelayakan Model Regresi Variabel Independen, <i>Adjusted Confounding</i> terhadap Skor PSC Masalah Psikososial	80

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 <i>Bronfenbrenner's Ecological Model describing the environmental influences on a child</i>	21
Gambar 2.2 <i>Methodological conceptual framework: Hierarchical model</i>	21
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	22
Gambar 6.1 Manfaat pemberian ASI baik kepada anak maupun ibunya	83
Gambar 6.2 Penerapan Teori <i>Developmental Origins of Health and Disease</i> Berdasarkan Target Intervensi Umur	87

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 Master Tabel
- Lampiran 3 Master Tabel Koding Data
- Lampiran 4 Hasil Olah Data
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 6 Surat Selesai Penelitian
- Lampiran 7 Foto Dokumentasi Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

AOR	<i>Adjusted Odds Ratio</i>
AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
ASI	<i>Air Susu Ibu</i>
ADHD	<i>Attention-Deficit Hyperactivity Disorder</i>
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CI	<i>Confidence Interval</i>
COR	<i>Crude Odds Ratio</i>
DASS-21	<i>The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items</i>
DDST	<i>Denver Developmental Screening Test</i>
DOHaD	<i>Developmental Origins of Health and Disease</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i>
Dinkes	<i>Dinas Kesehatan</i>
HOME	<i>The Home Observation for the Measurement of the Environment</i>
IDAI	<i>Ikatan Dokter Anak Indonesia</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
Kemenkes	<i>Kementerian Kesehatan</i>
NCS-A	<i>National Comorbidity Survey Adolescent Supplement</i>
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
NRC	<i>National Research Council</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
PSC-17	<i>Pediatric Symptom Checklist 17</i>
PTSD	<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
SDQ	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
WHA	<i>World Health Assembly</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

ABSTRAK

NAMA : T. ANDI SYAHPUTRA
NPM : 2007210016
PRODI : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH ACEH
PEMINATAN : EPIDEMIOLOGI

ANALISIS HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL PADA ANAK USIA 4-6 TAHUN

(xx + 103 Halaman, 40 Tabel, 5 Gambar, dan 7 Lampiran)

Kesehatan psikososial merupakan unsur penting dalam memperoleh tumbuh dan kembang anak yang optimal. Peningkatan dari masalah psikososial anak diikuti dengan penurunan angka capaian pemberian ASI eksklusif dalam dua tahun terakhir. Penelitian ini bertujuan untuk mencari adakah hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh.

Desain penelitian ini adalah observasional analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak yang berusia 4 hingga 6 tahun. Sampel diambil dengan teknik *cluster sampling* sebanyak 296 orang dari 5 desa di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman. Analisis data menggunakan uji regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara ASI eksklusif dengan masalah psikososial anak setelah dilakukan kontrol beberapa variabel dan anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dapat berisiko 5 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang mendapatkan ASI eksklusif pada usia 6 bulan pertama (OR: 5,22; 95%CI: 1,14-23,92). Terdapat variabel lain yang dominan memengaruhi masalah psikososial diantaranya kejadian negatif selama anak hidup (OR: 13,67; 95%CI: 2,17-86,10).

Perlu adanya peran serta keluarga dan puskesmas dalam mengaktualisasikan peran ASI dalam awal kehidupan anak serta *monitoring* secara berkala melalui *home visit* pada ibu yang memiliki anak sebagai sarana pencegahan masalah psikososial dan menyokong pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal.

Kata Kunci : ASI Eksklusif, Masalah Psikososial, Anak
Daftar Kepustakaan : 94 referensi (1988-2021)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan psikososial merupakan keadaan yang menggambarkan usaha menyesuaikan diri terhadap lingkungan dan pengalamannya. Gangguan pada kesehatan psikososial dapat terjadi apabila terdapat hambatan dalam hal penyesuaian diri (Dyahputri, 2020). Keadaan kesehatan psikososial pada *milestone* perkembangan manusia merupakan pengaruh dari keadaan yang dialami sebelumnya pada periode perkembangan anak. Perkembangan psikososial yang baik pada anak akan bermanifestasi positif pada perkembangan di tahap selanjutnya, sehingga hal tersebut akan membantu membentuk generasi hebat yang sehat secara psikososial (Setyarini, 2015).

Berdasarkan *National Institute of Mental Health* (NIMH), gangguan psikososial mempengaruhi 10-15 persen anak dari seluruh dunia dan diantaranya 3-5 persen anak mengalami *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD). Pada survei lain dari *National Comorbidity Survey Adolescent Supplement* (NCS-A) yang menggunakan kriteria berdasarkan *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV), menyatakan bahwa 20 persen remaja mengalami gangguan psikososial baik berupa gangguan suasana hati, kecemasan, kelainan perilaku seperti ADHD, gangguan makan, dan gangguan penggunaan zat psikoaktif (NIMH, 2012). Peningkatan jumlah penderita gangguan psikososial di berbagai belahan dunia terus terjadi selama pandemi, tidak terkecuali di Banda Aceh. Menurut Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh tahun 2020, didapatkan bahwa sejumlah 527 jiwa yang digolongkan ke dalam kelompok gangguan mental, dan diantaranya tercatat Puskesmas Baiturrahman memiliki jumlah penderita lebih banyak dibandingkan pusat layanan kesehatan primer lainnya di Banda Aceh yakni sejumlah 78 jiwa (Dinkes, 2020).

Permasalahan banyaknya jumlah orang dengan gangguan psikososial merupakan hasil agregasi dari dampak keadaan yang dialami sebelumnya, tidak terkecuali masa pertumbuhan dan perkembangan (Soetjiningsih, 2013). Periode penting untuk masa pertumbuhan dan perkembangan seorang anak dimulai pada 1000 kelahiran pertama. Sebab pada usia tersebut terjadi suatu perkembangan dasar yang berjalan cepat sehingga dapat mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak seterusnya. Selanjutnya pertumbuhan terus berlanjut seiring bertambah usia anak melalui perkembangan moral serta dasar-dasar kepribadian, tentu hal ini diperlukan rangsangan atau stimulasi agar potensi anak dapat berkembang secara optimal sesuai tahap perkembangan, sehingga memerlukan adanya perhatian khusus dari orangtua anak (IDAI, 2013).

Keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan tersebut merupakan representasi dari keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan otak anak yang digambarkan dari kecerdasan anak, keterampilan motorik kasar, keterampilan motorik halus, sosial, serta psikososial. Hal ini tentu tidak dapat terjadi dengan sendirinya apabila tidak dibantu oleh nutrisi dan air susu ibu (ASI) yang merupakan sumber gizi yang terbaik dalam proses perkembangan otak anak (IDAI, 2013). Pemberian ASI akan menciptakan hubungan kontak fisik antara anak dengan ibu, ucapan dan tatap kasih sayang dari ibunya sehingga akan menstimulus perkembangan bayi terutama psikososial (Soetjiningsih, 2013).

Pemberian ASI yang memiliki banyak manfaat baik bagi ibu dan anak cenderung tidak diikuti dengan persentase capaian ASI eksklusif. Hal ini dapat ditemukan pada temuan dari *World Health Assembly* (WHA) yang mengatakan bahwa pencapaian pemberian ASI eksklusif hanya sebesar 38 persen, dan ditargetkan pada tahun 2025 pemberian ASI eksklusif meningkat minimal 50 persen (WHO, 2014). Pada tahun 2019, persentase capaian pemberian ASI eksklusif Indonesia yaitu sebesar 67,74%. Meskipun angka tersebut sudah melampaui target yaitu 50% jika mengacu target rencana strategis tahun 2019, namun masih ada

beberapa provinsi yang perlu diperhatikan tidak terkecuali Provinsi Aceh (55,24%) yang jika melihat tren sebelumnya terus menurun dimana pada tahun 2018 persentase capaian pemberian ASI eksklusif di Provinsi Aceh adalah sebesar 61 persen. Selain itu, saat ini Provinsi Aceh masih termasuk ke dalam 10 besar peringkat terbawah berdasarkan cakupan bayi mendapat ASI eksklusif tahun 2019 (Kemenkes, 2019). Berdasarkan Profil Kesehatan Kota Banda Aceh tahun 2020, capaian pemberian ASI eksklusif di Kota Banda Aceh yakni sebesar 65 persen, dimana Puskesmas Baiturrahman di peringkat kelima dengan persentase sebesar 60,3% serta masih terdapat dua puskesmas yang memiliki capaian dibawah 50% diantaranya Puskesmas Lampaseh Kota dan Puskesmas Banda Raya (Dinkes, 2020).

Dalam sebuah riset mengenai hubungan pemberian ASI eksklusif dengan perkembangan anak pada kelompok usia 12-36 bulan didapatkan kesimpulan terdapat hubungan antara kedua variabel tersebut yakni anak yang diberikan ASI kurang dari 4 bulan memiliki risiko 7,325 kali lebih besar untuk mengalami penyimpangan perkembangan (Meilan N, 2014). Anak berpeluang untuk berkembang 5,474 kali lebih besar jika diberikan ASI eksklusif dibandingkan dengan kelompok anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif (Chundrayetti E, 2014). Pemberian ASI eksklusif merupakan bagian yang penting dalam perkembangan dan kesehatan psikososial anak. Hal ini tentu dapat terjadi dengan keterlibatan faktor lain seperti faktor sikap ibu, pengetahuan dan pendidikan ibu, serta berat badan lahir anak (Margawati A, 2015). Namun pada penelitian lain menyebutkan bahwa pemberian ASI tidak mempengaruhi perkembangan psikososial anak, melainkan ada faktor lain yang paling dominan dalam hal mempengaruhi perkembangan psikososial anak yaitu stimulasi psikososial (Hastuti D, 2010). Berdasarkan ketimpangan temuan dari berbagai penelitian dan sedikitnya penelitian tentang hubungan riwayat pemberian ASI dengan masalah psikososial anak membuat peneliti menjadi tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun.

1.2 Rumusan Masalah

Pemberian ASI eksklusif yang memiliki kaya nutrisi berguna baik bagi perkembangan anak yang optimal, tidak terkecuali pada kesehatan psikososial. Namun juga terdapat faktor lain yang berperan dalam menentukan masalah psikososial anak. Penurunan angka pencapaian ASI eksklusif dalam dua tahun terakhir diikuti dengan peningkatan dari masalah psikososial anak sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini dengan tujuan untuk mencari adakah hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian ini adalah adakah hubungan pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum Penelitian

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh.

1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian

Tujuan khusus pada penelitian ini diantaranya adalah:

1. Mengetahui gambaran pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh
2. Mengetahui gambaran masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh

3. Menganalisis hubungan pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini difokuskan pada tiga variabel utama yaitu variabel masalah psikososial sebagai variabel dependen, status ASI eksklusif sebagai variabel independen serta variabel status gizi anak, morbiditas anak, umur dan jenis kelamin anak, kejadian negatif selama anak hidup, stimulasi lingkungan, sudah bersekolah, status keluarga, status mental ibu, jumlah saudara kandung, pola asuh, berat badan lahir anak, umur ibu saat melahirkan, konsumsi alkohol saat hamil, merokok saat hamil, pendidikan ASI, pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah, pendapatan keluarga, sebagai variabel *confounding*.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini ingin membuktikan hubungan pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh, sehingga hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan kajian ilmiah dan referensi bagi puskesmas dan dinas kesehatan yang ada di Kota Banda Aceh dalam mengembangkan program pencegahan dan penanggulangan masalah psikososial pada anak nantinya.

1.6.2 Manfaat Praktis

Manfaat praktis dalam penelitian ini adalah hasil penelitian dapat bermanfaat bagi orangtua mengenai keadaan masalah psikososial anaknya, dan pentingnya pemberian ASI eksklusif, serta juga bermanfaat bagi pihak puskesmas

dan Dinas Kesehatan di Kota Banda Aceh agar lebih memperhatikan program pencegahan masalah psikososial anak melalui skrining berkala psikososial anak, dan meningkatkan cakupan ASI eksklusif sehingga menurunkan risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak di masa yang akan datang.

1.7 Orisinalitas Penelitian

Berdasarkan penelitian yang pernah diteliti sebelumnya tentang hubungan pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun dapat dilihat pada Tabel 1.1. Adapun yang membedakan dari penelitian sebelumnya adalah pada metode *follow-up* dari riwayat ASI sebelumnya yang dihubungkan dengan masalah psikososial pada anak rentang usia yang spesifik, usia 4-6 tahun, serta melibatkan variabel-variabel pengganggu lain dalam penelitian yang menjadi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah psikososial.

Tabel 1.1 Orisinalitas Penelitian

No	Nama	Judul	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
1.	G Foster (2002)	<i>Beyond education and food: psychosocial well-being of orphans in Africa</i>	Faktor yang mendorong terjadinya psikososial kesejahteraan anak berupa: keselamatan dan keamanan; pengasuh simpatik; rutinitas keluarga dan interaksi dengan anak-anak lain (misalnya dalam bermain dan olahraga). Lebih menekankan peran keluarga dan masyarakat daripada peran individu.	Subjek penelitian anak yatim di Afrika	Tema penelitian mengenai faktor psikososial anak
2.	Dwi Hastuti et al. (2010)	Pengaruh Pemberian ASI dan Stimulasi Psikososial terhadap Perkembangan Sosial-Emosi Anak Balita pada	Lama dan adanya pemberian ASI tidak mempengaruhi perkembangan sosial-emosi anak (nilai p 0,451).	Perkembangan sosial emosi anak dinilai dengan KPSP	Desain penelitian ini adalah <i>cross-sectional</i>

		Keluarga Ibu Bekerja dan Tidak Bekerja			
3.	Jennifer N Lind et al. (2014)	<i>Breastfeeding and later psychosocial development of children at 6 years of age</i>	Hubungan yang signifikan antara durasi menyusui dan perkembangan psikososial pada usia 6 tahun	Alat dan hasil ukur, teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini berbeda yaitu SDQ	Tema penelitian mengenai psikososial pada anak yang dikaitkan dengan pemberian ASI
4.	D Reynolds, et al. (2014)	<i>Is breastfeeding in infancy predictive of child mental well-being and protective against obesity at 9 years of age?</i>	Menyusui pada masa bayi dikaitkan dengan 26% ($P < 0,05$) pengurangan risiko skor abnormal SDQ pada usia 9 tahun. Disusui tetap menjadi prediktor signifikan kesejahteraan mental anak ketika obesitas anak dikendalikan.	Alat dan hasil ukur, teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini berbeda yaitu SDQ.	Menilai tema yang sama yaitu kesehatan psikososial dan riwayat ASI eksklusif
5.	Mayang Sukma Marevia et al. (2016)	Perbedaan Masalah Psikososial Antara Anak Obesitas dan Gizi Normal di SD Negeri 1 Banda Sakti Kota Lhokseumawe	Persentase masalah psikososial yang dialami anak obesitas adalah 38,6%. Terdapat perbedaan yang bermakna masalah psikososial antara anak obesitas dan gizi normal di SD Negeri 1 Banda Sakti Kota Lhokseumawe ($P=0,015$).	Penelitian ini menghubungkan an antara masalah psikososial anak dengan status gizi anak	Kuesioner yang digunakan alat ukur psikososial sama yaitu PSC-17 dan desain penelitiannya sama
6.	Andrea E Spencer et al. (2020)	<i>The Relationship Between Social Risks and The Mental Health of School-Age Children in Primary Care</i>	Jumlah risiko pada penapis risiko sosial berhubungan secara signifikan (adjusted odds ratio [aOR] 1.2; 95% confidence interval [CI] 1.1-1.5; $P = 0.02$) dengan disfungsi psikososial (PSC-17) pada anak usia sekolah. Anak-anak dengan ≥ 3 risiko sosial, 2,4 kali lebih mungkin memiliki skor total PSC-17 positif	Kelompok umur sampel penelitian	Alat ukur yang digunakan untuk menilai psikososial anak yaitu PSC-17

			dibandingkan dengan anak-anak dengan risiko sosial <3 (95% ci 1,5-3,9; p <.001).		
--	--	--	---	--	--

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Kesehatan Psikososial

2.1.1 Definisi

Keadaan yang menggambarkan usaha dalam menyesuaikan diri terhadap lingkungan dan pengalamannya disebut dengan kesehatan psikososial. Gangguan pada perkembangan psikososial seseorang dapat terjadi apabila terdapat hambatan pada seseorang tersebut dalam hal penyesuaian diri terhadap lingkungan dan pengalamannya (Dyahputri, 2020).

Gangguan pada kesehatan psikososial pada anak dapat dikategorikan menjadi dua jenis yaitu internalisasi dan eksternalisasi. Gejala depresi, kecemasan, perilaku menarik diri, dan digolongkan sebagai emosi yang menghukum diri seperti kesedihan, perasaan bersalah, ketakutan dan kekhawatiran berlebih dapat dikelompokkan sebagai masalah emosional internalisasi. Gejala emosional mempunyai konsekuensi yang serius, misalnya, menghambat kesuksesan akademik dan hubungan dengan teman sebaya. Selanjutnya untuk jenis masalah psikososial eksternalisasi dapat berupa sikap temperamen, ketidakmampuan si anak dalam memecahkan masalah, gangguan perhatian, hiperaktivitas, perilaku bertentangan seperti tidak suka ditegur atau diberi masukan positif atau tidak mau ikut aturan, selain itu perilaku agresif juga digolongkan kedalam masalah psikososial eksternalisasi. Dengan adanya masalah pada kesehatan psikososial pada usia muda diperkirakan akan meningkatkan risiko seorang anak tersebut memiliki kelainan fisik dan mental di kemudian hari. Oleh karena itu kegiatan deteksi dan penanganan masalah psikososial sedini mungkin pada anak akan bernilai sangat penting untuk mempersiapkan harapan dan generasi bangsa (Dyahputri, 2020; Adriana Lukmasari, 2017).

2.1.2 Deteksi Dini Masalah Psikososial

Pencegahan dan penanganan masalah psikososial yang dilakukan sejak usia dini diharapkan dapat membantu anak tersebut pada usia remaja untuk kualitas perkembangan yang lebih baik. Beberapa alat ukur yang digunakan untuk menilai masalah psikososial salah satunya adalah *Pediatric Symptom Checklist-17* (PSC-17) (Dyahputri, 2020).

Kuesioner ini dipublikasikan oleh Jellinek dkk (1988) untuk skrining perilaku anak umur 4-16 tahun berupa 35 perilaku anak yang harus dinilai oleh orangtua. Berdasarkan laporan, 68% dari anak-anak yang diidentifikasi sebagai PSC positif juga akan diidentifikasi sebagai gangguan oleh dokter profesional dibidangnya dan sebaliknya, 95% dari anak-anak yang diidentifikasi sebagai PSC negatif akan diidentifikasi sebagai tidak terganggu (Jellinek et al. 1988).

Masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun yang akan diteliti dengan menggunakan instrument PSC-17 yaitu salah satu alat skrining yang digunakan untuk anak usia 4-18 tahun. Kuesioner yang sudah distandarisasi ini terdiri atas 17 pertanyaan yang masing terbagi atas beberapa subskala, diantaranya subskala eksternalisasi 7 pertanyaan, subskala internalisasi terdiri atas 5 pertanyaan, dan subskala perhatian 5 pertanyaan. Pada setiap pertanyaan mengandung bobot 0, 1, dan 2. Setiap bobot pada subskala tersebut dijumlahkan dan jumlah skor tersebut dijadikan skor total. Anak dengan kecurigaan terdapat masalah psikososial apabila jumlah skor internalisasi ≥ 5 , jumlah skor eksternalisasi ≥ 7 , jumlah skor perhatian ≥ 7 , atau skor total ≥ 15 . Kuesioner ini telah di validasi serta dapat digunakan sebagai alat skrining masalah psikososial pada anak dengan sensitivitas 69,2% dan spesifisitas 95,6%. Anak yang memiliki jumlah nilai skor kurang dari 28 tidak ditemukan masalah psikososial, anak tidak perlu dirujuk, tetapi jika jumlah dari nilai yang didapat adalah 28 atau lebih maka anak perlu dirujuk ke psikolog atau psikiater (Marevia, 2016; Struempfl, 2016).

Selain itu terdapat instrumen lain seperti *Child Behavior Checklist* (CBCL), dan *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ) tetapi PSC-17 memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang baik ketika subskala dibandingkan dengan yang serupa, meskipun itu juga terdapat kekurangan karena tidak mengukur kesulitan khusus. Instrumen CBCL digunakan untuk anak dan remaja usia 6-18 tahun yang terdiri dari 100 pertanyaan. Pada beberapa literatur menyampaikan PSC-17 lebih baik dibandingkan yang lain (Harahap, 2010). Kemudian pada instrumen SDQ terdapat 25 pertanyaan yang diperuntukkan pada usia 3-16 tahun dengan sensitivitas 67% dan spesifisitas 68,6% (Oktaviana, 2014).

2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

2.2.1 Definisi

Pertumbuhan dan perkembangan merupakan bagian yang saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan bagi seorang anak namun memiliki substansi yang berbeda antara satu dengan yang lain. Pertumbuhan adalah segala macam bentuk perubahan yang bersifat kuantitatif baik dalam hal ukuran maupun jumlah, sedangkan perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh sebagai bentuk pematangan. Sel-sel, jaringan, dan organ, dalam tubuh akan mengalami proses diferensiasi sehingga fungsinya akan menjadi optimal, termasuk juga perkembangan biopsikososial berupa fisik, intelektual, emosi, dan tingkah laku sebagai hasil dari interaksi terhadap lingkungan sekitar (Soetjiningsih, 2013).

Masa balita merupakan periode penting dalam pertumbuhan dan perkembangan, karena pada masa tersebut akan menentukan perkembangan anak di *milestone* selanjutnya. Perkembangan yang dapat muncul yakni berupa perkembangan dalam kemampuan berbahasa, intelegensia, emosional, kreativitas, dan kesadaran sosial yang merupakan landasan dasar untuk perkembangan di masa selanjutnya. Anak memiliki *golden time* untuk masa perkembangannya, sehingga

diperlukan rangsangan stimulasi agar potensi tersebut berjalan optimal. Perkembangan psikososial sangat dipengaruhi oleh interaksi antara anak dengan orang tuanya dan antara anak dengan lingkungannya. Interaksi sosial yang sesuai dengan kebutuhan anak akan memberikan perkembangan yang optimal bagi anak, bahkan sejak bayi masih didalam rahim (Soetjiningsih, 2013).

Usia 3-6 tahun merupakan periode penting bagi anak tidak hanya pada sudut pandangan pertumbuhan fisik anak, tetapi juga pada perkembangan kecerdasan dan keterampilan motorik, mental, emosional, dan sosial anak (IDAI, 2013). Anak dengan usia di atas 3 tahun sudah mampu untuk berinteraksi dengan sekitarnya, interaksi yang di dapatkan selain dari keluarga juga dari lingkungan sekelilingnya, dimana anak sudah memasuki jenjang sekolah. Interaksi yang didapatkan anak memberikan stimulus untuk perkembangan psikososial anak. Usia 3-6 tahun menurut Maria Montessori Hurlock merupakan periode sensitif atau masa peka pada anak. Kematangan fungsi perkembangan anak perlu di stimulus dan diarahkan sehingga perkembangan anak tidak terhambat dan terganggu. (Soetjiningsih, 2013).

Berdasarkan *Denver Developmental Screening Test* (DDST) terdapat empat indikator dalam menilai perkembangan pada anak diantaranya (Soetjiningsih, 2013):

1) *Social and daily living skills*

Keterampilan motorik kasar dan halus dalam melakukan sesuatu hal yang dipelajari dari proses meniru hal yang ada di lingkungan sekitarnya. Menghasilkan kemampuan mandiri, percaya diri, bersosial dan berinteraksi dengan lingkungannya serta kemampuan mengontrol emosional.

2) *Vision and fine motor adaptive*

Kemampuan anak dalam mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian tubuh tertentu yakni yang dilakukan otot-otot kecil yang membutuhkan koordinasi untuk hasil yang cermat dan terampil, serta ucapan yang jelas.

3) *Language and hearing*

Kemampuan mendengar dan memberikan respon terhadap suara, kemampuan berbahasa yang reseptif dengan mengubah kata dan kalimat menjadi gagasan, bahasa ekspresif dengan mengubah gagasan sebagai kata dan kalimat, yang mengarah pada suatu ucapan dan bahasa yang pragmatis sehingga dapat terbentuk percakapan interaktif secara sosial.

4) *Gross motor control*

Sensasi gerakan, penglihatan, dan pendengaran, serta koordinasi otot besar yang menghasilkan kelincahan dan adanya sikap tubuh.

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan

2.2.2.1 Faktor Genetik

Genetik merupakan aspek yang berperan berperan dalam menentukan pertumbuhan dan perkembangan anak, dikarenakan gen merupakan bahan dasar yang membentuk tubuh seorang manusia (Soetjiningsih, 2013).

2.2.2.2 Faktor Lingkungan

Tercapai atau tidaknya potensi bawaan yang ada pada manusia di pengaruhi oleh lingkungan. Lingkungan yang cukup baik akan berdampak pada proses pertumbuhan dan perkembangan yang akan lebih optimal dibandingkan lingkungan yang kurang baik, yang mencakup aspek biofisiko-psikososial. Faktor lingkungan yang terkait terbagi atas: (Soetjiningsih, 2013)

a. Faktor Biologis

Faktor biologis yang merupakan salah satu faktor yang menunjang kesehatan psikososial pada seorang individu dapat dikaitkan oleh peran gizi, perawatan kesehatan dan fungsi metabolisme. Pada saat anak lahir hingga usia 2 tahun nutrisi yang paling baik bagi anak adalah ASI terutama dalam 6 bulan pertama, karena ASI memiliki kandungan gizi dan zat perlindungan tubuh bagi bayi. Kedua yaitu perawatan kesehatan, dimana perawatan kesehatan pada anak sangat dibutuhkan

sejak dini, tidak hanya saat anak sakit tetapi rutin dengan melakukan cek kesehatan dan penimbangan berat badan. Hal itu akan menunjang tumbuh kembang anak. Ketiga yaitu fungsi metabolisme, dimana fungsi metabolisme anak dengan orang dewasa berbeda terutama dalam pemberian nutrisi harus diperhitungkan dengan baik nutrisi tercukupi atau tidak.

b. Faktor Fisik

Faktor fisik yang merupakan salah satu faktor yang menunjang kesehatan psikososial pada seorang individu dapat dikaitkan oleh peran sanitasi, keadaan rumah, cuaca, musim, dan keadaan geografis serta peran dari radiasi. Sanitasi lingkungan sangat perlu diperhatikan karena akan mempengaruhi penurunan risiko anak terkena penyakit infeksi sehingga tumbuh kembangnya menjadi lebih baik. Sedangkan keadaan rumah meliputi struktur bangunan, ventilasi, cahaya, kepadatan, dan konstruksi bangunan. Keadaan yang layak dan tidak membahayakan dari masing-masing item tersebut akan menunjang tumbuh kembang ke arah yang lebih baik. Peran lainnya juga dapat dipengaruhi oleh cuaca, musim, dan keadaan geografis. Suatu daerah akan berbeda cuaca, geografis, dan musimnya. Anak yang tumbuh di daerah pantai akan berbeda dengan anak yang tumbuh di daerah pegunungan. Kemudian peran radiasi, paparan radiasi yang tinggi pada anak akan menimbulkan suatu gangguan pada tumbuh kembang anak.

c. Faktor Psikososial

Perkembangan pada anak yang optimal sangat dipengaruhi oleh keadaan psikososial yang baik, sebab keadaan mental dan sosial di sekitarnya menjadi *support system* yang penting. Salah satu aspek penilaian yang mempengaruhi nilai faktor psikososial adalah faktor stimulasi. Stimulasi berperan penting bagi anak sebab anak masih dalam masa meniru dan harus mendapatkan stimulasi. Stimulus yang terarah akan membuat anak lebih cepat berkembang dibandingkan anak yang

mendapat stimulus tidak terarah. Aspek lainnya yaitu cinta dan kasih sayang terutama dari orang tua merupakan hal penting dan suatu hak bagi anak untuk mendapatkannya. Cinta dan kasih sayang akan berdampak pada perkembangan psikososial anak. Tetapi cinta dan kasih sayang juga tidak boleh terlalu berlebihan karena akan membuat anak menjadi manja yang akan menghambat perkembangan kepribadian anak.

Peran dari kualitas interaksi anak-orang tua juga ikut berperan dalam menentukan keadaan psikososial anak. Keakraban yang terjadi dalam keluarga antara orang tua dan anak merupakan aspek penting yang harus dihadirkan. Orang tua merupakan contoh pertama bagi anak, apabila interaksi orang tua dan anak baik maka akan timbul rasa percaya dan saling menyayangi. Interaksi yang paling sering terjadi saat proses menyusui, sebab terjadi kontak antara si ibu dengan bayinya yang membuat bayi akan merasa aman dalam dekapan ibu.

Penilaian psikososial perlu dilakukan baik pada anak maupun orangtuanya. Adapun hal-hal yang diteliti baik pada faktor anak seperti temperamen dan perkembangannya. Pada faktor orangtua hal yang dinilai berupa depresi, pola asuh, retardasi mental, dan penyalahgunaan psikotropika. Adapun faktor lainnya yang mengaitkan dari keduanya yaitu faktor lingkungan dan sosial seperti kemiskinan, pengangguran dan buta huruf dapat berkontribusi dalam menentukan pertumbuhan dan meningkatkan derajat kesehatan psikososial anak (Marcdante, 2015).

d. Faktor Keluarga dan Adat Istiadat

Faktor keluarga dan adat istiadat merupakan salah satu faktor yang menunjang kesehatan psikososial pada seorang individu dapat dikaitkan oleh peran pendidikan orang tua, pekerjaan dan pendapatan keluarga, status keluarga, dan adat istiadat. Tumbuh kembang anak yang baik ditunjang pada aspek pendidikan orang tua yang baik juga, dan hal ini juga harus sejalan dengan akses informasi yang baik. Orang tua sudah mengetahui pola asuh yang baik bagi anaknya. Kemudian, keluarga

yang memiliki jumlah pendapatan yang mencukupi akan menunjang tumbuh kembang anaknya, hal ini dikarenakan dapat mencukupi kebutuhan primer maupun sekunder anak.

Indikator status keluarga bisa dilihat dari kelengkapan keluarga inti, apabila anak yang tumbuh di lingkungan keluarga inti yang tidak lengkap akan lebih terganggu tumbuh kembangnya dibandingkan anak yang hidup di lingkungan keluarga yang harmonis dan lengkap. Adapun seluruh aspek penentu kesehatan dari perkembangan yang optimal tidak dapat dihilangkan peran dari corak adat atau budaya. Setiap daerah memiliki adat istiadatnya masing-masing. Perbedaan tersebut akan membuat tumbuh kembang anak tidak akan sama.

2.2.3 Kebutuhan Dasar Anak untuk Tumbuh Kembang

2.2.3.1 Kebutuhan Fisik Biomedis (Asuh)

Kebutuhan asuh terdiri atas kebutuhan nutrisi, tempat berlindung, pakaian, perawatan kesehatan dasar, sanitasi lingkungan. Nutrisi yang paling baik bagi bayi tahun pertama adalah ASI yang akan meningkatkan perkembangan otak anak sehingga pertumbuhan fisik dan perkembangan motorik, psikososial, kecerdasan dan keterampilan semakin baik (IDAI, 2013).

2.2.3.2 Kebutuhan Emosi/Kasih Sayang (Asih)

Kebutuhan asih pertama kali dirasakan oleh bayi saat ibu melakukan inisiasi menyusui dini dengan kontak sedini mungkin, saat ibu mendekapkan bayinya. Keadaan tersebut akan menghasilkan kontak *skin to skin*, kontak mata secara psikis, dan kontak yang melibatkan indera lainnya seperti suara dan penciuman. Hal ini turut berperan dalam tercapainya keberhasilan menyusui. Interaksi pada saat menyusui akan meningkatkan hubungan batin antara ibu dan anaknya, sehingga akan menghasilkan rasa aman dan kelak akan berpengaruh pada peningkatan rasa kepercayaan diri seorang anak. Apabila kebutuhan asih bayi kurang terutama pada tahun pertama bayi lahir, akan menimbulkan dampak negatif bagi si anak baik pada

sisi perkembangan fisik, mental, maupun psikososial. Ikatan erat (*bonding*) dan kepercayaan dasar (*basic trust*) yang tercipta dapat terjadi atas keberhasilan pemberian kebutuhan asih atau kasih sayang dari orang tua ke bayinya (IDAI, 2013; Soetjiningsih, 2013).

2.2.3.3 Kebutuhan akan Stimulasi Mental (Asah)

Dasar dalam proses perkembangan psikososial, kecerdasan, keterampilan, kepribadian, moral-etika adalah stimulasi mental. Stimulasi mental dapat diberikan kepada bayi saat menyusui, saat ibu mendekap, mengajak berbicara bayinya dengan penuh kasih sayang, dan hal tersebut secara tidak langsung akan berdampak kepada pemenuhan kebutuhan psikologis ibu. Selain itu, ikatan batin antara ibu dan anak yang erat juga dapat mengurangi kejadian kriminal baik berupa penyiksaan, penolakan dan penelantaran terhadap kehadiran anak (IDAI, 2013).

2.3 ASI Eksklusif

2.3.1 Definisi

Air susu ibu atau biasanya disebut ASI adalah sumber nutrisi berupa cairan biologis kompleks dan berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Manfaat yang begitu besar dari pemberian ASI juga bertujuan dalam hal pemenuhan kebutuhan dasar anak baik berupa kebutuhan asah, asih, maupun asuh. ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan sejak bayi dilahirkan hingga berusia 6 bulan, dan bayi harus disusui tanpa dibatasi waktu, serta tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin, dan mineral) (IDAI, 2013; Kemenkes, 2014).

2.3.2 Fisiologi

Pengeluaran ASI dipengaruhi oleh hormon prolaktin yang disekresikan kelenjar adenohipofisis ibu, dan konsentrasinya semakin meningkat dalam darah ibu sejak minggu kelima kehamilan hingga bayi lahir, dan paling tinggi pada akhir kehamilan. ASI diproduksi oleh kelenjar yang ada pada payudara, yaitu pertumbuhan dan perkembangan lobulus payudara serta sekresi dari sel alveoli yang dipengaruhi oleh peran hormonal baik berupa estrogen maupun progesteron. Kedua hormon tersebut berperan mencegah sekresi dari ASI berbanding terbalik dengan hormon prolaktin yang menstimulasi dari produksi ASI. Cairan yang pertama keluar dari payudara beberapa hari sebelum dan setelah bayi dilahirkan disebut kolostrum, yakni mengandung serangkaian nutrisi berupa protein dan laktosa (Guyton AC, 2019).

Setelah bayi lahir, pengaruh hormon estrogen dan progesteron hilang sehingga terjadi peningkatan efek laktogenik prolaktin dari adenohipofisis ibu. Kolostrum bertahan sekitar ± 7 hari lalu digantikan oleh air susu yang disekresikan oleh kelenjar payudara karena pengaruh dari hormon prolaktin. Setelah kelahiran bayi, kadar basal sekresi prolaktin kembali ke kadar sewaktu tidak hamil. Namun, saat bayi menyusui terjadi lonjakan sekresi prolaktin sebesar 10 hingga 20 kali lipat yang berlangsung selama satu jam dikarenakan adanya sinyal saraf dari puting susu ke hipotalamus ibu (Guyton AC, 2019).

Lonjakan prolaktin berfungsi untuk mempertahankan kelenjar payudara ibu agar tetap menyekresikan air susu ke dalam alveoli untuk periode selanjutnya. Apabila peningkatan kadar prolaktin tidak ada, atau terjadi hambatan pada hipotalamus atau hipofisis, atau bayi tidak menyusui secara terus menerus dengan ibu, maka dengan demikian payudara akan kehilangan kemampuannya untuk memproduksi air susu dalam waktu 1 minggu atau lebih. Akan tetapi, bila bayi menyusui secara terus-menerus produksi air susu akan berlangsung lebih lama

walaupun setelah usia 7 bulan sampai 9 bulan terjadi penurunan kecepatan produksi air susu (Guyton AC, 2019).

2.3.3 Pola Menyusui

Badan kesehatan dunia mengklasifikasikan jenis pola menyusui menjadi tiga kategori, yaitu menyusui eksklusif, menyusui predominan, dan menyusui parsial. Menyusui eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI kepada bayi selama 6 bulan tanpa adanya penambahan makanan atau minuman lain, serta bayi harus terus disusui tanpa dibatasi waktu. Kemudian menyusui predominan dapat diartikan dengan pemberian ASI kepada bayi dengan penambahan sedikit air atau minuman berbasis air. Sedangkan menyusui parsial adalah pemberian ASI kepada bayi dengan menyertakan makanan atau minuman tambahan pada sebelum bayi berusia 6 bulan seperti bubur, susu formula atau dapat makanan lain baik yang diberikan secara kontinyu atau sebagai makanan prelakteal.

(Kemenkes, 2014).

2.3.4 Manfaat Menyusui

Kegiatan menyusui dapat memiliki nilai kebermanfaatan tidak hanya bagi anak sebagai penerima, namun juga bermanfaat bagi ibu yang menyusui seperti menurunkan risiko terkena kanker payudara, kanker ovarium, osteoporosis, penyakit kardiovaskular, dan obesitas, menyusui akan menunda proses ovulasi, inisiasi menyusui dini akan mempercepat kontraksi uterus, pengeluaran plasenta dan mengurangi perdarahan postpartum, akibat pelepasan hormon oksitosin, menurunkan berat badan dengan cepat setelah hamil, menghemat waktu dan biaya (NHS, 2017).

Pemberian ASI memiliki keuntungan bagi anak diantaranya mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat risiko terkena penyakit infeksius, ASI mengandung limfosit T dan B yang akan membantu melindungi tubuh bayi dari

berbagai agen infeksius, menurunkan risiko sindrom kematian bayi di tahun pertama kehidupan, menurunkan risiko terkena penyakit kronis, menyusui dapat meningkatkan perkembangan kognitif dan motorik anak dikarenakan di dalam ASI terdapat asam lemak tak jenuh rantai panjang yang dinilai berperan penting untuk pertumbuhan dan perkembangan otak, kontak fisik yang unik terjalin antara ibu dan anak saat menyusui akan memberikan stimulasi terhadap perkembangan psikososial anak (NHS, 2017).

2.4 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia 4-6 Tahun

Gangguan pada kesehatan psikososial dapat terjadi apabila terdapat hambatan dalam hal penyesuaian diri terhadap lingkungan dan pengalamannya (Dyahputri, 2020). Keadaan tersebut sangat dipengaruhi oleh setiap tahun dan setiap masa dari perjalanan pertumbuhan dan perkembangan anak (Setyarini, 2015). Hal tersebut selanjutnya juga dapat menimbulkan kerugian bagi diri anak maupun keluarga jika hal tersebut terus berlanjut hingga usia dewasa (Soetjiningsih, 2013).

Dalam teori *Developmental Origins of Health and Disease* (DOHaD) disampaikan bahwa usia prenatal anak pun juga ikut berperan dalam mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan dari seorang individu yang selanjutnya dapat berkembang menjadi sebuah penyakit atau kelainan (Pia, 2016). Meskipun banyak literatur menyampaikan masa emas merupakan pada 1000 hari awal kehidupan, namun hal lain diyakini setiap periode umur anak juga berperan penting dalam setiap proses pertumbuhan dan perkembangan dari seorang individu. (IDAI, 2013).

Pada usia anak yang belum menginjak usia 3 tahun, anak-anak hanya berkonsentrasi pada kebutuhannya sendiri untuk mempertahankan kelekatan pada orangtua, serta mereka belum mampu memahami rencana dan tujuan orangtua. Sehingga masa mempertahankan kelekatan yang dibutuhkan anak tersebut harus terpenuhi secara adekuat dengan hadirnya kehadiran orangtua dalam stimulasi

pertumbuhan dan perkembangan psikososial. Namun, ketika anak usia tiga tahun ke atas, mereka mulai mampu memahami rencana dan dapat membayangkan apa yang dilakukan saat orangtuanya pergi sehingga mulai bertindak seperti rekanan di dalam hubungan dengan orangtuanya (Cenceng, 2015). Diperlukan rangsangan atau stimulasi agar potensi anak dapat berkembang secara optimal sesuai tahap perkembangan, sehingga memerlukan adanya perhatian khusus dari orangtua anak (IDAI, 2013).

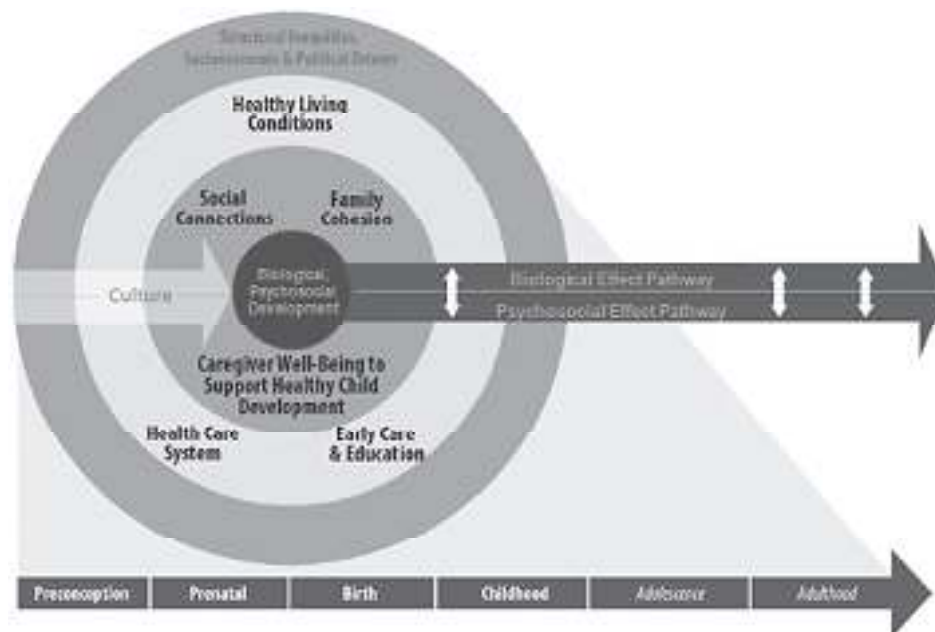
Peran multifaktorial dalam menentukan masalah psikososial anak merupakan tanggung jawab dari setiap peran individu atau kelompok di sekeliling tempat anak tersebut berkembang (Donald, 2019). Peran serta dari pada masa awal anak lahir dengan bantuan pemberian ASI oleh ibunya diyakini menjadi salah satu awal dalam membentuk status gizi yang baik bagi anak (Bronfenbrenner, 1992). Dengan keberadaan status gizi yang baik dapat memberikan kesempatan bagi anak untuk sehat dan berinteraksi banyak dengan dunia luar dalam proses tahap stimulasi dari perkembangan anak, tidak terkecuali psikososial (IDAI, 2013). Pemberian ASI pada usia 6 bulan pertama anak dan dilanjutkan hingga berumur 24 bulan akan menciptakan hubungan kontak fisik antara anak dengan ibu, ucapan dan tatap kasih sayang dari ibunya sehingga akan merangsang dari perkembangan anak terutama psikososial (Soetjiningsih, 2013).

Perilaku menyusui dapat meningkatkan ikatan batin antara ibu dan anak. Ikatan batin yang tercipta diawal dan semakin lama semakin erat, mesra, dan selaras akan memberikan manfaat yaitu menstimulasi perkembangan otak anak, menentukan perilaku anak di kemudian hari, merangsang perhatian anak kepada dunia luar, dan menciptakan kelekatan antara ibu dan bayi (IDAI, 2013). Menyusu akan membuat bayi merasa aman dan lekat dengan ibunya. Bayi yang merasa aman dan memiliki kelekatan yang baik akan menjadi lebih kompeten secara psikis dibandingkan pada kelompok yang kurang memiliki kelekatan (Margawati A, 2015). Pemberian ASI akan berhasil bila bayi di biarkan sesering mungkin menyusui dengan

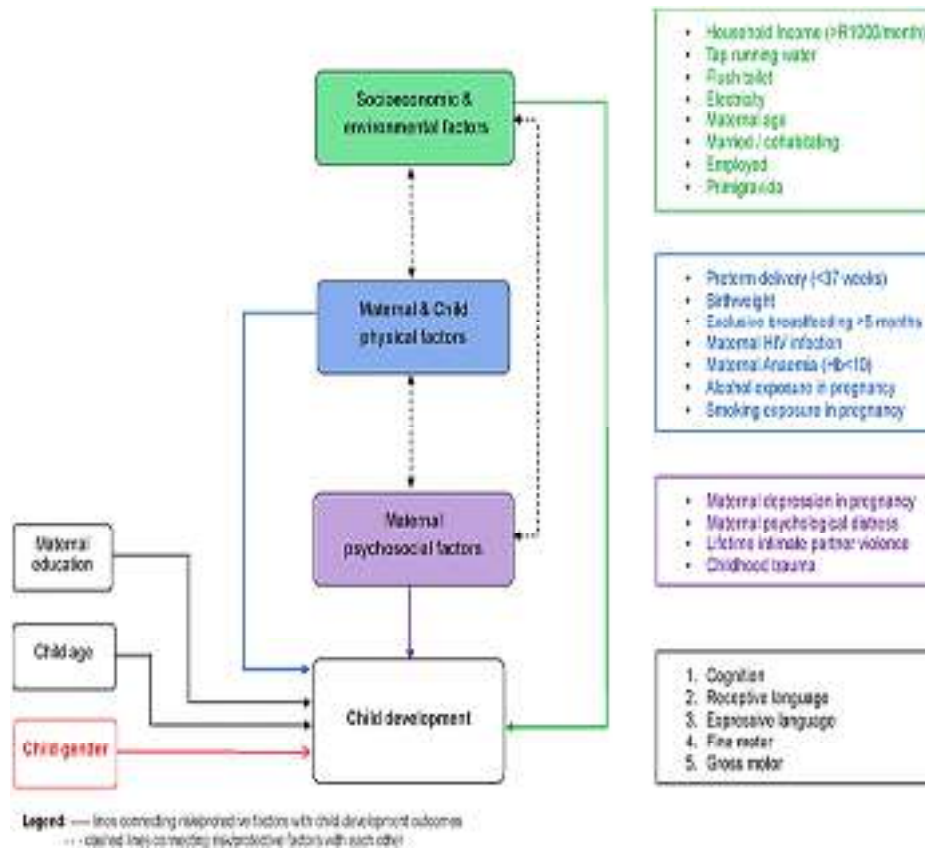
ibunya dan ibu mempunyai kemauan untuk menyusui anaknya, hal itu dikarenakan seringnya bayi menyusui maka kontak fisik dan psikis antara ibu dan anak akan semakin kuat. Ibu yang menyusui atas kemauannya sendiri akan membuat bayinya merasa aman. Pemberian ASI pada bayi tidak harus lama waktunya tetapi frekuensi pemberian yang di perbanyak (Hastuti D, 2010).

Dukungan kasih sayang yang diberikan keluarga sangat penting bagi seorang anak untuk perkembangannya pada masa krisis pertumbuhan dan perkembangan terutama dalam lima tahun pertama kehidupan anak dapat memberikan rasa kepercayaan dasar terhadap dunia dan permulaan hubungan antara anak dan orang tua. Hubungan yang terjalin antara anak dan orang tua termasuk anggota keluarga lainnya akan sangat penting dalam perkembangan psikososial anak. Kelekatan dini yang kuat memberikan keuntungan pada anak, pada masa bayi anak akan memiliki perilaku eksplorasi yang lebih kaya, memperlihatkan keterampilan memecahkan masalah yang lebih canggih, dan menunjukkan afek yang lebih positif (Hastuti D, 2010).

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Bronfenbrenner's Ecological Model describing the environmental influences on a child (Bronfenbrenner, 1992)



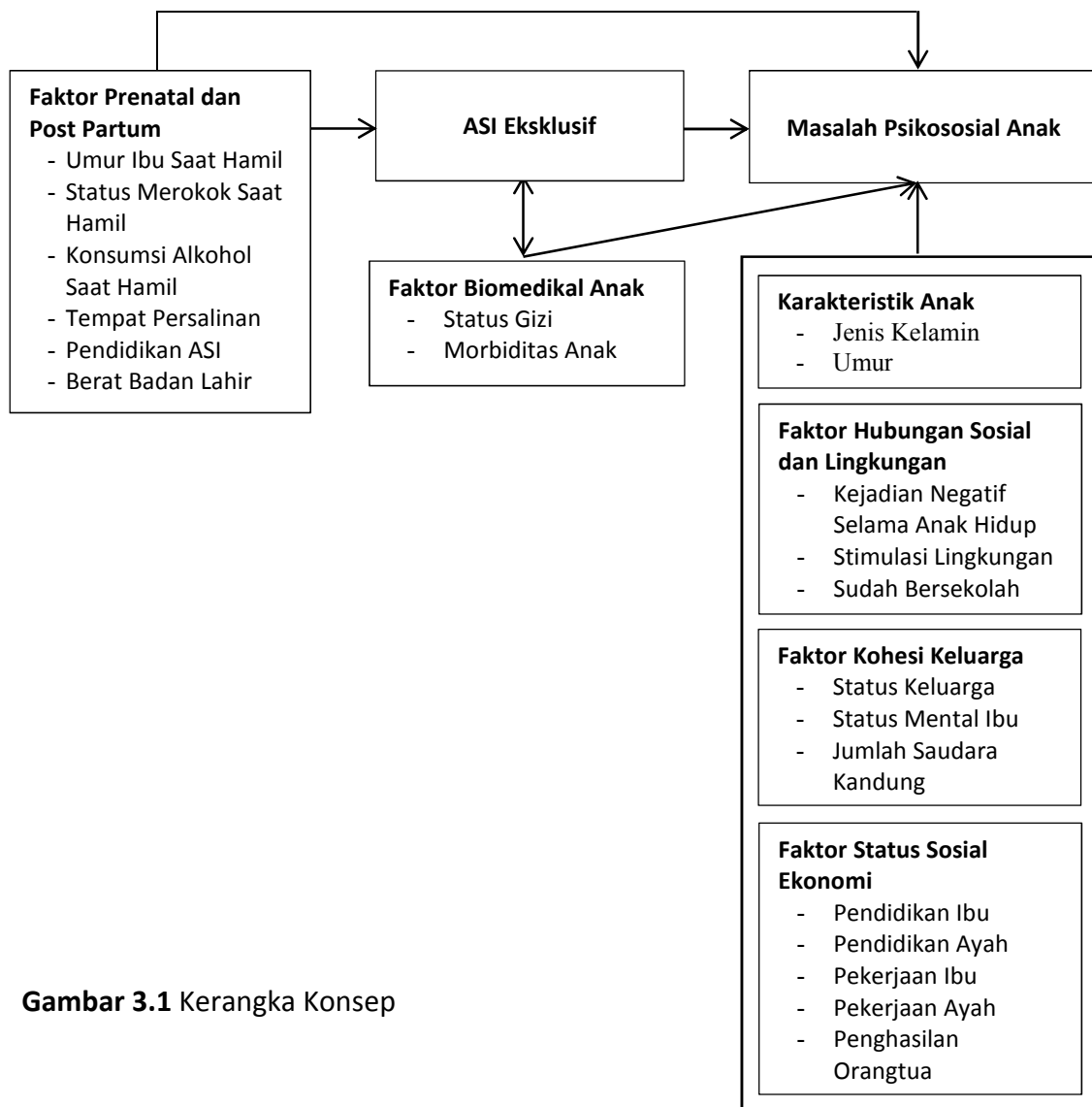
Gambar 2.2 Methodological conceptual framework: Hierarchical model. (Donald, 2019)

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori mengenai hubungan pemberian ASI eksklusif dan masalah psikososial, maka dapat digambarkan kerangka konsep penelitian yang terdiri dari variabel independen, variabel dependen, dan variabel kontrol meliputi variabel antara, modifier dan *confounding* sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan teori-teori di atas, maka dugaan sementara penelitian ini adalah:

1. Terdapat hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
2. Terdapat hubungan antara status gizi dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
3. Terdapat hubungan antara morbiditas anak dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
4. Terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
5. Terdapat hubungan antara kejadian negatif selama anak hidup dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
6. Terdapat hubungan antara stimulasi lingkungan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
7. Terdapat hubungan antara sudah bersekolah dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
8. Terdapat hubungan antara status keluarga dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
9. Terdapat hubungan antara status mental ibu dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
10. Terdapat hubungan antara jumlah saudara kandung dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.

11. Terdapat hubungan antara pola asuh dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
12. Terdapat hubungan antara umur ibu saat hamil dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
13. Terdapat hubungan antara status merokok saat hamil dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
14. Terdapat hubungan antara konsumsi alkohol saat hamil dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
15. Terdapat hubungan antara tempat persalinan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun.
16. Terdapat hubungan antara pendidikan ASI dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
17. Terdapat hubungan antara berat badan lahir dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
18. Terdapat hubungan antara pendidikan ibu dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
19. Terdapat hubungan antara pendidikan ayah dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
20. Terdapat hubungan antara pekerjaan ibu dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
21. Terdapat hubungan antara pekerjaan ayah dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.
22. Terdapat hubungan antara pendapatan keluarga dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh.

3.3 Variabel Penelitian

- a. Variabel independen merupakan variabel bebas yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau munculnya variabel dependen. Variabel independen pada penelitian ini adalah ASI eksklusif, yaitu eksklusif atau tidak eksklusif.
- b. Variabel dependen merupakan variabel terikat yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel dependen pada penelitian ini adalah masalah psikososial, yaitu terganggu atau tidak terganggu.
- c. Variabel kontrol merupakan variabel yang ikut mempengaruhi variabel dependen. Variabel kontrol pada penelitian ini meliputi faktor biomedikal anak (status gizi, morbiditas anak, jenis kelamin, umur), faktor kohesi keluarga (status mental ibu, status keluarga, jumlah saudara kandung, pola asuh), faktor keadaan prenatal dan post partum (berat badan lahir anak, umur ibu saat melahirkan, konsumsi alkohol saat hamil, merokok saat hamil, pendidikan ASI), faktor kondisi hubungan sosial dan lingkungan (stimulasi lingkungan, kejadian negatif selama anak hidup, sudah bersekolah), dan faktor status sosial ekonomi (pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu, pekerjaan ayah, pendapatan keluarga) yang dimana tujuan dikontrol agar kesimpulan yang diambil tentang hubungan variabel independen terhadap variabel dependen benar adanya.

3.4 Definisi Operasional

Berikut akan dijelaskan definisi operasional untuk memahami pengertian dari variabel-variabel dalam penelitian ini (Tabel 3.1). Dalam penelitian ini, variabel yang diteliti dan didefinisikan sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1.	Masalah Psikososial	Masalah mental dan emosional pada anak usia 4-6 tahun yang akan diteliti dengan instrumen PSC-17	Wawancara	Kuesioner PSC-17	Terganggu : skor total ≥ 15 Tidak Terganggu : skor total < 15	Ordinal
Variabel Independen						
1.	ASI Eksklusif	Anak usia 4-6 tahun yang telah mendapat pemberian ASI saja pada usia 6 bulan pertama tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain	Wawancara dan validasi dengan lembar data buku KIA Puskesmas Baiturrahman	Angket	Eksklusif Tidak Eksklusif	Nominal
Variabel Kontrol						
1.	Status Gizi Anak	Penilaian keadaan berat badan dan tinggi badan aktual anak	Mengukur tinggi dan berat badan	Kurva CDC	Gizi Baik Gizi Buruk Gizi Kurang Gizi Lebih Obesitas	Ordinal
2.	Morbiditas Anak	Penyakit penyerta/ kelainan yang dimiliki oleh anak	Wawancara	Angket	Tidak ada Ada	Nominal
3.	Umur Anak	Usia dari anak yang diteliti hingga dilakukan penelitian	Wawancara	Angket	4 tahun 5 tahun 6 tahun	Nominal
4.	Jenis Kelamin Anak	Perbedaan bentuk biologis dari manusia yang bisa dilihat secara kasatmata	Wawancara	Angket	Laki-laki Perempuan	Nominal
5.	Kejadian Negatif Selama Anak Hidup	Peristiwa buruk yang dialami anak maupun keluarga selama anak yang diteliti telah lahir hingga saat dilakukan penelitian seperti kehilangan orang terdekat, musibah, bencana, kecelakaan, kekerasan, dan sebagainya	Wawancara	Angket	Tidak ada Ada	Nominal

6.	Stimulasi Lingkungan	Rangsangan dari peristiwa-peristiwa sosial atau psikologis yang diberikan lingkungan baik dari orangtua, pengasuh bahkan teman	Wawancara	Kuesioner HOME Inventory	Baik (>45)	Ordinal
					Cukup (30-45)	
					Kurang (0-29)	
7.	Sudah Bersekolah	Anak telah terdaftar dan mengikuti aktivitas pembelajaran di sekolah	Wawancara	Angket	Bersekolah	Nominal
					Tidak Bersekolah	
8.	Status Keluarga	Keadaan orangtua anak saat dilakukan penelitian baik <i>single parent</i> atau dengan keluarga lengkap	Wawancara	Angket	Lengkap	Nominal
					<i>Single Parent</i>	
9.	Status Mental Ibu	Keadaan jiwa ibu dari anak meliputi depresi, kecemasan dan stres	Wawancara	Kuesioner DASS-21	Depresi: Normal (0-9) Ringan (10-13) Sedang (14-20) Berat (21-27) Sangat Berat (≥28)	Ordinal
					Kecemasan: Normal (0-7) Ringan (8-9) Sedang (10-14) Berat (15-19) Sangat Berat (≥20)	
					Stres: Normal (0-14) Ringan (15-18) Sedang (19-25) Berat (26-33) Sangat Berat (≥34)	
10.	Jumlah Saudara Kandung	Besaran hitungan dari saudara kandung anak yang diteliti	Wawancara	Angket	≥1	Nominal
					Tidak ada	
11.	Pola Asuh	Hubungan interaksi antara orangtua dengan anak	Wawancara	Kuesioner skala pola asuh	Permisif	Nominal
					Demokratis	
					Otoriter	
12.	Umur Ibu Saat Hamil	Usia ibu pada saat melahirkan anak yang sedang diteliti	Wawancara	Angket	≥30 tahun	Numerik
					<30 tahun	

13.	Konsumsi Alkohol Saat Hamil	Kegiatan meminum alkohol dari ibunya selama kehamilan anak yang sedang diteliti	Wawancara	Angket	Tidak	Nominal
					Ya	
14.	Merokok Saat Hamil	Kegiatan merokok secara aktif dari ibunya selama kehamilan anak yang sedang diteliti	Wawancara	Angket	Tidak	Nominal
					Ya	
15.	Tempat Persalinan	Pelayanan kesehatan yang menjadi tempat ibu bersalin dari anak yang diteliti	Wawancara	Angket	Rumah Sakit Negeri	Nominal
					Rumah Sakit Swasta	
					Rumah Bersalin/ Klinik/ Praktik Bidan	
					Puskesmas/ Puskesmas Pembantu	
16.	Pendidikan tentang ASI	Ibu menerima informasi mengenai pemahaman dan pengetahuan tentang ASI selama kehamilan dan pasca persalinan	Wawancara	Angket	Didapat	Nominal
					Tidak didapat	
17.	Berat Badan Lahir	Berat badan bayi saat dilahirkan dalam persalinan berdasarkan catatan posyandu	Rekaman catatan kader posyandu	Data Sekunder	Rendah	Ordinal
					Cukup	
					Lebih	
18.	Pendidikan Ibu	Pendidikan terakhir dari ibu kandung anak	Wawancara	Angket	Rendah (SD dan SMP)	Nominal
					Tinggi (SMA, S1/D3, S2 dan S3)	
19.	Pendidikan Ayah	Pendidikan terakhir dari ayah kandung anak	Wawancara	Angket	Rendah (SD dan SMP)	Nominal
					Tinggi (SMA, S1/D3, S2 dan S3)	
20.	Pekerjaan Ibu	Aktivitas yang dilakukan ibu kandung dari anak dalam kehidupan sehari-hari	Wawancara	Angket	Tidak Bekerja	Nominal
					Bekerja	
21.	Pekerjaan Ayah	Aktivitas yang dilakukan ayah kandung dari anak	Wawancara	Angket	Tidak Bekerja	Nominal
					Bekerja	

		dalam kehidupan sehari-hari				
22.	Penghasilan Keluarga	Pendapatan dari kedua orangtua anak setiap bulan	Wawancara	Angket	>Rp. 3.000.000 Rp. 2.000.000 - Rp. 3.000.000 Rp. 1.500.000 - Rp. 1.999.999 Rp. 1.000.000 - Rp. 1.499.999 Rp. 700.000 - Rp. 999.999 <Rp. 700.000	Ordinal

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini yaitu penelitian analitik observasional berupa penelitian yang berupaya melihat hubungan antara variable dependen dan variabel independen dengan rancangan *cross-sectional*.

4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh yang berjumlah 928 jiwa.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi yang dipilih dengan metode *probability sampling* dengan jenis *cluster random sampling*. Sampel dalam penelitian ini adalah anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah syarat umum yang harus dipenuhi anggota populasi yang dapat menjadi sampel dalam penelitian. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Anak dengan riwayat pemberian ASI

- b. Anak yang berusia empat hingga enam tahun
- c. Responden dalam keadaan sehat fisik dan psikis
- d. Anak dan orang tuanya bersedia menjadi subjek penelitian

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah setiap keadaan yang menyebabkan peserta yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah responden dengan gangguan jiwa dan yang tidak lengkap dalam pengisian data dari kuesioner.

Dalam menentukan besar sampel minimal pada penelitian digunakan rumus slovin:

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

Keterangan

N : Jumlah populasi

n : Jumlah sampel

d : Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (5%=0,05)

$$\begin{aligned} n &= \frac{928}{1 + 928 (0,05^2)} \\ &= 279,5 \approx 280 \text{ responden} \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan rumus slovin, maka didapatkan besar sampel minimal sebesar 280 jiwa. Untuk menentukan berapa jumlah anak yang dijadikan sampel dari sepuluh desa di wilayah kerja puskesmas tersebut, maka dihitung menggunakan rumus *proportional sampling*.

Sampel penelitian ini dipilih berdasarkan metode *probability sampling* dengan jenis *cluster random sampling*. Pengambilan sampel dilakukan dengan memilih subjek secara acak sehingga setiap subjek berkesempatan untuk dipilih. Dalam menentukan jumlah desa yang diteliti di Kecamatan Baiturrahman, maka

dari total desa di Kecamatan Meuraxa didapatkan hasil sebesar 5 desa yang dijadikan tempat penelitian.

Teknik pemilihan sampel yaitu cara *random sampling*, dengan semua individu memperoleh kesempatan yang sama. Adapun penelitian di Kecamatan Baiturrahman dilakukan di Desa Ateuk Munjeng, Ateuk Pahlawan, Neusu Aceh, Peuniti, dan Seutui.

Tabel 4.1 Nama Desa di Kecamatan Baiturrahman

Nomor	Nama Desa di Kecamatan Baiturrahman
1	Ateuk Deah Tanoh
2	Ateuk Munjeng
3	Ateuk Jawo
4	Ateuk Pahlawan
5	Kampung Baru
6	Neusu Aceh
7	Neusu Jaya
8	Peuniti
9	Sukaramai
10	Seutui

4.4 Metode Pengumpulan Data

4.4.1 Instrumen

Masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun yang akan diteliti dengan menggunakan kuesioner PSC-17 yaitu salah satu alat skrining yang digunakan untuk anak usia 4-18 tahun. Kuesioner yang sudah distandarisasi ini terdiri atas 17 pertanyaan yang masing terbagi atas beberapa subskala, diantaranya subskala eksternalisasi 7 pertanyaan, subskala internalisasi terdiri atas 5 pertanyaan, dan subskala perhatian 5 pertanyaan. Pada setiap pertanyaan mengandung bobot 0, 1, dan 2. Setiap bobot pada subskala tersebut dijumlahkan dan jumlah skor

tersebut dijadikan skor total. Anak dengan kecurigaan terdapat masalah psikososial apabila jumlah skor internalisasi ≥ 5 , jumlah skor eksternalisasi ≥ 7 , jumlah skor perhatian ≥ 7 , atau skor total ≥ 15 . Kuesioner ini telah di validasi serta dapat digunakan sebagai alat skrining masalah psikososial pada anak dengan sensitivitas 69,2% dan spesifisitas 95,6% (Marevia, 2016). Lebih baik dari beberapa instrumen lain yang mengukur hal yang sama pada anak usia 4 hingga 6 tahun (Harahap, 2010; Oktaviana, 2014).

Variabel lainnya yang juga diukur dengan kuesioner adalah pola asuh, stimulasi lingkungan, dan kesehatan mental ibu yang dimana dari setiap masing-masing variabel tersebut menggunakan kuesioner yang sudah tervalidasi, baku, dan sudah pernah digunakan untuk penelitian-penelitian lain dalam mengukur variabel yang sama. Pada instrumen mengenai pol asuh terdiri dari 20 pernyataan. Data yang telah diperoleh selanjutnya dianalisis menggunakan teknik analisis data deskriptif kuantitatif. Masing-masing indikator diberikan nilai dengan kategori ya dengan skor nilai 1 dan tidak dengan skor nilai 0, kemudian dianalisis untuk pola asuh pada masing-masing indikator dengan melihat 3 subvariabel berupa otoriter, demokratis ataupun permisif. Kemudian ditabulasi atau dikelompokkan menurut tipe pola asuh. Setelah itu masing-masing subvariabel di jumlahkan secara keseluruhan dan dibandingkan untuk mengetahui pola asuh apa yang dominan (Mumayzizah, 2017).

Kemudian untuk alat ukur stimulasi lingkungan yang terdiri dari 55 pertanyaan dengan hasil ukur baik apabila skor bernilai lebih dari 45, cukup jika bernilai antara 30 hingga 45 serta bermakna kurang apabila kurang dari 30 (Ameilia, 2014). Pada alat ukur mental ibu menggunakan kuesioner DASS-21 yang sudah valid dengan interpretasi normal bila pada kategori depresi berjumlah 0 hingga 9, ringan jika 10 dan 13, sedang jika 14 hingga 20, berat jika 21 hingga 27, kemudian bermakna sangat berat jika lebih dari atau sama dengan 28. Pada kategori kecemasan berjumlah 0 hingga 7, ringan jika 8 dan 9, sedang jika 10 hingga 14, berat jika 15 hingga 19, kemudian bermakna sangat berat jika lebih dari atau sama dengan 20. Kemudian pada kategori stres berjumlah 0 hingga 14,

ringan jika 15 dan 18, sedang jika 19 hingga 25, berat jika 26 hingga 33, kemudian bermakna sangat berat jika lebih dari atau sama dengan 34 (Kinanthi, 2020). Selain itu peneliti juga menggunakan angket guna mendapatkan informasi mengenai biodata dan informasi dari setiap variabel dengan menggunakan metode wawancara.

Penilaian status gizi pada anak, diukur dengan menggunakan timbangan berat badan digital *Omron HN-289* dan alat pengukur tinggi badan *Stature Meter* dalam menilai berat dan tinggi badan anak. Selanjutnya penilaian tersebut di masukkan ke dalam kurva CDC untuk mendapatkan interpretasi dari nilai status gizi anak.

4.4.2 Jenis dan Sumber Data

Peneliti melakukan studi pendahuluan yang hasilnya berupa identitas, riwayat pemberian ASI eksklusif dan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun. Data primer yang digunakan dalam penelitian ini adalah hasil wawancara langsung dengan orang tua dari anak dalam menilai masalah psikososial anak dan beberapa variabel *confounding* lainnya. Selain itu, peneliti juga menggunakan data sekunder yakni data yang tersedia di Puskesmas Kecamatan Baiturrahman meliputi berat badan lahir anak dan status pemberian ASI, guna dalam memvalidasi dari hasil ukur variabel status ASI eksklusif pada anak yang diteliti dengan lembar data buku Kesehatan Ibu Anak (KIA) Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh.

4.4.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah melalui studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, kemudian memberikan angket lembaran responden dan melakukan wawancara langsung menggunakan kuesioner dengan responden yang telah memberikan persetujuan sebagai subjek penelitian. Adapun rincian teknik pengumpulan data sebagai berikut

1. Meminta data anak usia 4-6 tahun dari Puskesmas Baiturrahman.

2. Mengambil sampel dari jumlah anak yang berusia 4-6 tahun yang mendapat ASI eksklusif dan tidak eksklusif 4-6 tahun yang lalu. Melakukan seleksi data dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
3. Peneliti menggunakan teknik *cluster sampling*, dengan melakukan pengambilan data yang mewakili wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman diantaranya pada Desa Ateuk Munjeng, Ateuk Pahlawan, Neusu Aceh, Peuniti dan Seutui.
4. Peneliti meminta bantuan lima enumerator yaitu tenaga kesehatan yang telah dilatih dalam membantu penelitian selama hampir dua bulan, mulai dari tanggal 4 November 2021 hingga 23 Desember 2021.
5. Peneliti melakukan apersepsi kepada enumerator terkait cara melakukan pengisian lembar kuesioner baik tentang informasi umum, status ASI eksklusif, masalah psikososial anak, kesehatan mental ibu, stimulasi lingkungan dan pola asuh pada tanggal 2 November 2021.
6. Peneliti menetapkan setiap enumerator untuk memegang tanggung jawab atas seluruh responden dari masing-masing desa. Enumerator pertama bertanggung jawab di Desa Ateuk Munjeng yang bertanggung jawab mengumpulkan informasi dari responden sebanyak 59 responden, enumerator kedua sebanyak 55 responden di Desa Ateuk Pahlawan, enumerator ketiga sebanyak 59 responden di Desa Neusu Aceh, enumerator keempat sebanyak 61 responden di Desa Peuniti dan terakhir sebanyak 52 responden dari Desa Seutui.
7. Peneliti atau enumerator mengumpulkan data hasil observasi yang didapatkan. Melakukan pengolahan data, analisis terhadap hasil penelitian, dan penyajian data dalam bentuk tabel.

4.5 Rancangan Analisis Data

4.5.1 Rancangan Analisa Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel. Data yang telah dikumpulkan dicatat dan dikumpulkan kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Adapun rumus yang digunakan sebagai berikut:

$$P = \frac{F1}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase

F1 = Frekuensi teramati

n = Jumlah responden yang menjadi sampel

4.5.2 Rancangan Analisa Bivariat

Proses analisa bivariat dilakukan dengan menggunakan program stata12 yaitu dengan cara membuat tabel silang antara variabel independen dan variabel dependen. Proses tersebut dilakukan untuk mengetahui besaran persentase antara kategori independen dan dependen, sehingga diketahui kategori mana yang mempunyai persentase tertinggi dari variabel independen dan dependen tersebut. Langkah selanjutnya adalah melakukan uji statistik untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan dependen menggunakan uji regresi logistik sederhana. Penggunaan analisis regresi logistik adalah karena variabel dependen bersifat dikotomi (gangguan psikososial dan tidak terganggu). Selain hal tersebut, regresi logistik juga mampu untuk menghitung seberapa besar variabel independen akan mempengaruhi variabel dependen dengan nilai *Odds Ratio* (OR) yang dihasilkan. Teknik analisis regresi logistik dalam mengolah data ini tidak memerlukan lagi uji normalitas atau uji asumsi klasik pada variabel bebasnya (Ghozall, 2011).

4.5.3 Rancangan Analisa Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat apakah masih ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen jika variabel independen

lainnya di kontrol. Pada analisis ini uji yang digunakan adalah uji Logistik Regresi ganda dengan menggunakan aplikasi Stata. Langkah-langkah dalam analisis multivariat menggunakan regresi logistik ganda antara lain sebagai berikut :

- a. Tahap yang pertama adalah melakukan seleksi bivariat masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen. Apabila nilai P kurang dari 0,25, maka variabel tersebut diikutsertakan pada tahap analisis selanjutnya. Untuk variabel independen dengan P lebih dari 0,25 namun secara substansi penting, maka variabel tersebut diikutsertakan dalam analisis multivariat.
- b. Tahap yang kedua adalah dilakukan pemodelan terhadap variabel yang masuk dalam analisis multivariat, yaitu dengan cara mengeluarkan secara bertahap variabel dengan P lebih dari 0,05 dan dimulai pada variabel yang memiliki nilai P tertinggi kemudian diurutkan sampai dengan yang terendah. Selain itu pengeluaran variabel juga dipertimbangkan dengan perubahan nilai RR, jika terjadi perubahan nilai RR lebih dari 10% maka variabel tersebut tetap diikutsertakan dan merupakan variabel confounding pada interpretasi.
- c. Tahap yang ketiga adalah dengan melakukan uji interaksi. Penentuan uji interaksi pada variabel independen dilakukan melalui pertimbangan logika substantif. Pengukuran interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel pada uji interaksi mempunyai nilai yang bermakna, maka variabel interaksi tersebut diikutsertakan dalam model.
- d. Tahap selanjutnya adalah pemodelan akhir, yaitu variabel yang memiliki nilai $p < 0,05$ diikutsertakan dalam analisis multivariat dan dilihat yang memiliki nilai OR paling tinggi maka variabel tersebut adalah variabel independen yang paling dominan dalam mempengaruhi variabel dependen.

4.6 Etika Penelitian

Etika penelitian mencakup perilaku dan perlakuan peneliti kepada subjek serta sesuatu yang dapat dihasilkan bagi masyarakat. Pada penelitian ini menekankan beberapa prinsip dalam etika penelitian yakni:

1. *Beneficence*, peneliti menyakinkan responden bahwa penelitian ini dapat dirasakan nilai manfaatnya, bebas dari bahaya dan tidak menimbulkan risiko.
2. *Mal-efficence*, peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak menimbulkan risiko dan dampak bahaya bagi responden.
3. *Respect for human dignity*, responden berhak untuk mendapatkan informasi lengkap berkaitan dengan tujuan, cara, manfaat penelitian, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan penelitian.
4. *Justice*, setiap responden berhak mendapatkan perlakuan adil dan dijaga privasinya.
5. *Informed consent*, lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang dilengkapi dengan judul penelitian dan manfaat penelitian, bila responden menolak maka peneliti tidak boleh memaksa dan menghormati hak-haknya.
6. *Confidentiality*, kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.7 Jadwal Penelitian

Tabel 4.2 Jadwal Penelitian

Keterangan	Agustus				September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Mengumpulkan referensi dan menyiapkan materi																												
Mengajukan alternatif judul penelitian																												
Konsultasi s/d persetujuan proposal penelitian																												
Menyusun proposal																												
Seminar proposal																												
Bimbingan proposal dengan dosen pembimbing																												
Penelitian																												
Analisis data																												
Penjadwalan seminar progres/sidang tesis																												
Sidang tesis																												

Judul Penelitian “**Analisis Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia 4-6 Tahun**”.

Mengetahui:

Banda Aceh, 20 Januari 2022

Dosen Pembimbing I

Dosen Pembimbing II

**Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM.,
MSc.HPPF., DLSHTM., Ph.D**

Mahasiswa

Dr. Maidar, M.Kes

dr. T. Andi Syahputra

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Penelitian

Puskesmas Baiturrahman beralamat di Jl. Belibis Lr. Adam No.6, Ateuk Pahlawan Kec. Baiturrahman Kota Banda Aceh. Puskemas Baiturrahman memiliki luas bangunan $\pm 550,5$ m² dengan luas tanah ± 2100 m². Kecamatan Baiturrahman mempunyai luas wilayah 0,48917 km², yang dibagi menjadi 10 desa, 46 dusun dan 2 Mukim.

Wilayah Kecamatan Baiturrahman umumnya merupakan daerah perkotaan dengan jumlah penduduknya sebanyak 38.192 jiwa. Sarana perhubungan umumnya menggunakan kendaraan roda dua dan kendaraan roda empat. Adapun Batas wilayah kerja administratif Puskesmas Baiturrahman sebagai berikut.

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Kuta Raja
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Banda Raya
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Meuraxa
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Baiturrahman.

5.2 Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah anak usia empat hingga enam tahun yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh. Karakteristik responden pada penelitian ini akan memberikan gambaran distribusi frekuensi tentang jenis kelamin, umur dan suku. Berikut akan disajikan data distribusi karakteristik responden dalam tabel 5.1. Distribusi karakteristik responden pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah laki-laki dengan jumlah sebanyak 150 anak (50,68%), sedangkan responden berjenis kelamin perempuan adalah sebanyak 146 anak (49,32%). Menurut usia, diperoleh jumlah responden terbanyak berasal dari usia 5 tahun dengan jumlah 102 anak (34,46%), disusul oleh kelompok usia 6 dan 4 tahun, masing-masing dengan 99 anak (33,45%) dan 95 anak (32,09%). Selanjutnya berdasarkan suku, diperoleh jumlah responden terbanyak

berasal dari suku aceh dengan 285 anak (96,28%), disusul oleh kelompok suku lain yaitu jawa dengan 8 anak (2,70%) dan karo dengan 3 anak (1,01%).

Tabel 5.1 Karakteristik Umum Responden

No	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Karakteristik Umum Responden			
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	150	50,68
	Perempuan	146	49,32
2	Umur		
	4 tahun	95	32,09
	5 tahun	102	34,46
	6 tahun	99	33,45
3	Suku		
	Aceh	285	96,28
	Karo	3	1,01
	Jawa	8	2,70

5.3 Hasil Analisis Data

5.3.1 Hasil Analisis Data Univariat

Berdasarkan data hasil wawancara menggunakan kuesioner baku PSC-17, didapatkan distribusi frekuensi dan persentase mengenai masalah psikososial anak yang akan diperlihatkan pada tabel 5.2 dibawah ini.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Masalah Psikososial

No	Masalah Psikososial	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Terganggu	27	9,12
2	Tidak Terganggu	269	90,88
Total		296	100,0

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa terdapat 27 anak (9,12%) dengan kondisi psikososial yang terganggu, kemudian 269 anak lainnya (90,88%) dengan kondisi psikososial yang tidak terganggu.

Berdasarkan data hasil wawancara menggunakan kuesioner baku PSC-17, didapatkan rata-rata total skor PSC yang akan diperlihatkan pada tabel 5.3 dimana menunjukkan bahwa rata-rata total skor PSC pada anak usia 4-6 tahun yang teliti adalah sebanyak 5,37 dengan nilai maksimum sebesar 25.

Tabel 5.3 Distribusi Data Deskriptif Skor PSC Masalah Psikososial

No	Variabel	Rata-rata	Range
1	Total Skor PSC Masalah Psikososial	5,37	0 - 25

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada orangtua dari responden yang divalidasi dengan lembar data buku KIA Puskesmas Baiturrahman, maka diperoleh gambaran status pemberian ASI eksklusif dalam tabel 5.4 adalah terdapat sebanyak 261 anak (88,18%) yang mendapatkan ASI eksklusif, sedangkan 35 anak (11,82%) lainnya tidak mendapatkan ASI eksklusif pada usia enam bulan pertama awal kehidupan.

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan ASI Eksklusif

No	Status ASI Eksklusif	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Eksklusif	261	88,18
2	Tidak Eksklusif	35	11,82
Total		296	100,0

Berdasarkan hasil wawancara mengenai morbiditas anak dan pengukuran tinggi badan dan berat badan anak yang dikonversikan dalam penilaian status gizi anak menggunakan kurva CDC, maka data yang diperlihatkan dalam tabel 5.5.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Gizi dan Morbiditas Anak

No	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Faktor Biomedikal			
1	Status Gizi		
	Gizi Buruk	0	0
	Gizi Kurang	12	4,05
	Gizi Baik	246	83,11
	Gizi Lebih	38	12,84
	Obesitas	0	0
2	Morbiditas Anak		
	Ada	7	2,36
	Tidak Ada	289	97,64

Berdasarkan hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan anak yang dikonversikan dalam penilaian status gizi anak, maka diperoleh gambaran status gizi dalam tabel 5.5 terdapat paling banyak anak dengan gizi baik sebanyak 83,11%, selanjutnya disusul dengan gizi lebih dan gizi kurang, masing-masing 12,84% dan

4,05%. Pada saat dilakukan penelitian tidak ada responden yang memiliki nilai status gizi obesitas dan gizi buruk. Berdasarkan pengukuran morbiditas anak melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner, didapatkan terdapat 7 anak (2,36%) dengan morbiditas, sedangkan sisanya dalam keadaan baik tanpa morbiditas (97,64%).

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Hubungan Sosial dan Lingkungan

No	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Faktor Hubungan Sosial dan Lingkungan			
1	Kejadian Negatif Selama Anak Hidup		
	Ada	18	6,08
	Tidak ada	278	93,92
2	Stimulasi Lingkungan		
	Baik	218	73,65
	Cukup	74	25,00
	Kurang	4	1,35
3	Sudah Bersekolah		
	Bersekolah	99	33,45
	Tidak bersekolah	197	66,55

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan jumlah responden yang paling banyak berdasarkan kejadian negatif selama anak hidup, stimulasi lingkungan dan sudah bersekolah. Paling banyak didominasi oleh responden dengan yang memiliki riwayat kejadian negatif selama anak hidup sebanyak 278 anak (93,92%), sedangkan responden yang pernah mengalami kejadian negatif selama hidup adalah sebanyak 18 anak (6,08%). Kemudian pada variabel stimulasi lingkungan paling banyak pada kelompok dengan stimulasi lingkungan yang baik yakni sebesar 218 anak (73,65%), sedangkan pada variabel sudah bersekolah, responden didominasi oleh anak yang tidak atau belum bersekolah yaitu sebanyak 197 anak (66,55%), dan 99 anak lainnya (33,45%) adalah anak yang telah bersekolah.

Tabel 5.7 menunjukkan jumlah responden berdasarkan status keluarga, jumlah saudara kandung, dan pola asuh masing-masing secara berurutan adalah paling banyak didominasi oleh status keluarga yang lengkap sebanyak 96,96%, responden dengan jumlah saudara kandung lebih atau sama dengan satu sebanyak 63,51% dan jenis pola asuh yang demokratis sebanyak 76,01%. Kemudian pada

variabel status mental ibu baik pada jenis depresi, kecemasan dan stres didapatkan bahwa terdapat ibu yang mengalami depresi ringan sebanyak 6 orang (2,03%), kecemasan ringan sebanyak 3 orang (1,01%) dan stres ringan sebanyak 7 orang (2,36%).

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Kohesi Keluarga

No	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Faktor Kohesi Keluarga			
1	Status Keluarga		
	Lengkap	287	96,96
	Single Parent	9	3,04
2	Status Mental Ibu		
	Depresi		
	Normal	290	97,97
	Ringan	6	2,03
	Sedang	0	0
	Berat	0	0
	Sangat Berat	0	0
	Kecemasan		
	Normal	293	98,99
	Ringan	3	1,01
	Sedang	0	0
	Berat	0	0
	Sangat Berat	0	0
	Stres		
	Normal	289	97,64
	Ringan	7	2,36
	Sedang	0	0
	Berat	0	0
	Sangat Berat	0	0
3	Jumlah Saudara Kandung		
	≥1	188	63,51
	Tidak ada	108	36,49
4	Pola Asuh		
	Permisif	42	14,19
	Demokratis	225	76,01
	Otoriter	29	9,80

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan gambaran faktor prenatal dan post partum, adapun jumlah responden yang paling banyak berdasarkan umur ibunya saat hamil adalah kurang dari 30 tahun sebanyak 59,80%, sedangkan pada umur ibunya selama hamil yang lebih dari 30 tahun adalah sebanyak 40,20%. Selanjutnya

di tabel yang sama tidak ada ibu dari responden baik merokok maupun minum minuman beralkohol saat kehamilan serta seluruh responden lahir dengan berat badan lahir yang cukup 100% yang dinilai dari rekaman catatan kader posyandu. Berdasarkan pencatatan dari hasil wawancara, umumnya responden dilahirkan oleh ibunya paling banyak di rumah sakit negeri sebanyak 105 responden (35,47%), disusul praktik bidan sebanyak 98 responden (33,11%), dan rumah sakit swasta sebanyak 93 responden (31,42%). Selanjutnya diantara responden juga terdapat kelompok yang tidak mendapatkan informasi atau pendidikan mengenai manfaat ASI sebanyak 7 responden (2,36%).

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Prenatal dan Post Partum

No	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Faktor Keadaan Prenatal dan Post Partum			
1	Umur Ibu Saat Hamil		
	≥30 tahun	119	40,20
	<30 tahun	177	59,80
2	Status Merokok Saat Hamil		
	Ya	0	0
	Tidak	296	100
3	Konsumsi Alkohol Saat Hamil		
	Ya	0	0
	Tidak	296	100
4	Tempat Persalinan		
	- Rumah Sakit Negeri	105	35,47
	- Rumah Sakit Swasta	93	31,42
	- Rumah Bersalin/ Klinik/ Praktik Bidan	98	33,11
	- Puskesmas/ Puskesmas Pembantu	0	0
5	Pendidikan ASI		
	Didapat	289	97,64
	Tidak Didapat	7	2,36
6	Berat Badan Lahir		
	Rendah	0	0
	Cukup	296	100
	Lebih	0	0

Tabel 5.9 menunjukkan jumlah responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 296 responden dengan rincian berdasarkan karakteristik pendidikan ibu dan ayah maka jumlah responden yang paling banyak didominasi oleh tingkatan pendidikan tinggi sebanyak 273 responden (92,23%) dan ayah sebanyak 268 responden (90,54%). Selanjutnya informasi yang didapatkan dari hasil wawancara diperoleh pekerjaan ibu dan ayah paling banyak didominasi masing-masing oleh tidak bekerja bagi kelompok ibu sebanyak 253 responden (85,47%) dan bekerja bagi kelompok ayah sebanyak 290 responden (97,97%). Kemudian distribusi frekuensi responden berdasarkan aspek penghasilan orangtuanya paling banyak dengan jumlah penghasilan berkisar antara Rp. 2.000.000 hingga Rp. 3.000.000 yaitu sebanyak 75 responden (25,34%) dan paling sedikit yaitu dengan jumlah penghasilan dibawah Rp. 700.000 sebanyak 29 responden (9,80%).

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Sosial Ekonomi

No	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Faktor Status Sosial Ekonomi			
1	Pendidikan Ibu		
	Tinggi	273	92,23
	Rendah	23	7,77
2	Pendidikan Ayah		
	Tinggi	268	90,54
	Rendah	28	9,46
3	Pekerjaan Ibu		
	Bekerja	43	14,53
	Tidak Bekerja	253	85,47
4	Pekerjaan Ayah		
	Bekerja	290	97,97
	Tidak Bekerja	6	2,03
5	Penghasilan Orangtua Anak		
	>Rp. 3.000.000	56	18,92
	Rp. 2.000.000-3.000.000	75	25,34
	Rp. 1.500.000-1.999.999	71	23,99
	Rp. 1.000.000-1.499.999	34	11,49
	Rp. 700.000-999.999	31	10,47
	<Rp. 700.000	29	9,80

5.3.2 Hasil Analisis Data Bivariat

5.3.2.1 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Masalah Psikososial Anak

5.3.2.1.1 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.10 berikut akan memperlihatkan hubungan pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial anak. Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.10 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki riwayat tidak ASI eksklusif yaitu sejumlah 10 anak (28,57%) dan anak yang sehat atau tidak memiliki gangguan psikososial dengan riwayat ASI eksklusif yaitu sejumlah 244 anak (93,49%).

Tabel 5.10 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Masalah Psikososial Anak

Status ASI Eksklusif	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Eksklusif	17	6,51	244	93,49	261	100	1	1
Tidak Eksklusif	10	28,57	25	71,43	35	100	5,7 (2,37-13,88) 0,0001	5,02 (2,04-12,35) 0,0001
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,0001$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara anak yang tidak ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dapat berisiko 5 kali lebih besar untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang mendapatkan ASI eksklusif pada usia 6 bulan pertama ($COR=5,7$, $95\%CI=1,81-10,73$).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,0001$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara anak yang tidak ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dapat berisiko 5 kali lebih besar untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang mendapatkan ASI eksklusif pada usia 6 bulan pertama ($AOR=5,02$, $95\%CI=2,04-12,35$).

5.3.2.1.2 Hubungan Status Gizi Anak dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.11 berikut akan memperlihatkan hubungan status gizi anak dengan masalah psikososial anak. Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.11 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki status gizi paling banyak adalah dengan status gizi baik yaitu sejumlah 21 anak (8,54%) dan anak dengan tidak terganggu paling banyak dengan status gizi baik yaitu sejumlah 225 anak (91,46%).

Tabel 5.11 Hubungan Status Gizi Anak dengan Masalah Psikososial Anak

Status Gizi	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Gizi Baik	21	8,54	225	91,46	246	100	1	1
Gizi Kurang	4	33,33	8	66,67	12	100	5,35 (1,48-19,28) 0,010	7,56 (1,91-29,86) 0,004
Gizi Lebih	2	5,26	36	94,74	38	100	0,59 (0,13-2,64) 0,496	0,59 (0,13-2,69) 0,503
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,010$ pada kelompok anak dengan status gizi kurang, yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara gizi kurang dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak dengan gizi kurang dapat berisiko 5 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan anak dengan gizi baik ($OR=5,35$, $95\%CI=1,48-19,28$). Selanjutnya juga diperoleh $P=0,496$ pada kelompok anak dengan status gizi lebih, yang menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara gizi lebih dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak dengan gizi lebih merupakan faktor protektif terhadap gangguan psikososial dibandingkan anak dengan gizi baik ($COR=0,56$, $95\%CI=0,13-2,64$).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,004$ pada kelompok anak dengan status gizi kurang, yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara gizi kurang dengan masalah psikososial pada anak usia

4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak dengan gizi kurang dapat berisiko 7 kali untuk mengalami masalah masalah psikososial dibandingkan anak dengan gizi baik (OR=7,56, 95%CI=1,91-29,86). Selanjutnya juga diperoleh $P=0,503$ pada kelompok anak dengan status gizi lebih, yang menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara gizi lebih dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak dengan gizi lebih merupakan faktor protektif terhadap gangguan psikososial dibandingkan anak dengan gizi baik (AOR=0,59, 95%CI=0,13-2,69).

5.3.2.1.3 Hubungan Morbiditas Anak dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.12 berikut akan memperlihatkan hubungan morbiditas anak dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.12 Hubungan Morbiditas Anak dengan Masalah Psikososial Anak

Morbiditas Anak	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Ada	3	42,86	4	59,52	7	100	8,28 (1,75-39,17) 0,008	8,74 (1,75-43,66) 0,008
Tidak ada	24	8,30	265	91,70	289	100	1	1
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.12 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki morbiditas adalah sejumlah 3 anak (42,86%) dan anak yang tidak memiliki gangguan psikososial dan tidak adanya morbiditas yaitu sejumlah 265 anak (91,70%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,008$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara adanya morbiditas anak dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang memiliki morbiditas akan berisiko 8 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan anak yang tidak memiliki morbiditas (COR=8,28, 95%CI=1,75-39,17).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,008$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara adanya morbiditas

anak dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang memiliki morbiditas akan berisiko 8 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan anak yang tidak memiliki morbiditas (AOR=8,74, 95%CI=1,75-43,66).

5.3.2.1.4 Hubungan Jenis Kelamin dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.13 berikut akan memperlihatkan hubungan jenis kelamin dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.13 Hubungan Jenis Kelamin dengan Masalah Psikososial Anak

Jenis Kelamin	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Laki-laki	131	87,33	19	12,67	150	100	1	1
Perempuan	138	94,52	8	5,48	146	100	0,39 (0,16-0,94) 0,037	0,39 (0,16-0,93) 0,034
Total	269	90,88	27	9,12	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.13 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial paling banyak pada kelompok laki-laki sebanyak 20 anak. Sedangkan anak yang tidak memiliki gangguan psikososialnya paling banyak pada kelompok perempuan yaitu sejumlah 138 anak (94,52%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,037$ yang menunjukkan adanya hubungan jenis kelamin perempuan dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang berjenis kelamin perempuan merupakan faktor protektif terhadap gangguan psikososial dibandingkan anak yang berjenis kelamin laki-laki (COR=0,39, 95%CI=0,16-0,94).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,034$ yang menunjukkan adanya hubungan jenis kelamin perempuan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang berjenis kelamin perempuan merupakan faktor protektif

terhadap gangguan psikososial dibandingkan anak yang berjenis kelamin laki-laki (AOR=0,39, 95%CI=0,16-0,93).

5.3.2.1.5 Hubungan Kejadian Negatif Selama Anak Hidup dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.14 berikut akan memperlihatkan hubungan kejadian negatif selama anak hidup dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.14 Hubungan Kejadian Negatif Selama Anak Hidup dengan Masalah Psikososial Anak

Kejadian Negatif Selama Anak Hidup	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Ada	13	72,22	5	27,78	18	100	49,0 (15,32-156,87) 0,0001	56,5 (16,38-194,96) 0,0001
Tidak ada	14	5,04	264	94,96	278	100	1	1
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.14 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki pengalaman kejadian negatif atau buruk selama anak hidup sejumlah 13 anak (72,22%) dan anak dengan tidak terganggu atau sehat psikososial dan memiliki pengalaman kejadian negatif atau buruk selama anak hidup sejumlah 5 anak (27,78%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,0001$ yang berarti menunjukkan adanya hubungan bermakna antara adanya kejadian negatif atau buruk selama anak hidup dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana dengan adanya riwayat kejadian negatif selama anak hidup akan berisiko 49 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang tidak pernah mengalami kejadian negatif selama hidupnya (COR=49,0, 95%CI=15,32-156,87).

Selanjutnya pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,0001$ yang berarti menunjukkan adanya hubungan bermakna antara adanya kejadian negatif atau buruk selama anak hidup dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana dengan adanya

pengalaman kejadian negatif selama anak hidup akan berisiko 56 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang tidak pernah mengalami kejadian negatif selama hidupnya (AOR=56,5, 95%CI=16,38-194,96).

5.3.2.1.6 Hubungan Stimulasi Lingkungan dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.15 berikut akan memperlihatkan stimulasi lingkungan dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.15 Hubungan Stimulasi Lingkungan dengan Masalah Psikososial Anak

Stimulasi Lingkungan	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Baik	6	2,75	212	97,25	218	100	1	1
Cukup	19	25,68	55	74,32	74	100	12,2 (4,65-32,02) 0,0001	11,7 (4,43-30,86) 0,0001
Kurang	2	50,00	2	50,00	4	100	35,3 (4,23-294,74) 0,001	25,6 (2,96-221,59) 0,003
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.15 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki stimulasi lingkungan yang kurang sejumlah 2 anak (50,00%) dan anak yang tidak terganggu psikososial dan memiliki stimulasi lingkungan yang baik sejumlah 212 anak (97,25%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,001$ dan $P=0,0001$ masing-masing pada stimulasi kurang dan cukup yang berarti menunjukkan adanya hubungan bermakna antara stimulasi lingkungan yang kurang dan cukup dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana dengan adanya stimulasi lingkungan yang kurang maka anak akan berisiko 35 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang memiliki stimulasi lingkungan yang baik (COR=35,3, 95%CI=4,23-294,74). Sedangkan anak yang stimulasi lingkungan yang cukup akan meningkatkan risiko 12 kali untuk

mengalami gangguan psikososial anak dibandingkan dengan anak yang memiliki stimulasi lingkungan yang baik (COR=12,2, 95%CI=4,65-32,02).

Selanjutnya pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,003$ dan $P=0,0001$ masing-masing pada stimulasi kurang dan cukup yang berarti menunjukkan adanya hubungan bermakna antara stimulasi lingkungan yang kurang dan cukup dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana dengan adanya stimulasi lingkungan yang kurang maka anak akan berisiko 25 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang memiliki stimulasi lingkungan yang baik (AOR=25,6, 95%CI=2,96-221,59). Sedangkan anak yang stimulasi lingkungan yang cukup akan meningkatkan risiko 11 kali untuk mengalami gangguan psikososial anak dibandingkan dengan anak yang memiliki stimulasi lingkungan yang baik (AOR=11,7, 95%CI=4,43-30,86).

5.3.2.1.7 Hubungan Sudah Bersekolah dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.16 berikut akan memperlihatkan sudah bersekolah dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.16 Hubungan Sudah Bersekolah dengan Masalah Psikososial Anak

Sudah Bersekolah	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Bersekolah	5	5,05	94	94,95	99	100	1	1
Tidak Bersekolah	22	11,17	175	88,83	197	100	2,3 (0,86-6,44) 0,093	3,2 (1,12-9,41) 0,030
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.16 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan tidak bersekolah sejumlah 22 anak (11,17%) dan anak yang tidak terganggu psikososial dan sudah bersekolah sejumlah 94 anak (94,95%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha =0,05$ diperoleh $P=0,093$ yang menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara anak yang sudah bersekolah dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang tidak atau belum bersekolah berisiko 2

kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang sudah bersekolah (COR=2,3, 95%CI=0,86-6,44).

Selanjutnya pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,030$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara anak yang sudah bersekolah dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang tidak atau belum bersekolah berisiko 3 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang sudah bersekolah (AOR=3,2, 95%CI=1,12-9,41).

5.3.2.1.8 Hubungan Status Keluarga dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.17 berikut akan memperlihatkan hubungan status keluarga dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.17 Hubungan Status Keluarga dengan Masalah Psikososial Anak

Status Keluarga	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Lengkap	19	6,62	268	93,38	287	100	1	1
<i>Single Parent</i>	8	88,89	1	11,11	9	100	112,8 (13,4-949,8), 0,0001	138 (14,55-1308,65), 0,0001
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.17 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial yang dibesarkan dengan *single parent* adalah sejumlah 8 anak (88,89%) dan anak yang tidak memiliki gangguan psikososial dengan keluarga lengkap yaitu sejumlah 268 anak (93,38%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,0001$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara *single parent* dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan oleh *single parent* akan berisiko hampir 113 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan kelompok anak yang dibesarkan oleh keluarga lengkap (COR=112,8, 95%CI=13,4-949,8).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,0001$ yang menunjukkan dimana anak yang dibesarkan oleh *single parent* akan berisiko 138 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan kelompok anak yang dibesarkan oleh keluarga lengkap ($AOR=138$, $95\%CI=14,55-1308,65$).

5.3.2.1.9 Hubungan Status Mental Ibu dengan Masalah Psikososial Anak

Dalam penilaian status mental ibu diinterpretasikan dalam beberapa hasil diantaranya menilai depresi, kecemasan dan depresi pada ibu. Tabel 5.18 berikut akan memperlihatkan hubungan depresi ibu dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.18 Hubungan Depresi Ibu dengan Masalah Psikososial Anak

Depresi Ibu	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Ringan	3	50,00	3	50,00	6	100	11,08 (2,12-57,93) 0,004	9,86 (1,73-55,98) 0,010
Normal	24	8,28	266	91,72	290	100	1	1
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.18 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan dibesarkan oleh ibu dengan depresi ringan sejumlah 3 anak (50,00%) dan anak yang tidak memiliki gangguan psikososial yang dibesarkan oleh ibu dengan tidak depresi yaitu sejumlah 266 anak (91,72%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,004$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara depresi ibu jenis ringan dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan oleh ibu yang mengalami depresi ringan akan berisiko 11 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh ibu yang normal ($COR=11,08$, $95\%CI=2,12-57,93$).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,010$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara depresi ringan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman

Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan oleh ibu yang mengalami depresi ringan akan berisiko hampir 10 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh ibu yang status mentalnya normal (AOR=9,86, 95%CI=1,73-55,98).

Tabel 5.19 berikut akan memperlihatkan hubungan kecemasan ibu dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.19 Hubungan Kecemasan Ibu dengan Masalah Psikososial Anak

Kecemasan Ibu	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Ringan	1	33,33	2	66,67	3	100	5,13 (0,45-58,55) 0,188	3,72 (0,31-44,01) 0,297
Normal	26	8,87	267	91,13	293	100	1	1
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.19 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan dibesarkan oleh ibu dengan kecemasan ringan sejumlah 1 anak (33,33%) dan anak yang tidak memiliki gangguan psikososial yang dibesarkan oleh ibu dengan tidak cemas yaitu sejumlah 267 anak (91,13%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,188$ yang menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara kecemasan ibu jenis ringan dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan oleh ibu yang mengalami kecemasan ringan akan berisiko 5 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh ibu yang normal (COR=5,13, 95%CI=0,45-58,55).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,297$ yang menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara kecemasan ibu jenis ringan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan oleh ibu yang mengalami kecemasan ringan akan berisiko 3 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh ibu yang status mentalnya normal (AOR=3,72, 95%CI=0,31-44,01).

Tabel 5.20 berikut akan memperlihatkan hubungan stres ibu dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.20 Hubungan Stres Ibu dengan Masalah Psikososial Anak

Stres Ibu	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Ringan	4	57,14	3	42,86	7	100	15,42 (3,25-73,11) 0,001	14,29 (2,85-71,61) 0,001
Normal	23	7,96	266	92,04	289	100	1	1
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.20 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan dibesarkan oleh ibu dengan stres ringan sejumlah 4 anak (57,14%) dan anak yang tidak memiliki gangguan psikososial yang dibesarkan oleh ibu dengan tidak stres yaitu sejumlah 266 anak (92,04%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,001$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara stres ibu jenis ringan dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan oleh ibu yang mengalami stres ringan akan berisiko 15 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh ibu yang normal (COR=15,42, 95%CI=3,25-73,11).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,0001$ yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara stres ibu jenis ringan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan oleh ibu yang mengalami stres ringan akan berisiko 14 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh ibu yang status mentalnya normal (AOR=14,29, 95%CI=2,85-71,61).

5.3.2.1.10 Hubungan Jumlah Saudara Kandung dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.21 berikut akan memperlihatkan hubungan jumlah saudara kandung dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.21 Hubungan Jumlah Saudara Kandung dengan Masalah Psikososial Anak

Jumlah Saudara Kandung	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
≥1	20	10,64	168	89,36	188	100	1	1
Tidak ada	7	6,48	101	93,52	108	100	0,58 (0,23-1,42) 0,236	0,51 (0,20-1,30), 0,163
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.21 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan tidak memiliki saudara kandung sejumlah 7 anak (6,48%) dan anak yang tidak terganggu psikososialnya dan memiliki jumlah saudara kandung lebih atau sama dengan 1 yaitu sejumlah 168 anak (89,36%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,236$ yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara tidak ada saudara kandung dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang tidak memiliki saudara kandung merupakan faktor protektif terhadap gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang memiliki saudara kandung ($COR=0,58$, $95\%CI=0,23-1,42$).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,163$ yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara tidak ada saudara kandung dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang tidak memiliki saudara kandung merupakan faktor protektif terhadap gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang memiliki saudara kandung ($AOR=0,51$, $95\%CI=0,20-1,30$).

5.3.2.1.11 Hubungan Pola Asuh dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.22 berikut akan memperlihatkan hubungan pola asuh dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.22 Hubungan Pola Asuh dengan Masalah Psikososial Anak

Pola Asuh	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Permisif	4	9,52	38	90,48	42	100	1	1
Demokratis	10	4,44	215	95,56	225	100	0,44 (0,13-1,48) 0,186	0,44 (0,13-1,50) 0,193
Otoriter	13	44,83	16	55,17	29	100	7,71 (2,18-27,31) 0,002	7,30 (2,03-26,28) 0,002
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.22 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan dibesarkan dengan pola asuh yang otoriter sebanyak 13 anak (44,83%) dan anak yang tidak memiliki gangguan psikososial dan dibesarkan dengan pola asuh yang permisif sejumlah 38 anak (90,48%). Paling banyak anak yang sehat dibesarkan dengan pola asuh yang demokratis sebanyak 215 anak (95,56%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,002$ pada pola asuh otoriter, yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara status pola asuh otoriter dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan dengan pola asuh otoriter akan berisiko 7 kali untuk mengalami masalah masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan dengan pola asuh permisif (COR=7,71, 95%CI=2,18-27,31). Kemudian pada pola asuh demokratis diperoleh $P=0,186$, yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara status pola asuh demokratis dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana pada kelompok anak yang dibesarkan dengan pola asuh demokratis merupakan faktor protektif dari gangguan psikososial anak dibandingkan dengan pola asuh permisif (COR=0,44, 95%CI=0,13-1,48).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,002$ pada pola asuh otoriter, yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara status pola asuh otoriter dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan dengan pola asuh otoriter akan berisiko 7 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan dengan pola asuh permisif ($AOR=7,30$, $95\%CI=2,03-26,28$). Kemudian pada pola asuh demokratis diperoleh $P=0,245$, yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara status pola asuh demokratis dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana pada kelompok anak yang dibesarkan dengan pola asuh demokratis merupakan faktor protektif dari masalah psikososial anak dibandingkan dengan pola asuh permisif ($AOR=0,44$, $95\%CI=0,13-1,50$).

5.3.2.1.12 Hubungan Umur Ibu Selama Hamil dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.23 berikut akan memperlihatkan hubungan umur ibu saat hamil dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.23 Hubungan Umur Ibu Saat Hamil dengan Masalah Psikososial Anak

Umur Ibu Saat Hamil	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
≥30 tahun	15	12,61	104	87,39	119	100	1	1
<30 tahun	12	6,78	165	93,22	177	100	0,50 (0,22-1,11) 0,093	0,41 (0,18-0,94) 0,036
Total	27	9.12	269	90.88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.23 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan lahir dari ibu yang mengandung pada usia lebih atau sama dengan 30 tahun adalah sejumlah 15 anak (12,61%) dan anak yang tidak terganggu psikososial dan lahir dari ibu yang mengandung pada usia kurang dari 30 tahun yaitu sejumlah 165 anak (93,22%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,093$ yang berarti menunjukkan tidak adanya hubungan antara umur ibu saat hamil kurang dari 30 tahun dengan masalah

psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana dengan anak yang lahir dari ibu yang mengandung pada usia kurang dari 30 tahun merupakan faktor protektif dari gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang lahir dari ibu yang mengandung pada usia lebih dari atau sama dengan 30 tahun (COR=0,50, 95%CI=0,22-1,11).

Kemudian pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,036$ yang berarti menunjukkan adanya hubungan bermakna antara umur ibu saat hamil kurang dari 30 tahun dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana dengan anak yang lahir dari ibu yang mengandung pada usia kurang dari 30 tahun merupakan faktor protektif dari gangguan masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang lahir dari ibu yang mengandung pada usia lebih dari atau sama dengan 30 tahun (AOR=0,41, 95%CI=0,18-0,94).

5.3.2.1.13 Hubungan Konsumsi Alkohol Saat Hamil dengan Masalah Psikososial Anak

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara variabel konsumsi alkohol saat hamil dengan masalah psikososial anak didapatkan bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan dibesarkan oleh ibu yang tidak mengonsumsi alkohol saat hamil adalah sejumlah 27 anak (9,12%) dan anak dengan tidak terganggu atau sehat psikososial dan dibesarkan oleh ibu yang tidak mengonsumsi alkohol saat hamil yaitu sejumlah 269 anak (90,88%).

5.3.2.1.14 Hubungan Merokok Saat Hamil dengan Masalah Psikososial Anak

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara variabel merokok saat hamil dengan masalah psikososial anak didapati bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan dibesarkan oleh ibu yang tidak merokok saat hamil adalah sejumlah 27 anak (9,12%) dan anak dengan tidak terganggu atau sehat psikososial dan dibesarkan oleh ibu yang tidak merokok saat hamil yaitu sejumlah 269 anak (90,88%).

5.3.2.1.15 Hubungan Tempat Persalinan dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.24 berikut akan memperlihatkan hubungan hubungan tempat persalinan dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.24 Hubungan Tempat Persalinan dengan Masalah Psikososial Anak

Tempat Persalinan	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Rumah Sakit Negeri	6	5,71	99	94,29	105	100	1	1
Rumah Sakit Swasta	8	8,60	85	91,40	93	100	1,5 (0,51- 4,65) 0,432	1,9 (0,62- 5,83) 0,261
Rumah Bersalin/ Klinik/ Praktik Bidan	13	13,37	85	86,73	98	100	2,5 (0,91- 6,92) 0,072	2,6 (0,95- 7,33) 0,063
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.24 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan Masalah Psikososial paling banyak dilahirkan di praktik bidan sejumlah 13 anak (13,37%) dan anak dengan tidak terganggu psikososial paling banyak dilahirkan di rumah sakit negeri yaitu sejumlah 99 anak (94,29%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,072$ pada kelompok anak yang lahir di praktik bidan, yang menunjukkan tidak adanya hubungan tempat persalinan di praktik bidan dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dilahirkan di praktik bidan akan berisiko 2 kali untuk mengalami masalah masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dilahirkan di rumah sakit negeri (COR=2,5, 95%CI=0,91-6,92). Kemudian juga didapatkan $P=0,432$ pada kelompok anak yang lahir di rumah sakit swasta, yang menunjukkan tidak adanya hubungan tempat persalinan di rumah sakit swasta dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dilahirkan di praktik rumah sakit swasta akan berisiko 1 kali untuk mengalami gangguan psikososial

dibandingkan dengan anak yang dilahirkan di rumah sakit negeri (COR=1,5, 95%CI=0,51-4,65).

Selanjutnya pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,063$ pada kelompok anak yang lahir di praktik bidan, yang menunjukkan tidak adanya hubungan tempat persalinan di praktik bidan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dilahirkan di praktik bidan akan berisiko 2 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dilahirkan di rumah sakit negeri (AOR=2,6, 95%CI=0,95-7,33). Kemudian juga didapatkan $P=0,261$ pada kelompok anak yang lahir di rumah sakit swasta, yang menunjukkan tidak adanya hubungan tempat persalinan di rumah sakit swasta dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dilahirkan di praktik rumah sakit swasta akan berisiko hampir 2 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang dilahirkan di rumah sakit negeri (AOR=1,9, 95%CI=0,62-5,83).

5.3.2.1.16 Hubungan Pendidikan ASI dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.25 berikut akan memperlihatkan hubungan pendidikan ASI dengan masalah psikososial anak.

Tabel 5.25 Hubungan Pendidikan ASI dengan Masalah Psikososial Anak

Pendidikan ASI	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Didapat	26	9,00	263	91,00	289	100	1	1
Tidak didapat	1	14,29	6	85,71	7	100	1,6 (0,19-14,54), 0,635	1,8 (0,20-16,94), 0,574
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.25 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan dibesarkan oleh ibu yang memperoleh informasi ASI sejumlah 26 responden (9,00%) dan anak dengan tidak terganggu psikososial dan dibesarkan oleh ibu yang memperoleh informasi ASI sejumlah 263

responden (91,00%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,635$ yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara tidak didapatnya pendidikan ASI dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana kelompok anak yang ibunya tidak mendapatkan pendidikan atau informasi mengenai manfaat ASI akan berisiko 1 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan kelompok anak yang ibunya mendapatkan pendidikan atau informasi mengenai manfaat ASI ($COR=1,6$, $95\%CI=0,19-14,54$).

Selanjutnya pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,574$ yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara tidak didapatnya pendidikan ASI dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana kelompok anak yang ibunya tidak mendapatkan pendidikan atau informasi mengenai manfaat ASI akan berisiko hampir 2 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan kelompok anak yang ibunya mendapatkan pendidikan atau informasi mengenai manfaat ASI ($AOR=1,8$, $95\%CI=0,20-16,94$).

5.3.2.1.17 Hubungan Berat Badan Lahir dengan Masalah Psikososial Anak

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara variabel berat badan lahir dengan masalah psikososial anak didapati bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki riwayat berat badan lahir cukup sejumlah 27 anak (9,12%) dan anak dengan tidak terganggu atau sehat psikososial yang lahir dengan berat badan cukup yaitu sejumlah 269 anak (90,88%).

5.3.2.1.18 Hubungan Pendidikan Ibu dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.26 berikut akan memperlihatkan pendidikan ibu dengan masalah psikososial anak. Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.26 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki ibu dengan pendidikan rendah sejumlah 4 responden (17,39%) dan anak yang tidak terganggu psikososial serta memiliki ibu dengan pendidikan tinggi sejumlah 250 responden (91,58%).

Tabel 5.26 Hubungan Pendidikan Ibu dengan Masalah Psikososial Anak

Pendidikan Ibu	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Rendah	4	17,39	19	82,61	23	100	2,28 (0,71-7,29) 0,162	2,21 (0,68-7,20) 0,184
Tinggi	23	8,42	250	91,58	273	100	1	1
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,162$ pada tingkatan pendidikan rendah, dapat menunjukkan tidak adanya hubungan antara pendidikan rendah ibu dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh. Anak yang memiliki ibu dengan pendidikan rendah akan berisiko 2 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang memiliki ibu dengan pendidikan tinggi (COR=2,28, 95%CI=0,71-7,29).

Selanjutnya pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh diperoleh $P=0,184$ pada tingkatan pendidikan rendah, dapat menunjukkan tidak adanya hubungan antara pendidikan rendah ibu dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh, dimana anak yang memiliki ibu dengan pendidikan rendah akan berisiko 2 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang memiliki ibu dengan pendidikan tinggi (AOR=2,28, 95%CI=0,68-7,20).

5.3.2.1.19 Hubungan Pendidikan Ayah dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.27 berikut akan memperlihatkan pendidikan ayah dengan masalah psikososial anak. Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.27 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki ayah dengan pendidikan rendah sejumlah 3 responden (10,71%) dan anak dengan tidak

terganggu psikososial dan memiliki ayah dengan pendidikan tinggi sejumlah 244 responden (91,04%).

Tabel 5.27 Hubungan Pendidikan Ayah dengan Masalah Psikososial Anak

Pendidikan Ayah	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
Rendah	3	10,71	25	89,29	28	100	1,22 (0,34-4,33) 0,759	1,06 (0,29-3,85) 0,923
Tinggi	24	8,96	244	91,04	268	100	1	1
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,759$ pada tingkatan pendidikan rendah, dapat menunjukkan tidak adanya hubungan antara pendidikan rendah ayah dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh. Anak yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah akan berisiko 1 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang memiliki ayah dengan pendidikan tinggi (COR=1,22, 95%CI=0,34-4,33).

Selanjutnya pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh diperoleh $P=0,923$ pada tingkatan pendidikan rendah, dapat menunjukkan tidak adanya hubungan antara pendidikan rendah ayah dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh, dimana anak yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah akan berisiko 1 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang memiliki ayah dengan pendidikan tinggi (AOR=1,06, 95%CI=0,29-3,85).

5.3.2.1.20 Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.28 berikut akan memperlihatkan pekerjaan ibu dengan masalah psikososial anak. Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.28 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki ibu yang tidak bekerja sejumlah 25 responden (9,88%) dan anak yang tidak terganggu psikososial dan

memiliki ibu tidak bekerja sejumlah 228 responden (90,12%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,283$ pada ibu yang bekerja, hal ini menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara bekerjanya ibu dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh, dimana anak yang memiliki ibu yang bekerja merupakan faktor protektif terhadap gangguan psikososial dibandingkan ibu yang tidak bekerja ($COR=0,44$, $95\%CI=0,10-1,95$).

Tabel 5.28 Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Masalah Psikososial Anak

Pekerjaan Ibu	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	N	%		
Bekerja	2	4,65	41	95,35	43	100	0,44 (0,10-1,95), 0,283	0,50 (0,11- 2,22), 0,363
Tidak Bekerja	25	9,88	228	90,12	253	100	1	1
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Selanjutnya pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,363$ pada ibu yang bekerja, hal ini menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara bekerjanya ibu dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh, dimana anak yang memiliki ibu yang bekerja merupakan faktor protektif terhadap gangguan psikososial dibandingkan ibu yang tidak bekerja ($COR=0,50$, $95\%CI=0,11-2,22$).

5.3.2.1.21 Hubungan Pekerjaan Ayah dengan Masalah Psikososial Anak

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara variabel pekerjaan ayah dengan masalah psikososial anak dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan memiliki ayah yang tidak bekerja sejumlah 6 responden (100%) dan anak yang tidak terganggu psikososial dan memiliki ayah bekerja sejumlah 269 responden (92,76%). Kemudian anak yang terganggu psikososial dan memiliki ayah bekerja sejumlah 21 responden (7,24%).

5.3.2.1.22 Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Masalah Psikososial Anak

Tabel 5.29 berikut akan memperlihatkan penghasilan keluarga dengan masalah psikososial anak. Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 5.29 dapat dilihat bahwa anak yang memiliki gangguan psikososial dan dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar <Rp. 700.000 adalah sejumlah 6 anak (20,69%) dan anak yang tidak terganggu psikososial dan dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar Rp. 2.000.000 - 3.000.000 yaitu sejumlah 74 anak (98,67%). Pada uji statistik dengan nilai kemaknaan 95% dan $\alpha=0,05$ diperoleh $P=0,042$ pada kelompok penghasilan keluarga kurang dari Rp. 700.000 yang berarti menunjukkan adanya hubungan bermakna antara penghasilan orangtua kurang dari Rp. 700.000 dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar kurang dari Rp. 700.000 akan berisiko 4 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar lebih dari Rp. 3.000.000 (COR=4,6, 95%CI=1,0-20,03).

Tabel 5.29 Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Masalah Psikososial Anak

Penghasilan Keluarga	Masalah Psikososial Anak				Total		COR (95% CI), <i>P</i>	AOR (95% CI), <i>P</i>
	Terganggu		Tidak Terganggu					
	n	%	n	%	n	%		
>Rp. 3.000.000	3	5,36	53	94,64	56	100	1	1
Rp. 2.000.000 - 3.000.000	1	1,33	74	98,67	75	100	0,23 (0,02-2.35), 0,220	0,19 (0,01-1,97), 0,166
Rp. 1.500.000 - 1.999.999	6	8,45	65	91,55	71	100	1,6 (0,38-6,83), 0,503	1,05 (0,25-4,83), 0,945
Rp. 1.000.000 - 1.499.999	7	20,59	27	79,41	34	100	4,5 (1,09-19,13), 0,037	4,17, (0,97-17,82) 0,054
Rp. 700.000 - 999.999	4	12,90	27	87,10	31	100	2,6 (0,54-12,54), 0,229	1,85 (0,36-9,44), 0,455
<Rp. 700.000	6	20,69	23	79,31	29	100	4,6 (1,0-20,03), 0,042	3,78 (0,84-16,91), 0,082
Total	27	9,12	269	90,88	296	100		

Kemudian, juga diperoleh $P=0,229$ pada tingkatan penghasilan Rp. 700.000-999.999, $P=0,503$ pada tingkatan penghasilan Rp. 1.500.000-1.999.999, dan diperoleh $P=0,220$ pada tingkatan penghasilan Rp. 2.000.000-3.000.000 yang masing-masing tersebut dapat menunjukkan tidak adanya hubungan penghasilan keluarga baik Rp. 700.000-999.999, Rp. 1.500.000-1.999.999 maupun Rp. 2.000.000-3.000.000 dengan masalah psikososial pada anak di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh. Anak yang memiliki orangtua dengan penghasilan sebesar Rp. 700.000-999.999, Rp. 1.500.000-1.999.999 masing-masing akan meningkatkan risiko anak mengalami gangguan psikososial sebesar 2 kali ($COR=2,6$, $95\%CI=0,54-12,54$) dan 1 kali ($COR=1,63$, $95\%CI=0,38-6,83$) dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar lebih dari Rp. 3.000.000. Sedangkan anak yang memiliki orangtua dengan penghasilan sebesar Rp. 2.000.000-3.000.000 merupakan faktor protektif dari gangguan psikososial dibandingkan dengan dengan anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar lebih dari Rp. 3.000.000 ($COR=0,23$, $95\%CI=0,02-2,35$).

Selanjutnya pada model *adjusted* pada variabel usia anak maka diperoleh $P=0,082$ pada kelompok penghasilan keluarga kurang dari Rp. 700.000 yang berarti menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara penghasilan orangtua kurang dari Rp. 700.000 dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar kurang dari Rp. 700.000 anak akan berisiko hampir 4 kali untuk mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar lebih dari Rp. 3.000.000 ($AOR=3,78$, $95\%CI=0,84-16,91$).

Kemudian, juga diperoleh $P=0,455$ pada tingkatan penghasilan Rp. 700.000-999.999, $P=0,945$ pada tingkatan penghasilan Rp. 1.500.000-1.999.999, dan diperoleh $P=0,166$ pada tingkatan penghasilan Rp. 2.000.000-3.000.000 yang masing-masing tersebut dapat menunjukkan tidak adanya hubungan penghasilan keluarga baik Rp. 700.000-999.999, Rp. 1.500.000-1.999.999 maupun Rp. 2.000.000-3.000.000 dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh. Anak yang memiliki orangtua dengan penghasilan

sebesar Rp. 700.000-999.999, Rp. 1.500.000-1.999.999 masing-masing akan meningkatkan risiko anak mengalami gangguan psikososial hampir 2 kali (AOR=1,85, 95%CI=0,36-9,44) dan 1 kali (AOR=1,05, 95%CI=0,23-4,75) dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar lebih dari Rp. 3.000.000. Sedangkan anak yang memiliki orangtua dengan penghasilan sebesar Rp. 2.000.000-3.000.000 merupakan faktor protektif dari gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar lebih dari Rp. 3.000.000 (AOR=0,19, 95%CI=0,01-1,97).

5.3.2.2 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Skor PSC Masalah Psikososial

5.3.2.2.1 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor Biomedikal Anak dengan Skor PSC Masalah Psikososial

Tabel 5.30 berikut akan memperlihatkan hubungan pemberian ASI eksklusif dan faktor biomedikal anak dengan skor PSC masalah psikososial yang dilakukan kontrol pada variabel umur anak.

Tabel 5.30 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor Biomedikal Anak dengan Skor PSC Masalah Psikososial

No.	Variabel	Koefisien	95% CI	P
1	Status ASI Eksklusif Eksklusif Tidak Eksklusif	3,06	1,19 - 4,93	0,001
2	Status Gizi Gizi Baik Gizi Kurang Gizi Lebih	4,73 -0,71	1,66 – 7,81 -2,51 – 1,07	0,003 0,431
3	Morbiditas Anak Ada Tidak ada	8,55	4,66 – 12,44	0,0001
4	Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan	-1,32	-2,53 - -0,11	0,031

Berdasarkan tabel 5.30 menunjukkan bahwa koefisien untuk status ASI tidak eksklusif adalah +3,06 yang artinya anak yang tidak memiliki riwayat ASI eksklusif menaikkan 3,06 skor PSC. Secara statistik, anak yang tidak ASI eksklusif berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di

Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,001$). Koefisien untuk status gizi kurang yaitu +4,73 yang artinya anak yang status gizi kurang menaikkan 4,73 skor PSC. Secara statistik, anak yang status gizi kurang berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,003$). Sedangkan pada status gizi lebih didapatkan koefisien sebesar -0,71 yang artinya anak yang status gizi lebih menurunkan 0,71 skor PSC. Secara statistik, anak yang status gizi lebih tidak berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,431$).

Kemudian koefisien untuk adanya morbiditas anak yaitu +8,55 yang artinya anak yang memiliki morbiditas menaikkan 8,55 skor PSC. Secara statistik, anak yang memiliki morbiditas berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,0001$). Koefisien untuk status jenis kelamin perempuan yaitu -1,32 yang artinya anak yang berjenis kelamin perempuan menurunkan 1,32 skor PSC. Secara statistik, anak yang berjenis kelamin perempuan berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,031$).

5.3.2.2.2 Hubungan Faktor Hubungan Sosial dan Lingkungan dengan Skor PSC Masalah Psikososial

Tabel 5.31 berikut akan memperlihatkan hubungan faktor hubungan sosial dan lingkungan dengan Skor PSC yang dilakukan kontrol pada variabel umur anak.

Tabel 5.31 Hubungan Faktor Hubungan Sosial dan Lingkungan dengan Skor PSC Masalah Psikososial

No.	Variabel	Koefisien	95% CI	<i>P</i>
1	Kejadian Negatif Selama Anak Hidup Ada Tidak ada	11,20	9,01 – 13,39	0,0001
2	Stimulasi Lingkungan Baik Cukup Kurang	5,21 11,49	3,97 – 6,45 6,81 – 16,16	0,0001 0,0001
3	Sudah Bersekolah Bersekolah Tidak Bersekolah	3,42	1,92 – 4,92	0,0001

Berdasarkan tabel 5.31 menunjukkan bahwa koefisien untuk adanya kejadian negatif selama anak hidup adalah +11,20 yang artinya anak yang memiliki riwayat kejadian negatif selama anak hidup menaikkan 11,20 skor PSC. Secara statistik, anak yang memiliki riwayat kejadian negatif selama anak hidup berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,0001$). Koefisien untuk stimulasi lingkungan yang cukup yaitu +5,21 yang artinya anak yang memiliki stimulasi lingkungan yang cukup menaikkan 5,21 skor PSC. Secara statistik, anak yang memiliki stimulasi lingkungan yang cukup ($p=0,0001$) dan kurang ($p=0,0001$) berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh. Kemudian koefisien untuk anak yang tidak atau belum bersekolah adalah +3,42 yang artinya anak yang tidak atau belum bersekolah menaikkan 3,42 skor PSC. Secara statistik, anak yang tidak atau belum bersekolah berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,0001$).

5.3.2.2.3 Hubungan Faktor Kohesi Keluarga dengan Skor PSC Masalah Psikososial

Tabel 5.32 berikut akan memperlihatkan hubungan faktor kohesi keluarga dengan Skor PSC yang dilakukan kontrol pada variabel umur anak. Berdasarkan tabel 5.32 menunjukkan bahwa koefisien untuk *single parent* adalah +12,94 yang artinya anak yang dibesarkan oleh *single parent* menaikkan 12,94 skor PSC. Secara statistik, anak yang dibesarkan oleh *single parent* berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,0001$).

Koefisien untuk status mental depresi ibu jenis ringan yaitu +9,16 yang artinya anak yang dibesarkan oleh ibu yang mengalami depresi ringan menaikkan 9,16 skor PSC. Secara statistik, ibu yang mengalami depresi ringan berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,0001$). Koefisien untuk status mental kecemasan ibu jenis ringan yaitu +7,23 yang artinya anak yang dibesarkan oleh ibu yang mengalami kecemasan ringan menaikkan 7,23 skor PSC. Secara statistik, ibu yang mengalami

kecemasan ringan berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,019$). Koefisien untuk status mental stres ibu jenis ringan yaitu +10,07 yang artinya anak yang dibesarkan oleh ibu yang mengalami stres ringan menaikkan 10,07 skor PSC. Secara statistik, ibu yang mengalami stres ringan berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,0001$).

Tabel 5.32 Hubungan Faktor Kohesi Keluarga dengan Skor PSC Masalah Psikososial

No.	Variabel	Koefisien	95% CI	P
1	Status Keluarga Lengkap <i>Single Parent</i>	12,94	9,71 – 16,17	0,0001
2	Status Mental Ibu Depresi Normal Ringan	9,16	4,94 – 13,37	0,0001
	Kecemasan Normal Ringan	7,23	1,20 – 13,26	0,019
	Stres Normal Ringan	10,07	6,23 – 13,91	0,0001
3	Jumlah Saudara Kandung ≥ 1 Tidak ada	-1,58	-2,85 - -0,30	0,015
4	Pola Asuh Permisif Demokratis	-0,64	-2,15 – 0,86	0,400
	Otoriter	8,55	6,38 – 10,73	0,0001

Kemudian koefisien untuk anak yang tidak memiliki saudara kandung adalah -1,58 yang artinya anak yang tidak memiliki saudara kandung menurunkan 1,58 skor PSC. Secara statistik, anak yang tidak memiliki saudara kandung berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,015$). Koefisien untuk anak yang dibesarkan dengan pola asuh otoriter adalah +8,55 yang artinya anak yang dibesarkan dengan pola asuh otoriter menaikkan 8,55 skor PSC. Secara statistik, anak yang dibesarkan

dengan pola asuh otoriter berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,0001$).

5.3.2.2.4 Hubungan Faktor Keadaan Prenatal dan Post Partum dengan Skor PSC Masalah Psikososial

Tabel 5.33 berikut akan memperlihatkan hubungan faktor keadaan prenatal dan post partum dengan Skor PSC yang dilakukan kontrol pada variabel umur anak.

Tabel 5.33 Hubungan Faktor Keadaan Prenatal dan Post Partum dengan Skor PSC Masalah Psikososial

No.	Variabel	Koefisien	95% CI	P
1	Umur Ibu Saat Hamil ≥30 tahun <30 tahun	-2,30	-3,53 - -1,07	0,0001
2	Tempat Persalinan Rumah Sakit Negeri Rumah Sakit Swasta Rumah Bersalin/ Klinik/ Praktik Bidan	0,006 0,55	-1,51 – 1,52 -0,92 – 2,03	0,993 0,460
3	Pendidikan ASI Didapat Tidak didapat	-0,02	-4,05 – 4,00	0,990

Berdasarkan tabel 5.33 menunjukkan bahwa koefisien untuk anak yang lahir dari ibu yang mengandung pada usia kurang dari 30 tahun adalah -2,30 yang artinya anak yang lahir dari ibu yang mengandung pada usia kurang dari 30 tahun menurunkan 2,30 skor PSC. Secara statistik, anak yang lahir dari ibu yang mengandung pada usia kurang dari 30 tahun berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,0001$). Koefisien untuk anak yang dilahirkan di praktik rumah sakit swasta yaitu +0,006 yang artinya anak yang dilahirkan di praktik rumah sakit swasta menaikkan 0,006 skor PSC. Secara statistik, anak yang dilahirkan di praktik rumah sakit swasta tidak berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,993$).

Kemudian koefisien untuk kelompok anak yang ibunya tidak mendapatkan pendidikan atau informasi mengenai manfaat ASI adalah -0,02 yang artinya kelompok anak yang ibunya tidak mendapatkan pendidikan atau informasi mengenai manfaat ASI menurunkan 0,02 skor PSC. Secara statistik, kelompok anak yang ibunya tidak mendapatkan pendidikan atau informasi mengenai manfaat ASI tidak berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,990$).

5.3.2.2.5 Hubungan Faktor Status Sosial Ekonomi dengan Skor PSC Masalah Psikososial

Tabel 5.34 berikut akan memperlihatkan hubungan faktor status sosial ekonomi dengan Skor PSC yang dilakukan kontrol pada variabel umur anak.

Tabel 5.34 Hubungan Faktor Status Sosial Ekonomi dengan Skor PSC Masalah Psikososial

No.	Variabel	Koefisien	95% CI	P
1	Pendidikan Ibu Rendah Tinggi	1,72	-0,54 – 3,98	0,136
2	Pendidikan Ayah Rendah Tinggi	0,39	-1,69 – 2,47	0,712
3	Pekerjaan Ibu Bekerja Tidak Bekerja	0.06	-1,66 – 1,79	0,943
4	Pekerjaan Ayah Bekerja Tidak Bekerja	13,65	9,61 – 17,69	0,0001
5	Penghasilan Keluarga >Rp. 3.000.000			
	Rp. 2.000.000 - 3.000.000	-2,10	-3,88 - -0,32	0,021
	Rp. 1.500.000 - 1.999.999	0,55	-1,37 – 2,49	0,572
	Rp. 1.000.000 - 1.499.999	2,27	-0,08 – 4,47	0,042
	Rp. 700.000 - 999.999	1,06	-1,26 – 3,39	0,371
	<Rp. 700.000	2,87	0,56 – 5,18	0,015

Berdasarkan tabel 5.34 menunjukkan bahwa koefisien untuk anak yang memiliki ibu dengan pendidikan rendah adalah +1,72 yang artinya anak yang memiliki ibu dengan pendidikan rendah menaikkan 1,72 skor PSC. Secara statistik, anak yang memiliki ibu dengan pendidikan rendah ($p=0,136$), yang berarti tidak berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh. Koefisien untuk anak yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah adalah +0,39 yang artinya anak yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah menaikkan 0,39 skor PSC. Secara statistik, anak yang memiliki ayah dengan pendidikan rendah ($p=0,712$) berarti tidak berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh. Koefisien untuk anak yang memiliki ibu yang bekerja adalah +0,06 yang artinya anak yang memiliki ibu yang bekerja menaikkan 0,06 skor PSC. Secara statistik, anak yang memiliki ibu yang bekerja tidak berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,943$). Sedangkan, koefisien untuk anak yang memiliki ayah yang tidak bekerja adalah +13,65 yang artinya anak yang memiliki ayah yang tidak bekerja menaikkan 13,65 skor PSC. Secara statistik, anak yang memiliki ayah yang tidak bekerja berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,0001$).

Kemudian koefisien untuk anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar kurang dari Rp. 700.000, Rp. 700.000-999.999, Rp. 1.000.000-1.499.999, maupun Rp. 1.500.000-1.999.999 masing-masing sebesar +2,87, +1,06, +2,27, +0,51 yang artinya anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar kurang dari Rp. 700.000, 700.000-999.999, Rp. 1.000.000-1.499.999, maupun Rp. 1.500.000-1.999.999 masing-masing menaikkan 2,87, 1,06, 2,27, 0,51 skor PSC. Secara statistik, anak yang dibesarkan oleh keluarga yang jumlah penghasilan per bulannya sebesar Rp. 2.000.000 - 3.000.000 berhubungan signifikan dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,021$).

5.3.3 Hasil Analisis Data Multivariat

5.3.3.1 Uji Kelayakan Model Logistik Variabel Independen, *Adjusted Confounding* terhadap Variabel Masalah Psikososial Anak

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik berganda. Variabel independen yang layak dimasukkan ke dalam uji multivariat yaitu yang memiliki nilai $p < 0,25$. Berdasarkan tabel 5.35 terjadi model pertama uji regresi logistik yang mengikutsertakan adalah variabel dependen yaitu masalah psikososial, variabel independen yaitu status ASI eksklusif, kemudian di kontrol dengan variabel diantaranya faktor anak berupa status gizi anak, morbiditas anak, umur dan jenis kelamin anak serta faktor status sosial ekonomi berupa pendidikan ayah dan ibu, pekerjaan ayah dan ibu dan penghasilan keluarga. Pada model kedua merupakan tambahan dari model pertama dengan menambahkan faktor hubungan sosial dan lingkungan diantaranya adalah kejadian negatif selama anak hidup, stimulasi lingkungan, dan sudah bersekolah. Selanjutnya, pada model ketiga merupakan tambahan dari model kedua dengan tambahan beberapa variabel yang merupakan faktor kohesi keluarga berupa status keluarga, status mental ibu, jumlah saudara kandung, dan pola asuh. Kemudian pada model terakhir merupakan gabungan dari seluruh faktor yang terlibat mempengaruhi dari masalah psikososial anak baik berupa faktor anak, status sosial ekonomi, hubungan sosial dan lingkungan, kohesi keluarga, serta faktor keadaan prenatal dan post partum diantaranya umur ibu saat hamil, konsumsi alkohol dan merokok saat hamil, tempat persalinan, pendidikan ASI, dan berat badan lahir.

Pada model pertama didapatkan bahwa ASI eksklusif berhubungan signifikan terhadap masalah psikososial anak usia 4-6 tahun dimana pada model ini responden dengan tidak diberikan ASI eksklusif berisiko hampir 4 kali mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang mendapatkan ASI eksklusif pada usia 6 bulan pertama. Model kedua didapatkan bahwa ASI eksklusif masih berhubungan signifikan terhadap masalah psikososial anak dimana pada model ini responden

dengan tidak diberikan ASI eksklusif berisiko 4 kali mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang mendapatkan ASI eksklusif pada usia 6 bulan pertama. Berdasarkan tabel 5.35 juga menunjukkan bahwa terdapat variabel lain yang juga ikut mempengaruhi masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun, diantaranya ada variabel morbiditas anak yang berperan lebih besar daripada peran ASI eksklusif, yaitu pada responden yang memiliki morbiditas akan berisiko hampir 16 kali mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang tidak memiliki morbiditas. Pada model pertama ini hanya mampu menjelaskan 16,3% faktor yang berpengaruh terhadap masalah psikososial anak.

Kemudian pada model kedua yang menambah keterlibatan faktor hubungan sosial dan lingkungan dapat mengubah variabel yang dominan dalam mempengaruhi masalah psikososial anak, diantaranya yaitu ada variabel kejadian negatif selama anak hidup yang berperan lebih besar daripada variabel lain termasuk ASI eksklusif, dimana pada responden yang mengalami kejadian negatif selama anak hidup akan berisiko hampir 20 kali mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang tidak pernah mengalami kejadian negatif selama anak hidup. Pada model kedua ini hanya mampu menjelaskan 38,4% faktor yang berpengaruh terhadap masalah psikososial anak.

Selain itu pada model ketiga dan keempat juga didapatkan bahwa variabel kejadian negatif selama anak hidup yang berperan lebih besar daripada variabel lain termasuk ASI eksklusif, dimana pada model ketiga responden yang mengalami kejadian negatif selama anak hidup akan berisiko 13 kali dan pada model keempat responden yang mengalami kejadian negatif selama anak hidup akan berisiko hampir 13 kali mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang tidak pernah mengalami kejadian negatif selama anak hidup. Meskipun demikian, pada model ketiga dan keempat menggambarkan adanya hubungan antara ASI eksklusif dengan masalah psikososial anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh. Kemudian pada model keempat anak yang melibatkan seluruh variabel yang diteliti, didapatkan bahwa pada anak yang tidak diberikan ASI eksklusif berisiko 5 kali mengalami gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang mendapatkan ASI eksklusif. Pada model ketiga dan keempat masing-masing

hanya mampu menjelaskan 41,3% dan 42,7% faktor yang berpengaruh terhadap masalah psikososial anak.

Tabel 5.35 Hasil Uji Kelayakan Model Logistik Variabel Independen, *Adjusted Confounding* terhadap Variabel Masalah Psikososial Anak

Variabel	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
ASI Eksklusif	3.82	1.19-12.2	0.024	4.21	1.06-16.67	0.040	4.48	1.09-18.31	0.037	5.22	1.14-23.92	0.033
Status Gizi	1.20	0.61-2.35	0.587	1.16	0.51-2.66	0.712	1.12	0.46-2.75	0.791	1.35	0.54-3.38	0.517
Morbiditas Anak	15.78	2.52-98.52	0.003	1.54	0.12-18.86	0.734	1.46	0.07-30.28	0.807	1.94	0.08-45.13	0.678
Umur Anak	1.53	0.21-1.60	0.194	1.93	0.51-7.24	0.328	1.50	0.35-6.39	0.580	1.64	0.36-7.33	0.513
Jenis Kelamin	0.58	0.80-2.92	0.297	0.72	0.22-2.38	0.595	0.91	0.26-3.19	0.889	0.88	0.25-3.14	0.855
Kejadian Negatif Selama Anak Hidup				19.29	3.82-97.24	0.0001	13.98	2.24-87.35	0.005	13.67	2.17-86.10	0.005
Stimulasi Lingkungan				5.51	1.83-16.63	0.002	3.43	0.86-13.61	0.080	3.07	0.74-12.65	0.119
Sudah Bersekolah				0.61	0.04-7.84	0.706	1.00	0.05-17.46	0.998	1.50	0.06-32.80	0.795
Status Keluarga							6.34	0.27-147.76	0.250	9.39	0.36-242.51	0.177
Status Mental Depresi Ibu							2.60	0.13-49.53	0.524	2.65	0.14-49.61	0.514
Status Mental Kecemasan Ibu							2.25	0.05-87.28	0.664	1.69	0.03-75.16	0.785
Status Mental Stres Ibu							2.20	0.14-32.86	0.567	1.79	0.10-30.17	0.686
Jumlah Saudara Kandung							1.37	0.34-5.58	0.652	2.64	0.45-15.28	0.277
Pola Asuh							1.63	0.38-6.88	0.503	1.81	0.41-7.94	0.429
Umur Ibu Saat Hamil										0.32	0.06-1.69	0.182
Tempat Persalinan										1.20	0.53-2.71	0.649
Pendidikan tentang ASI										1.46	0.01-138.59	0.869
Pendidikan Ibu	2.45	0.47-12.59	0.281	3.48	0.52-22.95	0.195	3.16	0.36-27.09	0.294	4.50	0.46-43.92	0.195
Pendidikan Ayah	0.50	0.09-2.74	0.432	0.43	0.05-3.24	0.418	0.50	0.05-4.27	0.529	0.48	0.05-4.60	0.530
Pekerjaan Ibu	1.09	0.15-8.01	0.926	1.53	0.15-15.32	0.716	1.39	0.10-17.82	0.799	1.39	0.10-18.84	0.801
Penghasilan Keluarga	1.43	0.96-2.14	0.073	1.35	0.82-2.24	0.235	1.37	0.80-2.35	0.238	1.28	0.72-2.27	0.399
Pseudo R ²	0,1638			0,3845			0,4136			0,4267		

Selanjutnya berdasarkan analisa statistik multivariat dari berbagai model yang ada dalam analisis regresi logistik didapatkan bahwa variabel-variabel yang dikontrol selain variabel dependen dan independen dalam penelitian ini, maka didapatkan interpretasi bahwa variabel kejadian negatif selama anak hidup ($P=0,001$) merupakan variabel *confounding* atau pengganggu pada penelitian ini (perubahan nilai RR lebih dari 10%).

5.3.3.2 Uji Kelayakan Model Regresi Variabel Independen, *Adjusted Confounding* terhadap Variabel Skor PSC Masalah Psikososial

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik berganda. Variabel independen yang layak dimasukkan ke dalam uji multivariat yaitu yang memiliki nilai $p < 0,25$. Berdasarkan tabel 5.36 terjadi model pertama uji regresi logistik yang mengikutsertakan adalah variabel dependen yaitu skor PSC, variabel independen yaitu status ASI eksklusif dan variabel *confounding* yaitu faktor anak berupa status gizi anak, morbiditas anak, umur dan jenis kelamin anak serta faktor status sosial ekonomi berupa pendidikan ayah dan ibu, pekerjaan ayah dan ibu dan penghasilan keluarga. Pada model kedua merupakan tambahan dari model pertama dengan menambahkan faktor hubungan sosial dan lingkungan diantaranya adalah kejadian negatif selama anak hidup, stimulasi lingkungan, dan sudah bersekolah. Selanjutnya, pada model ketiga merupakan tambahan dari model kedua dengan tambahan beberapa variabel yang merupakan faktor kohesi keluarga berupa status keluarga, status mental ibu, jumlah saudara kandung, dan pola asuh. Kemudian pada model terakhir merupakan gabungan dari seluruh faktor yang terlibat mempengaruhi dari masalah psikososial anak baik berupa faktor anak, status sosial ekonomi, hubungan sosial dan lingkungan, kohesi keluarga, serta faktor keadaan prenatal dan post partum.

Pada model pertama didapatkan bahwa koefisien untuk status ASI tidak eksklusif adalah +1,80 yang artinya anak yang tidak memiliki riwayat ASI eksklusif menaikkan 1,80 skor PSC. Adapun koefisien yang paling besar berpengaruh yaitu pekerjaan ayah sebesar +11,77 dimana anak yang memiliki ayah yang tidak bekerja menaikkan 11,77 skor PSC. Secara statistik, anak yang tidak ASI eksklusif berhubungan signifikan dengan skor PSC pada anak usia 4-6 tahun di Kecamatan

Baiturrahman Banda Aceh ($p=0,041$). Pada model pertama ini hanya mampu menjelaskan 30,1% faktor yang berpengaruh terhadap masalah psikososial anak. Kemudian pada model kedua, variabel ASI eksklusif sedikit menunjukkan bahwa tidak ada hubungan dengan skor PSC dimana pada model kedua didapatkan koefisien untuk status ASI tidak eksklusif adalah +1,39 yang artinya anak yang tidak memiliki riwayat ASI eksklusif menaikkan 1,39 skor PSC. Meskipun demikian, variabel kejadian negatif merupakan variabel yang paling dominan dengan koefisien +5,43 yang artinya anak yang memiliki riwayat kejadian negatif selama anak hidup menaikkan 5,43 skor PSC. Pada model kedua ini hanya mampu menjelaskan 47,9% faktor yang berpengaruh terhadap masalah psikososial anak.

Selain itu pada model ketiga dan keempat juga didapatkan bahwa variabel kejadian negatif selama anak hidup yang berperan lebih besar daripada variabel lain termasuk ASI eksklusif, dimana pada model ketiga responden yang mengalami kejadian negatif selama anak hidup memiliki koefisien +5,23 yang artinya anak yang memiliki riwayat kejadian negatif selama anak hidup menaikkan 5,23 skor PSC. Sedangkan pada model keempat responden yang mengalami kejadian negatif selama anak hidup memiliki koefisien +5,29 yang artinya anak yang memiliki riwayat kejadian negatif selama anak hidup menaikkan 5,29 skor PSC.

Meskipun demikian, pada model keempat menggambarkan adanya hubungan signifikan antara ASI eksklusif dengan skor PSC anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh. Kemudian pada model keempat anak yang melibatkan seluruh variabel yang diteliti, didapatkan bahwa koefisien untuk status ASI tidak eksklusif adalah +1,59 yang artinya anak yang tidak memiliki riwayat ASI eksklusif menaikkan 1,59 skor PSC. Pada model ketiga dan keempat masing-masing hanya mampu menjelaskan 51,8% dan 52,9% faktor yang berpengaruh terhadap masalah psikososial anak.

Selanjutnya berdasarkan analisa statistik (perubahan nilai RR lebih dari 10%) didapatkan bahwa variabel-variabel yang dikontrol selain variabel dependen dan independen dalam penelitian ini, maka didapatkan interpretasi bahwa variabel kejadian negatif selama anak hidup ($P=0,001$) merupakan variabel *confounding* atau pengganggu pada penelitian ini.

Tabel 5.36 Hasil Uji Kelayakan Model Regresi Variabel Independen, *Adjusted Confounding* terhadap Skor PSC Masalah Psikososial

Variabel	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	Koefisien	95% CI	P	Koefisien	95% CI	P	Koefisien	95% CI	P	Koefisien	95% CI	P
ASI Eksklusif	1.80	0.07-3.54	0.041	1.39	-0.11-2.90	0.069	1.27	-0.21-2.77	0.094	1.59	0.07-3.11	0.039
Status Gizi	0.09	-0.70-0.88	0.821	0.04	-0.64-0.73	0.906	1.27	-0.74-0.62	0.868	0.07	-0.61-0.76	0.838
Morbiditas Anak	8.33	4.76-11.91	0.0001	3.46	0.10-6.83	0.043	2.66	-0.67-6.01	0.118	3.03	-0.31-6.37	0.076
Umur	1.20	-1.68-0.51	0.001	2.22	1.07-3.38	0.0001	1.99	0.84-3.15	0.001	1.98	0.83-3.13	0.001
Jenis Kelamin	-0.58	0.52-1.88	0.295	-0.40	-1.35-0.55	0.406	-0.19	-1.13-0.74	0.682	-0.19	-1.14-0.74	0.681
Kejadian Negatif Selama Anak Hidup				5.43	3.04-7.81	0.0001	5.23	2.51-7.96	0.0001	5.29	2.57-8.00	0.0001
Stimulasi Lingkungan				3.75	2.65-4.85	0.0001	2.72	1.54-3.91	0.0001	2.62	1.43-3.81	0.0001
Sudah Bersekolah				-2.29	-4.27-0.32	0.010	-1.95	-3.94-0.02	0.053	-1.74	-3.75-0.26	0.089
Status Keluarga							0.28	-3.76-4.32	0.891	0.69	-3.34-4.73	0.736
Status Mental Depresi Ibu							4.59	1.08-8.10	0.011	4.32	0.82-7.82	0.016
Status Mental Kecemasan Ibu							4.28	-0.43-9.01	0.075	4.59	-0.12-9.31	0.056
Status Mental Stres Ibu							3.73	0.30-7.17	0.033	3.53	0.11-6.96	0.043
Jumlah Saudara Kandung							-0.38	-1.39-0.62	0.452	0.15	-1.02-1.34	0.791
Pola Asuh							1.19	0.11-2.26	0.029	1.11	0.03-2.19	0.044
Umur Ibu Saat Hamil										-1.16	-2.31- -0.01	0.048
Tempat Persalinan										-0.39	-0.96-0.17	0.172
Pendidikan tentang ASI										-1.11	-4.26-2.02	0.484
Pendidikan Ibu	1.75	-0.78-4.28	0.174	2.25	0.03-4.46	0.046	1.76	-0.47-3.99	0.122	2.15	-0.11-4.41	0.063
Pendidikan Ayah	2.08	-0.39-4.55	0.099	3.29	1.06-5.53	0.004	3.18	0.95-5.40	0.005	3.12	0.90-5.35	0.006
Pekerjaan Ibu	1.57	-0.18-3.33	0.080	1.42	-0.11-2.95	0.069	1.10	-0.40-2.61	0.152	1.30	-0.23-2.84	0.096
Pekerjaan Ayah	11.77	7.76-15.78	0.0001	5.71	1.97-9.44	0.003	4.57	0.42-8.72	0.031	3.95	-0.21-8.11	0.063
Penghasilan Keluarga	0.82	0.36-1.28	0.0001	0.74	0.34-1.15	0.0001	0.68	0.28-1.08	0.001	0.67	0.26-1.07	0.001
R ²	0,3010			0,4795			0,5184			0,5291		

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian hanya mampu memprediksikan sebesar 52,9% faktor yang mempengaruhi masalah psikososial anak usia 4-6 tahun. Artinya masih ada variabel lain yang belum diteliti untuk menghasilkan suatu kesimpulan ideal.

6.2 Pembahasan Umum Penelitian

6.2.1 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Masalah Psikososial pada Anak

ASI eksklusif menawarkan nutrisi lengkap untuk bayi selama 6 bulan pertama kehidupan. Karena itu, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan *American Academy of Pediatrics* (AAP) merekomendasikan agar bayi hanya menerima ASI selama waktu ini untuk mencapai pertumbuhan, perkembangan, dan kesehatan yang optimal. Setelah itu, WHO dan AAP merekomendasikan untuk melanjutkan pemberian ASI yang dikombinasikan dengan makanan pendamping ASI hingga usia minimal 1 tahun.

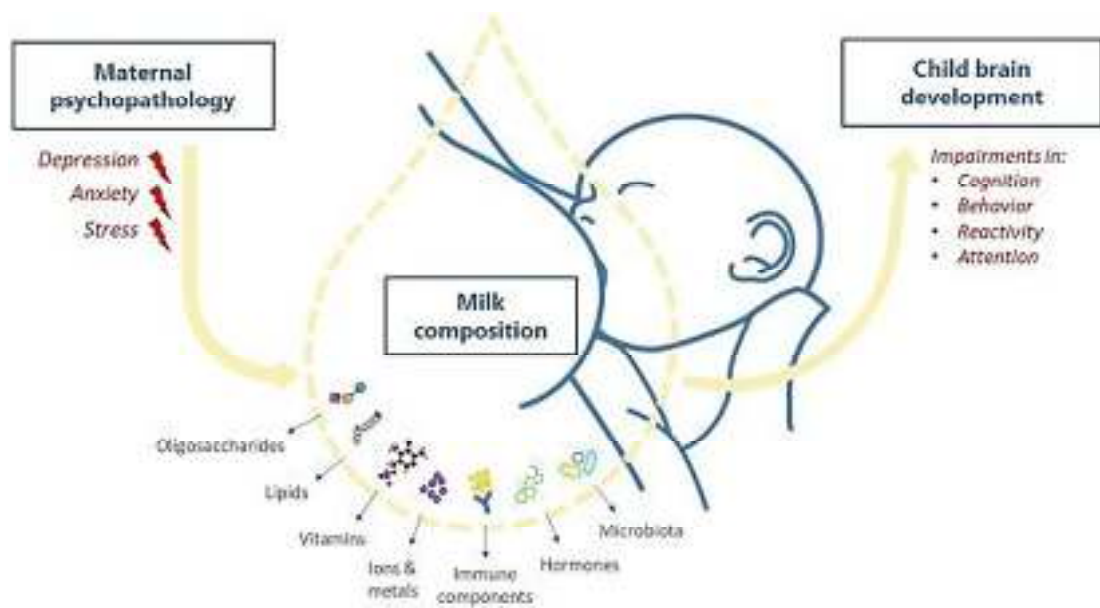
Menyusui memberikan manfaat kesehatan yang penting bagi ibu dan anak, bayi yang diberi ASI eksklusif memiliki tingkat kematian bayi, otitis media, dan infeksi gastrointestinal yang lebih rendah (Bowatte, 2015; Kramer, 2012; Sankar, 2015). Dampak menyusui pada kesehatan anak tampaknya bertahan, karena menyusui (dan durasi menyusui yang lebih lama) melindungi terhadap kelebihan berat badan dan obesitas pada anak-anak, meskipun ulasan dan meta-analisis menggambarkan korelasi seperti kecil (tetapi konsisten) dan sulit untuk dibuktikan, dengan penelitian yang diperlukan untuk lebih menjelaskan hubungan dari keduanya (Arenz, 2004; Beyerlein, 2011; Dewey, 2003; Harder, 2005; Horta, 2015; Lodge, 2015; Ryan, 2007; Wang, 2017). Hingga saat ini semakin banyak penelitian yang menunjukkan efek penting psikologis dari menyusui pada anak-

anak, termasuk salah satunya dampak pada perkembangan otak, kognitif, dan psikososial (Krol, 2018).

Hal ini juga sejalan dari penelitian pada anak di Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh, yang menunjukkan adanya hubungan antara masalah psikososial pada anak dengan menghasilkan P sebesar 0,022 dengan nilai OR sebesar 5,87 artinya kelompok yang tidak mendapatkan ASI eksklusif pada usia 6 bulan awal pertama berisiko hampir 6 kali mengalami gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang mendapatkan ASI eksklusif. Temuan lain pada penelitian ini, bahwa terdapat 261 anak (88,18%) yang mendapatkan ASI eksklusif, hal ini menarik sebab ditemukannya *gap* atau ada perbedaan jika dibandingkan persentase capaian ASI eksklusif nasional pada tahun 2019 sebesar 67,74%. Perbedaan tersebut juga sama terjadi di lokal Kota Banda Aceh, yang dilaporkan melalui Profil Kesehatan Kota Banda Aceh tahun 2020 sebesar 65%. Adanya selisih tersebut mengisyaratkan sebagai landasan baru dibandingkan penelitian lain yang menggambarkan lokasi penelitian berada di pusat kota dan dekat dengan layanan kesehatan.

Menyusui juga dapat melindungi ibu, dengan tingkat karsinoma payudara dan ovarium yang lebih rendah, diabetes tipe 2, dan depresi pascapersalinan (Chowdhury, 2015; Dias, 2015; Hahn-Holbrook, 2013; Ip, 2007). Namun, sebuah studi oleh Borra (2015) menunjukkan bahwa ada peningkatan risiko depresi pascapersalinan ketika wanita yang telah merencanakan untuk menyusui tidak melanjutkan menyusui, dan disimpulkan bahwa niat menyusui selama kehamilan dan kesehatan mental ibu selama kehamilan keduanya memediasi efek menyusui pada ibu yang depresi.

Banyak faktor yang mempengaruhi keputusan seorang wanita untuk memulai dan melanjutkan menyusui. Faktor sosial, seperti norma budaya dan sosial yang tidak mendukung, kekhawatiran tentang suplai ASI, dukungan keluarga dan sosial yang buruk, serta peraturan pekerjaan dan pengasuhan anak yang tidak mendukung, dapat menyulitkan banyak ibu untuk mencapai tujuan menyusui mereka (HHS, 2011).



Gambar 6.1 Manfaat pemberian ASI baik kepada anak maupun ibunya (Maria, 2020)

Perempuan kulit hitam secara tidak proporsional mengalami beberapa hambatan ini, seperti kembali bekerja segera setelah anak lahir, kurangnya informasi menyusui dari penyedia, dan kurangnya akses dalam hal dukungan menyusui (Johnson, 2015). Ibu kulit hitam juga mungkin tidak memiliki akses yang konsisten ke praktik suportif. Sebuah studi oleh Chapman dan Pérez-Escamilla (2012) tentang dukungan rumah sakit untuk mendukung program menyusui, hal ini menunjukkan bahwa fasilitas di daerah dengan proporsi penduduk kulit hitam yang dominan cenderung kurang memenuhi dan mendukung dari praktik menyusui dibandingkan dengan fasilitas rumah sakit yang terletak di daerah dengan persentase penduduk kulit hitam yang lebih sedikit. Praktik penyedia layanan kesehatan juga dapat menjelaskan penurunan tingkat menyusui di antara ibu kulit hitam, terutama sehubungan dengan dorongan dan informasi menyusui (Jones, 2015). Bagi ibu di masyarakat pedesaan, faktor-faktor seperti kemiskinan dan akses yang tidak memadai ke layanan kesehatan dan persalinan yang dibutuhkan dapat menjadi hambatan untuk menyusui, maka diperlukan program dan kebijakan yang mendukung bagi ibu yang berencana untuk menyusui (Pac, 2019).

6.2.2 Hubungan Faktor Anak Dengan Masalah Psikososial

Kondisi hidup sehat adalah faktor sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan yang membentuk peluang untuk kesehatan dan perkembangan anak yang optimal. Secara khusus, ini termasuk keamanan ekonomi, nutrisi dan ketahanan pangan, kondisi lingkungan, perumahan, dan paparan lingkungan. Kondisi kehidupan ini berinteraksi dengan berbagai tingkat model konseptual. Misalnya, gizi yang memadai dan ketahanan pangan mencakup perilaku individu, seperti menyusui.

Malnutrisi dapat berupa kurang gizi (kurangnya asupan makro dan/atau mikronutrien) dan/atau kelebihan berat badan/obesitas (asupan kalori berlebihan tetapi belum tentu cukup asupan makro dan mikro). Asupan makro dan mikronutrien yang tidak memadai selama periode kritis atau sensitif perkembangan dapat mengakibatkan efek perkembangan negatif di sepanjang perjalanan hidup, dan efek jangka panjangnya untuk lebih mungkin terjadi lebih awal masalah defisiensi nutrisi (Georgieff, 2015; Schwarzenberg, 2018). Pemenuhan nutrisi demi tercapainya status gizi merupakan hal yang esensial yang harus dipenuhi demi terjaganya proses pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal tidak terkecuali dengan kesehatan psikososial. Hal lain yang juga tidak kalah penting merupakan morbiditas anak artinya, anak dengan kecacatan atau mengalami penyakit kronis, akan mempengaruhi masalah psikososial anak, hal ini sejalan dengan penelitian-penelitian lainnya yang mengatakan masalah penyakit atau kelainan penyerta pada anak menjadi salah satu faktor yang menentukan masalah psikososial pada anak (Krol, 2018).

Komunitas adalah tempat dimana seorang anak tinggal, belajar, dan bermain. Dengan gagasan ini, masyarakat berfungsi sebagai landasan kesehatan di mana pengalaman dan perilaku dibentuk oleh kondisi di mana seorang anak hidup (NASEM, 2017). Kondisi yang membentuk komunitas atau lingkungan sangat penting untuk mendukung perilaku sehat dan menyediakan lingkungan yang aman bagi anak-anak.

Berdasarkan riset lain yang mengaitkan umur dan jenis kelamin dalam menentukan kesehatan psikososial, menunjukkan bahwa subkelompok tertentu

berisiko lebih tinggi terkena kekerasan berdasarkan demografi tertentu, seperti ras dan etnis, jenis kelamin, status sosial ekonomi, dan tingkat pendidikan orang tua. Penelitian juga menunjukkan bahwa anak-anak yang terkena satu insiden viktimisasi kekerasan kemungkinan besar akan terkena kekerasan lagi, termasuk bentuk-bentuk lain (Finkelhor, 2007 , 2009 ,2015). Meskipun asosiasi ini, hubungan antara karakteristik lingkungan dan hasil kesehatan adalah kompleks, membuat hubungan sebab akibat sulit dalam kajian literatur. Asosiasi dapat bervariasi berdasarkan karakteristik tingkat individu, seperti usia atau jenis kelamin (Meijer, 2013), dan mungkin cukup sensitif terhadap inklusi kovariat lain dalam model (Auchincloss, 2013; Blair,2014; Paczkowski, 2010). Seperti yang dinyatakan sebelumnya, juga sulit untuk memisahkan efek dari faktor-faktor yang cenderung mengelompok bersama atau secara sistematis hadir untuk populasi tertentu, seperti kualitas perumahan yang buruk, kemiskinan, dan paparan racun lingkungan (Paczkowski, 2010).

6.2.3 Hubungan Faktor Kohesi Keluarga Dengan Masalah Psikososial pada Anak

Perkiraan menunjukkan bahwa 10-20 persen ibu memiliki prevalensi depresi seumur hidup dan angka ini jauh lebih tinggi untuk ibu di rumah tangga berpenghasilan rendah. Karena kesenjangan sosial ekonomi dalam depresi ibu dan implikasinya terhadap perkembangan anak, depresi ibu dianggap sebagai faktor yang berkontribusi terhadap siklus kemiskinan antar generasi (Reeves, 2019).

Untuk anak-anak, konsekuensi dari depresi ibu termasuk gangguan perkembangan saraf dan biologis lainnya serta kesulitan psikologis dan perilaku. Depresi ibu pascamelahirkan secara khusus telah dikaitkan dengan jalur neurobiologis yang membentuk regulasi emosional, fungsi kognitif dan eksekutif, dan sistem respons stres fisiologis-semuanya merupakan fungsi dan sistem penting untuk memastikan perkembangan optimal (Drury, 2016). Pusat Perkembangan Anak di Universitas Harvard (2009) menerbitkan makalah tentang efek depresi ibu yang menunjukkan bahwa depresi kronis dapat bermanifestasi dalam dua jenis pola pengasuhan bermasalah yang mengganggu interaksi "melayani dan merespon" yang penting untuk perkembangan otak yang sehat seperti perilaku bermusuhan atau

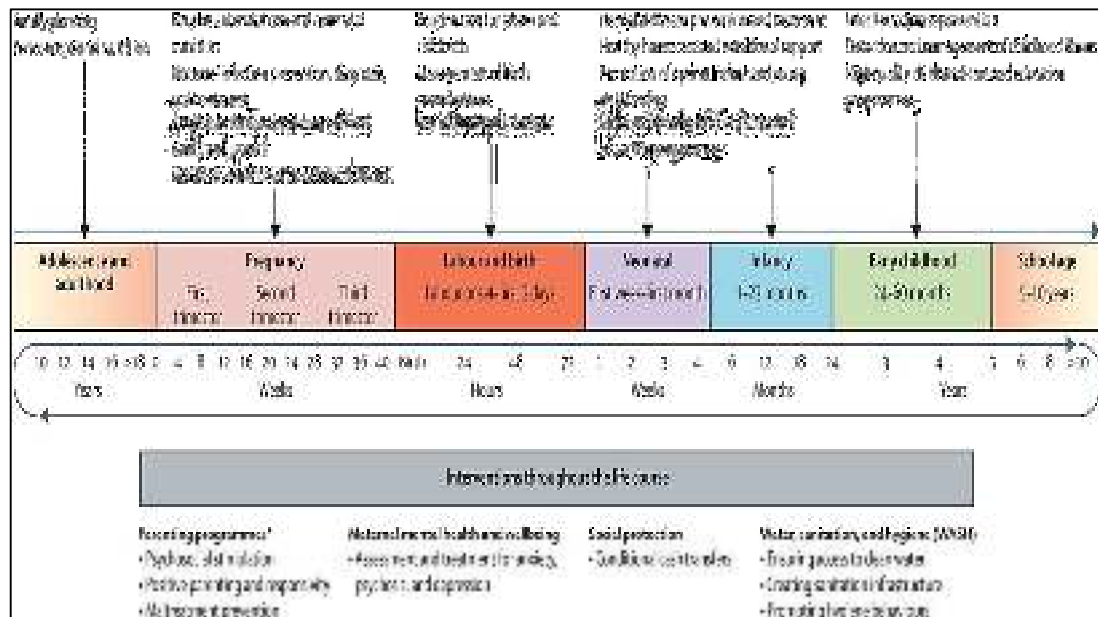
mengganggu, dan melepaskan diri atau menarik diri. Kemudian, anak-anak yang ibunya mengalami depresi di awal kehidupan anak dapat memiliki dampak yang bertahan lama pada arsitektur otak anak dan gangguan terus-menerus dari sistem respons stres dari anak tersebut. Disamping itu, depresi pada ibu selanjutnya juga dapat mempengaruhi perkembangan otak pada janin meskipun anak belum lahir.

Sementara ada bukti bahwa depresi ibu secara signifikan terkait dengan fungsi perilaku dan emosional anak-anak, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk lebih memahami efek moderasi untuk berbagai subkelompok anak-anak (Goodman, 2011). Adapun selain faktor status mental ibu, pola asuh menurut beberapa literatur menyampaikan didapatkan hubungan antara keduanya sebab dengan pola asuh yang otoriter akan mengurangi paparan anak untuk menstimulasi dunia luar, dan menghambat daya pikir kreatif anak. Hal ini selanjutnya yang mensinyalir cikal bakal dari keadaan psikososial yang buruk pada anak (Goodman, 2017).

6.2.4 Hubungan Faktor Keadaan Prenatal dan Post Partum Dengan Masalah Psikososial pada Anak

Hubungan di masa kanak-kanak awal membentuk dasar bagaimana anak-anak berinteraksi dengan lingkungan mereka dan individu lain di seluruh rentang kehidupan. Kesejahteraan orang tua merupakan penentu penting dari kesehatan anak dan hasil perkembangan; oleh karena itu, apa yang terjadi pada orang tua sebelum, selama, dan setelah kehamilan memiliki implikasi serius bagi anak. Kesehatan mental orang tua terkait erat dengan kesejahteraan anak dan ada bukti yang konsisten bahwa depresi ibu mengganggu perkembangan anak yang sehat (Goodman, 2017).

Ada aspek lain dari kesejahteraan orang tua yang bukti adanya hubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan anak (misalnya, alkohol orang tua atau penyalahgunaan zat atau penahanan) (Conners, 2004; Lieb, 2002; Luthar, 2007; Nichols, 2012; VanDeMark, 2005).



Gambar 6.2 Penerapan Teori *Developmental Origins of Health and Disease* Berdasarkan Target Intervensi Umur (Pia, 2016)

Dukungan sosial telah dihipotesiskan bermanfaat bagi hasil kelahiran baik dengan memoderasi atau menyangga stres kehamilan (atau tantangan kontekstual lainnya untuk kehamilan yang sehat) dan dengan memberikan pengaruh positif langsung pada kesehatan calon ibu. Isolasi sosial telah dikaitkan dengan apakah wanita menerima perawatan prenatal yang memadai (Heaman, 2018) dan dengan presentasi antenatal yang terlambat (yaitu, akses yang tertunda ke perawatan antenatal) dan hasil janin yang buruk (Kapaya, 2015), sementara dukungan sosial yang lebih baik telah dikaitkan dengan berat lahir yang lebih tinggi dan skor Apgar saat lahir yang lebih baik, tentu hal ini dapat mengurangi risiko depresi ibu (Uebelacker, 2013), dan meningkatkan pertumbuhan janin. Namun, studi tentang intervensi yang ditujukan untuk meningkatkan dukungan sosial bagi wanita hamil belum terbukti efektif (Lu, 2005).

6.2.5 Hubungan Faktor Hubungan Sosial dan Lingkungan Dengan Masalah Psikososial pada Anak

Keadaan pada masa kanak-kanak adalah awal membentuk dasar bagaimana anak-anak berinteraksi dengan lingkungan mereka dan individu lain di seluruh rentang kehidupan. Kesejahteraan orang tua merupakan penentu penting dari kesehatan anak dan hasil perkembangan yang sehat dan optimal (Goodman, 2017).

Secara umum, kekerasan dan penelantaran anak menurut CDC, 2019 dikelompokkan menjadi empat jenis yaitu penelantaran dan kekerasan fisik, seksual, dan emosional. Kekerasan fisik adalah penggunaan kekuatan fisik yang disengaja yang dapat mengakibatkan kerusakan fisik. Contohnya termasuk memukul, menendang, menggoncang, membakar, atau unjuk kekuatan lainnya terhadap seorang anak. Pelecehan seksual melibatkan menekan atau memaksa anak untuk melakukan tindakan seksual. Ini termasuk perilaku seperti cumbuan, penetrasi, dan mengekspos anak untuk aktivitas seksual lainnya. Pelecehan emosional mengacu pada perilaku yang membahayakan harga diri atau kesejahteraan emosional anak. Contohnya termasuk menyebut nama, mempermalukan, penolakan, menahan cinta, dan mengancam. Kemudian, pengabaian adalah kegagalan untuk memenuhi kebutuhan dasar fisik dan emosional anak. Kebutuhan ini meliputi tempat tinggal, makanan, pakaian, pendidikan, dan akses ke perawatan medis.

Di Amerika Serikat, penganiayaan anak tidak hanya merugikan kesehatan dan kesejahteraan anak-anak, tetapi juga merugikan negara. Data dari tahun 2008 menunjukkan bahwa total biaya ekonomi seumur hidup yang terkait dengan pelecehan dan penelantaran anak berjumlah sekitar 124 miliar dollar (Fang, 2012). Anak-anak yang hidup dalam kemiskinan secara tidak proporsional terkena pelecehan dan penelantaran anak dan mengalami lima kali risiko pelecehan atau penelantaran anak sebagai anak-anak dari status sosial ekonomi yang lebih tinggi rumah tangga (Sedlak, 2010). Penting untuk dicatat bahwa perbedaan dalam penganiayaan anak telah dikaitkan dengan faktor sosial, lingkungan, atau ekonomi lainnya, menunjukkan perlunya pendekatan multilevel untuk mencegah penganiayaan (Fortson, 2016; Gilbert, 2009).

Penganiayaan anak memiliki pengaruh yang luas dan berbahaya pada banyak aspek perkembangan dan anak-anak yang terpapar pada jenis penganiayaan tertentu sering kali terpapar pada orang lain (Gilbert, 2009). Paparan pelecehan dan penelantaran anak memiliki konsekuensi serius bagi perkembangan biologis, perilaku, kognitif, dan emosional anak (Cicchetti, 2017). Hubungan antara pelecehan dan penelantaran anak dan hasil fisiologis, psikologis, dan perilaku telah didokumentasikan dengan baik di seluruh literatur perkembangan anak, dan

tinjauan komprehensif diterbitkan dalam laporan *Institute of Medicine* (IOM) 2014 dan *National Research Council* (NRC) dalam penelitian pelecehan dan pengabaian anak.

Anak-anak yang dilecehkan dan diabaikan menunjukkan kesulitan perilaku dan emosional yang konsisten dengan efek pada amigdala, seperti masalah internalisasi, kecemasan yang meningkat dan reaktivitas emosional, dan defisit dalam pemrosesan emosional. Meskipun bukti campuran mengenai perubahan struktural di korteks prefrontal, sejumlah penelitian menunjukkan bahwa penyalahgunaan dan pengabaian terkait dengan perubahan fungsional di korteks prefrontal dan daerah otak yang terkait, sering mempengaruhi kontrol penghambatan. Pelecehan dan pengabaian memiliki efek mendalam pada aspek tertentu dari perkembangan kognitif anak-anak. Meskipun banyak upaya telah dilakukan untuk menguraikan efek penyalahgunaan dan pengabaian, keseimbangan temuan menunjukkan bahwa pengabaian yang parah dapat mengganggu perkembangan fungsi eksekutif, dan pengabaian dan penyalahgunaan meningkatkan risiko masalah regulasi perhatian dan defisit perhatian/hiperaktivitas. gangguan, IQ rendah, dan kinerja sekolah yang lebih buruk. Anak-anak yang mengalami pelecehan atau penelantaran telah ditemukan berada pada risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan masalah perilaku eksternalisasi, termasuk gangguan menentang oposisi, gangguan perilaku, dan perilaku agresif. Anak-anak yang dilecehkan dan terabaikan juga telah ditemukan pada peningkatan risiko untuk masalah internalisasi, terutama depresi, di masa kanak-kanak, remaja, dan dewasa.

Sejumlah penelitian telah menemukan peningkatan tingkat *post-traumatic stress disorder* (PTSD) di antara individu dengan riwayat pelecehan dan penelantaran. PTSD telah dikaitkan dengan masalah fisik, kognitif, psikologis, sosial, dan perilaku di kalangan remaja yang dilecehkan atau diabaikan di masa kanak-kanak. Pengalaman pelecehan dan penelantaran anak memiliki efek pada banyak hasil kesehatan, termasuk risiko penyakit kronis dan melemahkan jangka panjang dan, dalam kasus ekstrim, pertumbuhan terhambat. Pengalaman pelecehan dan penelantaran di masa kanak-kanak memiliki efek besar pada kenakalan, kekerasan, dan upaya bunuh diri di masa remaja dan dewasa. Remaja dan orang dewasa

dengan riwayat pelecehan dan penelantaran anak memiliki tingkat penyalahgunaan alkohol dan alkoholisme yang lebih tinggi daripada mereka yang tidak memiliki riwayat pelecehan dan penelantaran, meskipun hubungan ini paling sering ditemukan pada wanita. Tidak semua anak yang mengalami pelecehan atau penelantaran menunjukkan hasil yang bermasalah. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketahanan di antara anak-anak yang dilecehkan dan diabaikan telah diidentifikasi pada tingkat individu anak, keluarga, dan konteks sosial anak yang lebih luas. Faktor-faktor ini, bersama dengan risiko dan stresor di setiap tingkat, berinteraksi satu sama lain untuk memprediksi hasil yang tangguh. Waktu, kronisitas, dan tingkat keparahan pelecehan dan penelantaran anak, serta konteks di mana mereka terjadi, telah terbukti berdampak pada hasil yang terkait.

Dalam beberapa literatur, koneksi sosial sejawat merupakan salah satu faktor yang berperan dalam menentukan masalah psikososial anak. Bagi anak-anak, sumber koneksi sosial seperti sudah bersekolah yang penting adalah kelompok sebaya tempat mereka berinteraksi. Setelah pengalaman dengan pengasuh utama dan anggota keluarga, teman sebaya adalah hubungan interpersonal yang paling dekat untuk anak-anak. Melalui hubungan dan interaksi teman sebaya, anak-anak kecil belajar dan memperkuat gagasan tentang interaksi timbal balik. Misalnya, anak kecil belajar bagaimana berbagi, bergiliran, dan memberi dan menerima dari interaksi dengan anak kecil lainnya. Dari pengalaman tersebut, mereka juga dapat belajar untuk menafsirkan dan memperhitungkan kebutuhan dan keinginan orang lain serta mengelola impuls mereka sendiri. Sejak dini, interaksi teman sebaya dapat memiliki efek positif dan/atau negatif pada kesehatan mental, perilaku, dan emosional anak (National Scientific Council on the Developing Child, 2004).

6.2.6 Hubungan Faktor Status Sosial Ekonomi Dengan Masalah Psikososial pada Anak

Status sosial ekonomi dari sebuah keluarga merupakan sebuah konstruksi yang sering diukur dengan menggunakan pendapatan, pekerjaan, dan pendidikan, merupakan penentu sosial yang penting untuk kesehatan dan kesejahteraan anak. Bagi anak-anak, status sosial ekonomi tidak hanya mencerminkan pendapatan rumah tangga tetapi juga

Kemiskinan dapat didefinisikan secara luas sebagai kurangnya sumber daya keuangan atau harta benda untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti tempat tinggal, makanan, dan pakaian. Kemiskinan, pendapatan, dan kekayaan dianggap sebagai penentu kesehatan, dan ada dasar literatur yang kuat yang menghubungkan pendapatan dan kekayaan dengan indikator kesehatan utama, seperti harapan hidup, risiko penyakit kronis, dan perilaku yang meningkatkan kesehatan (misalnya aktivitas dan makan sehat) (Chetty, 2016; Woolf, 2015). Kemiskinan merupakan konstruksi multidimensi yang memiliki banyak implikasi terhadap kondisi kehidupan dan lingkungan yang membentuk kesehatan dan pembangunan.

Bagi anak-anak, hidup dalam kemiskinan dikaitkan dengan hasil kesehatan dan perkembangan yang negatif. Penelitian yang ada menunjukkan setidaknya dua jalur dimana hidup dalam kemiskinan dapat mempengaruhi hasil anak (Evans, 2004). Yang pertama adalah melalui akses ke sumber daya dan layanan material (misalnya, perumahan yang aman, nutrisi, olahraga, perawatan kesehatan) (Braveman, 2018; Johnson, 2016 ; Woolf, 2015). Yang kedua adalah melalui stres psikososial (misalnya, ketegangan pekerjaan orang tua, paparan kekerasan, ketidakstabilan perumahan, kerawanan pangan) (Braveman, 2018; Johnson, 2016; Lefmann, 2014). Konvergensi faktor-faktor ini membentuk kondisi kehidupan awal, yang dapat menyebabkan paparan risiko kumulatif bagi mereka yang hidup dalam kemiskinan. Oleh karena itu, pendapatan dan kemiskinan dapat dikonseptualisasikan sebagai penentu hulu dari banyak faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan.

Studi kembar menawarkan bukti kuat lainnya; satu penelitian terhadap 3.738 pasangan kembar sesama jenis menemukan bahwa deprivasi lingkungan memiliki hubungan dalam-pasangan yang signifikan dengan depresi setelah disesuaikan dengan indikator sosial ekonomi individu dan faktor lainnya (Cohen-Cline, 2018). Ada banyak bukti asosiasional yang menghubungkan lingkungan ekonomi lingkungan dengan depresi (Paczkowski, 2010) dan penyakit kronis lainnya (Pikett, 2001). Meskipun ada bukti yang menghubungkan kemiskinan tingkat lingkungan dan hasil kelahiran, mekanisme hubungan ini masih belum jelas; salah satu teorinya adalah beban alostatik akibat stres (Lefmann, 2014; Wallace,

2013). Wallace dkk (2013) menemukan bahwa sementara ibu Afrika-Amerika yang tinggal di lingkungan miskin memiliki beban alostatik lebih tinggi daripada ibu kulit putih, beban alostatik tidak terkait dengan kelahiran prematur atau BBLR setelah memperhitungkan ras, status sosial ekonomi lingkungan, pendidikan ibu, usia ibu saat itu, kelahiran, dan merokok selama kehamilan, antara lain. Kurangnya hubungan antara beban allostatik ini dan kehamilan juga ditemukan dalam penelitian lain (Morrison, 2013). Namun demikian, wanita Afrika-Amerika yang tinggal di lingkungan miskin lebih dari lima kali lebih mungkin untuk memiliki bayi BBLR dan melahirkan prematur dibandingkan wanita kulit putih di lingkungan miskin. Hubungan disparitas rasial antara kerugian lingkungan dan BBLR dan kelahiran prematur juga ditemukan dalam tinjauan sistematis dan meta-analisis studi berbasis populasi (Ncube, 2016). Margerison-Zilko (2015) menekankan bahwa ini bukan hanya tentang tinggal di lingkungan miskin yang terkait dengan kelahiran prematur tetapi lamanya waktu yang dihabiskan di lingkungan dengan sumber daya rendah dan tingkat kemiskinan tinggi. Dalam tinjauan sistemik dan meta-analisis mereka yang memeriksa hubungan antara segregasi perumahan dan hasil kelahiran yang merugikan, Mehra (2017) menemukan bahwa ibu kulit hitam yang tinggal di lingkungan terpisah memiliki risiko BBLR tertinggi dan beberapa hasil kelahiran yang merugikan.

Selanjutnya, bukti menunjukkan bahwa tingkat pencapaian pendidikan pengasuh/orang tua yang lebih tinggi dikaitkan dengan hasil pendidikan anak yang positif (misalnya, kesiapan sekolah, prestasi pendidikan), hasil kesehatan fisik (misalnya, tingkat BBLR), dan perilaku kesehatan (misalnya, tingkat merokok dan pesta makan berlebihan). Penelitian menunjukkan bahwa pencapaian pendidikan pengasuh/orang tua juga dapat berfungsi sebagai faktor pelindung untuk hasil di masa kanak-kanak, remaja, dan dewasa (Dubow, 2009).

Tingkat pencapaian pendidikan ibu yang lebih tinggi, khususnya, telah dikaitkan dengan peningkatan kesehatan dan kesejahteraan anak-anak (Cutler, 2006). Sebaliknya, rendahnya tingkat pencapaian pendidikan ibu telah ditemukan secara signifikan terkait dengan negatif hasil bayi dan anak. Bayi yang ibunya tidak tamat sekolah menengah diketahui memiliki risiko kematian dua kali lipat sebelum

ulang tahun pertama dibandingkan dengan ibu yang tamat perguruan tinggi (Egarter, 2011; Mathews, 2007). Pendidikan sering disebut-sebut sebagai pintu gerbang menuju kemakmuran atau memastikan stabilitas bagi keluarga dan anak-anak. Pencapaian pendidikan berkorelasi dengan hasil kesehatan (NASEM, 2017). Studi menunjukkan bahwa individu dengan pendidikan lebih cenderung memiliki stabilitas ekonomi dan hasil kesehatan yang lebih baik (Heckman, 2018).

Beberapa bukti menunjukkan hubungan langsung antara ayah dan hasil masa kanak-kanak tertentu. Misalnya, penelitian menunjukkan bahwa pendidikan dan dukungan ayah membentuk bahasa dan perkembangan kognitif pada anak-anak (Cabrera, 2007). Selanjutnya, berbagai tingkat keterlibatan ayah atau keterhubungan dengan anak-anak dikaitkan dengan pengaturan diri yang berbeda dan agresi pada anak-anak (Vogel, 2006). Satu studi bahkan menemukan bahwa hubungan ayah-anak yang positif, seperti yang dilaporkan oleh ayah, melindungi dari cedera anak (Schwebel, 2010). Dalam hal kesejahteraan ayah, depresi ayah telah dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan penelantaran anak (Lee, 2012).

Bukti lain menunjukkan jalur tidak langsung di mana ayah dapat memengaruhi kesejahteraan anak-anak mereka-melalui ibu mereka. Kualitas hubungan yang buruk antara ayah dan ibu berhubungan dengan gejala depresi, stres, penggunaan narkoba, dan merokok di antara ibu berpenghasilan rendah. Penelitian lain menunjukkan bahwa keterlibatan ayah memiliki hubungan positif dengan perilaku kesehatan ibu (misalnya, mencari perawatan prenatal pada trimester pertama, tidak minum minuman keras, penggunaan narkoba, dan merokok) (Teitler, 2001). Akhirnya, ayah dapat mendukung kesejahteraan ibu dan hasil kelahiran. Bagi ibu, hubungan yang mendukung dengan ayah dapat memiliki efek penyangga pada depresi ibu dan kelahiran prematur (Giurgescu, 2018).

6.3 Pembahasan Khusus Penelitian

6.3.1 Variabel Paling Dominan Berhubungan Dengan Masalah Psikososial pada Anak 4-6 Tahun di Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh

Hasil akhir analisis multivariat menunjukkan variabel kejadian negatif selama anak hidup merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan masalah psikososial pada anak umur 4-6 tahun. Dengan demikian, kejadian negatif selama anak hidup perlu mendapat perhatian yang sangat serius terutama dari pihak keluarga, dan pengasuh anak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak dengan riwayat kejadian negatif selama anak hidup memiliki risiko 22 kali terkena gangguan psikososial dibandingkan dengan anak yang tidak memiliki riwayat kejadian negatif selama hidup.

Hasil tersebut menjelaskan bahwa perlu adanya tindakan pencegahan guna melindungi anak terkait hal-hal negatif yang bisa saja dapat mengancam anak. Kejadian negatif tersebut dapat berupa kecelakaan, kekerasan, pelecehan, pengabaian, bahkan musibah yang dialami oleh keluarganya. Perlu adanya kesadaran orangtua dan pengasuh yang baik mengenai peluang kejadian negatif tersebut yang akan menimpa anaknya, dengan demikian upaya pencegahan baik pada sebelum kejadian, bahkan setelah kejadian yang tidak dielakkan dapat membantu dalam menyokong pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

Peran pengurangan kejadian negatif atau buruk di lingkungan anak tidak sepenuhnya menjadi tugas dari keluarga dari anak itu sendiri. Perlu keterlibatan dari *stake holder* baik tingkat pemerintahan Kota Banda Aceh maupun Provinsi guna menyediakan dan menyukseskan program lingkungan ramah anak. Dengan kesadaran baik dari keluarga sebagai sumber primer interaksi anak, peran *stake holder* sebagai pemberi kebijakan, diharapkan status kesehatan psikososial anak terus membaik serta hal ini harus selalu menjadi sorotan dan perhatian guna mengurangi prevalensi gangguan kesehatan mental yang terus meningkat, sebagai upaya pencegahan yang dilakukan sejak usia dini sekaligus membantu mengurangi beban negara akibat dampak jangka panjang dari masalah tersebut.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dengan judul analisis hubungan pemberian ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh, maka dapat diambil kesimpulan diantaranya sebagai berikut.

1. Gambaran persentase anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh yang telah mendapatkan pemberian ASI eksklusif sebanyak 261 anak (88,18%), sedangkan anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif pada usia enam bulan pertama awal kehidupan adalah sebanyak 35 anak (11,82%).
2. Gambaran persentase anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh yang memiliki gangguan psikososial adalah sebanyak 27 anak (9,12%), sedangkan anak yang tidak memiliki gangguan psikososial adalah sebanyak 269 anak (90,89%).
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara ASI eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh dimana anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dapat berisiko 5 kali untuk mengalami gangguan psikososial dibandingkan anak yang mendapatkan ASI eksklusif pada usia 6 bulan pertama.
4. Determinan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Baiturrahman Banda Aceh paling besar dipengaruhi oleh kejadian negatif selama anak hidup.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini dan memperoleh beberapa kesimpulan seperti yang dijelaskan sebelumnya, maka peneliti menyarankan dengan rincian sebagai berikut:

1. Perlu adanya peran serta keluarga dan puskesmas dalam mengaktualisasikan peran ASI dalam awal kehidupan anak serta *monitoring* secara berkala melalui *home visit* pada ibu yang memiliki anak sebagai sarana pencegahan masalah psikososial dan menyokong pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal.
2. Puskesmas Baiturrahman Kota Banda Aceh perlu mengoptimalkan kembali program pemeriksaan kesehatan psikososial pada anak usia pra-sekolah secara berkala.
3. Pemerintah Kota Banda Aceh perlu mengoptimalkan kembali program lingkungan ramah anak sebagai upaya preventif untuk mengurangi kejadian negatif selama anak hidup yang merupakan salah satu faktor risiko dari gangguan psikososial anak.
4. Keluarga dan pengasuh perlu untuk sadar dan paham mengenai risiko atau peluang kejadian negatif yang mungkin akan menimpa anaknya dalam menyokong pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriana Lukmasari F.H., **Hubungan antara Gangguan Tidur dengan Gangguan Mental Emosional Anak Usia 4-6 Tahun di Semarang**, *Sari Pediatri*, 2017.
- Ameilia. **Hubungan asupan zat gizi (energi, protein, besi dan seng), stunting dan stimulasi lingkungan dengan status motorik anak usia 3-6 Tahun di paud wilayah Binaan Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama Tahun 2014**, *UIN Syarif Hidayatullah Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan*, 2014.
- Arenz, S., R. Ruckerl, B. Koletzko, and R. von Kries. **Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review**. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 28(10):1247–1256, 2004.
- Auchincloss, A. H., M. S. Mujahid, M. Shen, E. D. Michos, M. C. Whitt-Glover, and A. V. Diez Roux. **Neighborhood health-promoting resources and obesity risk (the Multi-ethnic Study of Atherosclerosis)**. *Obesity* 21(3):621–628, 2013.
- Beyerlein, A., and R. von Kries. **Breastfeeding and body composition in children: Will there ever be conclusive empirical evidence for a protective effect against overweight?** *American Journal of Clinical Nutrition* 94(6 Suppl):1772s–1775s, 2011.
- Blair, A., N. A. Ross, G. Gariepy, and N. Schmitz. **How do neighborhoods affect depression outcomes? A realist review and a call for the examination of causal pathways**. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49(6):873–887, 2014.
- Bloch, J. R., D. A. Webb, L. Mathews, E. F. Dennis, I. M. Bennett, and J. F. Culhane. **Beyond marital status: The quality of the mother-father relationship and its influence on reproductive health behaviors and outcomes among unmarried low income pregnant women**. *Maternal & Child Health Journal* 14(5):726–734, 2010.
- Borra, C., M. Iacovou, and A. Sevilla. **New evidence on breastfeeding and postpartum depression: The importance of understanding women's intentions**. *Maternal and Child Health Journal* 19(4):897–907, 2015.
- Bowatte, G., R. Tham, K. J. Allen, D. J. Tan, M. X. Z. Lau, X. Dai, and C. J. Lodge. **Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis**. *Acta Paediatrica* 104(S467):85–95, 2015.
- Braveman, P., J. Acker, E. Arkin, J. Bussel, K. Wehr, and D. Proctor. **Early childhood is critical to health equity**. *Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation*, 2018.
- Bronfenbrenner, U. **Ecological systems theory**. In R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187–249). *Jessica Kingsley Publishers*, 1992.

- Cabrera, N. J., J. D. Shannon, and C. S. Tamis-LeMonda. **Fathers' influence on their children's cognitive and emotional development: From toddlers to pre-K.** *Applied Developmental Science* 11(4):208–213, 2007.
- CDC. **Preventing child abuse and neglect,** 2019. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CAN-factsheet.pdf>
- CDC. **Breastfeeding practices and policies.** n.d.-b. <https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/state-local-programs/health-equity-guide/pdf/health-equity-guide/Health-EquityGuide-sect-3-5.pdf>
- Chapman, D. J., and R. Pérez-Escamilla. **Breastfeeding among minority women: Moving from risk factors to interventions.** *Advances in Nutrition* 3:95–104, 2012.
- Chetty, R., M. Stepner, S. Abraham, S. Lin, B. Scuderi, N. Turner, A. Bergeron, and D. Cutler. **The association between income and life expectancy in the United States, 2001–2014.** *JAMA* 315(16):1750–1766, 2016
- Chundrayetti E F.D., Semiarty R, **Hubungan Pemberian ASI dengan Tumbuh Kembang Bayi Umur 6 Bulan di Puskesmas Nanggalo,** *J FK Unand*, 2014.
- Chowdhury, R., B. Sinha, M. J. Sankar, S. Taneja, N. Bhandari, N. Rollins, R. Bahl, and J. Martines. **Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis.** *Acta Paediatrica* 104(467):96–113, 2015.
- Cicchetti, D., and E. D. Handley. **Methylation of the glucocorticoid receptor gene, nuclear receptor subfamily 3, group c, member 1 (NR3C1), in maltreated and nonmaltreated children: Associations with behavioral undercontrol, emotional lability/negativity, and externalizing and internalizing symptoms.** *Development and Psychopathology* 29(5):1795–1806, 2017.
- Cohen-Cline, H., S. A. A. Beresford, W. E. Barrington, R. L. Matsueda, J. Wakefield, and G. E. Duncan. **Associations between neighbourhood characteristics and depression: A twin study.** *Journal of Epidemiology and Community Health* 72(3):202–207, 2018.
- Conners, N. A., R. H. Bradley, L. W. Mansell, J. Y. Liu, T. J. Roberts, K. Burgdorf, and J. M. Herrell. **Children of mothers with serious substance abuse problems: An accumulation of risks.** *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 30(1):85–100, 2004.
- Dewey, K. G. **Is breastfeeding protective against child obesity?** *Journal of Human Lactation* 19(1):9–18, 2003.
- Dias, C. C., and B. Figueiredo. **Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature.** *Journal of Affective Disorders* 171:142–154, 2015.
- Dinkes, **Profil Kesehatan Aceh 2020,** *Dinas Kesehatan Aceh*, 2020.

- Donald, K. A., Catherine. **Risk and protective factors for child development: An observational South African birth cohort.** *Plos Medicine*. doi.org/10.1371/journal.pmed.1002920, 2019.
- Drury, S. S., L. Scaramella, and C. H. Zeanah. **The neurobiological impact of postpartum maternal depression: Prevention and intervention approaches.** *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 25(2):179–200, 2016.
- Dubow, E. F., P. Boxer, and L. R. Huesmann. **Long-term effects of parents' education on children's educational and occupational success: Mediation by family interactions, child aggression, and teenage aspirations.** *Merrill-Palmer Quarterly* 55(3):224–249, 2009.
- Dyahputri S.Y., **Hubungan antara Perawakan Pendek dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia Sekolah Dasar,** *Sari Pediatri*, 2020.
- Egerter, S., P. Braveman, T. Sadegh-Nobari, R. Grossman-Kahn, and M. Dekker. **Education and health.** *Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation*, 2011b.
- Evans, G. W. **The environment of childhood poverty.** *American Psychologist* 59(2):77–92, 2004.
- Fang, X., D. S. Brown, C. S. Florence, and J. A. Mercy. **The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention.** *Child Abuse & Neglect* 36(2):156–165, 2012.
- Finkelhor, D., R. K. Ormrod, and H. A. Turner. **Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth.** *Child Abuse & Neglect* 31:479–502, 2007.
- Finkelhor, D., R. K. Ormrod, and H. A. Turner. **Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth.** *Child Abuse & Neglect* 33:403–411, 2009.
- Finkelhor, D., H. A. Turner, A. Shattuck, and S. L. Hamby. **Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of children's exposure to violence.** *JAMA Pediatrics* 169(8):746–754, 2015.
- Fortson, B. L., J. Kleven, M. T. Merrick, L. K. Gilbert, and S. P. Alexander. **Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities.** *Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*, 2016.
- Georgieff, M. K., K. E. Brunette, and P. V. Tran. **Early life nutrition and neural plasticity.** *Development and Psychopathology* 27(2):411–423, 2015.
- Giurgescu, C., L. Fahmy, J. Slaughter-Acey, A. Nowak, C. Caldwell, and D. P. Misra. **Can support from the father of the baby buffer the adverse effects of depressive symptoms on risk of preterm birth in black families?** *AIMS Public Health* 5(1):89–98, 2018.

- Goodman, S. H., and J. Garber. **Evidence-based interventions for depressed mothers and their young children.** *Child Development* 88(2):368–377. 2017.
- Guyton AC H.J., **Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 13**, Jakarta: Buku Kedokteran EGC, 2019.
- Harahap D, Sjarif D, Soedjatmiko S, Widodo D, Tedjasaputra M. **Identification of emotional and behavior problems in obese children using Child Behavior Checklist (CBCL) and 17-items Pediatric Symptom Checklist (PSC-17).** *PI*, 2010
- Harder, T., R. Bergmann, G. Kallischnigg, and A. Plagemann. **Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis.** *American Journal of Epidemiology* 162(5):397–403, 2005.
- Hastuti D L.E., **Pengaruh Pemberian ASI dan Stimulasi Psikososial terhadap Perkembangan Sosial Emosi Anak Balita pada Keluarga Ibu Bekerja dan Tidak Bekerja**, *Jur.Ilm. Kel.& Kons*, 2010.
- Heckman, J. J., J. E. Humphries, and G. Veramendi. **Returns to education: The causal effects of education on earnings, health, and smoking.** *Journal of Political Economy* 126(Suppl 1):S197–S246, 2018.
- HHS (U.S. Department of Health and Human Services). **The Surgeon General’s call to action to support breastfeeding.** Rockville, MD: Office of the Surgeon General, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Women’s Health, 2011.
- Horta, B. L., C. Loret de Mola, and C. G. Victora. **Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis.** *Acta Paediatrica* 104(467):30–37, 2015.
- IDAI, **Air Susu Ibu dan Tumbuh Kembang Anak**, *Indonesia Pediatric Society*, 2013.
- IOM and NRC (National Research Council). **New directions in child abuse and neglect research.** Washington, DC: *The National Academies Press*, 2014.
- Ip, S., M. Chung, G. Raman, P. Chew, N. Magula, D. DeVine, T. Trikalinos, and J. Lau. **Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries.** *Evidence Report/Technology Assessment* 153:1–186, 2007.
- Jellinek MS, Murphy JM, Robinson J, et al. **Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction.** *Journal of Pediatrics* 112(2):201–209, 1988.
- Johnson, A., R. Kirk, K. L. Rosenblum, and M. Muzik. **Enhancing breastfeeding rates among African American women: A systematic review of current psychosocial interventions.** *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 10:45–62, 2015.
- Kapaya, H., E. Mercer, F. Boffey, G. Jones, C. Mitchell, and D. Anumba. **Deprivation and poor psychosocial support are key determinants of late antenatal**

- presentation and poor fetal outcomes-a combined retrospective and prospective study.** *BMC Pregnancy Childbirth* 15:309, 2015.
- Kemenkes, **Pusat Data dan Informasi: Situasi dan Analisis ASI Eksklusif**, *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 2014.
- Kemenkes, **Profil Kesehatan Indonesia 2019**, *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 2019.
- Kinanthi, Melok, Ratih A, Amaliah. **Adaptasi Alat Ukur DASS-21 Versi Indonesia pada Populasi Mahasiswa**, 2020.
- Kramer, M. S., and R. Kakuma. **Optimal duration of exclusive breastfeeding.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8:CD003517. 2012.
- Krol, K. M., and T. Grossmann. **Psychological effects of breastfeeding on children and mothers.** *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 61(8):977–985, 2018.
- Lee, S. J., C. A. Taylor, and J. L. Bellamy. **Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children.** *Child Abuse and Neglect* 36(5):461–469, 2012.
- Lefmann, T., and T. Combs-Orme. **Prenatal stress, poverty, and child outcomes.** *Child and Adolescent Social Work Journal* 31(6):577–590, 2014.
- Lodge, C. J., D. J. Tan, M. X. Lau, X. Dai, R. Tham, A. J. Lowe, G. Bowatte, K. J. Allen, and S. C. Dharmage. **Breastfeeding and asthma and allergies: A systematic review and meta-analysis.** *Acta Paediatrica* 104(467):38–53, 2015.
- Lu, Q., M. C. Lu, and C. D. Schetter. **Learning from success and failure in psychosocial intervention: An evaluation of low birth weight prevention trials.** *Journal of Health Psychology* 10(2):185–195, 2005.
- Marevia M.S., **PERBEDAAN MASALAH PSIKOSOSIAL ANTARA ANAK OBESITAS DAN GIZI NORMAL DI SD NEGERI 1 BANDA SAKTI KOTA LHOKSEUMAWE**, *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 2016.
- Margawati A M.M., Setyarini, **Pengaruh Pemberian ASI Eksklusif dan Non Eksklusif terhadap Mental Emosional Anak Usia 3-4 Tahun**, *J Gizi Ind*, 2015.
- Maria, G., Chiara. **Nutritional and immunological factors in breast milk: A role in the intergenerational transmission from maternal psychopathology to child development.** *Elsevier*. Vol. 85, March 2020.
- Mathews, T. J., and M. F. MacDorman. **Infant mortality statistics from the 2004 period linked birth/infant death data set.** *National Vital Statistics Reports* 55(14):1–32. *Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics*, 2007.
- Mehra, R., L. M. Boyd, and J. R. Ickovics. **Racial residential segregation and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis.** *Social Science & Medicine* 191:237–250, 2017.

- Meilan N P.N., Triyani S, **Hubungan antara Lama Pemberian ASI Eksklusif dengan Perkembangan Anak Usia 12 - 36 Bulan**, *J Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 2014.
- Morrison, S., E. D. Shenassa, P. Mendola, T. Wu, and K. Schoendorf. **Allostatic load may not be associated with chronic stress in pregnant women**, NHANES 1999–2006. *Annals of Epidemiology* 23(5):294–297, 2013.
- Mumayzizah Miftahul Jannah. **Identifikasi Pola Asuh Orangtua di Taman Kanak-Kanak ABA Jogokaryan Yogyakarta**, *Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*. Edisi 6 Tahun ke- 6, 2017.
- NASEM. **Communities in action: Pathways to health equity**. Washington, DC: *The National Academies Press*, 2017a.
- National Scientific Council on the Developing Child. **Young children develop in an environment of relationships (working paper 1)**. Cambridge, MA: *Harvard University*, 2004.
- Ncube, C. N., D. A. Enquobahrie, S. M. Albert, A. L. Herrick, and J. G. Burke. **Association of neighborhood context with offspring risk of preterm birth and low birthweight: A systematic review and meta-analysis of population-based studies**. *Social Science & Medicine* 153:156–164, 2016.
- NHS, **Your Pregnancy and Baby Guide: Benefits of Breastfeeding**, 2017.
- NIMH, **Survey Finds More Evidence The Mental Disorders Often Begin in Youth**, *National Institute of Mental Health*, 2012.
- Oktaviana, Mistety, Supra. **Validasi Klinik Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ) sebagai Instrumen Skrining Gangguan Tingkah Laku**. *Jurnal Psikologi*, 2014.
- Pac, J. E., A. P. Bartel, C. J. Ruhm, and J. Waldfogel. **Paid family leave and breastfeeding—evidence from California**. Cambridge, MA: *National Bureau of Economic Research*, 2019.
- Paczkowski, M. M., and S. Galea. **Sociodemographic characteristics of the neighborhood and depressive symptoms**. *Current Opinion in Psychiatry* 23(4):337–341, 2010.
- Pia, R. B., and Stephen. **Nurturing care: promoting early childhood development**. *The Lancet*. doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3, 2016.
- Reeves, R. V., and E. Krause. **The effects of maternal depression on early childhood development and implications for economic mobility**, 2019.
- Ryan, A. S. **Breastfeeding and the risk of childhood obesity**. *Collegium Antropologicum* 31(1):19–28, 2007.
- Sankar, M. J. S., R. B. Chowdhury, R. N. Bhandari, S. Teneja, and J. Martines. **Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis**. *Acta Paediatrica* 104:3–13, 2015.

- Schwarzenberg, S. J., and M. K. Georgieff. **Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health.** *Pediatrics* 141(2):e20173716, 2018.
- Schwebel, D. C., and C. M. Brezaussek. **How do mothers and fathers influence pediatric injury risk in middle childhood?** *Journal of Pediatric Psychology* 35(8):806–813, 2010.
- Sedlak, A. J., J. Mettenburg, M. Basena, I. Petta, K. McPherson, A. Greene, and S. Li. **Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress.** Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, 2010.
- Setyarini A., **Pengaruh pemberian asi eksklusif dan non eksklusif terhadap mental emosional anak usia 3-4 tahun,** *Jurnal Gizi Indonesia*, 2015.
- Soetjiningsih I.N.G.R., **Tumbuh Kembang Anak Edisi 2,** Jakarta: Buku Kedokteran EGC, 2013.
- Struempf K., **Systematic psychosocial screening in a paediatric cardiology clinic: clinical utility of the Pediatric Symptom Checklist 17,** *Cardiology in the Young*, 2016.
- Teitler, J. O. **Father involvement, child health, and maternal health behavior.** *Children and Youth Services Review* 23(4/5):403–425, 2001.
- Uebelacker, L. A., C. B. Eaton, R. Weisberg, M. Sands, C. Williams, D. Calhoun, J. E. Manson, N. L. Denburg, and T. Taylor. **Social support and physical activity as moderators of life stress in predicting baseline depression and change in depression over time in the Women's Health Initiative.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48(12):1971–1982, 2013.
- VanDeMark, N. R., L. A. Russell, M. O'Keefe, N. Finkelstein, C. D. Noether, and J. C. Gampel. **Children of mothers with histories of substance abuse, mental illness, and trauma.** *Journal of Community Psychology* 33(4):445–459. 2005.
- Vogel, C. A., R. H. Bradley, H. H. Raikes, K. Boller, and J. K. Shears. **Relation between father connectedness and child outcomes.** *Parenting: Science & Practice* 6(2):189–209, 2006.
- Wallace, M., E. Harville, K. Theall, L. Webber, W. Chen, and G. Berenson. **Neighborhood poverty, allostatic load, and birth outcomes in African American and white women: Findings from the Bogalusa Heart Study.** *Health and Place* 24:260–266, 2013.
- Wang, L., C. Collins, M. Ratliff, B. Xie, and Y. Wang. **Breastfeeding reduces childhood obesity risks.** *Childhood Obesity* 13(3):197–204, 2017.
- WHO, **WHA Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief,** 2014.
- Woolf, S. H., L. Aron, D. L. Simon, E. Zimmerman, and K. X. Luk. **How are income and wealth linked to health and longevity?** Washington, DC, and Richmond, VA: Urban Institute and Center on Society and Health, 2015.

LAMPIRAN 1

LEMBAR PENJELASAN

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Saya T. Andi Syahputra, mahasiswa Pascasarjana Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh, saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul "Analisis Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia 4-6 Tahun". Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara riwayat pemberian ASI Eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun.

Untuk kepentingan pengumpulan data penelitian ini, saya mengharapkan kesediaan Ibu mengisi formulir identitas responden dan kuesioner dengan jawaban yang sebenar-benarnya serta memberikan izin untuk dilakukannya wawancara untuk menilai perkembangan psikososial pada anak ibu. Jawaban yang Ibu berikan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan tidak akan disalahgunakan untuk maksud lain. Identitas Ibu dan anak akan tetap dirahasiakan dan tidak dipublikasikan. Keikutsertaan Ibu dan anak dalam penelitian ini sangat saya harapkan. Partisipasi Ibu bersifat bebas dan tanpa ada paksaan. Ibu berhak untuk menolak berpartisipasi tanpa dikenakan sanksi apapun.

Demikian penjelasan ini saya sampaikan. Atas partisipasi dan kesediaannya, saya ucapkan terima kasih.

Banda Aceh, November 2021

Hormat Saya,

T. Andi Syahputra

LEMBAR PERSETUJUAN WALI
(INFORMED CONSENT)

Setelah membaca dan mendengar semua keterangan mengenai tujuan penelitian, prosedur penelitian, risiko, manfaat penelitian, dan hak-hak anak saya yang berkaitan dengan penelitian ini, maka dengan ini saya yang bertanda tangan di bawah ini:

No Sampel : **diisi oleh peneliti*
Nama :
Alamat :

Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai orang tua/wali dari responden. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi responden pada penelitian ini sangat besar manfaatnya untuk mengetahui hubungan pemberian asi eksklusif dengan masalah psikososial pada anak usia 4-6 tahun.

Dengan ini, saya menyatakan bahwa saya secara sukarela dan tanpa paksaan bersedia untuk menjadikan anak saya sebagai responden untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian yang berjudul **“Analisis Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia 4-6 Tahun”**.

Saya mengetahui bahwa informasi yang akan saya berikan akan dirahasiakan oleh peneliti dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan seperlunya. Atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Banda Aceh, November 2021

(Nama Wali)

BIODATA NARASUMBER

Isilah bagian yang dibawah ini dengan benar yang sesuai dengan kondisi sesungguhnya. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan anaknya yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Saudara/i.

1. Identitas Anak

Nama :

Jenis Kelamin :

Tanggal Lahir :

Suku :

Anak Ke : dari bersaudara

Berat Badan :

Tinggi Badan :

2. Identitas Orang tua

Nama Ayah :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

Nama Ibu :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

Status Pernikahan Orangtua: Menikah/ Cerai Hidup/ Cerai Mati

Total Penghasilan Orangtua :
(centang salah satu)

	>Rp. 3.000.000
	Rp. 2.000.000 - Rp. 3.000.000
	Rp. 1.500.000 - Rp. 1.999.999
	Rp. 1.000.000 - Rp. 1.499.999
	Rp. 700.000 - Rp. 999.999
	<Rp. 700.000

3. Apakah ibu memberikan ASI eksklusif kepada anak ibu ?

- a. Ya
- b. Tidak

4. Apakah ibu memberikan juga makanan/ minuman (termasuk air putih) kepada anak ibu sejak 6 bulan pertama?

- a. Ya
- b. Tidak

5. Selain ASI apakah ibu juga memberikan susu formula?

- a. Ya
- b. Tidak

6. Apakah selama kehamilan mendapatkan pendidikan tentang ASI eksklusif?

- a. Ya
- b. Tidak

7. Apakah selama kehamilan, Ibu mengonsumsi alkohol?

- a. Ya
- b. Tidak

8. Apakah selama kehamilan, Ibu merokok?

- a. Ya
- b. Tidak

9. Dimana tempat persalinan untuk anak ibu yang diteliti?

- a. Rumah Sakit Negeri
- b. Rumah Sakit Swasta
- c. Rumah Bersalin/ Klinik/ Praktek Bidan
- d. Puskesmas/ Puskesmas Pembantu

10. Apakah anak Ibu sudah bersekolah?

- a. Ya
- b. Tidak

11. Apakah anak Ibu pernah dirawat di rumah sakit?

- a. Ya
- b. Tidak

12. Apakah anak Ibu pernah menderita penyakit kronis/ kelainan bawaan?

- a. Ya
- b. Tidak

13. Apakah anak Ibu pernah mengalami kejadian buruk seperti kehilangan orang terdekat, musibah, bencana, kecelakaan, kekerasan, dan sebagainya selama kehidupan ?

- a. Ya
- b. Tidak

KUESIONER PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST-17

Saudara/i diminta untuk menjawab dengan cara **memberi tanda centang (✓)** pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman anaknya selama **dua bulan belakangan** ini. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan anaknya yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Saudara/i.

Pertanyaan	Tidak Pernah (0)	Kadang-kadang (1)	Selalu (2)
Subskala Internalisasi			
Merasa sedih			
Putus asa			
Memandang rendah diri sendiri			
Tampak murung			
Mencemaskan banyak hal			
Subskala Eksternalisasi			
Menolak/ tidak suka berbagi			
Tidak memahami perasaan orang lain			
Bertengkar dengan anak lain			
Menyalahkan orang lain			
Tidak menaati peraturan			
Mengganggu anak lain			
Mengambil barang orang lain			
Subskala Perhatian			
Gelisah			
Banyak melamun			
Susah berkonsentrasi			
Bertindak tanpa berpikir			
Mudah teralihkan			
Total Skor			

KUESIONER HOME INVENTORY

*Saudara/i diminta untuk menjawab dengan cara **memberi tanda centang (v)** pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman anaknya selama **dua bulan belakangan** ini. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan anaknya yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Saudara/i.*

	STIMULASI LINGKUNGAN	
I	STIMULASI PEMBELAJARAN	
	Anak mempunyai mainan yang mengajarkan warna	
	Anak mempunyai mainan yang mengajarkan ukuran (kecil sampai besar)	
	Anak mempunyai tiga buah atau lebih puzzle	
	Anak mempunyai permainan rekaman, sedikitnya ada lima rekaman anak-anak	
	Anak mempunyai mainan yang memungkinkan berekspresi bebas (dokter, polisi, masak-masakan dll)	
	Anak mempunyai mainan yang membantu mengajarkan angka	
	Anak mempunyai sedikitnya 10 buku anak-anak	
	Sedikitnya ada 10 buku anak-anak tersedia di rumah	
	Keluarga membeli dan membaca koran setiap hari	
	Keluarga berlangganan sedikitnya satu majalah	
	Anak mempunyai mainan yang membantu mengajarkan nama-nama binatang	
	Subtotal	
II	STIMULASI BAHASA	
	Anak didorong untuk belajar bentuk (bola, kubus, tabung dll)	
	Anak didorong untuk mempelajari alfabet/huruf (A sampai Z)	
	Orang tua mengajarkan anak cara berbicara sederhana (misal: silahkan, terimakasih, ucapkan salam).	
	Ibu menggunakan tata bahasa dan pengucapan yang benar	
	Orang tua mendorong anak untuk berbicara dan meluangkan waktu untuk mendengar	
	Suara orang tua dengan penyampaian perasaan positif pada anak (lembut dan ramah).	
	Anak diizinkan untuk memilih menu sarapan atau makan siang	
	Subtotal	
III	LINGKUNGAN FISIK	
	Bangunan rumah aman dan baik	
	Lingkungan bermain di luar rumah aman	
	Kondisi rumah tidak gelap dan membuat anak jenuh	
	Tetangga menyenangkan dan ramah	
	Luas rumah cukup dan sesuai untuk penghuni (tidak sempit)	
	Ruangan tidak terlalu penuh dengan perabotan	
	Rumah bersih dan jauh dari kekacauan/gangguan	
	Subtotal	

IV	KEHANGATAN DAN PERHATIAN	
	Orang tua memeluk anak 10-15 menit perhari	
	Orang tua berbicara dengan anak sedikitnya 3 kali setiap sehari	
	Orangtua menjawab pertanyaan anak secara verbal/bicara	
	Orangtua merespon setiap ucapan atau permintaan anak	
	Orang tua memuji kemampuan dan kualitas yang dimiliki anak	
	Orangtua mencium, memeluk dan menggendong anak setiap hari	
	Orangtua mengajarkan anak untuk beradaptasi dengan lingkungan	
	Subtotal	
V	STIMULASI AKADEMIK	
	Anak didorong untuk belajar warna	
	Anak didorong untuk belajar pola bicara (menyanyi, bercerita dll)	
	Anak didorong untuk belajar komunikasi dengan temannya	
	Anak didorong untuk belajar angka	
	Anak didorong untuk belajar beberapa kata baru (misal: belajar kosa kata bahasa Inggris).	
	Subtotal	
VI	MODELING	
	Anak tidak memiliki masalah kurang nafsu makan	
	Anak menonton acara anak di TV	
	Orang tua memperkenalkan orang lain kepada anak	
	Anak selalu mengungkapkan perasaan negatif/masalah pada orangtua	
	Anak dapat memukul orangtua tanpa ada balasan yang kasar dari orang tua	
	Subtotal	
VII	VARIETAS DAN PENGALAMAN	
	Anak memiliki alat musik mainan atau sungguhan	
	Anak di bawa keluar oleh anggota keluarga sedikitnya 2 kali dalam seminggu (misal: jalan-jalan atau piknik)	
	Anak pernah melakukan perjalanan jauh	
	Anak pernah diajak ke museum	
	Anak diajak untuk membereskan mainannya tanpa bantuan	
	Orang tua selalu menambahkan dan mengajarkan kata-kata baru pada anak (misalkan mulai mengajarkan kosa kata Bahasa Inggris)	
	Anak dapat memperlihatkan hasil karya seni yang telah dibuatnya	
	Anak makan bersama ayah dan ibu sedikitnya sekali dalam sehari	
	Orang tua membiarkan anak memilih beberapa makanan di toko	
	Subtotal	
VIII	PENERIMAAN	
	Orang tua tidak menghina atau mengejek anak lebih dari satu kali	
	Orang tua tidak menghukum anak dengan hukuman fisik	
	Orangtua tidak memukul atau menampar anak saat anak nakal	
	Tidak lebih dari satu kali melakukan hukuman fisik dalam seminggu terakhir	
	Subtotal	
	Total Skor	

SKALA POLA ASUH

Bacalah setiap pernyataan di bawah ini dengan seksama dan isilah pernyataan pernyataan tersebut dengan tanda centang (✓) sesuai dengan diri Saudara/i yang sebenarnya. Kerjakan dengan teliti, jangan ada nomor yang terlewatkan. Alternatif pilihan jawaban Ya atau Tidak.

No	Pernyataan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Saya terlebih dahulu mempertimbangkan keinginan anak saya sebelum memintanya melakukan sesuatu		
2	Saya mendorong anak saya untuk berbicara mengenai perasaan dan masalah-masalahnya		
3	Saya pertimbangkan pilihan anak saya dalam merencanakan sesuatu untuk keluarga (misalnya berakhir-pekan, liburan)		
4	Saya memberikan kebebasan kepada anak saya untuk memilih dan melakukan suatu tindakan		
5	Saya menghibur dan menunjukkan pengertian bila anak saya bingung atau marah		
6	Saya meluangkan waktu dengan suasana hangat dan akrab dengan anak saya		
7	Saya mencubit atau menyentil anak saya kalau tidak suka dengan apa yang dilakukan atau dikatakannya		
8	Saya memarahi anak saat anak tidak setuju dengan keputusan atau peraturan yang saya buat		
9	Saya menghukumnya dengan mengurangi kebebasannya (misalnya nonton TV, main <i>game</i> , mengunjungi teman)		
10	Saya berusaha untuk mencoba mengubah sikap atau perasaan anak saya.		
11	Saya berteriak atau menghardik bila tidak setuju dengan tingkah laku anak saya		
12	Saya tidak pernah memberikan pujian saat anak melakukan perbuatan terpuji.		
13	Bila anak menanyakan mengapa dia harus melakukan sesuatu, saya jawab karena saya yang menyuruh, saya adalah orangtuanya, atau karena hal itu yang saya inginkan		
14	Saya mengkritik anak saya supaya dia memperbaiki tingkah lakunya sesuai dengan keinginan saya		
15	Saya membebaskan anak saya melakukan segala sesuatu sesuai kehendaknya		
16	Ketika anak bermain saya sibuk dengan hal lain (misalnya berbincang-bincang, bermain <i>gadget</i> , menonton televisi)		
17	Saya memenuhi apapun yang diinginkan anak tanpa terkecuali		
18	Saat anak ingin bermain kerumah temannya, saya membiarkan anak berkehendak sesuka hati		
19	Saya tidak menegur atau menasehati anak saat anak melakukan kesalahan		
20	Ketika anak saya melakukan kesalahan, saya tetap mendukung segala tindakannya karena dia masih anak-anak		

KUESIONER DASS-21

Petunjuk Pengisian

Kuesioner ini terdiri dari berbagai pernyataan yang mungkin sesuai dengan pengalaman Anda dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan yaitu:

0 : Tidak sesuai dengan saya sama sekali, atau tidak pernah.

1 : Sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu, atau kadang kadang.

2 : Sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan, atau lumayan sering.

3 : Sangat sesuai dengan saya, atau sering sekali.

Selanjutnya, Anda diminta untuk menjawab dengan cara **memberi tanda silang (X)** pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman Anda selama **satu bulan belakangan** ini. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah dengan cepat berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Anda

NO	PERTANYAAN	0	1	2	3
1	Saya merasa bahwa diri saya menjadi marah karena hal-hal sepele				
2	Saya merasa mulut saya sering kering				
3	Saya sama sekali tidak dapat merasakan perasaan positif				
4	Saya mengalami kesulitan bernafas (misalnya: sering kali terengah-engah atau tidak dapat bernafas padahal tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya)				
5	Saya sepertinya tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan				
6	Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap suatu situasi.				
7	Saya merasa gemetar (misalnya: pada tangan)				
8	Saya merasa telah menghabiskan banyak energi disaat merasa cemas				
9	Saya merasa khawatir dengan situasi dimana saya mungkin menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri				
10	Saya merasa tidak ada hal yang dapat diharapkan di masa depan				
11	Saya sedang merasa gelisah				
12	Saya merasa sulit untuk bersantai				
13	Saya merasa sedih dan tertekan				
14	Saya sulit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan				
15	Saya merasa saya hampir panik				
16	Saya tidak merasa antusias dalam hal apapun				
17	Saya merasa bahwa saya tidak berharga sebagai seorang manusia				

18	Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung				
19	Saya menyadari perubahan detak jantung, walaupun tidak sehabis melakukan aktivitas fisik (misalnya: merasa detak jantung meningkat atau melemah)				
20	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				
21	Saya merasa bahwa hidup tidak bermanfaat				
Total					

RIWAYAT HIDUP

Nama : T. Andi Syahputra
Tempat/ Tanggal Lahir : Banda Aceh/ 1 Januari 1998
Alamat : Jl. Utama, Lr. Dahlia, No.10 Desa Pango
Raya, Kec. Ulee Kareng, Banda Aceh
Pendidikan yang ditempuh (S1) : Pendidikan Dokter Umum

Pekerjaan

1. Dokter Umum di Rumah Sakit HVA Pare, Kediri
2. Dokter Umum di Puskesmas Wonorejo, Kediri
3. Tenaga Pengajar Mahasiswa di Bimbel Dentost

Publikasi

1. Keanekaragaman Manifestasi Klinis pada Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of Health Science*. Vol. 5, No 2, Tahun: 2020
2. Hubungan Antara Kesehatan Mental Ibu dengan Pola Asuh Terhadap Anak. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*. 2022
3. Hubungan Adiksi Game Online Terhadap Spiritualitas Pelajar. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*. 2022

Banda Aceh, 20 Januari 2022



T. Andi Syahputra