

Prevalensi dan jenis masalah emosional dan perilaku pada anak usia 9-11 tahun dengan perawakan pendek di Kabupaten Brebes

Farid Agung Rahmadi¹, Galuh Hardaningsih¹, Rina Pratiwi¹

ABSTRACT

Background. Emotional and behavior disturbance in children is approximately 20%. There are some type of child's emotional and behavior disturbance such as emotional problems, conduct problems, hyperactivity, and peer problems. These emotional and behavior disturbance are affected by many isolated or non isolated factors. Nutrition and stimulation as the basic of child growth and development must be given in optimum proportion. Stunted which is one of chronic nutrition problem can cause many form of emotional and behavior disturbance. Identification of emotional and behavior type disturbance is needed before the treatment started, that is why identification of emotional and behavior disturbance type in stunted child is important to established.

Purpose. To know the prevalence and type of emotional and behavior disturbance in stunted.

Method. This is an observational research, conduct in some of elementary school at Brebes. Subject is stunted child, 9-11 years old. Emotional and behavior disturbance was examined with Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Results.

There were 70 stunted subject consist of 30(42.85%) female, with 121.14±6.62 months old. Subject that had abnormal difficulties total score were 6(8%) and borderline difficulties total score were 12(17.1%). Subject with abnormal conduct scale were 19(27.1%) and borderline conduct scale were 21(30%). Subject with abnormal peer problem score were 23(32.8%) and borderline peer problem score were 18(25.7%).

Conclusion. The prevalence of emotional and behavior disturbance in stunted is higher than normal height children. Most of the type are peer problem, lack of prosocial ability and conduct and emotional problem.

Keyword : emotional disturbance, behavior, stunted

ABSTRAK

Latar belakang. Diperkirakan prevalensi masalah emosional dan perilaku pada anak adalah sebesar 20%. Terdapat berbagai macam jenis masalah emosional dan perilaku seperti gangguan emosi, gangguan perilaku, hiperaktif, dan masalah dengan teman sebaya. Masalah emosional dan perilaku dipengaruhi oleh multifaktor yang masing-masing dapat berdiri sendiri atau saling mempengaruhi. Nutrisi dan stimulasi yang adekuat sebagai dasar perkembangan anak wajib diberikan secara optimal. Perawakan pendek merupakan salah satu bentuk dari gangguan nutrisi kronik yang dapat menimbulkan berbagai macam masalah emosional dan perilaku pada anak. Mengingat penatalaksanaan masalah emosional dan perilaku tidak dapat dilaksanakan sebelum dilakukannya identifikasi jenis masalah emosional dan perilaku, maka identifikasi jenis masalah emosional dan perilaku penting untuk dilakukan.

Tujuan penelitian. Mengetahui prevalensi dan jenis masalah emosional dan perilaku yang terjadi pada anak dengan perawakan pendek.

Metode penelitian. Merupakan penelitian observasional deskriptif. Penelitian dilakukan di beberapa sekolah dasar di Kabupaten Brebes. Subyek penelitian adalah anak berperawakan pendek umur 9-11 tahun. Variabel yang diteliti adalah masalah emosional dan perilaku pada anak perawakan pendek menggunakan kuesioner SDQ.

Hasil Penelitian. Sebanyak 70 anak perawakan pendek terdiri dari 30(42.85%) anak perempuan, dengan rerata umur subyek 121.14±6.62 bulan. Subyek dengan nilai total kesulitan abnormal sebanyak 6(8%) dan borderline 12(17.1%). Skala gangguan emosi abnormal sebanyak 17(24.2%) dan borderline 12(17.1%). Subyek dengan skala masalah perilaku abnormal sebanyak 19(27.1%) dan borderline sebanyak 21(30%). Subyek dengan skor masalah dengan teman sebaya dalam klasifikasi abnormal sebanyak 23(32.8%) dan borderline 18(25.7%).

Simpulan. Prevalensi masalah emosional dan perilaku yang terjadi pada anak dengan perawakan pendek lebih tinggi daripada prevalensi masalah emosional dan perilaku pada populasi anak normal. Urutan jenis masalah yang paling tinggi adalah masalah dengan teman sebaya, kemampuan prososial yang kurang, masalah perilaku dan emosi.

Kata kunci : masalah emosioanal, perilaku, perawakan pendek

PENDAHULUAN

Perkembangan seorang anak tidak hanya meliputi perkembangan sektor motorik, personal sosial

dan bahasa saja, namun perkembangan emosional dan perilaku ikut memiliki peran penting. Diperkirakan prevalensi masalah emosional dan perilaku pada anak adalah sebesar 20%.^{1,2} Terdapat berbagai macam jenis masalah emosional dan perilaku seperti gangguan emosi, gangguan perilaku, hiperaktif, dan masalah

¹. Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

dengan teman sebaya. Anak dengan berbagai macam jenis masalah emosional dan perilaku akan mengakibatkan gangguan bagi dirinya sendiri maupun lingkungan sekitarnya.³

Masalah emosional dan perilaku dipengaruhi oleh multifaktor yang masing-masing dapat berdiri sendiri atau saling mempengaruhi.⁴ Nutrisi dan stimulasi yang adekuat sebagai dasar perkembangan anak wajib diberikan secara optimal. Perawakan pendek merupakan salah satu bentuk dari gangguan nutrisi kronik yang dapat menimbulkan berbagai macam masalah emosional dan perilaku pada anak.⁵

Indonesia saat ini menghadapi dua permasalahan gizi pada anak. Di satu sisi, prevalens obesitas semakin meningkat di kota-kota besar, di sisi yang lain masalah gizi kurang pada anak belum terselesaikan. Kekurangan zat gizi secara kronis berdampak pada tingginya prevalens anak berperawakan pendek di Indonesia (Riskesmas, 2010).⁶ Perawakan pendek adalah keadaan nilai *Z-score* tinggi badan menurut umur (TB/U) ≥ -3 sampai dengan < -2 simpang baku (SB) dan sangat pendek bila < -3 SB tanpa memandang penyebabnya (WHO,2007).⁷ Penelitian pendahuluan yang telah kami lakukan di Brebes mendapatkan proporsi anak berperawakan pendek usia 9-12 tahun yang cukup tinggi yaitu 28%.⁸

Mengingat penatalaksanaan masalah emosional dan perilaku tidak dapat dilaksanakan sebelum dilakukannya identifikasi jenis masalah emosional dan perilaku, maka identifikasi jenis masalah

emosional dan perilaku penting untuk dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui prevalensi dan jenis masalah emosional dan perilaku yang terjadi pada anak dengan perawakan pendek.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain cross sectional, dilakukan di bulan Juli-Desember 2015 di empat Sekolah Dasar di Kabupaten Brebes. Pengambilan sampel dilakukan secara konsekutif dengan jumlah 70 anak perawakan pendek, dengan kriteria inklusi usia 9-11 tahun dan nilai HAZ < -2 SD. Kriteria eksklusi meliputi obesitas, diabetes melitus, gagal ginjal, asma bronkial, merokok, dan penyakit kongenital yang diketahui menyebabkan perawakan pendek: sindrom Turner, sindrom Down, sindrom Noonan, sindroma Marfan, sindrom William, penyakit jantung bawaan. Persetujuan untuk diikutsertakan dalam penelitian dimintakan dari orang tua penderita secara tertulis dengan menggunakan *informed consent*. Subyek yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dilakukan penilaian masalah emosional dan perilaku menggunakan *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Pengisian kuesioner dilakukan oleh orangtua subjek tanpa intervensi dari subjek penelitian. Data dipresentasikan dalam bentuk rerata dengan standar deviasi

Tabel 1. Karakteristik subyek

Variabel	Perawakan pendek	Perawakan sangat pendek
Umur (bulan)	119.69 \pm 6.5 SD	122.64 \pm 6.31SD
Jenis kelamin (% perempuan)	41.02%	51.61%
Height for age z score	-2.73 \pm 0.15	-3.33 \pm 0.29

HASIL

Selama periode penelitian didapatkan jumlah anak dengan perawakan pendek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 150 anak. Sebanyak 70 anak hasil randomisasi ditindaklanjuti dengan pengisian kuesioner SDQ yang dilakukan oleh orang tua. Subyek penelitian terdiri dari 30(42.85%) anak perempuan. Rerata umur subyek adalah 121.14 \pm 6.62 bulan. Sebanyak 39(55.71%) anak mengalami perawakan pendek dan 31(44.29%) anak mengalami perawakan sangat pendek dengan rerata nilai HAZ : -3.00 \pm 0.37 SD. Karakteristik subyek dapat dilihat di tabel 1.

Analisis kuesioner SDQ dari 70 subyek didapatkan hasil sebagai berikut. Subyek dengan nilai total kesulitan termasuk dalam klasifikasi abnormal sebanyak 6(8%), borderline 28(40%), dan normal 36(51.4%). Jumlah subyek dengan skala gangguan emosi abnormal sebanyak 17(24.2%) dan borderline 12(17.1%). Subyek dengan skala masalah perilaku abnormal sebanyak 19(27.1%), sedangkan borderline sebanyak 21(30%). Tidak didapatkan subyek dengan gangguan hiperaktifitas. Subyek yang memiliki skor masalah dengan teman sebaya termasuk dalam klasifikasi abnormal sebanyak 23(32.8%), borderline 18(25.7%). Hasil analisis kuesioner SDQ dapat dilihat di tabel 2.

Tabel 2. Penilaian SDQ

	Normal n (%)	Borderline n (%)	Abnormal n (%)
Nilai SDQ total	36(51.4)	28(40)	6(8)
Skala gangguan emosi	41(58.5)	12(17.1)	17(24.2)
Skala masalah perilaku	30(42.8)	21(30)	19(27.1)
Skor hiperaktifitas	60(85.8)	10(14.2)	0
Skor masalah teman sebaya	29(41.4)	18(25.7)	23(32.8)
Skor perilaku prososial	37(52.8)	13(18.5)	20(28.5)

PEMBAHASAN

Proses identifikasi gangguan tumbuh kembang merupakan usaha untuk mengetahui apakah anak mengalami gangguan dalam pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak lain seusianya. Identifikasi menjadi awal dari proses yang kemudian dapat dilanjutkan dengan assessmen dan tatalaksana serta evaluasi.¹⁰ Tujuh puluh anak usia 9-11 tahun dengan perawakan pendek yang kami dapatkan hasil SDQ nya 48% memiliki total skor penyulit borderline dan abnormal. Subjek dengan skor gangguan emosi di penelitian ini sebanyak 24.2% abnormal dan 17.1% borderline. Hasil penelitian kami menunjukkan prevalensi masalah emosi dan perilaku lebih tinggi pada anak perawakan pendek daripada prevalensi pada populasi normal yang berkisar 20%.¹² Gangguan emosi diwujudkan dengan keluhan-keluhan menyerupai penyakit fisik, rasa cemas, perasaan tidak bahagia dan kurang percaya diri.

Sebanyak 57.1% dari 70 anak perawakan pendek dan sangat pendek memiliki skor gangguan perilaku abnormal dan borderline, prevalensinya lebih tinggi dari populasi anak normal. Peningkatan prevalensi masalah perilaku pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Chang yang menyatakan bahwa anak dengan perawakan pendek memiliki risiko yang lebih tinggi untuk memiliki gangguan perilaku pada saat umur 11 tahun.⁹ Gangguan perilaku diwujudkan dengan rasa marah yang berlebihan, sulit mematuhi perintah orang lain, sering terlibat pertengkaran, sering berbohong dan mengambil barang bukan miliknya.

Skor hiperaktifitas subjek penelitian sebagian besar masih di dalam batas normal, hanya 14.2% anak yang borderline. Jarang didapatkan tanda-tanda hiperaktif pada anak yang meliputi perhatian mudah teralihkan dan tidak dapat diam. Berbeda dengan penelitian Chang yang memperlihatkan hiperaktif banyak terjadi pada perawakan pendek.⁹ Hiperaktif sulit dihubungkan dengan perawakan pendek, karena lebih banyak disebabkan karena factor genetic atau gangguan di faktor lingkungan sekitar anak dalam jangka waktu yang lama.¹⁶

Sebanyak 58.5% subjek memiliki skor abnormal dan borderline di penilaian masalah dengan teman sebaya. Penilaiannya meliputi anak lebih senang menyendiri daripada dengan anak yang seumur, jarang memiliki teman dekat, mengeluh sering diganggu oleh temannya, dan cenderung lebih nyaman untuk bermain bersama orang dewasa. Beberapa anak dengan perawakan sangat pendek pada saat pengukuran tinggi badan dilaksanakan mendapatkan gangguan berupa ejekan dari teman-temannya. Anak yang sering menjadi korban ejekan atau *bullying* dapat memiliki kemampuan sosial yang kurang sehingga sulit untuk menjalin pertemanan dan tidak mudah untuk diterima diantara usia sebayanya. Hal ini akan mendorong anak untuk bersikap agresif atau justru berikap sebaliknya, anak cenderung tertutup, dihindari teman sebaya dan semakin menarik diri.¹⁷

Skor prososial merupakan penilaian terhadap kemampuan anak untuk berinteraksi social dengan lingkungannya. Penilaiannya meliputi kepedulian anak terhadap apa yang dirasakan orang lain, kemampuan berbagi, keinginan untuk membantu orang lain, dan bersikap baik terhadap sesama. Sebanyak 47% anak memiliki skor prososial yang abnormal dan borderline. Kemampuan prososial berkembang sejak umur 2 tahun dan sangat dipengaruhi oleh karakteristik anak dan factor lingkungan. Bimbingan dari orang dewasa di dekatar anak meningkatkan perkembangan prososialnya, demikian juga sebaliknya adanya stimulasi-stimulasi negatif dari lingkungan sekitar dapat menumpulkan perkembangan prososial anak.¹⁸

Keterbatasan penelitian ini meliputi proses pengambilan data dengan kuesioner terhadap orang tua mengalami beberapa tantangan dalam pelaksanaannya seperti dibutuhkannya waktu lebih bagi beberapa orang tua untuk memahami pertanyaan kuesioner, beberapa memiliki kemampuan yang kurang dalam membaca, dan ruangan yang ramai pada saat pengisian kuesioner. Peneliti telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi beberapa hambatan di atas dengan meluangkan waktu untuk membimbing satu-satu bagi yang kesulitan dan memisahkan ruangan menjadi dua ruangan sehingga ruang pemeriksaan antropometri berbeda dengan ruang pengisian kuesioner.

SIMPULAN

1. Prevalensi masalah emosional dan perilaku yang terjadi pada anak dengan perawakan pendek lebih tinggi daripada prevalensi masalah emosional dan perilaku pada populasi anak normal
2. Urutan jenis masalah yang paling tinggi adalah masalah dengan teman sebaya, kemampuan prososial yang kurang, masalah perilaku dan emosi.

SARAN

Peningkatan rasa peka tenaga pendidik terhadap masalah emosional dan perilaku semua siswa terutama siswa berperawakan pendek mutlak diperlukan sehingga identifikasi awal atau deteksi dini terhadap masalah tersebut dapat dilakukan dengan baik. Kerjasama yang baik antara sekolah dengan tenaga kesehatan atau puskesmas perlu dilakukan sehingga proses identifikasi awal dapat dilanjutkan menjadi tatalaksana yang komprehensif dan holistik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Belfer ML, Saxena S. WHO Child Atlas project. *Lancet* 2006;367: 551–2.
2. World Health Organization. *The World Health Report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.
3. The National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment. *Blueprint for change: research on child and adolescent mental health*. Washington, DC: National Institute of Mental Health, 2001.
4. Belfer ML, Rohde LA. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:359–65.
5. Chang SM, Walker SP, Grantham-McGregor S, Powell CA. Early Childhood Stunting Is Associated with Poor Psychological Functioning in Late Adolescence and Effects Are Reduced by Psychosocial Stimulation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002 Sep;43(6):775-83.
6. Laporan Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2010. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2010; Available from: <http://riskesdas.litbang.depkes.go.id/laporan2010/reg.php>.
7. The WHO child growth standards. 2007. Available from: <http://www.who.int/childgrowth/en/>
8. Soetadji A, Suhartono S, Kartini A, Budiyo B, Hardaningsih G, Utari A. 2014. Hubungan antara elastisitas arteri dengan kadar IGF-1 pada anak pendek di daerah pajanan kronis pestisida. Abstrak. Konika-16 Palembang
9. Chang SM, Walker SP, Grantham-McGregor S, Powell CA. Early childhood stunting and later behavior and school achievement. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002 Sep;43(6):775-83.
10. Mahabbati A. identifikasi anak dengan gangguan emosi dan perilaku di sekolah dasar. *Jurnal pendidikan khusus* 2006;2: 101-105.
11. Walker SP, Chang SM, Powell CA, Simonoff E, Grantham SM. Effects of psychosocial stimulation and dietary supplementation in early childhood on psychosocial functioning in late adolescence: follow-up of randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333
12. MacDonald R. The role of zinc in growth and cell proliferation. *J Nutr*. 2000;130:1500S-8S
13. Semba RD, Pee Sd, Sun K, Sari M, Akhter N, Bloem MW. Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study. *Lancet*. 2008;371:322-8
14. Needlmen R. Growth, development and behavior. Overview and assessment of variability. In: Behrman R, Kliegman R, Jenson H, editors. *Nelson textbook of paediatric*. 17 ed. USA: Elsevier Science; 2004 . p. 33-7.
15. Saenger P, Czernichow P, Hughes I, Reiter E. Small for gestational age: short stature and beyond. *Endocr Rev*. 2007;28:219–51
16. Croft C, Beckett C, Rutter M, Castle J, Colvert E, Groothues C, Hawkins A, Kreppner J, Stevens SE, et al. Early adolescent outcomes of institutionally-deprived and non-deprived adoptees. II: language as a protective factor and a vulnerable outcome. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48:31–44. CrossRef Medline
17. Hay DF. Early peer relations and their impact on children's development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2005:1-6.
18. Batson, C. D., Ahmad, N., Powell, A. A., & Stocks, E. L. (2008). Prosocial motivation. In J. Y. Shah & W. L. Gardner (Eds.), *Handbook of motivation science* (pp. 135-149). New York, NY: Guilford Press.