

Hubungan antara Perawakan Pendek dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia Sekolah Dasar

Salsabila Yasmine Dyahputri¹, Rini Sekartini²

1. Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jalan Salemba Raya No.6, Jakarta Pusat, 10430, Indonesia
2. Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jalan Salemba Raya No.6, Jakarta Pusat, 10430, Indonesia

E-mail: salsabila.yasmine@ui.ac.id

Abstrak

Perawakan pendek merupakan masalah pertumbuhan yang banyak ditemukan di negara berkembang. Di Indonesia, prevalensi anak usia sekolah dasar dengan perawakan pendek mencapai 23,6% pada tahun 2018. Perawakan pendek pada anak dikaitkan masalah psikososial yang diduga disebabkan oleh perundungan, stigmatisasi, dan isolasi sosial yang dihadapi anak. Walaupun demikian, penelitian sebelumnya yang membahas topik ini memberi hasil yang bervariasi dan jumlahnya belum adekuat. Oleh karenanya, penelitian ini bertujuan untuk mencari hubungan antara perawakan pendek dengan masalah psikososial pada anak usia sekolah dasar. Desain penelitian potong lintang digunakan pada anak usia sekolah dasar di SDN 01 Kampung Melayu. Penelitian dilakukan dengan membandingkan kelompok tinggi badan anak dengan hasil skrining masalah psikososial menggunakan kuesioner PSC-17, yang menilai tiga subskala masalah perilaku (internalisasi, eksternalisasi, dan perhatian). Prevalensi anak berperawakan pendek di SDN 01 Kampung Melayu mencapai 15,28%. Prevalensi anak dengan masalah psikososial adalah 18,12% dan prevalensi anak berperawakan pendek dengan masalah psikososial adalah 22,73%. Hasil analisis perawakan pendek terhadap masalah psikososial pada anak menunjukkan hubungan yang tidak bermakna secara statistik, baik secara umum ($p = 0,268$), subskala internalisasi ($p = 0,532$), eksternalisasi ($p = 0,400$), perhatian ($p = 0,414$), dan skor total PSC-17 ($p = 0,614$). Tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan masalah psikososial pada anak usia sekolah dasar.

Kata Kunci: Anak usia sekolah dasar; masalah psikososial; perawakan pendek

Abstract

Short stature is a growth problems that is commonly found in developing countries. In Indonesia, the prevalence of primary school-aged children with short stature reaches 23,6% in 2018. Short stature in children is associated with psychosocial problems that are thought to be related to abuse, stigmatization, and social isolation faced by children. However, previous studies discussing this topic have had mixed results and the amount of studies have not been adequate. Therefore, this study aims to look for the relationship between short stature and psychosocial problems in primary school-aged children. A cross-sectional study design was used in primary school-aged children at SDN 01 Kampung Melayu. The study was conducted by comparing groups of children's height and screening results for psychosocial problems using the PSC-17 questionnaire, which assesses three subscales of behavioral problems (internalizing, externalizing, and attention). The prevalence of short statured children in SDN 01 Kampung Melayu reached 15,28%. The prevalence of children with psychosocial problems is 18,12% and the prevalence of short statured children with psychosocial problems is 22,73%. Analysis of association between short stature and psychosocial problems showed no statistically significant relationship, for general psychosocial problems ($p = 0,268$), internalization subscale ($p = 0,532$), externalization ($p = 0,400$), attention ($p = 0,414$), and PSC-17 total score ($p = 0,614$). No significant relationship was found between short stature and psychosocial problems in primary school-aged children.

Keywords: Primary school-aged children; psychosocial problems; short stature

Pendahuluan

Perawakan pendek adalah panjang atau tinggi badan anak berada di bawah persentil 3 kurva *Centers for Disease Control National Center for Health Statistics* (CDC NCHS) atau di bawah -2 standar deviasi (SD) kurva *World Health Organization* (WHO) yang berlaku sesuai usia dan jenis kelamin. Perawakan pendek dapat disebabkan oleh kondisi non patologis (*familial short stature* dan *constitutional delay of growth and puberty*) dan kondisi patologis (pertumbuhan janin terhambat, masalah sistem endokrin, malnutrisi, penyakit kronis, sindrom Turner, sindrom Down).¹

Secara global, pada tahun 2016, terdapat sekitar 22,9% balita yang berperawakan pendek.² Data dari UNICEF pada tahun 2016 menunjukkan bahwa di negara - negara anggota ASEAN terdapat sekitar 30% balita yang berperawakan pendek.³ Di Indonesia, menurut Riskesdas 2013, prevalensi balita yang berperawakan pendek mencapai 30,8%, lebih tinggi dari prevalensi global dan menjadikan Indonesia sebagai negara dengan prevalensi balita berperawakan pendek terbesar ke-5 di dunia. Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi anak usia 5-12 tahun dengan perawakan pendek di Indonesia adalah 23,6%. Di DKI Jakarta, pada tahun 2018, terdapat sekitar 10,8% anak berusia 5 – 12 tahun yang berperawakan pendek.^{4,5}

Anak yang berperawakan pendek memiliki kecenderungan untuk mengalami masalah psikososial, masalah kognitif, dan masalah performa akademis, serta kehilangan produktivitas dalam perkembangannya akibat *bullying*, stigmatisasi, dan isolasi sosial yang dihadapi oleh anak tersebut. Walaupun demikian, penelitian terbaru menunjukkan hasil yang bervariasi mengenai masalah psikososial pada anak yang berperawakan pendek. Selain itu, belum terdapat cukup banyak penelitian yang mengeksplor tentang masalah ini.^{6,7}

Kurangnya data penelitian tentang topik ini, dan tingginya prevalensi anak berperawakan pendek, terutama di Indonesia, mendorong peneliti untuk melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan antara perawakan pendek dengan masalah psikososial pada anak usia sekolah dasar. Instrumen yang dapat digunakan untuk skrining masalah psikososial pada anak meliputi (PSC-17), PSC-35, dan *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan PSC-17 sebagai instrumen untuk mendeteksi dini masalah emosional dan perilaku pada anak, yang didalamnya berisi 17 pertanyaan tentang kondisi perilaku anak yang dapat dikelompokkan ke dalam 3 masalah, yaitu atensi, internalisasi, dan eksternalisasi. Keunggulan dari PSC-17 adalah jumlah pertanyaan yang relatif sedikit, waktu pengisian hanya sekitar 5 menit, tersedia dalam bahasa Indonesia, dan dapat diakses gratis.^{8,9}

Tinjauan Teoritis

Perawakan Pendek

Perawakan pendek diidentifikasi dengan mengukur panjang atau tinggi badan anak dan menginterpretasi hasil pengukuran dengan membandingkannya dengan nilai standar yang telah ditetapkan. Sesuai dengan panduan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) tahun 2017, perawakan pendek adalah jika panjang atau tinggi badan anak berada di bawah persentil 3 kurva dari CDC NCHS atau di bawah -2 SD kurva WHO yang berlaku sesuai usia dan jenis kelamin.¹ Perawakan pendek bukan merupakan diagnosis akhir, tetapi merupakan langkah awal untuk dapat menentukan apakah perawakan pendek tersebut bersifat patologis atau non patologis (varian normal). Sekitar 80% anak dengan tinggi badan diantara -2 SD dan -3 SD merupakan varian normal. Sedangkan jika tinggi badan anak dibawah -3 SD maka kemungkinan perawakan pendek tersebut bersifat patologis adalah 80%.¹⁰

Pada tahun 2016, terdapat sekitar 155 juta balita di dunia yang berperawakan pendek. Di Indonesia, menurut Riskesdas 2013, prevalensi balita yang berperawakan pendek mencapai 30,8%, lebih tinggi dari prevalensi global dan menjadikan Indonesia sebagai negara dengan prevalensi balita berperawakan pendek terbesar ke-5 di dunia. Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi anak usia 5-12 tahun dengan perawakan pendek di Indonesia adalah 23,6%. Di DKI Jakarta, pada tahun 2018, terdapat sekitar 10,8% anak berusia 5 – 12 tahun yang berperawakan pendek.³⁻⁵

Perawakan pendek merupakan manifestasi klinis dari kondisi medis yang melatarbelakanginya. Etiologi dari perawakan pendek pada dasarnya dapat dibagi dua, yaitu kondisi non patologis dan kondisi patologis. Kondisi non patologis yang dapat menyebabkan perawakan pendek adalah *constitutional delay of growth and puberty* (CDGP) *familial short stature* (FSS). Kedua kondisi tersebut adalah penyebab terbanyak dari kasus perawakan pendek pada anak.^{11,12} Kondisi patologis yang dapat menyebabkan perawakan pendek adalah pertumbuhan janin terhambat (PJT), gangguan hormonal (defisiensi hormon pertumbuhan, hipotirodisme), gangguan non-hormonal (malnutrisi, penyakit infeksi kronis), kelainan skeletal (akondroplasia, riketsia), kelainan metabolik bawaan (*mucopolysaccharidosis*), sindrom Turner, sindrom Down, dan lain-lain.¹

Untuk mendiagnosis anak yang berperawakan pendek, dibutuhkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Diagnosis yang baik dan terarah dibutuhkan untuk mengetahui etiologi dan menghindari pemeriksaan penunjang yang tidak diperlukan. Adapun kriteria awal untuk mendiagnosis anak berperawakan pendek adalah tinggi badan

dibawah persentil 3, kecepatan pertumbuhan dibawah persentil 25, dan perkiraan tinggi akhir dibawah tinggi potensi genetiknya. Karena malnutrisi dan penyakit kronis masih menjadi penyebab utama perawakan pendek di Indonesia, pemeriksaan elektrolit serum, urin dan feses rutin, darah tepi lengkap, laju endap darah, dan pemeriksaan usia tulang adalah langkah utama dan strategis untuk menemukan etiologi perawakan pendek. Jika kelainan belum ditemukan pada pemeriksaan tersebut, maka dapat dilakukan pemeriksaan khusus sesuai indikasi, seperti pemeriksaan kadar hormon pertumbuhan, kadar *insulin-like growth factor 1* (IGF-1), analisis kromosom, analisis DNA, dan berbagai pemeriksaan lainnya.¹

Perawakan pendek variasi normal (non patologis) tidak membutuhkan pengobatan maupun terapi hormonal, cukup observasi bahwa diagnosis memang benar varian normal, bukan patologis.¹⁰ Terapi perawakan pendek yang bersifat patologis diberikan sesuai dengan etiologinya. Terapi pemberian hormon pertumbuhan diberikan atas konsultasi dan pengawasan dari ahli endokrinologi anak. Terapi pembedahan dibutuhkan pada kasus tertentu, seperti tumor intrakranial. Beberapa anak melaporkan bahwa mereka memiliki rasa percaya diri yang rendah karena berperawakan lebih pendek dari pada teman sebayanya dan anak – anak tersebut cenderung menjadi bahan ejekan atau *bullying*, untuk kasus demikian, rujukan ke psikolog lebih membantu daripada rujukan ke ahli endokrin.^{1,12}

Anak dengan perawakan pendek cenderung direndahkan oleh teman sebaya, guru, dan orangtuanya, serta sering diejek, ditolak, atau terlalu dilindungi sehingga anak tersebut lebih rentan untuk mengalami isolasi dan diskriminasi. Penelitian menunjukkan bahwa anak berperawakan pendek memiliki risiko tinggi untuk menderita masalah psikososial karena stigmatisasi, *bullying*, isolasi sosial, dan rendahnya rasa percaya diri. Selain itu, penelitian yang lebih lampau melaporkan bahwa anak berperawakan pendek menghadapi kesulitan sosial, akademis, dan psikologis yang signifikan karena kondisi mereka serta menghadapi banyak masalah internalisasi, seperti isolasi sosial dan kurangnya dorongan agresif dari pada anak yang berperawakan normal. Umumnya, anak berperawakan pendek memiliki kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah daripada anak perawakan normal.¹³

Namun, topik mengenai masalah psikososial pada anak berperawakan pendek ini masih dalam kontroversi mengenai relevansi klinisnya. Riset terbaru mendukung hipotesis bahwa anak berperawakan pendek dapat beradaptasi dengan baik terhadap tinggi badan mereka, terlepas dari kerugian psikososialnya. Sebagai contoh, studi di Amerika Serikat hanya menemukan tingkat *self-perceived peer victimization* yang sedikit lebih tinggi pada anak berperawakan pendek dan tidak ada perbedaan dalam aspek sosial, emosional, dan perilaku dibandingkan dengan anak berperawakan normal. Studi terbaru di Korea Selatan juga

menemukan persepsi kesehatan secara general yang lebih rendah pada anak-anak berperawakan pendek, tetapi tidak ada perbedaan yang signifikan pada beban psikososial di antara kelompok tinggi badan.¹³

Masalah Psikososial pada Anak

Menurut *American Psychiatric Association*, masalah psikososial adalah sindrom yang ditandai dengan adanya masalah klinis yang signifikan dalam kognisi, regulasi emosi, atau perilaku individu yang mencerminkan adanya disfungsi dalam proses psikologis, biologis, atau perkembangan fungsi mental yang mendasarinya. Masalah psikososial biasanya berhubungan dengan kesulitan atau disabilitas yang signifikan dalam aktivitas sosial, pekerjaan, atau aktivitas penting lainnya.¹⁴

Studi yang dilakukan dari tahun 1980 hingga 2013 di 63 negara menunjukkan prevalensi masalah psikososial secara global adalah 17,6%.¹⁵ Pada anak, WHO menyebutkan bahwa 10-20% anak di dunia mengalami masalah psikososial.¹⁶ Berdasarkan Riskesdas tahun 2013, prevalensi nasional masalah psikososial adalah 6% dan 5,7% untuk DKI Jakarta, sedangkan data epidemiologi masalah psikososial pada anak di Indonesia belum tersedia.⁴

Etiologi masalah psikososial pada anak umumnya bersifat multifaktorial. Berbagai penyebab tersebut secara garis besar dapat dikelompokkan ke dalam tiga faktor yang saling berkaitan, yaitu: faktor fisik / organobiologis (penyakit atau kelainan fisik neurologis, malnutrisi, rudapaksa, dan lain-lain), faktor psikoedukatif (pola asuh yang salah, hubungan interpersonal yang patologis, pola pendidikan, dan lain-lain), dan faktor sosiokultural (kemiskinan, adat, budaya, situasi sosial politik, dan lain-lain).¹⁷

Rangkaian pemeriksaan yang dilakukan untuk mendiagnosis masalah psikososial pada anak umumnya mencakup pemeriksaan medis (untuk mendapatkan gambaran mengenai kondisi fisik dan kondisi biologis anak), pemeriksaan psikiatrik/psikologis (untuk mendapatkan gambaran mengenai kondisi mental anak, yang meliputi manifestasi gejala pada aspek kognitif, emosi, dan tingkah laku), pemeriksaan tahap perkembangan yang telah dicapai anak, serta evaluasi keadaan lingkungan anak, sarana prasarana psikoedukasi dan sosiokultural sebagai faktor pendukung atau penghambat perkembangan anak.¹⁷

Klasifikasi diagnostik masalah psikososial pada Anak yang telah diresmikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia berasal dari Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III). Masalah psikososial yang sering ditemukan pada anak dan remaja dimasukkan ke dalam kategori F80-F89 (gangguan

perkembangan psikologis) dan F90-F98 (gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja).¹⁸

Terapi yang umumnya diberikan pada anak dengan masalah psikososial dapat berupa psikoterapi dan psikofarmaka. Jenis psikoterapi yang dapat diberikan meliputi terapi bermain, terapi modifikasi perilaku, terapi kognitif-perilaku, terapi kelompok, terapi keluarga, terapi edukatif, dan terapi lingkungan. Obat-obatan psikofarmaka yang kerap dipakai dalam psikiatri anak di Indonesia meliputi stimulan (*methylphenidate*), neuroleptik, antidepresan (trisiklik), anxiotika-sedativa (benzodiazepin dan nonbenzodiazepin), *mood stabilizers*-antikonvulsan (valproat, carbamazepin), anti-mania (lithium), dan anti-parkinson (trihexifenidil).¹⁷

Skrining Masalah Psikososial Menggunakan Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17)

PSC-17 adalah kuesioner skrining psikososial singkat yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk mendeteksi dini masalah psikososial sehingga intervensi yang dibutuhkan dapat diberi sedini mungkin. PSC-17 dibuat oleh peneliti yang berasal dari *Massachusetts General Hospital*, Amerika Serikat dan telah divalidasi oleh *American Academy of Pediatrics* (AAP). Sekelompok peneliti dari Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo mendapatkan bahwa sensitivitas dan spesifisitas dari PSC-17 secara berurutan adalah 69,2% dan 95,6%, yang berarti bahwa 69,2% anak dengan masalah psikososial yang dapat dideteksi oleh PSC-17 dan 95,6% anak tanpa masalah psikososial dapat dideteksi oleh PSC-17. PSC-17 telah diadaptasi dan diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Divisi Tumbuh Kembang-Pediatri Sosial Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia-Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo.^{19,20}

PSC-17 berisikan 17 butir pernyataan, yang diisi oleh orang tua, tentang kondisi perilaku anak yang dapat dikelompokkan ke dalam 3 masalah, yaitu internalisasi (depresi, ansietas, *obsessive-compulsive disorder*), eksternalisasi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, *conduct disorder*, kleptomania) dan atensi (*attention deficit disorder*). Pernyataan-pernyataan tersebut dinilai sebagai “tidak pernah”, “kadang-kadang”, atau “sering” ditemui pada anak dan masing-masing secara berurutan memiliki skor 0, 1, dan 2. Skor total dihitung dengan menambahkan skor masing-masing dari 17 pernyataan. Skor cut-off total untuk PSC-17 adalah 15 ke atas, yang mengindikasikan masalah psikososial. Skor positif pada PSC-17 menunjukkan perlunya evaluasi lebih lanjut oleh psikiater atau psikolog. Keunggulan dari PSC-17 adalah jumlah pertanyaan yang relatif sedikit, waktu pengisian hanya sekitar 5 menit, tersedia dalam berbagai bahasa, dan dapat diakses gratis.¹⁹

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan studi potong lintang yang dilakukan di Sekolah Dasar Negeri 01 Kampung Melayu pada bulan Juli 2018 hingga September 2019 untuk mendeteksi dini masalah psikososial pada anak usia sekolah dasar yang berperawakan pendek. Sumber data yang digunakan adalah data primer. Variabel bebas pada penelitian ini adalah masalah psikososial, variabel tergantung adalah perawakan pendek, dan variabel perancu adalah penyakit genetik.

Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi target penelitian ini adalah anak-anak usia sekolah dasar yang berperawakan pendek. Populasi terjangkau penelitian ini adalah anak-anak usia sekolah dasar yang berperawakan pendek dan sedang berada di jenjang pendidikan kelas 1 hingga kelas 6 SDN 01 Kampung Melayu pada bulan Januari 2019. Sampel penelitian ini adalah semua siswa/i kelas 1 hingga kelas 6 SDN 01 Kampung Melayu yang berperawakan pendek serta telah memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi.

Kriteria inklusi penelitian ini adalah siswa/i kelas 1 hingga kelas 6 SDN 01 Kampung Melayu. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah subjek yang tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian. Kriteria *drop out* penelitian ini adalah subjek yang tidak mengembalikan kuesioner yang ke peneliti dan pengisian data yang salah atau data tidak diisi dengan lengkap.

Untuk menentukan estimasi besar sampel minimal, peneliti menggunakan rumus estimasi besar sampel untuk data nominal. Tingkat kepercayaan ditetapkan sebesar 95% sehingga didapatkan Z_{α} sebesar 1,96. Nilai P (proporsi penyakit atau keadaan yang akan dicari) yang digunakan adalah 0,1. Karena nilai Q = (1-P), nilai Q yang dipakai adalah 0,9. Selain itu, d (tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki) ditetapkan sebesar 10%, sehingga nilai d = 0,1. Oleh karena itu, besar sampel minimal ditentukan dengan cara berikut:²²

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2} \quad n = \frac{1,96^2 \times 0,1 \times 0,9}{0,1^2} = 34,57 \equiv 35$$

Adapun besar sampel minimal akan ditambahkan sebanyak 10% untuk mengantisipasi *drop out*. Karenanya, total besar sampel minimal adalah 39 orang. Teknik pengambilan sampel yang akan digunakan adalah teknik *consecutive sampling*.²¹

Pengumpulan dan Pengolahan Data

Sumber data dalam penelitian ini berasal dari pengukuran tinggi badan subjek dan jawaban kuesioner PSC-17 yang diisi oleh orang tua atau guru subjek. Alat yang digunakan adalah alat ukur tinggi badan Seca-213. Program yang akan digunakan untuk mengolah data adalah *SPSS for Windows* versi 20. Data deskriptif akan disajikan dalam bentuk tabel dan data analisis akan disajikan dalam bentuk tabel. Variabel bebas dan variabel tergantung pada penelitian ini adalah variabel kategorik, serta terdapat dua kelompok data yang tidak berpasangan sehingga uji hipotesis komparatif yang digunakan adalah uji Chi-square.²³

Hasil Penelitian

Karakteristik Subjek Penelitian

Pengambilan data berupa pengukuran tinggi badan dan pembagian kuesioner PSC-17 dilakukan di SDN 01 Kampung Melayu pada bulan Januari 2019. Dari 432 subjek yang diteliti, didapatkan 66 subjek (15,28%) dengan perawakan pendek dan 366 subjek (84,72%) yang tidak berperawakan pendek. Jika dikelompokkan berdasarkan kelas, prevalensi subjek berperawakan pendek paling tinggi dapat ditemukan pada kelompok kelas II, dengan nilai 23,44%. Adapun prevalensi subjek berperawakan pendek terendah dapat ditemukan pada kelompok kelas IV, dengan nilai 9,57% (Tabel 1).

Tabel 1. Prevalensi Perawakan Pendek Menurut Kelas

Kelas	Rata-rata usia saat pengukuran (tahun [range])	Jumlah (n)	Persentase (%)
I	7,78 [7,50 – 8,75]	11/63	17,46
II	8,56 [7,67 – 9,08]	15/64	23,44
III	9,59 [8,92 – 11,67]	15/93	16,13
IV	10,40 [10,08 – 11,00]	9/94	9,57
V	11,32 [10,33 – 12,33]	6/59	10,17
VI	12,30 [11,75 – 13,33]	10/59	16,95
Total		66/432	100

Sesudah dilakukannya pengukuran tinggi badan, kuesioner PSC-17 dibagikan kepada subjek untuk dibawa pulang dan diisi oleh orangtua atau wali subjek. Laju pengembalian kuesioner PSC-17 tersebut sebesar 81,48% (352 buah). Terdapat 65 buah kuesioner yang di-*dropout* karena menyalahi aturan pengisian atau tidak terisi lengkap. Oleh karena itu, terdapat 287 subjek yang memenuhi kualifikasi untuk bergabung pada penelitian ini. Dari 287 subjek

tersebut, terdapat 66 subjek (23%) berperawakan pendek dan 221 subjek (77%) tidak berperawakan pendek.

Pengisian kuesioner PSC-17 oleh responden (Tabel 4.5) memberikan hasil bahwa dari 287 subjek, secara umum didapatkan 52 subjek (18,12%) dengan masalah psikososial, yaitu subjek yang memberi hasil positif pada sedikitnya satu subskala perilaku dan/atau skor total. Dari 52 subjek dengan masalah psikososial tersebut, terdapat 37 subjek (71,15%) dengan masalah subskala perilaku internalisasi, 18 subjek (34,62%) dengan masalah subskala perilaku eksternalisasi, 10 subjek (19,23%) dengan masalah subskala perilaku perhatian, dan 30 subjek (57,69%) positif pada perhitungan skor total. Prevalensi masalah psikososial tertinggi berada pada kelompok kelas IV, yaitu sebesar 22,45%, sedangkan untuk prevalensi terendah berada pada kelompok kelas I, dengan nilai sebanyak 8,11% (Tabel 2).

Tabel 2. Prevalensi Masalah Psikososial Berdasarkan Kelas

Kelas	Rata-rata usia saat pengukuran (tahun [range])	Jumlah (n)					Persentase (%)
		I	E	P	T	U	
I	7,77 [7,50 – 8,33]	2	1	1	1	3/37	8,11
II	8,55 [7,67 – 9,33]	8	2	2	6	10/45	22,22
III	9,59 [8,92 – 11,67]	7	4	1	5	10/63	15,87
IV	10,41 [10,08 – 11,00]	6	6	2	6	11/49	22,45
V	11,33 [10,33 – 12,33]	9	3	3	9	11/53	20,75
VI	12,27 [11,75 – 13,33]	5	2	1	3	7/40	17,50
Total		37	18	10	30	52/287	100

I = Internalisasi, E = Eksternalisasi, P = Perhatian, T = Skor Total, U = Umum

Analisis Variabel Bebas terhadap Masalah Psikososial

Hubungan antara variabel perawakan pendek dengan masalah psikososial secara umum dianalisis menggunakan uji *chi-square*. Hasil uji analisis (Tabel 3) menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan masalah psikososial secara umum (p 0,268).

Hubungan antara variabel perawakan pendek dengan masalah subskala internalisasi dianalisis menggunakan uji *chi-square*. Hasil uji analisis (Tabel 3) menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan masalah subskala internalisasi (p 0,532).

Hubungan antara variabel perawakan pendek dengan masalah subskala eksternalisasi dianalisis menggunakan uji *Fisher's exact* karena terdapat 1 sel (25%) dengan nilai *expected* dibawah 5. Hasil uji analisis (Tabel 3) menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna

antara perawakan pendek dengan masalah subskala eksternalisasi (p 0,400).

Hubungan antara variabel perawakan pendek dengan masalah subskala perhatian dianalisis menggunakan uji *Fisher's exact* karena terdapat 1 sel (25%) dengan nilai *expected* dibawah 5. Hasil uji analisis (Tabel 3) menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan masalah subskala perhatian (p 0,414).

Hubungan antara variabel perawakan pendek dengan *cutoff* skor total PSC-17 (≥ 15) dianalisis menggunakan uji *chi-square*. Hasil uji analisis (Tabel 4.7) menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan skor total PSC-17 (p 0,614).

Tabel 4.7. Hubungan antara Perawakan Pendek dengan Masalah Psikososial

Variabel	Perawakan Pendek		Nilai p
	Ya	Tidak	
Secara umum			
Positif	15	37	0,268
Negatif	51	184	
Subskala internalisasi			
Positif	10	27	0,532
Negatif	56	194	
Subskala eksternalisasi			
Positif	5	13	0,400
Negatif	61	208	
Subskala perhatian			
Positif	3	7	0,414
Negatif	63	214	
Skor total			
Positif	8	22	0,614
Negatif	58	199	

*Signifikan secara statistik (p<0,05)

Pembahasan

Pada penelitian ini, didapatkan prevalensi anak dengan perawakan pendek di SDN 01 Kampung Melayu sebanyak 15,28% (Tabel 4.1). Prevalensi yang didapatkan dari penelitian ini sedikit lebih tinggi jika dibandingkan dengan prevalensi anak usia 5-12 tahun dengan perawakan pendek menurut Riskesdas 2018 untuk provinsi DKI Jakarta, yaitu 10,8%. Adapun jika diuraikan per kelas, didapatkan prevalensi perawakan pendek pada kelompok kelas I hingga kelas VI cukup bervariasi, yaitu dari dibawah prevalensi DKI Jakarta hingga lebih tinggi dari prevalensi provinsi, dengan *range* 9,57% hingga 23,44% (Tabel 1).⁴

Jumlah kuesioner PSC-17 yang kembali dari subjek adalah 352 buah (81,48% dari total kuesioner yang disebar). Akan tetapi, terdapat 65 buah kuesioner (18,5% dari 352 buah kuesioner) yang di-*dropout* karena menyalahi aturan pengisian atau tidak terisi lengkap.

Tingginya jumlah kuesioner yang di-*dropout* ini diperkirakan karena adanya orang tua atau wali anak yang tidak paham mengenai cara pengisian kuesioner, meskipun tata cara pengisian kuesioner sudah dicantumkan pada lampiran kuesioner. Dari 287 subjek dengan kuesioner PSC-17 valid, didapatkan seluruh subjek berperawakan pendek (66 anak) yang mengembalikan kuesioner. (Tabel 4.3)

Kuesioner yang dikembalikan kepada peneliti lalu dikalkulasi dengan cara memeriksa jawaban tiap subjek. Terdapat beberapa subjek yang mengisi jawaban lebih dari satu per pertanyaan, ada juga yang tidak menjawab beberapa pertanyaan. Berdasarkan panduan dari Massachusetts General Hospital, jika terdapat satu hingga tiga pertanyaan yang dikosongkan, maka jawaban dapat diabaikan dan diberi skor 0. Jika empat pertanyaan atau lebih dikosongkan, maka kuesioner dianggap tidak valid.¹⁹ Penulis mengikuti instruksi yang sama dalam mengalkulasi hasil kuesioner PSC-17 di penelitian ini.

Sebaran Masalah Psikososial di SDN 01 Kampung Melayu

Pengisian kuesioner PSC-17 menunjukkan bahwa terdapat 18,12% sampel (52 anak) dengan masalah psikososial (Tabel 4.4). Berdasarkan studi literatur, belum terdapat studi yang menganalisis hubungan antara masalah psikososial dengan perawakan pendek pada anak usia sekolah dasar, tetapi penulis menemukan penelitian oleh Erfanti et al yang meneliti bahasan ini pada anak usia remaja (11-14 tahun) di Jatinangor, Jawa Barat. Studi tersebut menunjukkan prevalensi masalah psikososial sebesar 26,5%. Perbedaan prevalensi antar penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan kelompok usia sampel dan jumlah sampel berperawakan pendek yang lebih banyak (100 anak berperawakan pendek dan 100 anak berperawakan normal) pada studi oleh Erfanti et al. Selain itu, lokasi penelitian oleh Erfanti et al berada pada daerah pinggiran kota (Jatinangor), sedangkan penelitian ini dilakukan di daerah pusat kota (Kampung Melayu, Jakarta) sehingga kemungkinan mempengaruhi perbedaan prevalensi.²⁴

Data pada penelitian ini menunjukkan bahwa prevalensi anak berperawakan pendek dengan masalah psikososial pada penelitian ini adalah 22,73%, yaitu 15 dari 66 anak berperawakan pendek (Tabel 4.7). Subskala masalah dengan prevalensi tertinggi pada studi ini adalah masalah subskala perilaku internalisasi, yang didapatkan pada 37 dari 52 anak dengan masalah psikososial (Tabel 4.5). Penelitian Erfanti et al juga memberikan hasil prevalensi tertinggi pada masalah internalisasi (depresi, ansietas, rendah diri), yaitu sebesar 25 dari 53 anak.²⁴ Data-data tersebut menunjukkan bahwa masalah internalisasi termasuk tipe psikopatologi yang utama pada anak usia sekolah dasar. Pada rentang usia ini, perkembangan

fisik pada anak menyebabkan terbentuknya persepsi akan citra tubuh (*body image*). Selain itu, anak pada usia sekolah dasar sudah mulai membandingkan dirinya dengan teman disekitarnya, yang dapat memunculkan perasaan negatif mengenai penampilan fisik mereka. Oleh karena itu, anak dengan penampilan fisik yang berbeda dengan teman disekitarnya, seperti anak dengan berperawakan pendek, rentan mengalami masalah psikis maupun sosial, terutama ansietas dan depresi.²⁵

Hubungan Perawakan Pendek dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia Sekolah Dasar

Hasil analisis dengan metode *chi-square* (Tabel 4.7) menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan hasil positif PSC-17 secara umum ($p = 0,268$), tidak adanya hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan masalah subskala internalisasi ($p = 0,532$), tidak adanya hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan masalah subskala eksternalisasi ($p = 0,400$), tidak adanya hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan masalah subskala perhatian ($p = 0,414$), dan tidak adanya hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan skor total PSC-17 ($p = 0,614$).

Tidak adanya studi yang pernah membahas kondisi ini secara spesifik membuat peneliti sulit untuk membandingkan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya. Berdasarkan teori pada penelusuran literatur, penulis menduga tidak bermaknanya hubungan antar kedua variabel tersebut disebabkan karena belum terjadinya puncak pacu tumbuh pada masa kanak-kanak pertengahan (usia 6-11 tahun), melainkan akselerasi pertumbuhan linear terjadi pada masa remaja awal (10-13 tahun) sehingga perbedaan tinggi badan antar teman sebaya belum terlihat jelas. Teori tersebut kemungkinan juga mendasari alasan mengapa prevalensi masalah psikososial tertinggi terdapat pada kelompok kelas IV, dengan *range* usia 10,08 – 11,00 tahun (Tabel 4.6), yaitu karena pada rentang usia tersebut sedang berlangsung akselerasi pertumbuhan linear. Adapun *range* usia sampel pada penelitian ini adalah 7,50 - 13,22 tahun, yang berarti terdapat dua kelompok usia yang diteliti pada studi ini, yaitu masa kanak-kanak pertengahan dan masa remaja awal.²⁶

Pada masa remaja awal, anak mengalami perubahan fisik yang cepat sehingga mereka dapat mengalami kebingungan mengenai apakah perubahan anatomi dan fisiologi tersebut bersifat normal. Masa remaja awal juga dicirikan dengan egosentrisitas – perasaan yang dialami remaja bahwa mereka adalah pusat perhatian semua orang, persepsi ini dapat menyebabkan remaja merasa bahwa orang lain terus-menerus menghakimi mereka. Oleh karena itu, secara teoritis dapat diasumsikan bahwa hasil penelitian dapat menjadi bermakna jika semua subjek adalah anak pada masa remaja awal.²⁶

Kuesioner PSC-17 merupakan instrumen skrining yang mudah dikerjakan dan dapat diisi dengan cepat, tetapi sensitivitas dari kuesioner ini cenderung rendah sehingga kurang akurat untuk digunakan sebagai instrumen skrining. Studi oleh Harahap et al pada tahun 2010 memberikan hasil sensitivitas kuesioner PSC-17 sebesar 69,2%, sedangkan studi oleh Gardner et al pada tahun 2007 menunjukkan hasil sensitivitas dengan rentang 42-62%.^{20,27} Selain itu, hasil positif skrining menggunakan PSC-17 tidak dapat digunakan sebagai penegakan diagnosis masalah psikososial, melainkan untuk menunjukkan perlunya evaluasi lebih lanjut oleh psikiater ataupun psikolog sehingga orang tua atau pengasuh lebih waspada mengenai kebutuhan khusus anak tersebut.¹⁹

Penelusuran literatur lebih lanjut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang lemah antara perawakan pendek dengan masalah psikososial, dimana anak berperawakan pendek dilaporkan memiliki tingkat *self-perceived peer victimization* lebih tinggi, tetapi individu berperawakan pendek tidak berbeda dalam fungsi psikososialnya dari teman sebayanya, baik pada masa kanak-kanak, remaja, ataupun dewasa.^{28, 29} Faktor risiko utama yang dapat menyebabkan sebagian anak berperawakan pendek mengalami masalah psikososial adalah stres psikososial terkait perundungan atau sikap negatif dari teman sebaya yang harus dihadapi anak karena tinggi badannya. Adapun faktor protektif yang dapat membuat anak lebih kuat dalam menghadapi tantangan dari lingkungan adalah kepribadian positif, lingkungan keluarga yang suportif, serta lingkungan sosial berupa *support system* yang dapat meningkatkan kemampuan beradaptasi dan bersosialisasi.³⁰

Kesimpulan

Prevalensi anak berperawakan pendek di SDN 01 Kampung Melayu adalah 15,28%. Prevalensi masalah psikososial pada anak di SDN 01 Kampung Melayu adalah 18,12% dan prevalensi anak berperawakan pendek dengan masalah psikososial adalah 22,73%. Tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara perawakan pendek dengan masalah psikososial secara umum pada anak usia sekolah dasar.

Saran

Memperbanyak penelitian yang membahas mengenai hubungan antara perawakan pendek dan masalah psikososial pada anak serta melakukan penelitian serupa dengan menggunakan instrumen deteksi dini masalah psikososial lain, seperti *Pediatric Symptom Checklist-35* (PSC-35) dan *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ).

Daftar Referensi

1. Unit Kerja Koordinasi Endokrinologi Ikatan Dokter Anak Indonesia. Panduan praktik klinis Ikatan Dokter Anak Indonesia: perawakan pendek pada anak dan remaja di Indonesia. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2017. p. 1.
2. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition. Washington DC; 2017. p.1.
3. Association of Southeast Asian Nations, United Nations Children's Fund, World Health Organization. Regional report on nutrition security in ASEAN, volume 2. Bangkok: United Nations Children's Fund; 2016. p. 19.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019.
5. Millennium Challenge Account - Indonesia. Stunting dan masa depan Indonesia [Internet]. [cited 10 July 2018]. p. 1. Available from: <https://www.mca-indonesia.go.id/assets/uploads/media/pdf/MCAIndonesia-Technical-Brief-Stunting-ID.pdf>
6. de Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. *Matern Child Nutr*, 2016;12(S1):12-26.
7. E Al-Agha A, Hh J. The impact of short stature on the children's psychology: an examination of child psychology, peer and familial relationships and academic performance. *J Preg Child Health*. 2016;3(2):1-3.
8. American Academy of Pediatrics. Mental health screening and assessment tools for primary care. Illinois; 2010. p. 2-3.
9. Satgas Remaja Ikatan Dokter Anak Indonesia. Masalah kesehatan mental emosional remaja [Internet]. Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2013 [cited 17 July 2018]. Available from: <http://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/masalah-kesehatan-mental-emosional-remaja>
10. Tridjaja B. Short stature (perawakan pendek) diagnosis dan tata laksana. In: Trihono PP, Djer MM, Sjakti HA, Hendrarto TW, Prawitasari T, editors. Best practices in pediatrics. DKI Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia Cabang DKI Jakarta; 2013. p. 11-8.
11. Koren D, Grimberg A. Short stature. In: Zorc JJ, Alpern ER, Brown LW, Loomes KM, Marino BM, Mollen CJ, et al, editors. Schwartz's clinical handbook of pediatrics. 5th ed. Baltimore/Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 823-4

12. Kaplowitz PB. Short stature. In: McInerney TK, Adam HM, Campbell DE, Foy JM, Kamat DM, editors. American Academy of Pediatrics textbook of pediatric care. 2nd ed. United States of America: American Academy of Pediatrics; 2016. p. 1727-30.
13. Quitmann JH, Bullinger M, Sommer R, Rohenkohl AC, Bernardino Da Silva NM. Associations between psychological problems and quality of life in pediatric short stature from patients' and parents' perspectives. Li X, editor. PLOS ONE. 2016;11(4):1-20.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental problems. 5th ed. Washington, DC: Author; 2013. p. 20.
15. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental problems: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476–93.
16. World Health Organization. Child and adolescent mental health [Internet]. [cited 25 July 2018]. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/
17. Prasetyo J. Pengantar psikiatri anak. In: Elvira SD, Hadisukanto G, editors. Buku ajar psikiatri. 3rd ed. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2017. p. 468-76.
18. Maslim R. Diagnosis masalah jiwa: rujukan ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atma Jaya; 2013. p. 122-50.
19. Department of Psychiatry Massachusetts General Hospital. Pediatric Symptom Checklist [Internet]. [cited 25 July 2018]. Available from: https://www.massgeneral.org/psychiatry/services/psc_about.aspx
20. Harahap DF, Sjarif DR, Soedjatmiko S, Widodo DP, Tedjasaputra MS. Identification of emotional and behavior problems in obese children using Child Behavior Checklist (CBCL) and 17-items Pediatric Symptom Checklist (PSC-17). *Paediatr Indones*. 2010;50(1):42-8.
21. Sastroasmoro S. Pemilihan subyek penelitian. In: Sastroasmoro S, Ismael S, editors. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. 5th ed. Jakarta: Sagung Seto; 2014. p. 99.
22. Madiyono B, Sastroasmoro S, Budiman I, Purwanto SH. Perkiraan besar sampel. In: Sastroasmoro S, Ismael S, editors. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. 5th ed. Jakarta: Sagung Seto; 2014. p. 364-5.

23. Dahlan MS. Statistik untuk kedokteran dan kesehatan: deskriptif, bivariat, dan multivariat, dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS. 6th ed. Jakarta: Penerbit Salemba Medika; 2016. p. 1-20.
24. Erfanti DO, Setiabudi D, Rusmil K. The Relationship of Psychosocial Dysfunction and Stunting of Adolescents in Suburban, Indonesia. *Open J Med Psychol.* 2016;05(04):57–65.
25. Finkelstein LH, Feigelman S. Chapter 25: middle childhood. In: Kliegman RM, St Geme III JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, et al, editors. *Nelson textbook of pediatrics.* 21th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 4308-24.
26. Holland-Hall CM. Chapter 132: adolescent physical and social development. In: Kliegman RM, St Geme III JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, et al, editors. *Nelson textbook of pediatrics.* 21th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 1168-79.
27. Gardner W, Lucas A, Kolko DJ, Campo JV. Comparison of the PSC-17 and alternative mental health screens in an at-risk primary care sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(5): 611-8.
28. Lee JM, Appugliese D, Coleman SM, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH, et al. Short stature in a population-based cohort: social, emotional, and behavioral functioning. *Pediatrics.* 2009;124(3):903-10.
29. Voss L, Sandberg D. The psychological burden of short stature: evidence against. *Eur J Endocrinol.* 2004;151(S1):S29–33.
30. Erling A. Why do some children of short stature develop psychologically well while others have problems? *Eur J Endocrinol.* 2004;151(S1):S35–9.

5.3 Formulir Pernyataan Publikasi Naskah Ringkas

FORMULIR PERSETUJUAN PUBLIKASI NASKAH RINGKAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Prof. Dr. dr. Pini Sekartini, SpACK

NIP/NUP : 196506021991012001

adalah pembimbing mahasiswa S1/S2/S3/Profesi/Specialis*:

Nama : Salsabila Yasmine Dyahputri

NPM : 1606876916

Fakultas : Keokteran

Program Studi : Pendidikan Dokter

Judul Naskah Ringkas: Hubungan antara Perawatan Pendek dengan Masalah Psikososial pada Anak Usia Sekolah Dasar

menyatakan bahwa naskah ringkas ini telah diperiksa dan disetujui untuk (pilih salah satu dengan memberi tanda silang):

- Dapat diakses di UIANA
- Tidak dapat diakses di UIANA karena:
 - Data yang digunakan untuk penulisan berasal dari instansi tertentu bersifat konfidensial
 - Akan ditunda publikasinya mengingat akan karena /sedang dalam proses pengajuan Hak Paten/HKI hingga tahun.....
 - Akan dipresentasikan sebagai makalah pada Seminar Nasional yaitu:yang diprediksi akan dipublikasikan sebagai prosiding pada bulan.....tahun.....
 - Akan ditulis dalam bahasa Inggris dan dipresentasikan sebagai makalah pada seminar internasional yaitu:..... yang diprediksi akan dipublikasikan sebagai prosiding pada bulan.....tahun.....
 - Akan diterbitkan pada Jurnal Program Studi /Departemen /Fakultas di UI yaitu: yang diprediksi akan dipublikasikan pada bulan.....tahun.....
 - Akan diterbitkan pada Jurnal Nasional yaitu: Sari. Pediatr... yang diprediksi akan dipublikasikan pada bulan.....tahun.....
 - Akan ditulis dalam bahasa Inggris untuk dipersiapkan terbit pada Jurnal Internasional yaitu: yang diprediksi akan dipublikasikan pada bulan.....tahun.....

Depok, 1 Oktober tahun 2019

()

*pilih salah satu

Prof. Dr. dr. Pini Sekartini, SpACK