SKRIPSI

HUBUNGAN PREMATURITAS DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL EMOSIONAL ANAK USIA 4-6 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PLERET TAHUN 2017

RISKA RAHMAWATI
P07124216090

PRODI SARJANA TERAPANKEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018

SKRIPSI

HUBUNGAN PREMATURITAS DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL EMOSIONAL ANAK USIA 4-6 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PLERET TAHUN 2017

Diajukan sebagai salah satu tugas untuk menyelesaikan mata kuliah skripsi pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan

PRODI SARJANA TERAPANKEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018

PERSETUJUAN PEMBIMBING

SKRIPSI

"HUBUNGAN PREMATURITAS DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL EMOSIONAL ANAK USIA 4-6 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PLERET TAHUN 2017"

Disusun oleh:
Riska Rahmawati
P07124216090

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal: 11 Desember 2017

Menyetujui,

Pembimbing Utama,	Pembimbing Pendamping,
DR Yuni Kusmiyati, SST., MPH	Yuliasti Eka Purnamaningrum, SST., MPH
NIP.197606202002122001	NIP. 198107052002122001

Yogyakarta,
Ketua Jurusan Kebidanan

Dyah Noviawati Setia Arum, SSiT., M.Keb
NIP.19801102200122002

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

"HUBUNGAN PREMATURITAS DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL EMOSIONAL ANAK USIA 4-6 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PLERET TAHUN 2017"

Disusun oleh:
Riska Rahmawati
P07124216090

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji
Pada tanggal : 14 Desember 2017

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,
Heni Puji Wahyuningsih, SSiT., M.Keb (.....)
NIP.197511232002122002

Anggota,
DR Yuni Kusmiyati, SST., MPH (.....)
NIP.197606202002122001

Anggota,
Yuliasti Eka Purnamaningrum, SST., MPH (.....)
NIP.198107052002122001

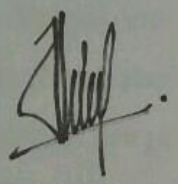
Yogyakarta,
Ketua Jurusan Kebidanan

Dyah Noviawati Setia Arum, SSiT., M.Keb
NIP.19801102200122002

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Skripsi ini adalah hasil karya Saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah Saya nyatakan dengan benar.

Nama	**: Riska Rahmawati**
NIM	**: P07124216090**
Tanda tangan	**:**



Tanggal	**: 5 Februari 2018**

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Riska Rahmawati

NIM : P07124216090

Program Studi : DIV

Jurusan : Kebidanan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas Skripsi Saya yang berjudul:

"Hubungan Prematuritas dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-6 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017"

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan. mengalihmediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Yogyakarta, pada Februari 2018

Yang menyatakan

(Riska Rahmawati)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga tugas penyusunan Skripsi dengan judul "Hubungan Prematuritas dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-6 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017", dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Terapan Kebidanan pada Program Studi D-IV Alih Jenjang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogayakarta.

Skripsi ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, dan oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan terimakasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM.,M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta atas kebijakannya sehingga penyusunan penelitian ini dapat terlaksana.
2. Kepala Puskesmas Pleret yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
3. Seluruh bidan di Puskesmas Pleret yang telah membantu peneliti dalam mencari data selama penelitian.
4. Seluruh petugas di Kecamatan Pleret yang telah membantu dalam penyusunan penelitian ini.
5. Dyah Noviawati Setia Arum, SSiT.,M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, atas kebijakan dan arahannya sehingga penyusunan uslan penelitian ini dapat terlaksana.
6. Yuliasti Eka Purnamaningrum, SST., MPH selaku Ketua Prodi Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan pembimbing pendamping, atas kebijakan dan arahannya sehingga penyusunan penelitian ini dapat terlaksana.
7. DR Yuni Kusmiyati, SST., MPH selaku dosen pembimbing utama yang telah membimbing dari awal penyusunan, dan telah memberikan arahan serta masukan kepada penulis

8. Heni Puji Wahyuningsih, SSiT., M.Keb selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan masukan kepana penulis
9. Teman-teman Mahasiswa D-IV Alih Jenjang Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang selalu memberikan bantuan dan dukungan.
10. Orangtua dan keluarga penulis atas dukungan material dan moral.
11. Sahabat-sahabat terdekat penulis, Afrina, Awa, Latifa, Yoshimi, Reta, dan Puti atas bantuan dan dukungan yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berpartisipasi dalam penyusunan penelitian ini.

Mengingat keterbatasan pengetahuan dan pengalaman, penulis menyadari bahwa penulisan penelitian ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Akhir kata, penulis berharap semoga penelitian ini bermanfaat bagi semua pihak.

Yogyakarta, Februari 2018

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut PMK No. 66 tentang Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak, perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian.[1] Perkembangan sosial emosional yang sehat merupakan perkembangan kapasitas anak untuk mengalami, mengatur, mengungkapkan emosi positif dan negatif, membangun hubungan yang dekat dan baik terhadap anak lain maupun orang dewasa, serta secara aktif mengeksplorasi dan mempelajari lingkungan mereka.[2] Perkembangan sosial emosional anak merupakan bagian fundamental dari kesehatan dan kesejahteraan anak, yang dipengaruhi oleh perkembangan fungsi otak. Kemampuan sosial emosional yang baik pada anak akan membantu mereka lebih siap dalam memasuki sekolah dan kehidupan dan menjadi dasar kritis untuk masa dewasa.[3]

Penelitian menunjukkan bahwa 26,2% anak di negara berpenghasilan rendah dan menengah memiliki nilai sosial emosional yang rendah.[4] Persentase gangguan emosi dan perilaku di Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta sebanyak 46,37%. Persentase di Daerah Istimewa Yogyakarta belum diketahui.[5] Anak yang mengalami gangguan sosial-emosional pada awal kehidupan, memiliki risiko untuk mengalami gangguan sosial emosional

pada usia sekolah dan memiliki efek jangka panjang pada perilaku dan kesehatan mental remaja.[6,7] Gangguan perilaku pada anak sering diikuti dengan perilaku anti-sosial, masalah mental yang serius, masalah perilaku, dan tindak kejahatan.[7]

Kemampuan sosial emosional memainkan peranan penting pada kesuksesan akademik anak. Kemampuan sosial emosional anak usia prasekolah menjadi prediktor yang signifikan terhadap pencapaian akademik kedepannya. Anak-anak yang mengalami keterlambatan diawal kehidupan akan kesulitan dalam mengejar ketertinggalan akademik dibanding teman sebayanya.[8] Penelitian menunjukan kompetensi sosial emosional anak kelas 6 berhubungan dengan pencapaian pelajaran matematika dan membaca saat anak berada di kelas 7.[9] Sosial emosional yang baik pada anak akan memberi pengaruh penting pada kemampuan akademik dan nonakademik, serta proses belajar seumur hidup.[10] Perkembangan sosial emosional yang baik pada anak juga merupakan faktor protektif terhadap kejadian kekerasan, pelecehan, dan penelantaran anak.[11]

Beberapa aspek yang memengaruhi perkembangan anak adalah aspek kehamilan, aspek anak, aspek pengasuhan sehari-hari, dan aspek sosial ekonomi. Aspek kehamilan meliputi polusi, penggunaan obat-obatan, alkohol, rokok dan narkoba, serta nutrisi ibu dan penyakit. Aspek anak meliputi prematuritas, BBLR, pertumbuhan dan penyakit. Aspek pengasuhan sehari-hari meliputi kesehatan mental ibu, perkembangan kognitif orangtua, ikatan

dan interaksi orangtua-anak, lingkungan, paparan kekerasan rumah tangga dan intervensi professional.[12]

Aspek anak yang memengaruhi perkembangan sosial emosional diantaranya adalah prematuritas. Bayi prematur adalah bayi yang terlahir sebelum usia gestasi 37 minggu. Setiap tahun ada lebih dari 15 juta bayi terlahir sebelum waktunya. Lebih dari 1 diantara 10 bayi terlahir prematur. Angka kelahiran prematur di hampir semua negara juga menunjukkan kenaikan. Indonesia berada pada posisi ke 9 negara dengan angka kelahiran preterm >15%. Pada tahun 2010, Indonesia pada posisi ke 5 negara dengan penyumbang kelahiran prematur terbanyak.[13] Hal ini menunjukkan angka kejadian prematur di Indonesia termasuk tinggi dan perlu mendapat perhatian.

Bayi lahir prematur memiliki risiko lebih besar untuk mengalami gangguan kesehatan dan perkembangan. Salah satu gangguan yang mungkin dialami adalah gangguan sosial emosional. Bayi lahir prematur dapat mengalami gangguan *neurodevelopmental,* yang dapat berupa kelainan mayor (retardasi mental, cerebral palsy) dan kelainan minor (gangguan sosial emosional, gangguan perilaku, dll).[14] Penelitian menyatakan bahwa anak dengan kondisi sangat prematur (usia kehamilan 32-35 minggu) memengaruhi masalah emosional dan perilaku pada anak usia pra sekolah.[15] Gangguan sosial emosional pada anak prematur yang terjadi di usia 2 tahun merupakan prediktor gangguan sosial emosional pada anak usia 5 tahun.[6]

Masalah emosional dan perilaku terutama dialami oleh anak perempuan. Anak perempuan yang terlahir prematur awal atau prematur

sedang, cenderung mengalami peningkatan risiko masalah emosional pada usia 36 bulan dibanding anak laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa jenis kelamin perlu dipertimbangkan dalam pemeriksaan.[16] Faktor lain yang memengaruhi perkembangan sosial emosional anak adalah nutrisi (pemberian susu formula pada setengah tahun pertama, pemberian MPASI terlalu dini). Pendidikan ibu juga menjadi salah satu faktor sosial yang memengaruhi perkembangan sosioemosinal anak.[17]

Pemantauan tumbuh, kembang, dan gangguannya dilaksanakan dengan program SDIDTK (Stimulasi, Deteksi, Intervensi Dini Tumbuh Kembang). SDIDTK dilakukan menggunakan kuesioner KPSP, TDL, TDD, CHAT, dan GPPH. Gangguan mental, emosional, dan perilaku dapat dideteksi dengan instrumen KPSP, CHATT, KMME, Conners, Denver II, dan SDQ. Penilaian sosial emosional anak dapat dilakukan dengan beberapa alat ukur seperti *Behavioral and Emotional Rating Scale: Second Edition (BERS-2), ASEBA: Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF), and Youth Self-Report (YSR), Communities That Care (CTC) Survey, The Comprehensive School Climate Inventory (CSCI), Developmental Assets Profile (DAP), Devereux Student Strengths Assessment (DESSA), School Social Behaviors Scale, Second Edition (SSBS-2), Social Skills Improvement System Rating Scales (SSIS-Rating Scale), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Washington State Healthy Youth Survey (HYS)*.[18] SDQ telah divalidasi dan tersedia dalam berbagai macam bahasa, salah satunya

bahasa Indonesia. Formulir SDQ dapat diakses secara *online* dan tanpa biaya. SDQ mampu mengidentifikasi 2/3 gangguan pskiatrik di masyarakat.[19]

SDQ dapat digunakan oleh tenaga kesehatan, tenaga pendidikan, dan peneliti. Kuesioner ini meliputi beberapa aspek penilaian yaitu gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, gangguan dengan teman sebaya dan perilaku prososial. Gangguan sosial emosional dikategorikan berdasarkan penjumlahan dari skor gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, dan gangguan dengan teman sebaya.

Anak usia 4-6 tahun adalah anak usia taman kanak-kanak. Anak usia 4 tahun secara emosional sudah menyadari bahwa dirinya berbeda dengan orang lain dan tidak semua keinginannya akan sejalan dengan keinginan orang lain. Selain itu muncul keinginan untuk diakui, jika lingkungan tidak memberikan pengakuan maka anak dapat bersikap menentang atau menurut tetapi memiliki rasa harga diri kurang. Anak usia 4 tahun sudah mulai aktif menjalin hubungan dengan sebaya sehingga perkembangan sosial anak sudah terlihat jelas.[20]

Kabupaten Bantul memiliki sekolah pendidikan anak usia dini paling banyak di DIY dengan total 5239 sekolah. Kabupaten Bantul pada tahun 2012-2013 terdapat 697 kelahiran prematur dengan kejadian paling banyak terdapat di wilayah Puskesmas Pleret (99 kasus). Pelaksanaan SDIDTK di Puskesmas Pleret menggunakan instrumen KPSP setiap 6 bulan sekali pada bulan Februari dan Agustus, instrumen KMEE dan GPPH digunakan bila terdapat indikasi. Berdasarkan uraian latar belakang, peneliti tertarik untuk

melakukan penelitian dengan judul “Hubungan antara prematuritas dengan perkembangan sosial emosional pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017”.

B. Rumusan Masalah

Sebanyak 26,2% anak di negara berpenghasilan menengah dan rendah mengalami gangguan sosial emosional. 46,37% anak di Yogyakarta mengalami gangguan emosi dan perilaku. Perkembangan sosial emosional pada anak merupakan bagian fundamental bagi kesehatan dan kesejahteraan anak. Gangguan yang terjadi pada perkembangan sosial emosional anak dapat berlanjut hingga remaja dan memengaruhi kesuksesan anak di sekolah. Prematuritas merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan sosial emosional. Perkembangan sosial emosional anak pada anak sudah tampak jelas saat anak usia 4 tahun dengan munculnya kesadaran anak akan dirinya serta anak sudah mulai aktif bersosialisasi dengan teman sebayanya. Berdasarkan latar belakang, rumusan masalah pada penelitian ini adalah adakah hubungan antara prematuritas dengan perkembangan sosial emosional pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Mengetahui hubungan antara prematuritas dengan perkembangan sosial emosional pada anak prasekolah usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

   a. Diketahuinya hubungan prematuritas dengan gejala emosional.

   b. Diketahuinya hubungan prematuritas dengan masalah perilaku.

   c. Diketahuinya hubungan prematuritas dengan hiperaktivitas.

   d. Diketahuinya hubungan prematuritas dengan gangguan dengan teman sebaya.

   e. Diketahuinya hubungan prematuritas dengan perilaku prososial.

   f. Diketahuinya variabel yang paling berpengaruh terhadap perkembangan sosial emosional.

D. Ruang Lingkup

1. Materi

   Lingkup materi pada penelitian ini adalah pemantauan perkembangan anak.

2. Tempat

   Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pleret.

3. Waktu

   Penelitian dilakukan pada bulan Oktober-November tahun 2017.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

   Sebagai bahan referensi mengenai hubungan prematuritas dengan perkembangan sosial emosional bagi tenaga kesehatan secara umum, maupun mahasiswa bidan pada khususnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Bidan dan Pengelola KIA di Puskesmas Pleret

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi sehingga dapat menjadi masukan dalam pelaksanaan asuhan kehamilan untuk mencegah terjadinya prematur. Selain itu dapat memberikan informasi dalam pelaksanaan asuhan kepada bayi prematur khususnya dalam mengantisipasi terjadinya gangguan sosial-emosional.

b. Kader Posyandu Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada kader kesehatan untuk turut serta mencegah kejadian prematur. Selain itu diharapkan dapat turut serta menjaga perkembangan sosial emosional pada anak.

F. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No	Judul	Peneliti dan Tahun	Metodologi	Hasil	Perbedaan
1	*Late-Preterm Birth and Its Association With Cognitive and Socioemotional Outcomes at 6 Years of Age*[21]	Nicole M. Tagle, Claudia Holzman, Jianling Wang, Victoria Lucia, Joseph Gardiner, & Naomi Breslau. 2010	a. Studi populasi dengan desain kohort. **b.** Variabel independen : *Late preterm Birth* (uk 34-36 minggu) **c.** Variabel dependen: *Cognitive and Socioemotional outcomes at 6 years of ages*	Gangguan perilaku dan IQ lebih rendah terjadi pada anak usia 6 tahun yang terlahir prematur, berhubungan dengan IQ ibu, sosiodemografik.	a. Variabel independen pada penelitian ini adalah prematuritas (uk <37 mg) b. Variabel dependen pada penelitian ini adalah perkembangan sosial emosional anak usia 4-6 tahun

Lanjutan Tabel 1. Keaslian Penelitian

			d. Sampel yang dipilih adalah anak yang lahir tahun 1983 hingga 1985 dan diikuti hingga usia 6-7 tahun. **e.** Pengukuran menggunakan Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised dan Children's Behavior Checklist-Teacher Report Form		c. Alat ukur yang digunakan pada penelitian ini adalah SDQ
2	*Emotional and Behavioran Problems in Late Preterm and Early Term Births: Outcomes at Child Age 36 Month*[16]	Kim Stene_larsen, Astri M.Lang, Markus A.Landolt, Beatrice Latal, dan Margarete E. Vollrath. 2016	a. Studi populasi dengan desain kohort prospektif b. Variabel independen: *late preterm* (uk 34-36mg) dan *early term* (uk 37-38mg). variabel dependen: masalah emosional dan perilaku c. Sampel adalah ibu hamil di Norwegia tahun 1999 hingga 2008 d. Pengukuran menggunakan *Child Behavior Check List* (CBCL) dan *Infant Toddler Social and Emotional Assesment* (ITSEA)	a. Anak perempuan yang lahir *late preterm* atau *early term* memiliki risiko gangguan emosional yang lebih besar b. Gangguan perilaku tidak meningkat pada anak lahir *late preterm* atau *early term.*	c. Variabel independen pada penelitian ini adalah prematuritas d. Variabel dependen pada penelitian ini adalah perkembangan sosial emosional anak usia 4-6 tahun *e.* Penelitian ini menggunakan desain kohort retrospektif dan menggunakan alat ukur SDQ
3	*Regional Cerebral Development at Term Relates to School-Age Social-Emotional Development in Very Preterm Children*[22]	Rogers, *et.al*. 2013.	**a.** Variabel independen perkembangan regional otak pada preterm **b.** Variabel dependen kejadian gangguan sosial emosional **c.** Desain penelitian kohort prospektif	**a.** Gangguan perkembangan regional otak berhubungan dengan gangguan perkembangan sosial emosional anak usia 5 tahun	**a.** Desain penelitian ini adalah kohort retrospektif **b.** Variabel independen pada penelitian ini adalah prematuritas.

Lanjutan Tabel 1. Keaslian Penelitian

			d. Sampel adalah 184 anak lahir sangat prematur (Uk <30 minggu atau BBL <1250 gr) **e.** Pengukuran sosial-emosional menggunakan ITSEA dan SDQ	**b.** Gangguan sosial emosional berhubungan dengan keabnormalan lobus depan dan hippocampus, serta bervariasi menurut jenis kelamin **c.** Penurunan volum hippocampus pada perempuan berhubungan dengan peningkatan Inatensi, sindrom hiperaktif, peer problem, conduct, dan skor total SDQ	**c.** Variabel dependen pada penelitian ini adalah pada anak usia 4-6 tahun. **d.** Pengukuran hanya menggunakan SDQ dan dilakukan 1 kali.
4	*Child development: analysis of a new concept*[12]	Juliana Martins de Souza & Maria de La Ó Ramallo Veríssimo. 2015	a. Studi literatur menggunakan 256 artikel b. Studi lapangan dengan 6 perawat, 2 pedagogis, 1 psikologis, dan 1 pekerja sosial c. Fase analitis mengartikulasikan hasil dari studi literatur dan studi lapangan	Kerangka teori perkembangan anak	a. Penelitian ini meneliti hubungan prematuritas dengan perkembangan sosial emosional anak. b. Desain peneliian ini adalah kohort retrospektif	

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Perkembangan Anak

   a. Pengertian Perkembangan Anak

      Perkembangan anak merupakan sebuah proses unik pada setiap anak, dimulai sejak konsepsi dan berlangsung seumur hidup. Perkembangan anak memiliki dimensi sosial, biologis, dan psikososial, sertamerupakan kemampuan yang didapat dengan proses aktif dan bertahap, dipengaruhi oleh hubungan anak dengan pemberi asuhan utama, dan ditujukan agar anak mampu bergabung dengan masyarakat.[12]

   b. Karakteristik Perkembangan Anak

      Perkembangan anak ditandai pada beberapa hal[12], yaitu: kemampuan motorik (kemampuan dalam bergerak seperti berjalan, berlari, melompat, kontrol manual, dan ketangkasan); kemampuan kognitif (mampu untuk berpikir dan kepandaian); kemampuan bahasa (mampu menggunakan bahasa untuk berkomunikasi); dan kemampuan psikososial(mampu untuk melakukan interaksi sosial).

   c. Aspek yang Memengaruhi Perkembangan Anak

      1) Aspek Kehamilan

         Aspek kehamilan yang memengaruhi perkembangan anak adalah polusi; penggunaan obat-obatan, alkohol, rokok dan

narkotika; nutrisi ibu, dan penyakit yang diderita.[12] Ibu hamil yang mengonsumsi acetaminofen akan meningkatkan risiko untuk terkena gangguan perilaku pada anak.[23]

Zat-zat yang dikonsumi ibu selama hamil akan memengaruhi perkembangan anak yang dikandungnya. Ibu yang mengonsumsi kokain, mariyuana, dan rokok memberikan efek negatif pada masa anak hingga dewasa. Perkembangan anak yang dipengaruhi berdasarkan jenis zat-zat yang dikonsumi serta waktu prenatal maupun kondisi lingkungan posnatal.[24]

Konsumsi alkohol selam kehamilan menyababkan beberapa kondisi pada anak seperti hiperaktif, gangguan pemusatan perhatian, gangguan belajar dan mengingat, dan perkembangan sosial emosional. FAS atau *Fetal Alkohol Syndrome*, yaitu sindrom yang ditunjukan dengan anomali wajah berupa kelopak mata pendek, muka bagian tengah rata, bibir atas tipis, dan filtrum datar atau tipismerupakan komplikasi paling berat pada ibu yang banyak minum alcohol selama kehamilan. Ibu yang konsumsi alhokol lebih rendah atau jarang, juga menunjukkan gangguan yang sama.[25]

Asupan nutrisi selama kehamilan juga akan memengaruhi perkembangan anak. Konsumsi mikronutrien seperti asam folat, omega 3, vitamin B12, zink, besi dan iodin memberikan manfaat bagi perkembangan kognisi anak. Kurangnya nutrisi dapat memengaruhi perkembangan kognitif anak. ASI dan sarapan

merupakan perilaku yang bermanfaat bagi perkembangan kognitif anak.[26]

2) Aspek Anak

Sebuah ulasan penelitian menyimpulkan bahwa anak dengan riwayat IUGR atau KMK akan memiliki IQ 4-8 dibawah anak yang normal. Kondisi lain seperti *stunting* akan menimbulkan perkembangan kognitif dan kemampuan akademis yang kurang.[26]

Prematur merupakan kondisi yang menyebabkan kerugian jangka panjang terhadap potensi selama kehidupan. Hal ini dikarenakan kelahiran prematur meningkatkan risiko gangguan fungsi neurodevelopmental, serebral palsi, gangguan belajar, dan gangguan penglihatan.[13]

3) Aspek Pengasuhan Sehari-hari

Kesehatan mental ibu, perkembangan kognitif orangtua, ikatan dan interaksi antara orangtua dan anak, lingkungan, paparan kekerasan rumah tangga, intervensi profesional, merupakan faktor dari aspek pengasuhan sehari-hari yang berpengaruh pada perkembangan anak.[12]

Ibu-ibu pada negara berkembang yang mengalami depresi kurang memberikan stimulasi yang berualitas dan respon yang baik kepada anak. Ibu yang mengalami depresi memiliki pandangan negatif tentang dirinya sehingga kurang memberikan pengaruh positif bagi anak.[27]

Lingkungan fisik seperti keamanan, keadaan rumah, kelayakan rumah dapat memengaruhi perkembangan anak. Paparan terhadap kekerasan atau kondisi yang tidak aman akan memberikan tekanan tersendiri dan dapat memengaruhi proses peniruan perilaku. Lingkunan non fisik seperti keluarga, pendidikan, dan masyarakat juga dapat memengaruhi perkembangan. Pola asuh, kasih sayang, dan interaksi orang tua terhadap anak akan memengaruhi sikap dan perilaku anak.[28]

4) Kondisi Sosial Ekonomi

Status sosial emosional merupakan ukuran kombinasi antara pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan. Status sosial ekonomi merupakan faktor yang memengaruhi perkembangan selama kehidupan dan akan memengaruhi kualitas hidup anak. Gangguan emosional dan perilaku, agresivitas, ditemukan lebih banyak pada status sosial ekonomi rendah. Anak pada keluarga sosial ekonomi rendah memiliki kemampuan bahasa yang lebih rendah dan cenderung absen selama pendidikan.[29]

Kondisi sosial emosional orang tua memengaruhi fungsi kognitif pada anak. Meskipun kondisi sosial ekonomi tidak mencapai taraf kekurangan atau terpapar stress, tetapi struktur otak dapat dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi yang tidak. Selain itu, status sosial emosional memengaruhi kemampuan membaca dan verbal, bahasa adalah salah satu domain kognitif yang paling dipengaruhi oleh status sosial ekonomi.[30]

d. Dampak Perkembangan Anak

Perkembangan anak baik yang adekuat maupun yang tidak adekuat akan memberikan efek tertentu. Perkembangan anak yang adekuat akan memberikan manfaat sebagai berikut:

1) Kemampuan di sekolah yang lebih baik
2) Lebih mudah bergaul dengan orang lain
3) Kerugian sosial lebih sedikit
4) Kemampuan kognitif yang lebih baik
5) Sosial ekonomi, kondisi pekerjaan, dan kualitas hidup yang lebih baik.

Perkembangan anak yang kurang dapat memicu kondisi yang kurang baik, yaitu:

1) Pendapatan kurang dan konsisi sosial yang buruk
2) Keterlambatan dalam perkembangan bahasa, kognitif, dan motorik
3) Memberikan efek negatif pada kemampuan di sekolah
4) Gangguan perilaku, agresivitas, dan gangguan emosional,
5) Kesulitan berhubungan dengan orang lain dan berdampak buruk pada perkembangan sosial.[12]

2. Perkembangan Sosial Emosional

a. Pengertian Perkembangan Sosial Emosional

Perkembangan sosial emosional yang sehat merupakan perkembangan kapasitas anak untuk mengalami, mengatur, mengungkapkan emosi positif dan negatif, membangun hubungan

yang dekat dan baik terhadap anak lain maupun orang dewasa, serta secara aktif mengeksplorasi dan mempelajari lingkungan mereka.[2]

Permendikbud No.137 Tahun 2017 tentang Standar Nasional Pendidikan Anak Usia Dini pasal 10 ayat 6 menyatakan bahwa perkembangan sosial-emosional meliputi:

1) Kesadaran diri, terdiri atas memperlihatkan kemampuan diri, mengenal perasaan sendiri dan mengendalikan diri, serta mampu menyesuaian diri dengan orang lain;
2) Rasa tanggung jawab untuk diri dan orang lain, mencakup kemampuan mengetahui hak-haknya, mentaati aturan, mengatur diri sendiri, serta bertanggung jawab atas perilakunya untuk kebaikan sesama; dan
3) Perilaku prososial, mencakup kemampuan bermain dengan teman sebaya, memahami perasaan, merespon, berbagi, serta menghargai hak dan pendapat orang lain; bersikap kooperatif, toleran, dan berperilaku sopan.[31]

Perkembangan sosial emosional adalah kemampuan anak untuk memahami perasaan orang lain, mengatur perasaan dan perilaku, bergaul dengan baik, dan membangun hubungan dengan orang dewasa. Keterampilan sosial emosional membantu anak mengembangkan kemampuan bekerjasama, mengikuti arahan, menunjukkan pengendalian diri dan memusatkan perhatian.[32]

Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas yaitu, perkembangan sosial emosional anak merupakan kemampuan anak untuk membangun hubungan baik dengan orang lain baik anak-anak maupun dengan orang dewasa, mengelola emosi, mengekspresikan baik emosi positif maupun negatif, dan mempertanggungjawabkan perilakunya.

b. Perkembangan Sosial-emosional pada Masa Kanak-Kanak Awal (2-6 tahun)

Aspek perkembangan sosial emosional pada anak prasekolah merupakan bagian integral dari perkembangan lainnya. Anak usia prasekolah mulai menjalin hubungan dengan orang-orang diluar keluarga sehingga mengalami situasi sosial yang baru dan lebih bervariasi, misalnya bermain. Permainan-permainan tersebut membantu anak mmempelajari tentang sejumlah peraturan sosial.

Anak usia prasekolah mengalami perubahan dari sikap tergantung pada keluarga menjadi lebih mandiri. Pada usia ini anak mulaimemperhatikan kebutuhan orang lain dan mencoba untuk bekerjasama dengan orang lain. Selain itu, anak prasekolah pada umumnya ingin mencoba mencapai tujuannya dengan usaha dirinya sendiri.

Anak pra sekolah mulai mengembangkan perasaan tentang dirinya yang disebut juga konsep diri. *Self-esteem* yang berkaitan dengan konsep diri, juga mulai dikembangkan oleh anak usia

prasekolah. *Self-esteem* atau penghargaan diri, yatiu penghargaan tentang seberapa diri mereka berharga. Anak dengan *self-esteem* positif akan lebih percaya diri, berprestasi, mandiri, dan ramah dibanding dengan anak dengan *self-esteem* negatif.

Anak yang memiliki banyak teman atau populer akan mengalami interaksi yang makin kompleks, hal ini berdampak positif pada peningkatan kemampuan sosial dan kognitifnya. Hubungan dengan orang lain tentu tidak lepas dari terjadinya konflik sosial. Anak yang tidak dapat mengatasi konflik yang dialaminya dengan cara verbal, cenderung menggunakan kekerasan fisik untuk mengatasinya.

Perilaku prososial pada anak prasekolah dapat berkembang bila anak diajarkan untuk berpikir dari sudut pandang orang lain. Dengan perilaku prososial yang baik, anak prasekolah dapat memahami orang lain dengan lebih baik.Pada usia prasekolah, anak mengalami perkembangan emosi dan juga belajar cara mengendalikannya.[28]

c. Tahap-Tahap Perkembangan Sosial Emosional

Menurut Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2009 Tentang Standar Pendidikan Anak Usia Dini, tahap perkembangan sosial emosional anak usia 4-6 tahun adalah[33]:

Tabel 2. Tahap Perkembangan Sosial Emosional[33]

Tahap Perkembangan Sosial Emosional	
4-<5 tahun	5-<6 tahun
1. Menunjukkan sikap mandiri dalam memilih kegiatan. 2. Mau berbagi, menolong, dan membantu teman. 3. Menunjukan antusiasme dalam melakukan permainan kompetitif secara positif. 4. Mengendalikan perasaan. 5. Menaati aturan yang berlaku dalam suatu permainan. 6. Menunjukkan rasa percaya diri. 7. Menjaga diri sendiri dari lingkungannya. 8. Menghargai orang lain.	1. Bersikap kooperatif dengan teman. 2. Menunjukkan sikap toleran. 3. Mengekspresikan emosi yangsesuai dengan kondisi yang ada (senang-sedih-antusias dsb.) 4. Mengenal tata krama dan sopan santun sesuai dengan nilai sosial budaya setempat. 5. Memahami peraturan dan disiplin. 6. Menunjukkan rasa empati. 7. Memiliki sikap gigih (tidak mudah menyerah). 8. Bangga terhadap hasil karyasendiri. 9. Menghargai keunggulan orang lain.

Menurut Gerber, Wilks, dan Erdie-Lalena, perkembangan sosial anak pada usia 4 tahun adalah anak mulai menguasai antara kenyataan dan imajinasi. Mereka mulai dapat bermain dengan baik dengan sekitar 3 temannya. Imajinasi anak usia ini mulai lebih kompleks. Anak usia 5 tahun mulai mempelajari kemampuan sosial orang dewasa seperti memberikan komentar positif, meminta maaf untuk kesalahan yang tidak disengaja, dan berhubungan dengan sekelompok teman.

Perkembangan emosional melibatkan 3 elemen spesifik yaitu: proses saraf untuk menyampaikan informasi tentang lingkungan ke otak, proses mental yang menghasilkan perasaan, dan tindakan motorik yang meliputi ekspresi wajah, ucapan, dan gerakan yang disengaja. Limbik sistem bertanggung jawab terutama untuk menerima,

memproses, dan menafsirkan rangsangan lingkungan yang menghasilkan respon emosional. Saat anak berada pada usia prasekolah, anak terus mempelajari cara mereka bersikap untuk mengatur emosi mereka pada situasi yang mereka hadapi. Mereka mulai memahami bahwa ekspresi emosional tidak harus sesuai dengan emosi subjektif. Anak usia prasekolah mulai mempelajari cara bersikap sesuai dengan konteks sosial, meskipun sebenarnya mereka merasa sebaliknya. Saat anak memasuki taman kanak-kanak, mereka telah menguasai banyak jenis emosi yang berkaitan dengan interaksi sosial.[34]

Menurut *Office of Child Development*, anak usia 4 tahun dapat mengalami perubahan emosi yang cepat, dapat bekerjasama dengan lebih baik tetapi juga ingin menunjukkan kemampuannya, memiliki keinginan kuat untuk mandiri, mulai memiliki teman yang lebih disukai, suka bermain peran menjadi orang lain, suka membanggakan kemampuan yang dimiliki. Anak usia 5 tahun mulai dapat berbagi, bergantian, dan bermain dalam kelompok. Permainan yang dilakukan mulai lebih kompleks dengan adanya peran, menggunakan properti dan kostum. Menunjukkan ketertarikan besar kepada orang lain terutama anak-anak yang lebih kecil, binatang, atau anak yang terluka/sakit. Mulai dapat mengikuti instruksi. Dapat mengelola emosi dengan lebih baik. Suka menghibur pengasuh atau anak lain. Bangga dengan

pencapaian yang telah dilakukan dan tidak malu untuk membicarakannya.[35]

d. Aspek yang Memengaruhi Perkembangan Sosial-Emosional Anak

Empat aspek yang berpengaruh pada perkembangan sosial-emoisonal anak adalah:

1) Aspek Kehamilan

Kesehatan fisik dan mental ibu selama hamil sangat memengaruhi pertumbuhan janin, yang dikemudian hari akan berpengaruh pada perkembangan bayi. Penyakit seperti diabetes dan hipertensi dapat memengaruhi janin.[17]

2) Aspek Anak

a) BBLR dan Prematuritas

Faktor bayi yang memengaruhi diantaranya adalah kelainan kromosom, prematuritas, IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*), kelainan kongenital, penyakit kronis. Kondisi-kondisi tersebut dapat memengaruhi asuhan yang dibutuhkan serta kapasitas perkembangan fisik dan mental anak.[17]

Anak usia 3-5 tahun dengan riwayat BBLR memiliki risiko 1,435 kali lebih besar untuk memiliki kemampuan sosial yang rendah dibanding anak dengan berat lahir normal. Selain itu, gaya pengasuhan orangtua merupakan faktor dominan yang memengaruhi kemampuan sosial.[36]

b) Nutrisi

Pemenuhan nutrisi yang cukup akan memberikan energi yang cukup bagi pertumbuhan otak. Anak dengan nutrisi yang tercukupi akan memiliki kemampuan yang baik dalam berinteraksi dengan lingkungan sehingga memiliki pengalaman yang lebih baik untuk perkembangan otak. Sementara anak dengan gizi kurang akan mengalami gangguan pertumbuhan, gangguan aktivitas dan gangguan perkembangan motorik yang kemudian akan mengganggu pertumbuhan otak.

Pemberian ASI eksklusif dan pemberian MPASI pada usia yang tepat merupakan faktor nutrisi yang penting dalam perkembangan sosial emosional anak. ASI menyediakan banyak nutrisi yang memenuhi kebutuhan anak, selain itu dalam proses menyusui terjadi interaksi antara ibu dan anak yang penting bagi perkembangan kognitif dan sosial emosional. Pemberian MPASI pada usia yang sesuai akan memaksimalkan pertumbuhan dan perkembangan. Rekomendasi WHO pemberian MPASI dimulai saat anak usia 6 bulan.[17]

c) Kondisi Fisik

Kondisi tubuh yang tidak simbang akan memengaruhi emosi anak. Kondisi yang dapat mengganggu misalnya kesehatan yang buruk karena gizi buruk, gangguan

pencernaan, penyakit. Penyakit seperti penyakit kulit akan menyebabkan penderita menutup diri.[37]

3) Aspek Pengasuhan Sehari-Hari

a) Lingkungan

Kondisi lingkungan yang menyebabkan perasaan gelisah yang berlebihan pada anak secara berlebihan akan memberikan pengaruh pada emosi anak.[37] Karakteristik lingkungan yang berperan dalam pengalaman emosi anak antara lain:

(1) Ketegangan karena perselisihan terus-menerus,

(2) Sikap orangtua yang selalu mencemaskan atau terlalu melindungi,

(3) Suasana otoriter di sekolah.

b) Orangtua

Keterlibatan orangtua dalam pendidikan anak akan meningkatkan keterampilan sosial dan menurunkan perilaku bermasalah pada anak. Keterlibatan orangtua berupa komunikasi dengan personil sekolah tentang anak akan membantu orangtua mengetahui kesulitan sosial yang dihadapi di sekolah, sehingga bisa melakukan penguatan perilaku positif di rumah.[38]

c) Kesehatan Mental Ibu

Kesehatan mental ibu memengaruhi perkembangan anak jangka panjang. Gangguan kesehatan mental pada ibu yang terjadi selama kehamilan dapat memengaruhi perilaku dan emosi anak. Gangguan yang terjadi pada masa nifas juga memengaruhi pengaturan emosi pada anak. Depresi pada ibu akan menghambat ibu dalam memberikan stimulasi yang baik bagi anak, selain itu respon ibu terhadap anak akan kurang. Kesehatan mental ibu memengaruhi aspek fisik maupun psikologi pada anak.[27]

Defisit perkembangan emosi, sosial, dan perilaku pada anak berhubungan dengan kesejahteraan mental ibu. Anak yang memiliki ibu dengan gangguan kesehatan mental cenderung terganggu dalam perkembangannya. Keluaran yang buruk pada anak akan lebih terlihat pada anak yang berulangkali terpapar dengan gangguan mental ibu.[17,27,39]

4) Kondisi Sosial Ekonomi

a) Kemiskinan

Kemiskinan menjadi salah satu faktor risiko yang memengaruhi perkembangan sosial emosional anak. Kemiskinan meningkatkan risiko anak untuk mengalami malnutrisi dan infeksi berulang. Selain itu, kemiskinan membatasi anak mendapatkan pendidikan dan komunikasi

sosial yang baik.[17] Sebanyak 1 diantara 4 anak prasekolah yang berasal dari keluarga tidak mampu mengalami gangguan sosial-emosional.[40] Kedua penelitian tersebut menunjukkan bahwa kondisi finansial memengaruhi sosial emosional anak.

b) Pendidikan Ibu

Faktor sosial lain yang berpengaruh adalah pendidikan ibu. Ibu yang kurang berpendidikan akan berisiko memberikan nutrisi yang kurang baik, sanitasi kurang, dan kurangnya stimulasi bagi perkembangan anak. Anak pada ibu yang tidak bekerja (ibu rumah tangga) cenderung memiliki perkembangan sosial emosional yang kurang, hal ini bisa disebabkan dari kondisi finansial pada keluarga tersebut. Ibu yang bekerja akan meningkatkan kondisi finansial keluarga, sehingga waktu interaksi ibu-anak yang pendek pada ibu bekerja berhubungan dengan perkembangan yang lebih baik.[17]

c) Urutan Kelahiran Anak

Urutan kelahiran anak lebih dari tiga memberikan efek postifi pada perkembangan sosial emosional anak. Hal ini disebabkan stimulasi dan interaksi yang terjadi dengan saudara yang lain. Lingkungan tempat tinggal yang berbahaya dan kekerasan juga merupakan faktor yang memengaruhi perkembangan sosial emosional anak.[17]

e. Prevalensi Gangguan Sosial Emosional

Penelitian menunjukkan bahwa 26,2% anak di negara berpenghasilan rendah dan menengah memiliki nilai sosial emosional yang rendah.[4] Persentase gangguan emosi dan perilaku di Yogyakarta sebanyak 46,37%.[5]

f. Pengukuran Perkembangan Sosial Emosional

Pelaksanaan pemantauan tumbuh kembang di Indonesia disebut dengan SDIDTK (Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang. Kuesioner yang digunakan dalam SDIDTK, yaitu

1) KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan). KPSP dapat digunakan pada tingkat pelayanan keluarga dan masyarakat, serta puskesmas untuk mengetahui perkembangan anak dari aspek gerak kasar, gerak halus, sosialisasi & kemandirian, bicara & bahasa. Kuesioner ini dapat digunakan pada anak usia 3-72 bulan.
2) TDD untuk mendeteksi dini kelainan daya dengar.
3) TDL untuk mendeteksi dini kelainan daya lihat.
4) KMME, CHAT, dan GPPH digunakan untuk mendeteksi dini adanya masalah mental emosional, autisme dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas pada anak

Penilaian sosial emosional anak dapat dilakukan dengan beberapa alat ukur seperti *Behavioral and Emotional Rating Scale: Second Edition (BERS-2), ASEBA: Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF), and Youth Self-Report (YSR), Communities That Care (CTC) Survey, The Comprehensive School*

Climate Inventory (CSCI), Developmental Assets Profile (DAP), Devereux Student Strengths Assessment (DESSA), School Social Behaviors Scale, Second Edition (SSBS-2), Social Skills Improvement System Rating Scales (SSIS-Rating Scale), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Washington State Healthy Youth Survey.[18]

Pengukuran perkembangan sosial emosional anak pada penelitian ini menggunakan SDQ atau *Strengths and Difficulties Questionnaire*. SDQ dikembangkan oleh Dr Robert Goodman, *Institute of Psychiatry*, *Kings College*, *University of London*. SDQ merupakan kuesioner skrining yang digunakan untuk usia 3 hingga 16 tahun. SDQ memiliki beberapa versi yang dapat digunakan sesuai kebutuhan peneliti, petugas kesehatan, dan pendidik.

Kuesioner SDQ terdiri dari 25 pertanyaan dengan jenis positif dan negatif. Pertanyaan pada SDQ terdiri dari 5 skala yaitu:

1) Gejala emosional (5 buah)
2) Masalah perilaku (5 buah)
3) Hiperaktivitas/ inatensi (5 buah)
4) Masalah dengan teman sebaya (5 buah)
5) Perilaku prososial (5 buah)

Kuesioner ini sudah digunakan secara global. Kelebihan dari SDQ adalah mudah digunakan, bisa diakses secara *online* gratis, dan penggunaannya tidak memerlukan pelatihan khusus, bisa digunakan oleh peneliti, guru, maupun pendidik. *Website* SDQ menyediakan kuesioner dengan berbagai macam bahasa yang sudah divalidasi dan bisa diunduh. Terdapat dua jenis formulir SDQ berbahasa yang

tersedia yaitu formulir untuk orang tua atau guru anak usia 4-17 tahun dan formulir *self-rated* untuk anak usia 11-17 tahun. Penelitian ini menggunakan *One-sided SDQ for parents or teachers of 4-17 year old* yang telah divalidasi kedalam bahasa Indonesia.[41]

Penilaian SDQ bisa dilakukan secara *online* maupun manual. Penelitian kali ini menggunakan cara manual untuk skoring nilai SDQ. Terdapat 3 pilihan jawaban pada tiap pertanyaan, yaitu tidak benar (poin 0), agak benar (poin 1), dan benar (poin 2). Penilaian pada pertanyaan ke 7, 11, 14, 21, dan 25 dilakukan secara terbalik. Skor jawaban dapat berupa total skor kesulitan atau penilaian sesuai kelompok skala. Interpretasi hasil dibagi menjadi tiga kategori yaitu normal, borderline, dan abnormal.[42]

Tabel 3. Kategori Penilaian SDQ[42]

	Normal	**Borderline**	**Abnormal**
Total skor kesulitan	0-13	14-16	17-40
Skor gejala emosional	0-3	4	5-10
Skor masalah perilaku	0-2	3	4-10
Skor hiperaktivitas	0-5	6	7-10
Skor sosialisasi dengan teman sebaya	0-2	3	4-10
Skor prososial	6-10	5	0-4

3. Prematuritas

a. Pengertian

Kelahiran prematur merupakan kelahiran bayi sebelum usia gestasi 37 minggu.Terdapat tiga kategori prematur, yaitu[13]:

1) Prematur ekstrim (<28 minggu)

2) Sangat prematur (28 to <32 minggu)

3) Prematur akhir (32 to <37 minggu)

Lebih dari 15 juta bayi terlahir prematur setiap tahunnya. Angka kejadian prematur juga mengalami kenaikan di hampir semua negara. Prematur merupakan penyebab utama kematian neonatal dan penyebab utama kedua kematian balita karena pneumonia.[13]

Indonesia termasuk dalam 10 besar negara penyumbang prematur terbanyak dengan posisi urutan ke 5. Angka kejadian prematur di Indonesia juga masuk dalam 10 besar dengan 15,5 tiap 100 kelahiran hidup. Kelahiran prematur dapat memberikan pengaruh sepanjang hidup seperti terganggunya fungsi perkembangan saraf akibat risiko cerebral palsy, gangguan penglihatan, gangguan belajar, serta peningkatan risiko terkena penyakit tidak menular.[13]

b. Faktor Risiko

Faktor risiko utama dari kelahiran prematur adalah[43]:

1) Riwayat Gangguan Obstetrik Seperti Riwayat Kelahiran Prematur atau Abortus

Riwayat kelahiran prematur merupakan faktor yang paling penting. Risiko seorang wanita dengan riwayat kelahiran prematur untuk mengalami kelahiran prematur selanjutnya berkisar 15% hingga 50% tergantung pada paritas dan usia kehamilan pada persalinan sebelumnya.[44]

Penelitian lain menyebutkan hal yang sama yaitu, bahwa risiko untuk mengalami persalinan prematur pada wanita dengan

riwayat satu kali persalinan prematur adalah 14,3% dan meningkat menjadi 28,1% pada wanita yang sebelumnya mengalami dua kali persalinan prematur.[45]

2) Status Sosial Ekonomi (Pendidikan Ibu)

Prematuritas berhubungan dengan usia ibu, tingkat pendidikan, jenis kehamilan, jenis persalinan, apgar skor 5 menit, berat bayi lahir dan, asuhan prenatal yang tidak adekuat. Ibu dengan tingkat pendidikan yang rendah berisiko 2x lebih besar untuk terjadi persalinan prematur. Pendidikan merupakan variabel determinan yang dipengaruhi oleh kondisi sosial emosional. Kondisi kehidupan yang kurang terjadi pada ibu dengan level pendidikan yang rendah, karena frekuensi pengeluaran keuangan yang lebih tinggi.[46]

3) *Single Mother*

Single mother berkaitan dengan tingkat stres yang terjadi pada ibu. Sebuah penelitian menunjukan bahwa ibu multipara yang mengalami >5 peristiwa 7% lebih berisiko untuk mengalami kelahiran prematur. Ibu primipara risiko meningkat 5% untuk setiap peristiwa >2.[45]

4) Gaya Hidup Tidak Sehat (Merokok, Nutrisi)

Merokok berkaitan dengan abrupsi plasenta, berat lahir bayi rendah dan kematian bayi. Merokok menyebabkan menyebabkan ketuban pecah dini sehingga terjadi persalinan yang lebih awal.

Kelahiran prematur juga lebih banyak terjadi pada ibu perokok aktif.[47] Ibu perokok pasif juga mengalami risiko peningkatan terjadinya kelahiran prematur. Ibu yang terpapar rokok dirumah meningkatkan risiko kelahiran prematur sebanyak 16% sementara ibu yang terpapar di tempat lain sebanyak 20%. Ibu yang terpapar asap rokok akan terkena zat kimia berbahaya seperti nikotin dan karbon monoksida yang menurunkan aliran darah antara uterus dan plasenta. Zat kimia berbahaya tersebut juga mengganggu perkembangan janin dan plasenta. Karbon monoksida yang terkandung dalam asap rokok akan berikatan dengan oksigen membentuk karboksihemoglobin yang akan mengurangi suplay oksigen ke janin dan menurunkan oksigenasi ke jaringan janin.

5) Kehamilan Ganda

Kelahiran prematur merupakan komplikasi paling serius dari kehamilan ganda. Persalinan prematur lebih banyak terjadi pada kehamilan ganda dibanding pada kehamilan tunggal dengan perbandingan 53,8% dibanding 5,3%.[48] Hampir 60% kehamilan ganda mengalami persalinan prematur. Sekitar 15-20% kelahiran prematur diakibatkan oleh kehamilan ganda. Kelahiran prematur pada kehamilan ganda berhubungan dengan distensi uterus, penambahan volume intrauterin atau serviks inkompeten akibat dari tingginya relaksasin di peredaran darah karena superovulasi.[49]

6) Usia Ibu <18 Tahun atau >35 Tahun

Usia ibu yang berisiko untuk persalinan prematur adalah <18 tahun dan >35 tahun. Ibu usia muda <18 tahun sangat berisiko mengalami persalinan prematur. Hal ini disebabkan belum sempurnanya fisik ibu, organ reproduksi dan risiko mengalami malnutrisi. Ibu usia >35 mengalami peningkatkan risiko persalinan prematur berhubungan dengan insidensi yang lebih besar pada kelainan abnormal atau kelainan kromosom. Ibu yang lebih tua lebih umum terkena penyakit kronis, hipertensi dan preeklamsi.[50]

c. Hubungan Prematur dan perkembangan sosial emosional

Perkembangan otak yang signifikan terjadi pada 4-6 minggu terakhir kehamilan. Bayi yang dilahirkan <37 minggu dan risiko masalah kesehatan yang dihadapi bayi prematur akan meningkatkan risiko gangguan perkembangan dan akademis. Risiko gangguan akan meningkat pada bayi yang dilahirkan dengan usia gestasi lebih muda.[51]

Persalinan prematur merupakan penyebab utama *neurodevelopmental disabilities* pada anak. Gangguan akan makin berat pada anak prematur yang lahir pada usia gestasi yang lebih muda. Gangguan yang terjadi termasuk gangguan kognitif, bahasa, motorik, sosial emosional, dan gangguan belajar.[52]

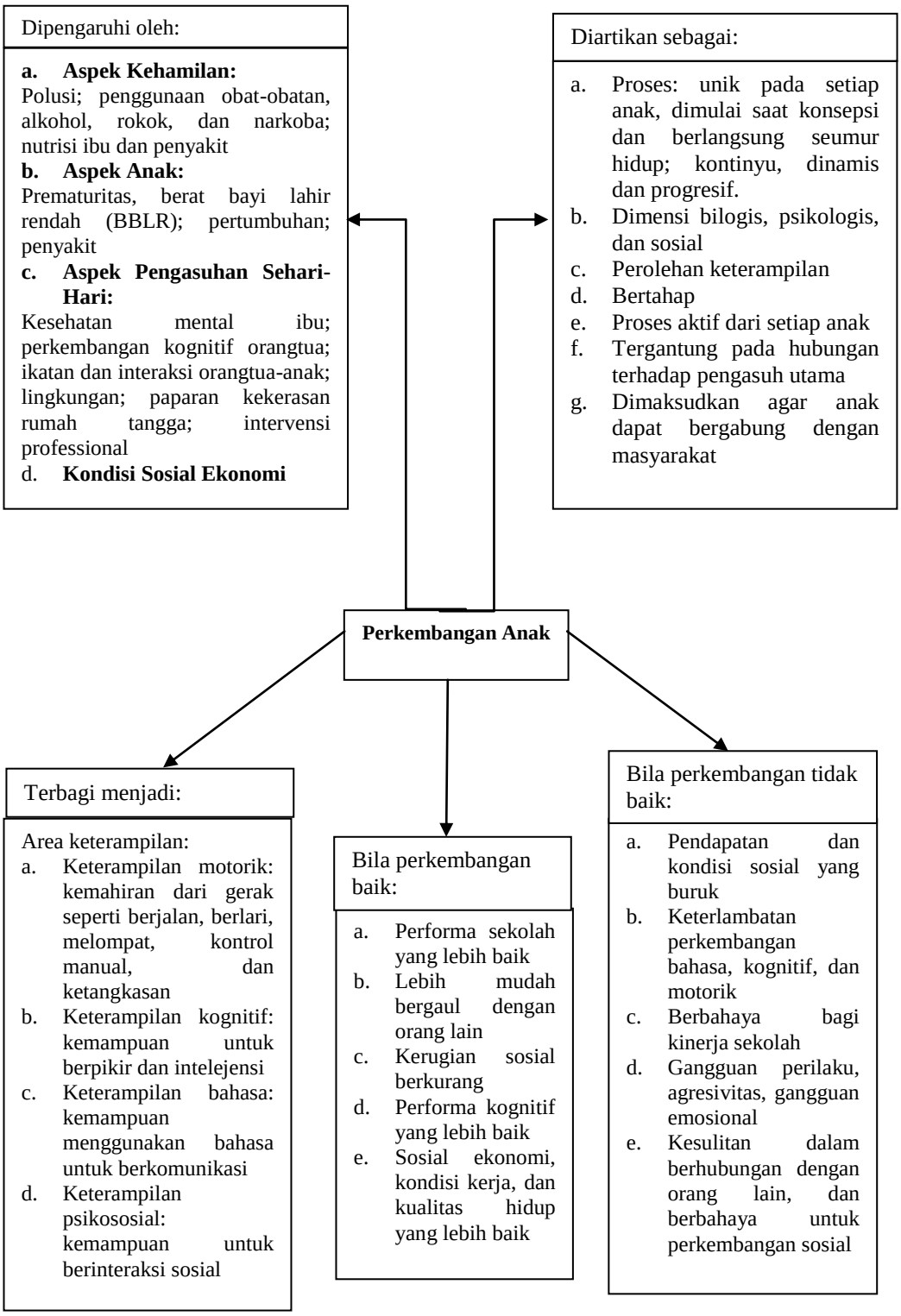
Bayi lahir prematur memiliki karakteristik khas yang disebut "*preterm behavioral phenotype*", ditandai dengan adanya gangguan inatensi/ hiperaktif, gangguan sosial emosional dan risiko terjadi

gangguan *internalizing* yang lebih besar dibanding *externalizing*. Semakin kecil usia gestasi pada saat bayi lahir, maka risiko terjadi gangguan lebih besar.[53]

Neurodevelopmental disabilities adalah sekumpulan gangguan kronis yang saling berhubungan dari fungsi sistem saraf pusat yang diakibatkan oleh malformasi atau perlukaan pada otak yang sedang berkembang. Bentuk dari *neurodevelopmental disabilities* bisa berupa kelainan mayor seperti serebral palsi, retardasi mental, gangguan sensorik (termasuk gangguan penglihatan dan pendengaran). Bentuk gangguan yang lebih halus adalah gangguan bahasa, gangguan belajar, *attention deficit-hyperactivity disorder* (ADHD), kelainan neuromotor minor atau gangguan perkembangan koordinasi, gangguan perilaku dan gangguan sosialemosional.[14]

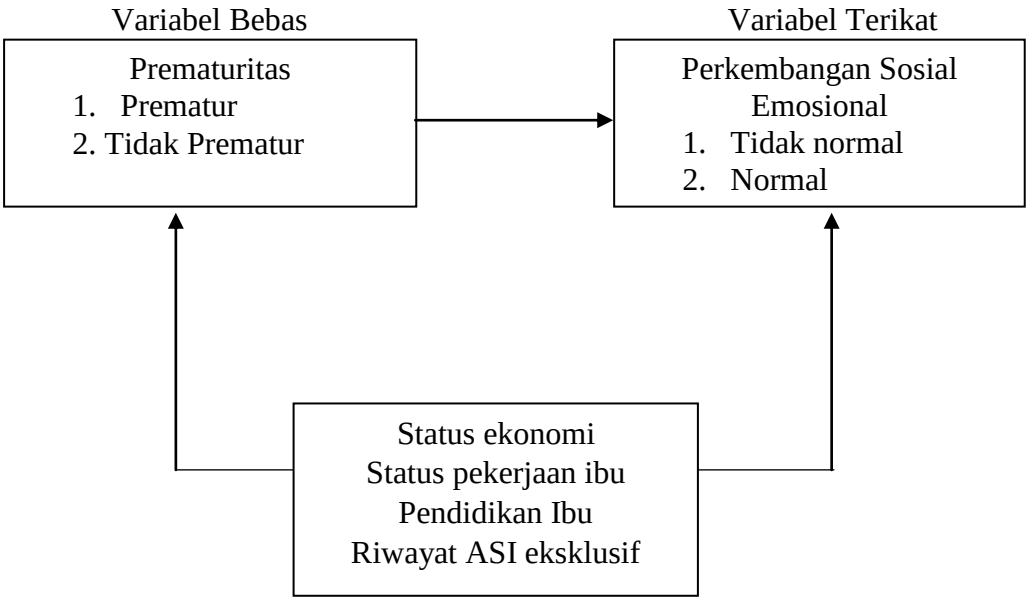
Kelainan pada lobus frontal dan hippocampus yang terjadi pada anak sangat premtaur berhubungan dengan gangguan sosial-emosional anak yang terjadi saat usia 5 tahun. Kejadian inatensi dan hiperaktif pada anak perempuan berhubungan dengan volum hippocampus yang lebih kecil. Ukuran volum hippocampus yang lebih kecil pada perempuan juga berhubungan dengan meningkatnya *peer problems*, *conduct*, dan skor total SDQ. Sementara pada anak laki-laki ditunjukkan dengan penurunan pertumbuhan lobus frontal. Hal ini menunjukkan jenis kelamin memberikan perbedaan pada hasil penelitian.[22]

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Perkembangan Anak[12]

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah ada hubungan antara prematuritas dengan perkembangan sosial emosional pada anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Pleret 2017 setelah mempertimbangkan variabel luar, yaitu: status ekonomi, status pekerjaan ibu, pendidikan ibu, dan riwayat ASI Eksklusif.

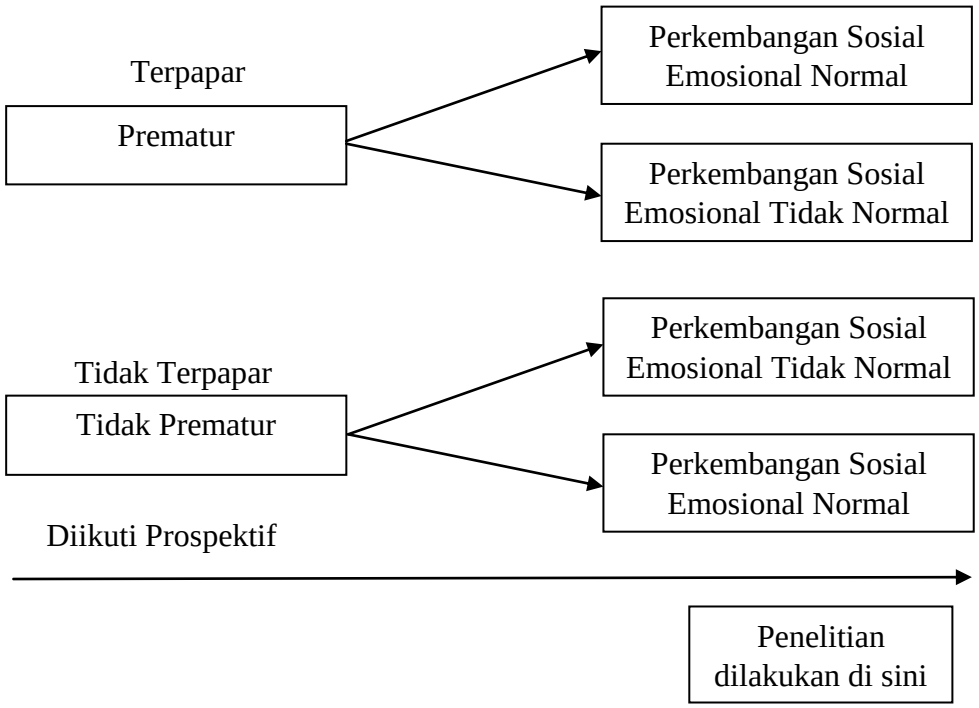
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian dan Desain Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan metode penelitian survei analitik, yaitu penelitian yang mencoba menjawab faktor yang menyebabkan terjadinya sebuah fenomena kesehatan, kemudian melakukan analisa dinamika korelasi antara faktor risiko dan faktor efek.[54]

Desain pada penelitian ini adalah kohort retrospektif atau *historical kohort*. Kohort retrospektif adalah studi yang mengamati subyek dalam kurun waktu tertentu terhadap faktor risiko kemudian menilai efek yang terjadi, faktor risiko dan efek telah terjadi di masa lalu.[55]



Gambar 3. Desain Penelitian Kohort Retrospektif Hubungan Prematuritas dengan Perkembangan Sosial Emosional

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

   Populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu.[55] Populasi pada penelitian ini adalah seluruh bayi yang lahir pada tahun 2011-2014 di wilayah kerja Puskesmas Pleret.

2. Sampel

   Sampel adalah bagian dari populasi yang dianggap mewakili populasi dan dipilih menggunakan teknik tertentu.[55] Sampel pada penelitian ini adalah bayi yang lahir pada tahun 2011-2014 dan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang didasarkan pada pertimbangan peneliti.[54] Penelitian ini menggunakan kriteria eksklusi dan inklusi dalam pemilihan sampel. *Matching* kelompok dilakukan berdasarkan jenis kelamin dan usia.

   a. Kriteria Inklusi

      1) Berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Pleret.
      2) Bersedia menjadi responden penelitian
      3) Terdapat data usia kehamilan saat lahir baik dari KIA atau data puskesmas.

   b. Kriteria Eksklusi

      1) Memiliki cacat kongenital.
      2) Memiliki penyakit kronis.
      3) Memiliki ibu dengan gangguan mental.
      4) Usia kehamilan saat bayi lahir >42 minggu.

Cara pengambilan sampel dimulai dengan melihat data usia kehamilan saat persalinan dari data puskesmas, selanjutnya peneliti akan melakukan seleksi sesuai kriteria inklusi dan eksklusi menggunakan instrumen seleksi responden. Pengambilan sampel dilakukan langsung saat posyandu balita atau mendatangi rumah responden. Apabila setelah dilakukan penelitian hasil skor SDQ menunjukan *borderline* maka peneliti akan mencari sampel yang lain. Pengambilan sampel dilakukan hingga jumlah sampel minimal terpenuhi untuk kedua kelompok.

Perhitungan sampel minimal menggunakan rumus uji hipotesis untuk penelitian kohort dengan rumus[56]:

$$n1 = n2 = \frac{\left\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p1(1-p1)+p2(1-p2)}\right\}^2}{(p1-p2)^2}$$

Keterangan:

n1=n2 = besar kelompok terpapar dan tidak terpapar

$Z_{1-\alpha}$ = tingkat kemaknaan (ditetapkan peneliti= 1,96)

$Z_{1-\beta}$ = power penelitian (ditetapkan peneliti= 0,84)

P_2 = proporsi pada kelompok tidak terpapar (0,262)[4]

RR = 2

P_1 = RRxP2= 0,524

P = (p1+p2)/2 = 0,393

$$n1 = n2 = \frac{\left\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P1(1-P1)+P2(1-P2)}\right\}^2}{(P1-P2)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{\left\{1{,}96\sqrt{2x0{,}393x0{,}604} + 0{,}84\sqrt{0{,}524x0{,}476 + 0{,}262x0{,}738}\right\}^2}{(0{,}524-0{,}262)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{(1{,}9165)^2}{(0{,}262)^2} = \frac{3{,}6729}{0{,}0686} = 53{,}54 = 54$$

Sehingga jumlah sampel pada penelitian ini adalah 54 untuk kelompok terpapar dan 54 untuk kelompok tidak terpapar. Total jumlah yang dibutuhkan adalah 108.

C. Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pleret pada bulan Oktober-November 2017.

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

1. Variabel Penelitian

   Variabel penelitian adalah hal-hal yang menjadi perhatian suatu penelitian. Dalam penelitian ini terdapat tiga variabel yaitu variabel independen (variabel bebas), variabel dependen (variabel terikat), dan variabel luar.

   a. Variabel Bebas

      Variabel bebas adalah variabel yang memengaruhi variabel lain.[57] Variabel bebas dalam penelitian ini adalah prematuritas.

   b. Variabel Terikat

      Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel.[57] Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perkembangan sosial emosional.

c. Variabel Luar

Variabel luar adalah variabel yang secara teoritis memengaruhi variabel terikat. Variabel luar pada penelitian ini adalah status ekonomi, status pekerjaan ibu, pendidikan ibu, riwayat ASI Eksklusif.

2. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel adalah batas-batas yang membatasi ruang lingkup pada variabel yang diamati.[54]

Tabel 4. Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Alar Ukur	Hasil Ukur	Skala dan Parameter Pengukuran
Variabel Bebas				
Prematuritas	Usia gestasi saat bayi dilahirkan dihitung dari hari pertama mens terakhir (HPMT)	Buku KIA atau data kelahiran puskesmas	1. Prematur UK <37mg: 2. Tidak Prematur UK ≥ 37 mg	Nominal
Variabel Terikat				
Perkembangan Sosial Emosional	Hasil pengukuran skor gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, gangguan dengan teman sebaya dan perilaku prososial. yang diisi oleh orangtua menggunakan kuesioner *One-sided SDQ for parents or teachers of 4-17 year old* dengan jumlah 25 soal yang telah dialih bahasa dan validasi oleh Tjhin Wiguna dan Yohana Hestyanti.[41]		1. Tidak Normal: 17-40 2. Normal: 0-13	Ordinal
Variabel Luar				
Status Ekonomi	Besar pendapatan tiap bulan berdasarkan Upah Minimum Kabupaten Bantul tahun 2017 menurut Dinas Nakertrans.[58]	Kuesioner	1. Tidak mampu: < Rp 1.404.760 2. Mampu: ≥ Rp 1.404.760	Ordinal

Lanjutan Tabel 4. Definisi Operasional Variabel

Status Pekerjaan Ibu	Ibu yang memiliki suatu kegiatan yang menghasilkan pendapatan bagi keluarga	Kuesioner	1. Tidak Bekerja (Ibu Rumah Tangga) 2. Bekerja	Nominal
Pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh ibu.	Kuesioner	1. Rendah: SD, SMP 2. Tinggi: SMA, perguruan tinggi, diploma	Ordinal
Riwayat ASI Eksklusif	Pemberian Air Susu Ibu (ASI) pada 6 bulan pertama kehidupan, tanpa memberikan bayi makanan atau minuman lain, termasuk air putih (kecuali obat, vitamin, atau mineral tetes).[59]	Kuesioner	1. Tidak 2. Ya	Nominal

E. Instrumen dan Bahan

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah:

1. Buku data kelahiran puskesmas atau buku KIA, digunakan untuk mengumpulkan data hari pertama menstruasi terakhir (HPMT) dan tanggal lahir anak, untuk menentukan kategori prematur atau tidak prematur.
2. Lembar SDQ versi *One-sided SDQ for parents or teachers of 4-17 year old* yang sudah divalidasi dan dialihbahasakan kedalam bahasa indonesia dengan jumlah 25 soal, digunakan untuk memperoleh data perkembangan sosial emosional anak. SDQ dikembangkan oleh Dr Robert Goodman, *Institute of Psychiatry*, *Kings College*, *University of London*. SDQ merupakan kuesioner skrining yang digunakan untuk usia 3 hingga 16 tahun. SDQ memiliki beberapa versi yang dapat digunakan sesuai kebutuhan peneliti, petugas kesehatan, dan pendidik secara cuma-cuma.

Nilai reliabilitas tes-retes setelah 4-6 bulan dengan rerata 0,62. Konsistensi internal dengan nilai mean Cronbach a: 0,73. *Cross informant reliablity* dengan nilai rerata 0,34, diatas rerata meta analisis dari Achenbach.

3. Format pengumpulan data, digunakan untuk mengumpulkan seluruh data dari seluruh variabel penelitian.

F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data
   a. Data Primer

      Data primer pada penelitian ini adalah perkembangan sosial-emosional, status ekonomi, status pekerjaan ibu, status pendidikan ibu, dan riwayat ASI eksklusif. Data primer didapatkan dari kuesioner yang diisi oleh responden

   b. Data Sekunder

      Data sekunder pada penelitian ini adalah prematuritas yang didapat dari data kehamilan dan data persalinan puskesmas.

2. Teknik Pengumpulan Data

   Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah penyebaran kuesioner untuk mendapatkan data primer dan mengumpulkan data kelahiran dari puskesmas atau Buku KIA untuk mendapatkan data sekunder.

G. Prosedur Penelitian

Langkah-langkah yang digunakan dalam pengumpulan data yang digunakan adalah:

1. Peneliti melakukan persamaan persepsi pada tim peneliti.

2. Peneliti membagi tugas kepada tiap anggota tim peneliti.
3. Peneliti mendatangi puskesmas untuk melihat data kelahiran bayi dan data kader posyandu balita di wilayah tempat tinggal sampel penelitian.
4. Peneliti mengelompokkan data responden berdasarkan dusun tempat tinggal.
5. Peneliti mendatangi kepala dusun untuk meminta izin dan melakukan koordinasi pelaksanaan penelitian.
6. Peneliti melakukan penelitian dan melakukan pemeriksaan kelengkapan data responden.

H. Manajemen Data

A. Pengolahan Data

a. *Editing*

Angket yang telah diisi oleh responden dilakukan *editing* atau penyuntingan sehingga bisa diketahui kelengkapan informasi yang diberikan. Apabila informasi yang diberikan belum lengkap, maka peneliti dapat segera meminta responden untuk melengkapi.

b. Coding

Coding adalah kegiatan mengubah data yang berbentuk kalimat menjadi bilangan. Kode bilangan yang digunakan pada setiap variabel sesuai kriteria yang telah dijelaskan pada definisi operasional variabel.

c. *Data Entry*

Data Entry merupakan kegiatan memasukan informasi yang telah di *coding* ke dalam program pengolahan data. Penelitian ini menggunakan program komputer untuk mengolah data.

d. *Cleaning*

Setelah semua data dimasukan maka selanjutnya peneliti memeriksa ulang kelengkapan dan ketepatan pengisian data.[54]

B. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel dan menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel. Analisis univariat dilakukan pada semua variabel yaitu, prematuritas, perkembangan sosial emosional, status ekonomi, status pekerjaan ibu, pendidikan Ibu, status ASI eksklusif dengan rumus:

$$P = \frac{f}{n} \; x \; 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase subyek pada kategori tertentu

f = ∑ sampel dengan karakteristik tertentu

n = ∑ sampel total

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk menunjukkan hubungan dua variabel. Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini, yaitu:

1) Analisis menggunakan C*hi-square*, yaitu uji statistik yang digunakan untuk menyimpulkan adanya kemaknaan hubungan antara dua variabel nominal yaitu variabel prematuritas dan

variabel perkembangan sosial emosional.[54] Analisis ini dilakukan dengan program komputer. Hubungan dinyatakan bermakna bila nilai p<0,05.

2) Analisis kekuatan hubungan antara dua variabel dengan menentukan nilai risiko relatif atau *relative risk* (RR) yang menunjukkan kekuatan hubungan dua variabel yang diuji yaitu, prematuritas, status ekonomi, status pekerjaan ibu, pendidikan ibu, dan riwayat ASI Eksklusif dengan perkembangan sosial emosional anak dan poin-poin pada perkembangan sosial emosional (gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, sosialisasi teman sebaya, dan prososial)

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui variabel yang lebih erat hubungannya dengan variabel dependen.[54] Variabel yang akan disertakan dalam analisis multivariat adalah variabel yang memiliki nilai p<0,25. Metode analisis yang digunakan adalah regresi cox. Variabel dikatakan bermakna apabila *p-value* <0,1.

I. Etika Penelitian

1. Hak untuk dihargai *privacy*-nya

Penelitian akan menyita waktu responden untuk mengisi kuesioner, sehingga sebelum memulai penelitian maka peneliti melakukan *informed*

consent sebagai bentuk kesediaan responden untuk meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner.

2. Hak untuk dihargai kerahasiaan informasinya

   Informasi yang dibutuhkan peneliti merupakan hak pribadi responden sehingga kerahasiaannya perlu dijaga. Oleh karena itu, dalam pengolahan data nama responden diganti menggunakan kode nomor.

3. Hak memperoleh imbalan atau kompensasi.

   Responden yang telah bersedia memberikan informasi berhak menerima imbalan dari peneliti.[54] Oleh karena itu, diakhir penelitian maka responden menerima souvenir dari peneliti berupa gelas kaca.

4. Peneliti telah mengajukan *ethical clearence* di Komite Etik Penelitian Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan memperoleh surat kelayakan etik penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Puskesmas Pleret merupakan puskesmas rawat inap di wilayah Kabupaten Bantul yang bertanggung jawab terhadap 5 desa, yaitu Desa Wonokromo, Desa Pleret, Desa Segoroyoso, Desa Bawuran, dan Desa Wonolelo. Total posyandu balita di wilayah kerja Puskesmas Pleret adalah 56 posyandu, dengan sebaran 12 posyandu di Desa Wonokromo, 18 posyandu di Desa Pleret, 10 posyandu posyandu di Desa Segoroyoso, 8 posyandu di Desa Bawuran, dan 8 posyandu di Desa Wonolelo. Penelitian ini menggunakan 27 posyandu dengan rincian Desa Wonokromo 7 posyandu, Desa Wonolelo 6 posyandu, Desa Pleret 8 posyandu, Desa Segoroyoso 3 posyandu, dan Desa Bawuran 3 posyandu. Pengambilan data pada penelitian ini lebih banyak dilakukan secara *door to door* dikarenakan responden yang terletak sangat menyebar, sehingga pengambilan data lebih efektif dilakukan dengan mendatangi rumah responden.

Pelaksanaan SDIDTK di Puskesmas Pleret dilakukan tiap 6 bulan sekali yaitu pada bulan Februari dan Agustus. Pemantauan tumbuh kembang anak yang dilakukan secara rutin adalah pemeriksaan status gizi, penimbangan BB, pengukuran TB, pengukuran LK, pemeriksaan KPSP pada anak usia 3-72 bulan setiap bulan Februari dan Agustus, serta pemeriksaan TDD dan TDL pada anak usia diatas 3 tahun. Pelaksanaan SDIDTK dilakukan di posyandu, PAUD, dan TK. Pemeriksaan menggunakan KMME dan GPPH dilakukan

apabila terdapat indikasi. Apabila ditemukan ketidaknormalan pada hasil SDIDTK maka anak akan diberikan rujukan ke puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan ulang. Anak yang dinyatakan tidak normal selanjutnya akan diberikan rujukan ke rumah sakit daerah, yaitu Rumah Sakit Panembahan Senopati sebagai rumah sakit umum daerah Kabupaten Bantul.

Kuesioener yang digunakan untuk menilai perkembangan sosial emosional pada penelitian ini adalah SDQ. SDQ merupakan kuesioner skrining gangguan perilaku untuk usia 3-16 tahun. SDQ telah digunakan secara luas di berbagai negara dan dapat digunakan oleh peneliti, praktisi klinis, dan praktisi pendidikan tanpa bayar. SDQ dapat digunakan untuk sekaligus menilai 5 skala yaitu emosional, perilaku, hiperaktivitas, sosialisasi teman sebaya, prososial, serta total kesulitan.

Hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pleret adalah sebagai berikut:

1. Komparabilitas

Tabel 5. Komparabilitas Karakteristik Subjek Penelitian dengan Prematuritas

Variabel	Prematuritas				p-value
	Prematur		Tidak Prematur		
	n	%	n	%	
Status Ekonomi					
– Tidak mampu	19	43,2%	25	56,8%	0,33
– Mampu	35	54,7%	29	45,3%	
Status Pekerjaan Ibu					
– Tidak Bekerja	25	46,3%	29	53,7%	0,56
– Bekerja	29	53,7%	25	46.3%	
Pendidikan Ibu					
– Rendah	17	47,2%	19	52,8%	0,84
– Tinggi	37	51,4%	35	48,6%	
Riwayat ASI Eksklusif					
– Tidak	28	66,7%	14	33,3%	0,1
– Ya	26	39,4%	40	60,6%	

Tabel 5 menunjukkan sebaran homogenitas prematuritas dengan status ekonomi, status pekerjaan ibu, pendidikan ibu, dan riwayat ASI Eksklusif. Hasil uji homogenitas menunjukkan bahwa kedua kelompok yang dibandingkan homogen dengan nilai *p-value* >0.05.

2. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Perkembangan Sosial Emosional dan Poin-Poin Perkembangan Sosial Emosional

Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan prematuritas dan variabel luar (status ekonomi, status pekerjaan ibu, pendidikan ibu, dan riwayat ASI Eksklusif) dengan perkembangan sosial emosional. Analisis yang digunakan adalah *chi square* dengan interval kepercayaan 95%. Variabel dikatakan berhubungan apabila *p-value* <0,05.

a. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 6. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret 2017

Variabel	Perkembangan Sosial Emosional				p-value	RR	95% CI
	Tidak Normal		Normal				
	n	%	n	%			
Prematuritas							
– Ya	13	24,1%	41	75,9%	0,07	2,6	1,00-6,80
– Tidak	5	9,3%	49	90,7%			
Status Ekonomi							
– Tidak mampu	9	20,5%	35	79,5%	0,54	1,46	0,63-3,37
– Mampu	9	14,1%	55	85,9%			
Status Pekerjaan Ibu							
– Tidak Bekerja	12	22,2%	42	77,8%	0,20	2,00	0,81-4,94
– Bekerja	6	11,1%	48	88,9%			
Pendidikan Ibu							
– Rendah	10	27,8%	26	72,2%	0,06	2,50	1,08-5,79
– Tinggi	8	11,1%	64	88,9%			
Riwayat ASI Eksklusif							
– Tidak	13	31,0%	29	69,0%	0,004	4,09	1,57-10,63
– Ya	5	7,6%	61	92,4%			

Berdasarkan Tabel 6, diketahui bahwa persentase perkembangan sosial emosional normal lebih banyak dibanding tidak normal, kejadian gangguan sosial emosional lebih banyak terjadi pada kelompok berisiko. Responden dengan riwayat lahir prematur mengalami kejadian gangguan sosial emosional lebih banyak dibanding anak lahir aterm (24,1% dibanding 9,3%). Responden dengan status ekonomi tidak mampu mengalami kejadian gangguan sosial emosional lebih banyak dibanding dengan responden dengan status ekonomi mampu (20,5% dibanding 14,1%). Kejadian kejadian gangguan sosial emosional terjadi 2 kali lebih banyak pada kelompok anak yang memiliki ibu tidak bekerja yaitu 22,2%, sementara pada kelompok anak yang memiliki ibu bekerja hanya terjadi 11,1%. Kejadian gangguan sosial emosional pada kelompok anak yang memiliki ibu dengan pendidikan rendah adalah 27,8%, sementara pada kelompok anak yang memiliki ibu dengan pendidikan tinggi hanya 11,1%. Hal ini menunjukkan bahwa gangguan sosial emosional lebih banyak terjadi pada kelompok anak dengan ibu berpendidikan rendah. Gangguan sosial emosional lebih banyak ditemukan pada kelompok yang tidak diberi ASI eksklusif yaitu sebanyak 31,0% dibanding 7,6% untuk kelompok yang diberi ASI eksklusif.

Anak lahir prematur memiliki risiko 2,6 kali mengalami gangguan perkembangan sosial emosional dibanding anak yang tidak lahir prematur (RR 2,60 CI 95% 1-6,80). Hasil analisis menunjukkan bahwa prematur berisiko mengalami gangguan perkembangan sosial

emosional, tetapi anak prematur memiliki peluang lebih besar untuk tetap memiliki perkembangan yang normal.

Anak dengan status ekonomi tidak mampu berisiko 1,46 kali mengalami gangguan perkembangan sosial emosional dibanding anak yang memiliki status ekonomi mampu (CI 95% 0,63-3,37). Anak dengan ibu yang tidak bekerja berisiko 2 kali mengalami gangguan perkembangan sosial emosional dibanding anak dengan ibu yang bekerja (CI 95% 0,810-4,941). Anak yang memiliki ibu berpendidikan rendah berisiko 2,5 kali untuk mengalami gangguan perkembangan sosial emosional dibanding anak yang memiliki ibu dengan pendidikan tinggi (CI 95% 1,08-5,79). Pemberian ASI Eksklusif secara statistik berhubungan dengan gangguan sosial emosinal (*p-value* 0,004). Anak yang tidak diberikan ASI Eksklusif memiliki risiko 4,09 kali mengalami gangguan perkembangan sosial emosional dibanding anak yang diberikan ASI Eksklusif (CI 95% 1,57-10,63).

b. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Gejala Emosional di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 7. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Gejala Emosional di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Variabel	Gejala Emosional				p-value	RR	95% CI
	Tidak Normal		Normal				
	n	%	n	%			
Prematuritas							
– Ya	17	31,50%	37	68,50%	0,83	1,13	0,63-2,03
– Tidak	15	27,80%	39	72,20%			
Status Ekonomi							
– Tidak mampu	17	38,60%	27	61,40%	0,14	1,65	0,92-2,94
– Mampu	15	23,40%	49	76,60%			
Status Pekerjaan Ibu							
– Tidak Bekerja	22	40,70%	32	59,30%	0,02	2,20	1,15-4,20
– Bekerja	10	18,50%	44	81,50%			
Pendidikan Ibu							
– Rendah	16	44,40%	20	55,60%	0,03	2,00	1,14-3,52
– Tinggi	16	22,20%	56	77,80%			
Riwayat ASI Eksklusif							
– Tidak	19	45,20%	23	54,80%	0,009	2,3	1,27-4,14
– Ya	13	19,70%	53	80,30%			

Berdasarkan Tabel 7, diketahui bahwa anak dengan riwayat prematur berisiko 1,13 kali mengalami gangguan gejala emosional dibanding anak yang tidak lahir prematur (95% CI 0,52-2,73). Anak dengan status ekonomi tidak mampu berisiko 1,65 (95% CI 0,92-9,24) kali mengalami gangguan gejala emosional tidak normal dibanding anak dengan status ekonomi mampu. Variabel yang secara statistik berhubungan dengan gangguan perkembangan sosial emosional adalah status pekerjaan ibu (*p-value* 0,02 RR 2,20 95% CI 1,15-4,20), tingkat pendidikan ibu (*p-value* 0,03 RR 2 95% 1,14-3,52), dan riwayat ASI Eksklusif (*p-value* 0,009 RR 2,30 95% CI 1,27-4,14). Analisis keeratan hubungan menunjukkan bahwa ASI Eksklusif memiliki nilai keeratan paling besar.

c. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Masalah Perilaku di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 8. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Masalah Perilaku di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret 2017

Variabel	Masalah Perilaku				p-value	RR	95% CI
	Tidak Normal		Normal				
	n	%	n	%			
Prematuritas							
– Ya	13	24,1%	41	75,9%	0,47	1,44	0,67-3,09
– Tidak	9	16,7%	45	83,3%			
Status Ekonomi							
– Tidak mampu	10	22,7%	34	77,3%	0,79	1,21	0,58-2,56
– Mampu	12	18,8%	51	81,3%			
Status Pekerjaan Ibu							
– Tidak Bekerja	12	22,2%	42	77,8%	0,81	1,20	0,57-2,54
– Bekerja	19	18,5%	44	81,5%			
Pendidikan Ibu							
– Rendah	8	22,2%	28	77,8%	0,93	1,14	0,53-2,47
– Tinggi	14	19,4%	58	80,6%			
Riwayat ASI Eksklusif							
– Tidak	11	26,2%	31	73,8%	0,34	1,57	0,75-3,30
– Ya	11	16,7%	55	83,3%			

Analisis bivariat pada masalah perilaku menunjukkan tidak ada variabel yang secara statistik berhubungan dengan masalah perilaku (*p-value* >0,05). Hasil analisis risiko relatif menunjukkan anak dengan riwayat prematur berisiko 1,44 kali mengalami masalah perilaku dibanding anak yang tidak lahir prematur (CI 95% 0,64-3,09). Variabel yang memiliki nilai keeratan tertinggi terhadap masalah perilaku adalah riwayat ASI Eksklusif (RR 1,57 95% CI 0,75-3,30).

d. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Masalah Hiperaktivitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 9. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Masalah Hiperaktivitas di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Variabel	Hiperaktivitas				p-value	RR	CI
	Tidak Normal		Normal				
	n	%	n	%			
Prematuritas							
– Ya	17	31,5%	37	68,5%	0,009	3,40	1,35-8,56
– Tidak	5	9,3%	49	90,7%			
Status Ekonomi							
– Tidak mampu	11	25,0%	33	75,0%	0,46	1,46	0,69-3,06
– Mampu	11	17,2%	53	82,8%			
Status Pekerjaan Ibu							
– Tidak Bekerja	10	18,5%	44	81,5%	0,81	0,83	0,39-1,76
– Bekerja	12	22,2%	42	77,8%			
Pendidikan Ibu							
– Rendah	10	27,8%	26	72,2%	0,27	1,67	0,80-3,49
– Tinggi	12	16,7%	60	83,3%			
Riwayat ASI Eksklusif							
– Tidak	16	38,1%	26	61,9%	0,001	4,19	1,78-9,85
– Ya	6	9,1%	60	90,9%			

Prematuritas secara statistik mempunyai hubungan dengan hiperaktivitas (*p-value* 0,009). Hasil analisis risiko relatif menunjukkan

anak dengan riwayat prematur berisiko 3,4 kali mendapat gangguan hiperaktivitas dibanding anak yang tidak lahir prematur (95% CI 1,35-8,56). Variabel luar yang memengaruhi hiperaktivitas adalah riwayat ASI Eksklusif (*p-value* 0,001) dengan nilai risiko relatif 4,19 (95% CI 1,78-9,85).

e. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Masalah Sosialisasi Teman Sebaya di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 10. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Masalah Sosialisasi Teman Sebaya di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Variabel	Sosialisasi dengan teman sebaya				p-value	RR	CI
	Tidak Normal		Normal				
	n	%	n	%			
Prematuritas							
– Ya	17	31,5%	37	68,5%	0,27	1,55	0,80-2,98
– Tidak	11	20,4%	43	79,6%			
Status Ekonomi							
– Tidak mampu	12	27,3%	32	72,7%	0,97	1,09	0,57-2,07
– Mampu	16	25,0%	48	75,0%			
Status Pekerjaan Ibu							
– Tidak Bekerja	18	33,3%	36	66,7%	0,12	1,80	0,92-3,53
– Bekerja	10	18,5%	44	81,5%			
Pendidikan Ibu							
– Rendah	15	41,7%	21	58,3%	0,02	2,31	1,23-4,31
– Tinggi	13	18,1%	59	81,9%			
Riwayat ASI Eksklusif							
– Tidak	17	40,5%	25	59,5%	0,01	2,43	1,27-4,66
– Ya	11	16,7%	55	83,3%			

Tabel 10 menunjukkan bahwa anak dengan riwayat prematur berisiko 1,55 kali mengalami gangguan sosialisasi dengan teman sebaya dibanding anak yang tidak lahir prematur (CI 95% 0,80-2,98). Variabel luar yang memengaruhi sosialisasi dengan teman sebaya adalah pendidikan ibu (*p-value* 0,02) dan riwayat ASI Eksklusif (*p-value* 0,01). Anak dengan ibu berpendidikan rendah memiliki risiko mengalami gangguan sosialisasi dengan teman sebaya 2,31 kali

dibanding anak yang memiliki ibu berpendidikan tinggi (95% CI 1,23-4,31). Anak yang tidak diberikan ASI Eksklusif berisiko 2,43 kali mengalami gangguan sosialisasi dengan teman sebaya dibanding anak yang diberi ASI Eksklusif (RR 2,3 95% CI 1,27-4,66). ASI eksklusif memiliki nilai keeratan paling besar dibanding variabel lain.

f. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Masalah Prososial di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 11. Hubungan Prematuritas dan Variabel Luar dengan Masalah Prososial di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Variabel	Prososial				p-value	RR	95% CI
	Tidak Normal		Normal				
	n	%	n	%			
Prematuritas							
– Ya	2	3,7%	52	96,3%	0,27	0,33	0,07-1,58
– Tidak	6	11,1%	50	88,9%			
Status Ekonomi							
– Tidak mampu	3	6,8%	41	93,2%	1	0,87	0,22-3,47
– Mampu	5	7,8%	59	92,2%			
Status Pekerjaan Ibu							
– Tidak Bekerja	5	9,3%	49	90,7%	0,71	1,67	0,42-6,63
– Bekerja	3	5,6%	51	94,4%			
Pendidikan Ibu							
– Rendah	2	5,6%	34	94,4%	0,90	0,67	0,14-3,14
– Tinggi	6	8,3%	66	91,7%			
Riwayat ASI Eksklusif							
– Tidak	2	4,8%	40	95,2%	0,65	0,52	0,11-2,48
– Ya	6	9,1%	60	90,9%			

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada variabel yang secara signifikan berhubungan dengan prososial (*p-value* >0,05). Hasil analisis risiko relatif menunjukkan bahwa prematuritas tidak memiliki risiko terhadap prososial (RR 0,33 CI 95% 0,07-1,58). Analisis keeratan hubungan menunjukkan bahwa anak dengan ibu tidak bekerja berisiko 1,67 kali mengalami gangguan prososial dibanding anak dengan ibu bekerja (95% CI 0,42-6,63).

3. Hubungan Prematuritas dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak dan Poin-Poin Perkembangan Sosial Emosional Anak Setelah Dikontrol Variabel Luar

Variabel yang dimasukkan kedalam analisis multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariat memiliki nilai p<0,25 dengan tingkat kemaknaan 0,1.

a. Hubungan Prematuritas dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 12. Analisis Multivariat Variabel dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Variabel	B	P-value	RR	95,0%	
				Lower	Upper
Prematuritas	0,69	0,21	1,98	0,68	5,75
Pendidikan	0,85	0,08	2,33	0,98	5,94
ASI Eksklusif	1,16	0,03	3,19	1,10	9,26

Hasil akhir analisis multivariat menunjukkan bahwa anak dengan riwayat lahir prematur memiliki risiko 1,98 kali untuk mengalami gangguan sosial emosional dibanding anak yang lahir tidak prematur. Variabel luar yang berpengaruh terhadap perkembangan sosial emosional anak adalah pendidikan ibu dan riwayat ASI Eksklusif. Anak yang memiliki ibu berpendidikan rendah memiliki risiko 2,33 kali mengalami gangguan sosial emosional dibanding dengan anak yang memiliki ibu berpendidikan tinggi (*p-value* 0,08 95% CI 0,98-5,94). Anak dengan riwayat tidak diberikan ASI Eksklusif berisiko 3,19 mengalami gangguan sosial emosional dibanding dengan anak yang diberikan ASI Eksklusif (p-value 0,03 95% CI 1,10-9,26).

b. Hubungan Prematuritas dengan Gejala Emosional Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 13. Hubungan Prematuritas dengan Gejala Emosional Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

	B	P-value	RR	95,0% CI	
				Lower	Upper
Prematuritas	-0,16	0,68	0,85	0,41	1,80
Pekerjaan	0,91	0,02	2,47	1,16	5,25
ASI Eksklusif	0,99	0,01	2,69	1,26	5,74

Analisis multivariat pada poin gejala emosional menunjukkan bahwa prematuritas tidak berhubungan signifikan dengan gejala emosional. Variabel yang memengaruhi gejala emosional adalah pekerjaan ibu (*p-value* 0,02) dan riwayat asi eksklusif (*p-value* 0,01). Variabel yang paling berpengaruh terhadap gejala emosional adalah riwayat ASI Eksklusif. Anak yang tidak diberikan ASI Eksklusif memiliki risiko 2,69 kali (95% CI 1,26-5,74) mengalami gangguan gejala emosional dibanding anak yang diberikan ASI Eksklusif.

c. Hubungan Prematuritas dengan Masalah Perilaku Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 14. Hubungan Prematuritas dengan Masalah Perilaku Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

	B	P-value	RR	95,0%	
				Lower	Upper
Prematuritas	0,37	0,40	1,44	0,62	3,38

Anak lahir prematur berisiko 1,44 kali mengalami masalah perilaku dibanding anak yang tidak prematur (95% CI 0,62-3,38).

d. Hubungan Prematuritas dengan Masalah Hiperaktivitas Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 15. Hubungan Prematuritas dengan Masalah Hiperaktivitas Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

	B	P-value	RR	95,0%	
				Lower	Upper
Prematuritas	0,90	0,08	2,47	0,89	6,87
ASI Eksklusif	1,21	0,01	3,34	1,28	8,76

Prematuritas memiliki hubungan bermakna dengan hiperaktivitas (*p-value* 0,08). Anak yang lahir prematur berisiko 2,47 kali mengalami gangguan hiperaktivitas dibanding anak yang lahir tidak prematur (95% CI 0,89-6,87). Riwayat ASI Eksklusif memiliki hubungan bermakna dengan hiperaktivitas (*p-value* 0,001). Anak yang tidak diberikan ASI Eksklusif berisiko 3,34 kali mengalami gangguan hiperaktivitas dibanding anak yang diberikan ASI Eksklusif (95% CI 1,28-8,76).

e. Hubungan Prematuritas dengan Masalah Sosialisasi Teman Sebaya Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 16. Hubungan Prematuritas dengan Masalah Sosialisasi Teman Sebaya Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

	B	P-value	RR	95,0% CI	
				Lower	Upper
Prematuritas	0,31	0,44	1,36	0,62	3,00
Pendidikan	0,80	0,04	2,22	1,05	4,70
ASI Eksklusif	0,60	0,14	1,80	0,83	3,94

Analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor prematuritas memiliki nilai risiko relatif 1,36 (95% CI 0,63-3,00). Anak yang lahir prematur berisiko 1,36 kali mendapat mengalami gangguan hubungan teman sebaya dibanding anak yang tidak lahir prematur. Variabel yang paling memengaruhi hubungan teman sebaya adalah pendidikan ibu (p-value 0,04). Anak dengan ibu yang berpendidikan rendah berisiko 2,22 kali mengalami gangguan hubungan teman sebaya dibanding ibu yang berpendidikan tinggi (95% CI 1,05-4,70). Faktor riwayat ASI Eksklusif merupakan variabel *confounding*, anak yang tigdak diberikan ASI Eksklusif berisiko 1,80 kali mengalami gangguan sosialisasi dengan teman sebaya dibanding anak yang diberikan ASI Eksklusif (*p-value* 0,14 95% CI 0,83-3,94)

f. Hubungan Prematuritas dengan Prososial Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

Tabel 17. Hubungan Prematuritas dengan Prososial Setelah Dikontrol Variabel Luar di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017

				95,0% CI for RR	
	B	P-value	RR	Lower	Upper
Prematuritas	-1,10	0,18	0,33	0,07	1,65

Prematuritas tidak berhubungan signifikan dengan prososial (RR 0,33 95% CI 0,07-1,65).

B. Pembahasan

Penelitian ini meneliti faktor-faktor yang memengaruhi perkembangan sosial, yaitu: prematuritas, status pekerjaan ibu, status ekonomi, tingkat

pendidikan ibu, dan riwayat ASI Eksklusif dengan total responden berjumlah 108 responden. Berdasarkan hasil penelitian diketahui sebagian besar responden memiliki status ekonomi tidak mampu, pendidikan ibu dalam kategori rendah, dan tidak diberikan ASI Eksklusif. Perkembangan sosial emosional tidak normal sebagian besar ditemukan pada kelompok anak prematur, berasal dari keluarga dengan status ekonomi tidak mampu, memiliki ibu yang tidak bekerja, memiliki ibu dengan pendidikan rendah, dan tidak diberikan ASI Eksklusif.

Penelitian ini juga meneliti hubungan variabel dengan poin dari perkembangan sosial emosional, yaitu: gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, sosialisasi dengan teman sebaya, dan prososial. Masing-masing poin perkembangan dijabarkan dalam 5 pertanyaan. Poin gejala emosional menggambarkan anak dalam mengekspresikan emosi yang diuraikan menjadi 5 pernyataan, yaitu: sering mengeluh sakit kepala, sakit perut, atau sakit-sakit yang lain; banyak kekhawatiran atau tampak khawatir; sering merasa tidak bahagia, sedih, atau menangis; gugup atau sulit berpisah dengan orang tua/ pengasuh pada situasi baru, mudah kehilangan percaya diri; banyak yang ditakuti, mudah menjadi takut. Poin masalah perilaku, yaitu: sering sulit mengendalikan kemarahan; umumnya bertingkah laku baik, biasanya melakukan apa yang disuruh oleh orang dewasa; sering berkelahi dengan anak-anak lain atau mengintimidasi mereka; sering berbohong atau berbuat curang; mencuri dari rumah, sekolah, atau tempat lain. Poin hiperaktivitas, yaitu: gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam dalam waktu

lama; terus menerus bergerak dengan resah atau menggeliat-geliat; mudah teralih perhatiannya, tidak dapat berkonsentrasi; sebelum melakukan sesuatu ia berpikir dahulu tentang akibatnya; memiliki perhatian yang baik terhadap apapun, mampu menyelesaikan tugas atau pekerjaan rumah sampai selesai. Poin sosialisasi dengan teman sebaya, yaitu: cenderung menyendiri, lebih suka bermain seorang diri; mempunyai satu atau lebih teman baik; pada umumnya disukai anak-anak lain; diganggu, dipermainkan, diintimidasi atau diancam anak-anak lain; lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada anak-anak lain. Poin prososial, yaitu: dapat memperdulikan perasaan orang lain; kalau mempunyai mainan, kesenangan, atau pensil, anak bersdia berbagi dengan anak-anak lain; suka menolong jika sesorang terluka, kecewa atau merasa sakit, bersikap baik terhadap anak yang lebih muda; sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak lain).

Analisis pada poin gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, dan sosialisasi dengan teman sebaya menunjukkan bahwa sebagian besar anak yang mengalami gangguan sosial emosional adalah anak dengan riwayat prematur, berasal dari keluarga dengan status ekonomi tidak mampu, memiliki ibu yang tidak bekerja, memiliki ibu yang berpendidikan rendah, dan tidak diberikan ASI Eksklusif. Analisis pada poin prososial menunjukkan bahwa sebagian besar anak yang mengalami gangguan adalah anak yang tidak lahir prematur, berasal dari keluarga dengan status ekonomi mampu,

memiliki ibu yang tidak bekerja, memiliki ibu berpendidikan tinggi, dan diberikan ASI Eksklusif.

Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan prematuritas dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-6 tahun di wilayah kerja Puskesmas Pleret tahun 2017. Prematur merupakan kelahiran bayi sebelum usia kehamilan 37 minggu.[13] Prematur merupakan penyebab utama gangguan neurodevelopmental dan dapat memberikan pengaruh sepanjang hidup karena terganggunya fungsi perkembangan saraf.[13,52] Gangguan perkembangan sosial emosional termasuk dalam gangguan neurodevelopmental dalam bentuk yang lebih halus.[14]

Anak dengan riwayat lahir prematur berisiko lebih besar mengalami gangguan karena perkembangan otak yang signifikan terjadi pada 4-6 minggu terakhir kehamilan.[51] Risiko gangguan akan meningkat pada bayi yang lahir pada usia gestasi yang lebih muda.[51,53] Gangguan sosial emosional merupakan salah satu karakteristik khas dari bayi lahir prematur yang disebut "*preterm behavioral phenotype".*[53] Kelainan yang terjadi di lobus frontal dan hipocampus pada anak sangat prematur berhubungan dengan kejadian gangguan sosial emosional pada anak usia 5 tahun.[22]

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa gangguan sosial emosional lebih banyak terjadi pada kelompok yang berisiko (anak prematur, status ekonomi kurang, ibu tidak bekerja, pendidikan ibu rendah, dan tidak ASI Eksklusif). Namun, kelompok berisiko tetap memiliki berpeluang besar untuk memiliki perkembangan sosial emosional yang normal. Hal ini ditunjukkan dengan persentase pada perkembangan sosial emosional dan poin-poin

perkembangan sosial emosional normal lebih besar dari persentase perkembangan sosial emosional yang terganggu, baik pada kelompok berisiko maupun tidak berisiko.

Penelitian Gatti, *et.all* (2013) yang dilakukan pada anak sangat prematur (<32 minggu) menunjukkan bahwa prematuritas secara signifikan memengaruhi terjadinya gangguan perkembangan sosial emotional (p<0,0001).[60] Penelitian Gurka (2012) yang dilakukan pada anak prematur akhir (34-36 minggu) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan signifikan yang ditemukan pada perkembangan sosial anak dengan riwayat prematur maupun aterm.[61]

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik prematuritas tidak berhubungan dengan perkembangan sosial emosional anak (*p value* 0,21). Besar risiko anak prematur untuk mengalami gangguan sosial emosional 2 kali dibanding anak yang lahir aterm (95% CI 0,68-5,75). Hal ini sesuai dengan penelitian Gurka (2012) dilakukan pada anak lahir dengan usia gestasi prematur akhir dan menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan pada anak prematur dengan aterm.[61] Sebuah *systematic review* oleh Arpi dan Ferrari (2013) menunjukkan bahwa hubungan prematuritas dengan gangguan yang terjadi tidak selalu signifikan, meski begitu prevalensi gangguan pada anak prematur lebih besar daripada anak lahir aterm.[62]

Analisis multivariat yang dilakukan pada variabel prematuritas dengan poin-poin pada perkembangan sosial emosional menunjukkan bahwa prematuritas memiliki hubungan bermakna dengan hiperaktivitas dengan besar risiko 2,5 kali dibanding anak yang tidak prematur (*p-value* 0,08 95% CI 0,89-6,87). Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa dibandingkan dengan

anak yang tidak prematur, anak prematur 1,44 kali mengalami masalah perilaku (95% CI 0,62-3,38) dan 1,36 kali mengalami masalah sosialisasi dengan teman sebaya (95% CI 0,62-3,00). Prematuritas tidak berhubungan signifikan dengan gejala emosional (*p-value* 0,83 RR 0,85 95% CI 0,41-1,80) dan gangguan prososial (*p-value* 0,27 RR 0,33 95% CI 0,07-1,65).

Penelitian Metwally, *et all* (2016) menyatakan bahwa pendidikan ibu berhubungan dengan perkembangan sosial emosional anak (*p-value* <0,001). Anak cenderung mengalami gangguan sosial emosional sebesar 2,31 kali bila memiliki ibu berpendidikan dibanding anak dengan ibu yang berpendidikan lebih tinggi (OR 2,31 95% CU 1,55-3,44). Ibu yang berpendidikan kurang akan berisiko memberikan nutrisi, sanitasi kurang, dan pemberian stimulati pada perkembangan anak yang kurang sehingga anak berisiko lebih besar mengalami gangguan sosial emosional.[17]

Hasil analisis multivariat pada penelitian ini juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan perkembangan sosial emosional anak (*p-value* 0,08). Hasil analisis risiko menunjukkan bahwa anak yang memiliki ibu berpendidikan rendah berisiko 2,33 kali (95% CI 0,92-5,94) mengalami gangguan sosial emosional dibanding anak dengan ibu berpendidikan tinggi. Pendidikan ibu memiliki nilai risiko relatif lebih besar dibanding prematuritas (*p-value* 0,21 RR 1,98 95% CI 0,68-5,75). Hal ini mendukung penelitian De Laat, Bot, Leemhuis, dan Vrijkotte (2016) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan ibu yang rendah dan pendapatan kurang memiliki hubungan yang lebih erat dengan gangguan psikososial dibanding faktor kelahiran prematur.[63] Analisis multivariat yang

dilakukan pada variabel pendidikan ibu dengan poin hubungan teman sebaya menunjukkan bahwa pendidikan ibu merupakan faktor yang paling memengaruhi (*p-value* 0,04). Anak yang memiliki ibu dengan pendidikan rendah berisiko 2,22 kali (95% CI 1,05-4,70) mengalami masalah sosialisasi teman sebaya dibanding anak dengan ibu berpendidikan tinggi.

Pemberian ASI saja pada 6 bulan pertama kehidupan anak atau yang disebut dengan ASI eksklusif, merupakan faktor nutrisi yang paling penting dalam perkembangan sosial emosional anak. ASI mengandung nutrisi yang sesuai, faktor pertumbuhan, dan hormon yang berperan penting pada perkembangan otak. Kandungan DHA dan kolin pada ASI juga memegang peranan penting dalam perkembangan otak. Selain itu dengan memberikan ASI eksklusif akan meningkatkan interaksi ibu dan anak yang berperan penting pada kognitif dan perkembangan sosial emosional.[17]

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa riwayat pemberian ASI Eksklusif secara statistik berhubungan dengan perkembangan sosial emosional anak (*p-value* 0,03). Hal ini sesuai dengan penelitian Metwally, *et all* (2016) yang juga menyatakan bahwa ASI Ekslusif berhubungan dengan perkembangan sosial emosional anak. Anak yang tidak diberikan ASI Eksklusif, baik yang diganti sepenuhnya dengan susu formula maupun yang diberikan ASI dan susu formula memiliki skor sosial emosional dibawah rata-rata (*p-value* <0,001 OR 2,35 95% CI 1,64-3,39 dan *p-value* 0,017 OR 1,82 95% CI 1,08-3,07).[17]

Analisis multivariat pada penelitian ini menunjukkan bahwa riwayat pemberian ASI Eksklusif merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap

perkembangan sosial emosional anak (*p-value* 0,03 RR 3,19 95% CI 1,10-9,26). Hal ini sesuai dengan penelitian Metwally, *et all* (2016) yang menunjukkan bahwa anak yang diberikan susu formula sebagai pengganti ASI Eksklusif berisiko 2,34 kali mengalami gangguan sosial emosional dibanding anak yang diberikan ASI eksklusif (*p-value* 0,001 95% CI 1,44-3,79). Hasil analisis regresi pada penelitian Metwall, *et all* (2016) juga menunjukkan bahwa pemberian susu formula sebagai pengganti ASI Eksklusif menjadi faktor yang paling berpengaruh terhadap perkembangan sosial emosional anak.[17]

Lama pemberian ASI merupakan faktor independen yang protektif terhadap gejala hiperaktif-inatensi. Pemberian ASI yang lebih lama berkaitan dengan gejala hiperaktivitas inatensi yang lebih sedikit.[64] Total kesulitan pada anak aterm yang diberikan ASI selama 4 bulan atau lebih, berkurang sebanyak 33% dibanding anak yang tidak pernah disusui. Anak prematur yang diberi ASI lebih lama memiliki risiko lebih sedikit untuk mendapatkan skor abnormal pada total skor maupun subskor.[65] Lind, Li, Perrine, dan Schieve (2014) menyatakan bahwa kemungkinan terjadinya gangguan gejala emosional, gangguan perilaku, dan total kesulitan pada anak yang diberikan ASI $\geq$6 bulan dan disusui ASI eksklusif $\geq$3 bulan lebih sedikit dibanding pada anak yang tidak pernah diberi ASI. Namun, hasil penelitian Lind, Li, Perrine, dan Schieve (2014) menjadi tidak signifikan setelah mempertimbangkan variabel luar.[66]

Analisis yang dilakukan pada faktor riwayat pemberian ASI Eksklusif menunjukkan bahwa faktor ini berhubungan dengan sebagian besar poin perkembangan sosial emosional dan menjadi faktor risiko. ASI Eksklusif merupakan variabel yang paling berpengaruh pada poin hiperaktivitas dan gejala emosional. Anak dengan yang tidak diberikan ASI Eksklusif berisiko 3,34 kali mengalami hiperaktivitas (*p-value* 0,01 95% CI 1,28-4,95) dan 2,69 kali mengalami gangguan gejala emosional (*p-value* 0,01 95% CI 1,26-5,74) dibanding dengan anak yang diberikan ASI Eksklusif. Anak yang tidak diberikan ASI Eksklusif juga berisiko 2 kali mengalami masalah sosialisasi teman sebaya (95% CI 0,83-3,94). Penelitian ini menunjukkan bahwa ASI eksklusif secara konsisten dalam analisis bivariat maupun multivariat menjadi faktor yang mempengaruhi sebagian besar aspek perkembangan sosial emosional.

Status ekonomi merupakan salah satu gambaran dari kondisi sosial ekonomi keluarga. Penelitian menunjukkan bahwa 1 dari 4 anak yang berada pada keluarga dengan status ekonomi rendah mengalami gangguan sosial emosional (95% CI, 16,5%-31,5%).[40] Hal ini dapat dikarenakan anak pada keluarga berstatus ekonomi rendah memiliki risiko lebih besar untuk mengalami malnutrisi dan infeksi berulang. Selain itu kemiskinan membatasi anak mendapatkan pendidikan dan komunikasi sosial yang baik.[17]

Namun, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status ekonomi tidak berhubungan dengan gangguan perkembangan sosial emosional anak (*p-value* 0,54). Hasil analisis risiko menunjukkan anak pada keluarga dengan status

ekonomi tidak mampu memiliki risiko 1,46 kali untuk mengalami gangguan sosial emosional dibanding anak dengan status ekonomi mampu (95% CI 0,63-3,37). Hasil penelitian ini mendukung penelitian Arpi dan Ferrari (2013) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara gangguan psikososial dengan tingkat kecukupan pendapatan (p-value 0,072).[62]

Ibu yang bekerja akan mendukung finansial keluarga dan akan memberi efek positif pada status ekonomi keluarga. Selain itu ibu yang bekerja akan meningkatkan kualitas interaksi antara ibu dan anak. Penelitian Metwally, *et all* (2016) menunjukkan bahwa status pekerjaan ibu berhubungan dengan gangguan sosial emosional anak (*p-value* <0,03).[17] Gangguan sosial emosional anak cenderung terjadi pada anak dengan ibu tidak bekerja sebesar 1,56 dibanding anak dengan ibu yang bekerja (OR 1,56 95% CI 1,04-2,35).[40]

Penelitian Faraq dan Abo-Elyzeed (2015) yang dilakukan pada anak sekolah dasar (anak usia sampai 7 tahun) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan perkembangan sosial emosional anak antara ibu yang bekerja dan ibu yang tidak bekerja (*p-value* 0,745).[67] Hasil penelitian ini mendukung penelitian Faraq dan Abo-Elyzeed (2015) dengan menunjukkan bahwa status pekerjaan ibu secara statistik tidak berhubungan dengan gangguan perkembangan sosial emosional anak (*p-value* 0,197) Analisis risiko relatif menunjukkan bahwa anak dengan ibu tidak bekerja berisiko 2 kali mengalami gangguan perkembangan sosial emosional dibanding anak dengan ibu bekerja (95% CI 0,81-4,94). Analisis multivariat yang dilakukan pada poin gejala emosional menunjukkan bahwa status pekerjaan ibu memengaruhi gejala emosional. Anak dengan ibu yang tidak bekerja berisiko 2,5 kali mendapat mengalami gangguan gejala emosional (*p-value* 0,02 95% CI 1,26-5,74).

C. Kelemahan Penelitian

1. Keterbatasan Penelitian
    a. Status ekonomi keluarga pada penelitian ini dilihat berdasarkan rata-rata penghasilan selama 6 bulan terakhir. Lebih tepat apabila penghasilan keluarga dilihat berdasarkan pengeluaran dari masa kehamilan hingga sekarang.
    b. Data ASI ekskusif dikategorikan berdasarkan wawancara sehingga kemungkinan terjadi *recall bias*.
    c. Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah kohort retrospektif. Penelitian dimulai dengan mengidentifikasi kelompok terpapar dan tidak terpapar melalui catatan rekam medis (data sekunder) sehingga validitas data sangat tergantung pada validitas data didalam rekam medis tersebut karena bukan peneliti sendiri yang melakukan pencatatan seperti pada penelitian dengan desain kohort prospektif.
2. Kesulitan Penelitian

    Kesulitan yang ditemui selama penelitian adalah sebaran kelompok terpapar dan tidak terpapar yang cenderung sangat menyebar, sehingga peneliti lebih banyak melakukan penelitian dengan langsung mendatangi responden.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pleret, dapat disimpulkan bahwa:

1. Anak lahir prematur berisiko 2 kali (95% CI 0,68-5,75) untuk mengalami gangguan sosial emosional dibanding anak lahir aterm, tetapi tidak berhubungan signifikan setelah dikontrol variabel pendidikan ibu dan ASI Eksklusif (*p-value 0,21*).
2. Hasil analisis pada poin-poin perkembangan sosial emosional menunjukkan prematuritas hanya berhubungan signifikan dengan hiperaktivitas. Namun, prematuritas menjadi faktor risiko pada sebagian besar poin-poin perkembangan sosial emosional. Anak yang lahir prematur berisiko 2,47 kali (95% CI 0,89-6,87) mendapat mengalami hiperaktivitas, 1,36 kali (95% CI 0,62-3,00) mengalami gangguan sosialisasi teman sebaya, 1,44 kali (95% CI 0,62-3,38) mengalami gangguan masalah perilaku dibanding anak yang lahir tidak prematur.
3. ASI Eksklusif dan pendidikan ibu merupakan variabel luar yang berhubungan dengan perkembangan sosial emosional anak. Anak dengan ibu berpendidikan rendah berisiko 2,33 kali mengalami gangguan sosial emosional dibanding anak dengan ibu berpendidikan tinggi. ASI Eksklusif berhubungan dengan perkembangan sosial emosional anak, hiperaktivitas,

dan gejala emosional. ASI eksklusif juga menjadi faktor risiko pada poin hubungan teman sebaya. Anak yang tidak diberikan ASI eksklusif dibandingkan anak yang diberikan ASI Eksklusif berisiko 3,19 kali (95% CI 1,10-9,26) mengalami gangguan sosial emosional, 3,34 kali (95% CI 1,28-8,76) mengalami hiperaktivitas, 2,69 kali gangguan gejala emosional (95% CI 1,26-5,74), dan 2 kali (0,83-3,94) mengalami gangguan sosialisasi dengan teman sebaya.

B. Saran

1. Bagi Bidan dan Pengelola KIA

   Melalui hasil penelitian ini, bidan dan pengelola KIA disarankan agar dapat melakukan pencegahan terhadap kelahiran prematur serta melakukan promosi kesehatan mengenai pentingnya ASI Eksklusif bagi perkembangan sosial emosional anak. Faktor pendidikan ibu dan ASI Ekslusif perlu diperhatikan terutama bagi anak prematur dalam pencegahan gangguan sosial emosional. Ibu dengan pendidikan rendah perlu pendampingan dari tenaga kesehatan agar dapat memberikan asuhan yang mendukung perkembangan sosial emosional anak.

2. Bagi Kader Posyandu Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret

   Bagi kader posyandu balita khususnya yang berada di wilayah kerja Puskesmas Pleret untuk dapat turut serta mendampingi ibu selama kehamilan untuk pencegahan terhadap kelahiran prematur serta

pendampingan pada ibu yang memiliki bayi agar memberikan ASI Eksklusif.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan bagi peneliti selanjutnya agar meneliti lebih lanjut tentang perkembangan sosial emosional anak dengan menggunakan desain kohort prospektif serta menggunakan lembar daftar tilik sehingga pendapatan dan pemberian ASI Eksklusif dapat meminimalisir bias.

DAFTAR PUSTAKA

1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, Dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak*. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2014).
2. Cohen, Julie , Ngozi Onunaku, Steffanie Clothier, dan J. P. *Children Succeed Strategies to Promote Early Childhood Social and Emotional Development*. *Evaluation*. 1-20 (2005).
3. AAP. The Social Emotional Development of Young Children. *Am. Acad. Pediatr.* 1–12 (2005).
4. McCoy, D. C. *et al.* Early Childhood Developmental Status in Low- and Middle-Income Countries: National, Regional, and Global Prevalence Estimates Using Predictive Modeling. *PLoS Med.* **13,** 1–18 (2016).
5. Oktaviana, M. & Wimbarti, S. Validasi Klinik Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ) sebagai Instrumen Skrining Gangguan Tingkah Laku. *J. Psikol.* **41,** 101–114 (2014).
6. Treyvaud, K. *et al.* Social – Emotional Difficulties in Very Preterm and Term 2 Year Olds Predict Specific Social – Emotional Problems at the Age of 5 Years. *J. Pediatr. Psychol.* **37,** 779–785 (2012).
7. Cooper, J. L., Masi, R. & Vick, J. Social-emotional Development in Early Childhood What Every Policymaker Should Know. *Young Child.* 16 (2009).
8. Rhoades, B. L., Warren, H. K., Domitrovich, C. E. & Greenberg, M. T. Examining the link between preschool social-emotional competence and first grade academic achievement: The role of attention skills. *Early Child. Res. Q.* **26,** 182–191 (2011).
9. Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A., Hertzman, C. & Zumbo, B. D. Social-emotional competencies make the grade: Predicting academic success in early adolescence. *J. Appl. Dev. Psychol.* **35,** 138–147 (2014).
10. Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P. & Walberg, H. J. The Scientific Base Linking Social and Emotional Learning to School Success. *J. Educ. Psychol. Consult.* **17,** 191–210 (2007).
11. Landers, C. *Preventing and responding to violence, abuse, and neglect in early childhood. A technical background document*. 36 (2013).
12. Souza, J. M. de & Veríssimo, M. de L. Ó. R. Child development: analysis of a new concept. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* **23,** 1097–1104 (2015).
13. March of Dimes; PMNCH; Save the Children; WHO. *Born too soon*. (2012). doi:http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf
14. Behrman, Richard, dan A. S. B. *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. *Medicine* (The National Academic Press, 2007). doi:10.17226/661
15. Potijk, M. R., de Winter, A. F., Bos, A. F., Kerstjens, J. M. & Reijneveld, S. A. Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. *Arch. Dis. Child.* **97,** 112–117 (2012).

16. Stene-Larsen, K., Lang, A. M., Landolt, M. A., Latal, B. & Vollrath, M. E. Emotional and behavioral problems in late preterm and early term births: outcomes at child age 36 months. *BMC Pediatr.* **16,** 196 (2016).
17. Metwally, A. M. *et al.* Early life predictors of socio-emotional development in a sample of Egyptian infants. *PLoS One* **11,** 1–17 (2016).
18. Haggerty, Kevin, Jenna Elgin, A. W. Social-emotional learning assessment measures for middle school youth. 3–50 (2011).
19. AMHOCN. *Australian mental health outcomes and classification network strengths and difficulties questionnaire training manual*. 1-24 (2005).
20. LN, S. Y. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. (PT Remaja Rosdakarya, 2014).
21. Talge, N. M. *et al.* Late-Preterm Birth and Its Association With Cognitive and Socioemotional Outcomes at 6 Years of Age. *Pediatrics* **126,** 1124–1131 (2010).
22. Rogers, Cynthia E., et al. Regional Cerebral Development at Term Relates to School-Age Social-Emotional Development in Very Preterm Children. **27,** 320–331 (2015).
23. Stergiakouli, Evie, Anita Thapar, dan G. D. S. Association of Acetaminophen Use During Pregnancy with Behavioral Problems in Childhood Evidence Against Confounding. *JAMA Pediatr* **170,** 964–970 (2016).
24. Minnes, S., Lang, A. & Singer, L. Prenatal tobacco, marijuana, stimulant, and opiate exposure: outcomes and practice implications. *Addict. Sci. Clin. Pract.* **6,** 57–70 (2011).
25. Jacobson, J. L., Jacobson, S. W., Ph, D. & Jacobson, S. W. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol research {&} health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* **26,** 282–286 (2002).
26. Nyaradi, A., Li, J., Hickling, S., Foster, J. & Oddy, W. H. The role of nutrition in children's neurocognitive development, from pregnancy through childhood. *Front. Hum. Neurosci.* **7,** 1–16 (2013).
27. WHO. *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries*. (2008).
28. Izzati, Rita Eka, D. *Perkembangan Peserta Didik*. (UNY Press, 2008).
29. American Psychological Association. Children, Youth, Families and Socioeconomic Status. *American Psychological Association* (2017). Available at: http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/children-families.aspx.
30. Jednoróg, K. *et al.* The influence of socioeconomic status on children's brain structure. *PLoS One* **7,** 1–9 (2012).
31. Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. *Permendikbud No. 137 Tahun 2014 tentang Standar Nasional PAUD*. (2014).
32. Missouri Department of Mental Health. What is Social & Emotional Development Child Mental Health. Available at: http://dmh.mo.gov/healthykids/parents/social-emotional-development.html. . (Accessed: 23rd May 2017)

33. Menteri Pendidikan Nasional RI. *Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2009 tentang Standar Pendidikan Anak Usia Dini*. (2009).
34. Gerber, R. J., Wilks, T. & Erdie-Lalena, C. Developmental Milestones 3: Social-Emotional Development. *Pediatr. Rev.* **32,** 533–536 (2011).
35. University of Pittsburgh office of Child Development. Developmental Milestones : You and Your. 3–5
36. Komariah, N. Paediatrica Indonesiana. *Children* **49,** 97–103 (2009).
37. Tirtayani, Luh Ayu, Noce Maylani Asril, I. N. W. BUKU Tirtayani. 20,21 (2013).
38. Nokali, N. E. El, Bachman, H. J. & Votruba-drzal, E. NIH Public Access. **81,** 988–1005 (2011).
39. Marryat, L. & Martin, C. *Growing up in Scotland: Maternal Mental Health and its Impact on Child Behaviour and Development*. (2010).
40. Brown, C. M., Copeland, K. A., Sucharew, H. & Kahn, R. S. Social-Emotional Problems in Preschool-Aged Children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* **166,** 926 (2012).
41. Goodman. Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan Pada Anak. 2005 (2005).
42. Goodman. Scoring the Strengths & Difficulties Questionnaire for age 4-17. 17–19 (2014).
43. Schleußner, E. The prevention, diagnosis and treatment of premature labor. *Dtsch. Ärzteblatt Int.* **110,** 227–35; quiz 236 (2013).
44. Alijahan, R., Hazrati, S., Mirzarahimi, M., Pourfarzi, F. & Hadi, P. A. Prevalence and risk factors associated with preterm birth in Ardabil, Iran. *Iran. J. Reprod. Med.* **12,** 47–56 (2014).
45. Zhang, Y. P. *et al.* Risk Factors for Preterm Birth in Five Maternal and Child Health Hospitals in Beijing. *PLoS ONE* **7,** (2012).
46. de Oliveira, L. L., Gonçalves, A. de C., da Costa, J. S. D. & Bonilha, A. L. de L. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev. da Esc. Enferm.* **50,** 382–389 (2016).
47. Amasha, H. A. dan M. S. J. Effect of Active and Passive smoking during pregnancy on its outcomes. *Heal. Sci. J.* **6,** 773–783 (2012).
48. Su, R.-N. *et al.* Maternal and neonatal outcomes in multiple pregnancy: A multicentre study in the Beijing population. *Chronic Diseases and Translational Medicine* doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cdtm.2015.08.004
49. Rao, C. R. *et al.* A case-control study on risk factors for preterm deliveries in a secondary care hospital, southern India. *ISRN Obstet. Gynecol.* **2014,** 935982 (2014).
50. Kozuki, N. *et al.* The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health* **13,** S2 (2013).
51. Mann, D. Study Developmental Delay for Late Preterm Babies. (2011). Available at: https://www.webmd.com/baby/news/20110531/study-developmental-delays-for-late-preerm-babies.
52. Scharf, R. J., Scharf, G. J. & Stroustrup, A. Developmental Milestones. **37,** 25-38 (2016).

53. Johnson, S., Marlow, N., Johnson, S. & Marlow, N. Preterm Birth and Childhood Psychiatric. 10–18 (2011). doi:10.1203/PDR.0b013e318212faa0
54. Notoatmodjo, S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. (Rineka Cipta, 2010).
55. Sastroasmoro, S. dan S. I. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. (Sagung Seto, 2014).
56. Lemeshow, S., Jr, D. W. H., Klar, J. & Lwanga, S. K. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. (WHO, 1994).
57. Azwar, S. *Metode Penelitian*. (Pustaka Pelajar, 2012).
58. Nakertrans, D. Besaran Upah Minimum Kab/Kota DIY Tahun 2017. (2017).
59. Ministry of Health Republic of Indonesia. *Situation and analysis of exclusive breastfeeding*. *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI* (2014). doi:10.1017/CBO9781107415324.004
60. Gatti, M. G. *et al.* Long Term Neurodevelopmental Outcome in a Cohort of Preterm Infants Born At Gestational Age< 32 Weeks. *J. Siena Acad. Sci.* **5,** 53–58 (2013).
61. Matthew J. Gurka, Jennifer LoCasale-Crouch, and D. J. A. B. Long-term Cognition, Achievement, Socioemotional, and Behavioral Development of Healthy Late-Preterm Infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* **164,** 525–532 (2012).
62. Arpi, E. & Ferrari, F. Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool-age children: A review of the recent literature. *Dev. Med. Child Neurol.* **55,** 788–796 (2013).
63. de Laat, S. A. A., Essink-Bot, M. L., van Wassenaer-Leemhuis, A. G. & Vrijkotte, T. G. Effect of socioeconomic status on psychosocial problems in 5- to 6-year-old preterm- and term-born children: the ABCD study. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **25,** 757–767 (2016).
64. Foulon, S. *et al.* Developmental predictors of inattention-hyperactivity from pregnancy to early childhood. *PLoS One* **10,** 1–12 (2015).
65. Cattaneo, A. Breastfeeding Briefs. 7–10 (2013).
66. Lind, J. N., Li, R., Perrine, C. G. & Schieve, L. a. Breastfeeding and later psychosocial development of children at 6 years of age. *Pediatrics* **134 Suppl,** S36-41 (2014).
67. Hafez, N., Farag, E. M. & Abo-Elyzeed, S. M. Child Socio-Emotional Behavior between Employed and Unemployed Mother at primary School age. *IOSR J. Nurs. Heal. Sci. Ver. III* **4,** 2320–1940 (2015).

PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(B A P P E D A)
Jln.Robert Wolter Monginsidi No. 1 Bantul 55711, Telp. 367533, Fax. (0274) 367796
Website: bappeda.bantulkab.go.id Webmail: bappeda@bantulkab.go.id

SURAT KETERANGAN/IZIN

Nomor : 070 / Reg / 2937 / D4 / 2017

Menunjuk Surat : Dari : Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta — Nomor : PP/07.01/33/1447/2027
Tanggal : 07 September 2017 — Perihal : **Ijim Penelitian**

Mengingat :

a. Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2007 tentang Pembentukan Oganisasi Lembaga Teknis Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bantu sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 16 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2007 tentang Pembentukan Oganisasi Lembaga Teknis Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bantul;
b. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perijinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pengembangan, Pengkajian, dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta;
c. Peraturan Bupati Bantul Nomor 17 Tahun 2011 tentang Ijin Kuliah Kerja Nyata (KKN) dan Praktek Lapangan (PL) Perguruan Tinggi di Kabupaten Bantul.

Diizinkan kepada

Nama	:	**RISKA RAHMAWATI**
P. T / Alamat	:	**Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta** **Jl. Tatabumi No. Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta**
NIP/NIM/No. KTP	:	**3402155803930004**
Nomor Telp./HP	:	**085643708693**
Tema/Judul Kegiatan	:	**HUBUNGAN PREMATURITAS DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL EMOSIONAL ANAK USIA 4-6 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PLERET TAHUN 2017**
Lokasi	:	Wilayah Kerja Puskesmas Pleret,
Waktu	:	**08 September 2017 s/d 08 Desember 2017**

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam melaksanakan kegiatan tersebut harus selalu berkoordinasi (menyampaikan maksud dan tujuan) dengan institusi Pemerintah Desa setempat serta dinas atau instansi terkait untuk mendapatkan petunjuk seperlunya;
2. Wajib menjaga ketertiban dan mematuhi peraturan perundangan yang berlaku;
3. Izin hanya digunakan untuk kegiatan sesuai izin yang diberikan;
4. Pemegang izin wajib melaporkan pelaksanaan kegiatan bentuk *softcopy* (CD) dan *hardcopy* kepada Pemerintah Kabupaten Bantul c.q Bappeda Kabupaten Bantul setelah selesai melaksanakan kegiatan;
5. Izin dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut di atas;
6. Memenuhi ketentuan, etika dan norma yang berlaku di lokasi kegiatan; dan
7. Izin ini tidak boleh disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu ketertiban umum dan kestabilan pemerintah.

Dikeluarkan di : B a n t u l
Pada tanggal : 08 September 2017

A.n. Kepala,
Kepala Bidang Pengendalian
Penelitian dan Pengembangan u.b.
Kasubbid Penelitian dan
Pengembangan

HENY ENDRAWATI, SP.MP
NIP. 19710608 199803 2 004

Tembusan disampaikan kepada Yth.
1. Bupati Bantul (sebagai laporan)
2. Ka. Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Bantul
3. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Bantul
4. Camat Pleret
5. Ka. Puskesmas Pleret
6. Lurah Desa Wonolelo, Kec. Pleret
7. Lurah Desa Wonokromo, Kec. Pleret
8. Lurah Desa Pleret, Kec. Pleret
9. Lurah Desa Segoroyoso, Kec. Pleret
10. Ketua Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta
11. Yang Bersangkutan (Pemohon)

KEMENKES R.I.

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax. (0274) 617601
Website : www.komisi-etik.poltekkesjogja.ac.id Email : komisietik.poltekkesjogja@gmail.com

PERSETUJUAN KOMISI ETIK

No. LB.01.01/KE-02/XLVIII/990/2017

Judul	:	**Hubungan Prematuritas dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-6 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017**
Dokumen	:	1. Protokol 2. Formulir pengajuan dokumen 3. Penjelasan sebelum Penelitian 4. *Informed Consent*
Nama Peneliti	:	**Riska Rahmawati**
Dokter/ Ahli medis yang bertanggungjawab	:	-
Tanggal Kelaikan Etik	:	21 November 2017
Instsitusi peneliti	:	Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta menyatakan bahwa protokol diatas telah memenuhi prinsip etis berdasarkan pada Deklarasi Helsinki 1975 dan oleh karena itu penelitian tersebut dapat dilaksanakan.

Surat Kelaikan Etik ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal terbit.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta memiliki hak untuk memantau kegiatan penelitian setiap saat. Peneliti wajib menyampaikan laporan akhir setelah penelitian selesai atau laporan kemajuan penelitian jika dibutuhkan.

Demikian, surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ketua ,

POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Margono, S.Pd, APP., M.Sc
NIP. 196502111986021002

PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL
DINAS KESEHATAN KABUPATEN BANTUL

PUSKESMAS PLERET

Jalan Imogiri Timur Km.9, Jati, Wonokromo, Kecamatan Pleret, Kabupaten Bantul,
Daerah Istimewa Yogyakarta Kode Pos. 55791 Telp. (0274)7466863
Fax (0274) 4399850 Email pusk.pleret @bantulkab.go.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070 / 131

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama	: **Tri Ariyani, SKM**
NIP	: 197103111991032005
Pangkat/Gol	: Penata / IIIc
Jabatan	: Kepala Sub Bagian Tata Usaha
Unit Kerja	: Puskesmas Pleret

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama	: **Riska Rahmawati**
NIM	: P07124216090
Prodi	: D IV Kebidanan
Instansi Pendidikan	: Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Kami mengijinkan dan mahasiswa tersebut telah selesai melakukan Penelitian dengan judul *Hubungan Prematuritas Dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-6 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret Tahun 2017.*

Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bantul, 7 Desember 2017

a.n Kepala Puskesmas Pleret,
Kepala Sub Bagian Tata Usaha

DINAS KESEHATAN UPTD PUSKESMAS PLERET KABUPATEN BANTUL

Tri Ariyani, SKM
NIP. 197103111991032005

Lampiran 4

ANGGARAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Alat dan Bahan	Biaya
1	Penyusunan Skripsi	Pengetikan dan penjilidan	Rp. 100.000,-
2	Seminar Proposal	Pengetikan dan penjilidan	Rp. 100.000,-
3	Revisi Proposal	Pengetikan dan penjilidan	Rp. 100.000,-
4	*Ethical clearance*	Biaya mengajukan etik penelitian	Rp. 50.000.-
6	Perizinan Penelitan	Biaya perizinan	Rp. 200.000,-
7	Pelaksanaan Penelitian	Transportasi, angket, souvenir	Rp. 1.200.000,-
8	Laporan Skripsi	Pengetikan dan penjilidan	Rp. 100.000,-
9	Sidang Skripsi	Penggandaan	Rp. 100.000,-
10	Biaya tak terduga	Lain-lain	Rp. 50.000,-
JUMLAH			Rp. 2.000.000,-

Lampiran 5

JADWAL PENELITIAN

NO	Kegiatan	April				Mei				Juni				Juli				Agustus				September				Oktober				November				Desember			
		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	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan Proposal																																				
2	Seminar Proposal																																				
3	Revisi Proposal																																				
4	Mengurus Izin Penelitian																																				
5	Persiapan Penelitian																																				
6	Pelaksanaan Penelitian																																				
7	Pengolahan Data																																				
8	Penyusunan Skripsi																																				
9	Seminar Skripsi																																				
10	Revisi Skripsi																																				

Lampiran 6

INSTRUMEN SELEKSI SUBJEK

1. NAMA IBU	
2. NAMA ANAK	
3. TANGGAL LAHIR ANAK	
4. USIA KEHAMILAN SAAT PERSALINAN	
5. CACAT KONGENITAL	a. Ada, yaitu: b. Tidak ada
6. PENYAKIT KRONIS	a. Ada, yaitu: b. Tidak ada
7. IBU DENGAN GANGGUAN MENTAL	a. Ada b. Tidak ada
KESIMPULAN	**a. BISA MENJADI RESPONDEN** **b. TIDAK BISA MENJADI RESPONDEN**

Lampiran 7

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(PSP)

Assalamualaikum Wr. Wb.

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Riska Rahmawati

NIM : P07124216090

Alamat : Mranggen 02/27 Bakung, Bangun Harjo, Sewon, Bantul

No.HP : 085643708693

Adalah mahasiswi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan Program Alih Jenjang akan melakukan penelitian tentang "Hubungan Prematuritas dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-6 Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret 2017". Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perkembangan sosial emosional anak menggunakan kuesioner SDQ (*Strength and Difficulties Questionnaire*). Kami mengajak Anda untuk ikut serta dalam penelitian ini sebagai responden dalam pemeriksaan perkembangan sosial emosional.

A. Kesukarelaan untuk Ikut Penelitian

Anda bebas memilih keikutsertaan dalam penelitian ini dan bebas mengundurkan diri sewaktu-waktu jika tidak berkenan menjadi responden penelitian.

B. Prosedur Penelitian

Apabila Anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, selanjutnya Kami mohon untuk menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden.

C. Kewajiban Subjek Penelitian

Sebagai responden penelitian, Kami mohon Anda berkenan untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengisi lembar kuesioner secara lengkap dengan informasi yang sebenar-benarnya.

D. Risiko, Efek Samping, dan Penanganannya

Tidak ada risiko atau efek samping yang ditimbulkan. Penelitian hanya akan membutuhkan waktu mengisi kuesioner selama kurang lebih 20 menit. Identitas Anda maupun anak akan Kami rahasiakan. Data yang didapat akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

E. Manfaat

Keuntungan yang didapatkan adalah Anda mendapatkan informasi mengenai pemeriksaan perkembangan sosial emosional menggunakan SDQ dan anak akan dilakukan pemeriksaan perkembangan sosial emosional.

F. Kompensasi

Sebagai ucapan rasa terimakasih atas kesediaan menjadi responden, Anda akan mendapat souvenir berupa gelas kaca.

G. Pembiayaan

Semua biaya yang terkait penelitian akan ditanggung peneliti.

H. Informasi Tambahan

Bila ada hal yang membutuhkan penjelasan lebih lanjut, Anda dapat menghubungi:

Nama : Riska Rahmawati
NIM : P07124216090
Alamat : Mranggen 02/27 Bakung, Bangun Harjo, Sewon, Bantul
No.HP : 085643708693

Wassalamualaikum Wr.Wb

Lampiran 8

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Hal : Permohonan Menjadi Responden

Kepada Yth :

……

Di

……

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Riska Rahmawati

Program Studi : Diploma IV Alih Jenjang Jurusan Kebidanan

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Dengan ini memohon kesediaan Ibu/Bapak agar berkenan berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul "Hubungan Prematuritas dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-6 Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret 2017" dengan memberikan informasi yang sesuai dengan apa yang diketahui. Informasi yang anda berikan akan kami jaga kerahasiaannya dan semata-mata hanya untuk kepentingan penelitian.

Besar harapan saya atas terkabulnya permohonan ini. Atas partisipasi dan kerjasama Ibu/Bapak kami ucapkan terimakasih.

Bantul,

Peneliti

Riska Rahmawati

Lampiran 9

INFORMED CONSENT

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya mendapatkan penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan saudari Riska Rahmawati dengan judul "Hubungan Prematuritas dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-6 Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Pleret 2017" saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya tidak keberatan memberikan informasi yang benar sesuai dengan yang saya ketahui sebagai pendukung penelitian.

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bantul,……

Peneliti Responden

(Riska Rahmawati) (……..)

Lampiran 10

ANGKET PENELITIAN

HUBUNGAN PREMATURITAS DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL EMOSIONAL ANAK USIA 4-6 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PLERET 2017

- Nama Orangtua :
- Alamat :
- Pekerjaan Ibu :
- Pendidikan Ibu :
- Pendapatan Perbulan (centang salah satu) :

	< Rp 1.404.760		≥ Rp 1.404.760

- Nomor HP :
- Nama Anak :
- Jenis Kelamin :
- Tanggal lahir Anak :
- Hari Perkiraan Lahir Anak :
- Riwayat Menyusui Eksklusif (Menyusui selama 6 bulan penuh tanpa diberi minum/makan lain)

	Ya		Tidak

Petujuk Pengisian Angket

Pada lembar selanjutnya, terdapat 25 butir pertanyaan yang berkaitan dengan kondisi anak. Masing-masing pertanyaan terdapat 3 jawaban yaitu Tidak Benar, Agak Benar, dan Benar. Beri tanda centang pada kotak jawaban yang menurut Ibu/Bapak paling sesuai.

Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan Pada Anak

Untuk setiap pernyataan, beri tanda pada kotak Tidak Benar, Agak Benar atau Benar. Akan sangat membantu kami apabila andamau menjawab semua pernyataan sebaik mungkin meskipun anda tidak yakin benar. Berikan jawaban anda menurut perilakuanak itu selama enam bulan terakhir atau selama tahun ajaran ini.

Nama anak ..... Laki-laki/Perempuan

Tanggal lahir .....

	Tidak Benar	Agak Benar	Benar
Dapat memperdulikan perasaan orang lain	☐	☐	☐
Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam untuk waktu lama	☐	☐	☐
Sering mengeluh sakit kepala, sakit perut atau sakit-sakit lainnya	☐	☐	☐
Kalau mempunyai mainan, kesenangan, atau pensil, anak bersedia berbagi dengananak-anak lain	☐	☐	☐
Sering sulit mengendalikan kemarahan	☐	☐	☐
Cenderung menyendiri, lebih suka bermain seorang diri	☐	☐	☐
Umumnya bertingkah laku baik, biasanya melakukan apa yang disuruh oleh orangdewasa	☐	☐	☐
Banyak kekhawatiran atau sering tampak khawatir	☐	☐	☐
Suka menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit	☐	☐	☐
Terus menerus bergerak dengan resah atau menggeliat-geliat	☐	☐	☐
Mempunyai satu atau lebih teman baik	☐	☐	☐
Sering berkelahi dengan anak-anak lain atau mengintimidasi mereka	☐	☐	☐
Sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis	☐	☐	☐
Pada umumnya disukai oleh anak-anak lain	☐	☐	☐
Mudah teralih perhatiannya, tidak dapat berkonsentrasi	☐	☐	☐
Gugup atau sulit berpisah dengan orang tua/pengasuhnya pada situasi baru, mudahkehilangan rasa percaya diri	☐	☐	☐
Bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda	☐	☐	☐
Sering berbohong atau berbuat curang	☐	☐	☐
Diganggu, di permainkan, di intimidasi atau di ancam oleh anak-anak lain	☐	☐	☐
Sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak lain)	☐	☐	☐
Sebelum melakukan sesuatu ia berpikir dahulu tentang akibatnya	☐	☐	☐
Mencuri dari rumah, sekolah atau tempat lain	☐	☐	☐
Lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan anak-anak lain	☐	☐	☐
Banyak yang ditakuti, mudah menjadi takut	☐	☐	☐
Memiliki perhatian yang baik terhadap apapun, mampu menyelesaikan tugas ataupekerjaan rumah sampai selesai	☐	☐	☐

Tanda tangan ..... Tanggal .....

Orangtua/Guru/Orang Lain (Jelaskan):

Terima kasih banyak atas bantuan anda

© Robert Goodman, 2005

Lampiran 11

HASIL ANALISIS

Prematuritas*Skor gejala emosional

Crosstab

			SkorEmosional		Total
			tidak normal	normal	
PREMATURITAS	prematur	Count	17	37	54
		Expected Count	16,0	38,0	54,0
		% within PREMATURITAS	31,5%	68,5%	100,0%
	tidak prematur	Count	15	39	54
		Expected Count	16,0	38,0	54,0
		% within PREMATURITAS	27,8%	72,2%	100,0%
Total		Count	32	76	108
		Expected Count	32,0	76,0	108,0
		% within PREMATURITAS	29,6%	70,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,178[a]	1	,673		
Continuity Correction[b]	,044	1	,833		
Likelihood Ratio	,178	1	,673		
Fisher's Exact Test				,833	,417
Linear-by-Linear Association	,176	1	,675		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PREMATURITAS (prematur / tidak prematur)	1,195	,522	2,732
For cohort SkorEmosional = tidak normal	1,133	,633	2,030
For cohort SkorEmosional = normal	,949	,743	1,212
N of Valid Cases	108		

Prematuritas*Masalah Perilaku

Crosstab

			MasalahPerilaku		Total
			tidak normal	normal	
PREMATURITAS	prematur	Count	13	41	54
		Expected Count	11,0	43,0	54,0
		% within PREMATURITAS	24,1%	75,9%	100,0%
	tidak prematur	Count	9	45	54
		Expected Count	11,0	43,0	54,0
		% within PREMATURITAS	16,7%	83,3%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within PREMATURITAS	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,913[a]	1	,339		
Continuity Correction[b]	,514	1	,474		
Likelihood Ratio	,917	1	,338		
Fisher's Exact Test				,474	,237
Linear-by-Linear Association	,905	1	,341		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PREMATURITAS (prematur / tidak prematur)	1,585	,613	4,097
For cohort MasalahPerilaku = tidak normal	1,444	,674	3,094
For cohort MasalahPerilaku = normal	,911	,752	1,104
N of Valid Cases	108		

Prematuritas*Hiperaktivitas

Crosstab

			Hiperaktivitas		Total
			tidak normal	normal	
PREMATURITAS	prematur	Count	17	37	54
		Expected Count	11,0	43,0	54,0
		% within PREMATURITAS	31,5%	68,5%	100,0%
	tidak prematur	Count	5	49	54
		Expected Count	11,0	43,0	54,0
		% within PREMATURITAS	9,3%	90,7%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within PREMATURITAS	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,220[a]	1	,004		
Continuity Correction[b]	6,907	1	,009		
Likelihood Ratio	8,596	1	,003		
Fisher's Exact Test				,008	,004
Linear-by-Linear Association	8,144	1	,004		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PREMATURITAS (prematur / tidak prematur)	4,503	1,522	13,321
For cohort Hiperaktivitas = tidak normal	3,400	1,351	8,557
For cohort Hiperaktivitas = normal	,755	,618	,922
N of Valid Cases	108		

Prematuritas*Hubungan teman sebaya

Crosstab

			HubunganTemanSebaya		Total
			tidak normal	normal	
PREMATURITAS	prematur	Count	17	37	54
		Expected Count	14,0	40,0	54,0
		% within PREMATURITAS	31,5%	68,5%	100,0%
	tidak prematur	Count	11	43	54
		Expected Count	14,0	40,0	54,0
		% within PREMATURITAS	20,4%	79,6%	100,0%
Total		Count	28	80	108
		Expected Count	28,0	80,0	108,0
		% within PREMATURITAS	25,9%	74,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,736[a]	1	,188		
Continuity Correction[b]	1,205	1	,272		
Likelihood Ratio	1,746	1	,186		
Fisher's Exact Test				,272	,136
Linear-by-Linear Association	1,720	1	,190		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PREMATURITAS (prematur / tidak prematur)	1,796	,748	4,315
For cohort HubunganTemanSebaya = tidak normal	1,545	,800	2,984
For cohort HubunganTemanSebaya = normal	,860	,687	1,078
N of Valid Cases	108		

Prematuritas*Skor Prososial

Crosstab

			SkorPrososial		Total
			tidak normal	normal	
PREMATURITAS	prematur	Count	2	52	54
		Expected Count	4,0	50,0	54,0
		% within PREMATURITAS	3,7%	96,3%	100,0%
	tidak prematur	Count	6	48	54
		Expected Count	4,0	50,0	54,0
		% within PREMATURITAS	11,1%	88,9%	100,0%
Total		Count	8	100	108
		Expected Count	8,0	100,0	108,0
		% within PREMATURITAS	7,4%	92,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,160[a]	1	,142		
Continuity Correction[b]	1,215	1	,270		
Likelihood Ratio	2,253	1	,133		
Fisher's Exact Test				,270	,135
Linear-by-Linear Association	2,140	1	,144		
N of Valid Cases	108				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PREMATURITAS (prematur / tidak prematur)	,308	,059	1,598
For cohort SkorPrososial = tidak normal	,333	,070	1,579
For cohort SkorPrososial = normal	1,083	,973	1,207
N of Valid Cases	108		

Prematuritas*Total Skor Kesulitan

Crosstab

			TotalSkorKesulitan		Total
			tidak normal	normal	
PREMATURITAS	prematur	Count	13	41	54
		Expected Count	9,0	45,0	54,0
		% within PREMATURITAS	24,1%	75,9%	100,0%
	tidak prematur	Count	5	49	54
		Expected Count	9,0	45,0	54,0
		% within PREMATURITAS	9,3%	90,7%	100,0%
Total		Count	18	90	108
		Expected Count	18,0	90,0	108,0
		% within PREMATURITAS	16,7%	83,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,267[a]	1	,039		
Continuity Correction[b]	3,267	1	,071		
Likelihood Ratio	4,395	1	,036		
Fisher's Exact Test				,069	,034
Linear-by-Linear Association	4,227	1	,040		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PREMATURITAS (prematur / tidak prematur)	3,107	1,022	9,445
For cohort TotalSkorKesulitan = tidak normal	2,600	,996	6,790
For cohort TotalSkorKesulitan = normal	,837	,704	,994
N of Valid Cases	108		

Ekonomi*Skor Emosional

Crosstab

			SkorEmosional		Total
			tidak normal	normal	
EKONOMI	tidak mampu	Count	17	27	44
		Expected Count	13,0	31,0	44,0
		% within EKONOMI	38,6%	61,4%	100,0%
	mampu	Count	15	49	64
		Expected Count	19,0	45,0	64,0
		% within EKONOMI	23,4%	76,6%	100,0%
Total		Count	32	76	108
		Expected Count	32,0	76,0	108,0
		% within EKONOMI	29,6%	70,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,889[a]	1	,089		
Continuity Correction[b]	2,206	1	,137		
Likelihood Ratio	2,860	1	,091		
Fisher's Exact Test				,133	,069
Linear-by-Linear Association	2,862	1	,091		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,04.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for EKONOMI (tidak mampu / mampu)	2,057	,889	4,756
For cohort SkorEmosional = tidak normal	1,648	,924	2,940
For cohort SkorEmosional = normal	,801	,611	1,051
N of Valid Cases	108		

Ekonomi*Masalah Perilaku

Crosstab

			MasalahPerilaku		Total
			tidak normal	normal	
EKONOMI	tidak mampu	Count	10	34	44
		Expected Count	9,0	35,0	44,0
		% within EKONOMI	22,7%	77,3%	100,0%
	mampu	Count	12	52	64
		Expected Count	13,0	51,0	64,0
		% within EKONOMI	18,8%	81,3%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within EKONOMI	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,254[a]	1	,614		
Continuity Correction[b]	,068	1	,794		
Likelihood Ratio	,252	1	,615		
Fisher's Exact Test				,634	,394
Linear-by-Linear Association	,252	1	,616		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for EKONOMI (tidak mampu / mampu)	1,275	,496	3,276
For cohort MasalahPerilaku = tidak normal	1,212	,575	2,557
For cohort MasalahPerilaku = normal	,951	,780	1,160
N of Valid Cases	108		

Ekonomi*Hiperaktivitas

Crosstab

			Hiperaktivitas		Total
			tidak normal	normal	
EKONOMI	tidak mampu	Count	11	33	44
		Expected Count	9,0	35,0	44,0
		% within EKONOMI	25,0%	75,0%	100,0%
	mampu	Count	11	53	64
		Expected Count	13,0	51,0	64,0
		% within EKONOMI	17,2%	82,8%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within EKONOMI	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,981[a]	1	,322		
Continuity Correction[b]	,559	1	,455		
Likelihood Ratio	,969	1	,325		
Fisher's Exact Test				,341	,226
Linear-by-Linear Association	,972	1	,324		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for EKONOMI (tidak mampu / mampu)	1,606	,626	4,120
For cohort Hiperaktivitas = tidak normal	1,455	,692	3,056
For cohort Hiperaktivitas = normal	,906	,739	1,110
N of Valid Cases	108		

Ekonomi*Hubungan Teman Sebaya

Crosstab

			HubunganTemanSebaya		Total
			tidak normal	normal	
EKONOMI	tidak mampu	Count	12	32	44
		Expected Count	11,4	32,6	44,0
		% within EKONOMI	27,3%	72,7%	100,0%
	mampu	Count	16	48	64
		Expected Count	16,6	47,4	64,0
		% within EKONOMI	25,0%	75,0%	100,0%
Total		Count	28	80	108
		Expected Count	28,0	80,0	108,0
		% within EKONOMI	25,9%	74,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,070[a]	1	,791		
Continuity Correction[b]	,002	1	,967		
Likelihood Ratio	,070	1	,791		
Fisher's Exact Test				,826	,481
Linear-by-Linear Association	,069	1	,792		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,41.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for EKONOMI (tidak mampu / mampu)	1,125	,470	2,691
For cohort HubunganTemanSebaya = tidak normal	1,091	,574	2,074
For cohort HubunganTemanSebaya = normal	,970	,771	1,220
N of Valid Cases	108		

Ekonomi*Skor Prososial

Crosstab

			SkorPrososial		Total
			tidak normal	normal	
EKONOMI	tidak mampu	Count	3	41	44
		Expected Count	3,3	40,7	44,0
		% within EKONOMI	6,8%	93,2%	100,0%
	mampu	Count	5	59	64
		Expected Count	4,7	59,3	64,0
		% within EKONOMI	7,8%	92,2%	100,0%
Total		Count	8	100	108
		Expected Count	8,0	100,0	108,0
		% within EKONOMI	7,4%	92,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,038[a]	1	,846		
Continuity Correction[b]	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,038	1	,846		
Fisher's Exact Test				1,000	,579
Linear-by-Linear Association	,037	1	,847		
N of Valid Cases	108				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,26.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for EKONOMI (tidak mampu / mampu)	,863	,195	3,815
For cohort SkorPrososial = tidak normal	,873	,220	3,465
For cohort SkorPrososial = normal	1,011	,908	1,125
N of Valid Cases	108		

Ekonomi*Total Skor Kesulitan

Crosstab

			TotalSkorKesulitan		Total
			tidak normal	normal	
EKONOMI	tidak mampu	Count	9	35	44
		Expected Count	7,3	36,7	44,0
		% within EKONOMI	20,5%	79,5%	100,0%
	mampu	Count	9	55	64
		Expected Count	10,7	53,3	64,0
		% within EKONOMI	14,1%	85,9%	100,0%
Total		Count	18	90	108
		Expected Count	18,0	90,0	108,0
		% within EKONOMI	16,7%	83,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,767[a]	1	,381		
Continuity Correction[b]	,376	1	,540		
Likelihood Ratio	,757	1	,384		
Fisher's Exact Test				,436	,268
Linear-by-Linear Association	,760	1	,383		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for EKONOMI (tidak mampu / mampu)	1,571	,569	4,343
For cohort TotalSkorKesulitan = tidak normal	1,455	,628	3,371
For cohort TotalSkorKesulitan = normal	,926	,773	1,108
N of Valid Cases	108		

Pekerjaan* Skor Gejala Emosional

Crosstab

			SkorEmosional		Total
			tidak normal	normal	
PEKERJAAN	tidak bekerja	Count	22	32	54
		Expected Count	16,0	38,0	54,0
		% within PEKERJAAN	40,7%	59,3%	100,0%
	bekerja	Count	10	44	54
		Expected Count	16,0	38,0	54,0
		% within PEKERJAAN	18,5%	81,5%	100,0%
Total		Count	32	76	108
		Expected Count	32,0	76,0	108,0
		% within PEKERJAAN	29,6%	70,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,395[a]	1	,011		
Continuity Correction[b]	5,373	1	,020		
Likelihood Ratio	6,515	1	,011		
Fisher's Exact Test				,020	,010
Linear-by-Linear Association	6,336	1	,012		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PEKERJAAN (tidak bekerja / bekerja)	3,025	1,261	7,259
For cohort SkorEmosional = tidak normal	2,200	1,154	4,195
For cohort SkorEmosional = normal	,727	,564	,939
N of Valid Cases	108		

Pekerjaan*Masalah Perilaku

Crosstab

			MasalahPerilaku		Total
			tidak normal	normal	
PEKERJAAN	tidak bekerja	Count	12	42	54
		Expected Count	11,0	43,0	54,0
		% within PEKERJAAN	22,2%	77,8%	100,0%
	bekerja	Count	10	44	54
		Expected Count	11,0	43,0	54,0
		% within PEKERJAAN	18,5%	81,5%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within PEKERJAAN	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,228[a]	1	,633		
Continuity Correction[b]	,057	1	,811		
Likelihood Ratio	,229	1	,633		
Fisher's Exact Test				,812	,406
Linear-by-Linear Association	,226	1	,634		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PEKERJAAN (tidak bekerja / bekerja)	1,257	,491	3,217
For cohort MasalahPerilaku = tidak normal	1,200	,567	2,540
For cohort MasalahPerilaku = normal	,955	,789	1,155
N of Valid Cases	108		

Pekerjaan*Hiperaktivitas

Crosstab

			Hiperaktivitas		Total
			tidak normal	normal	
PEKERJAAN	tidak bekerja	Count	10	44	54
		Expected Count	11,0	43,0	54,0
		% within PEKERJAAN	18,5%	81,5%	100,0%
	bekerja	Count	12	42	54
		Expected Count	11,0	43,0	54,0
		% within PEKERJAAN	22,2%	77,8%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within PEKERJAAN	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,228[a]	1	,633		
Continuity Correction[b]	,057	1	,811		
Likelihood Ratio	,229	1	,633		
Fisher's Exact Test				,812	,406
Linear-by-Linear Association	,226	1	,634		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PEKERJAAN (tidak bekerja / bekerja)	,795	,311	2,036
For cohort Hiperaktivitas = tidak normal	,833	,394	1,764
For cohort Hiperaktivitas = normal	1,048	,865	1,268
N of Valid Cases	108		

Pekerjaan*Hubungan Teman Sebaya

Crosstab

			HubunganTemanSebaya		Total
			tidak normal	normal	
PEKERJAAN	tidak bekerja	Count	18	36	54
		Expected Count	14,0	40,0	54,0
		% within PEKERJAAN	33,3%	66,7%	100,0%
	bekerja	Count	10	44	54
		Expected Count	14,0	40,0	54,0
		% within PEKERJAAN	18,5%	81,5%	100,0%
Total		Count	28	80	108
		Expected Count	28,0	80,0	108,0
		% within PEKERJAAN	25,9%	74,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,086[a]	1	,079		
Continuity Correction[b]	2,363	1	,124		
Likelihood Ratio	3,119	1	,077		
Fisher's Exact Test				,123	,062
Linear-by-Linear Association	3,057	1	,080		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PEKERJAAN (tidak bekerja / bekerja)	2,200	,904	5,356
For cohort HubunganTemanSebaya = tidak normal	1,800	,917	3,534
For cohort HubunganTemanSebaya = normal	,818	,652	1,027
N of Valid Cases	108		

Pekerjaan*Skor Prososial

Crosstab

			SkorPrososial		Total
			tidak normal	normal	
PEKERJAAN	tidak bekerja	Count	5	49	54
		Expected Count	4,0	50,0	54,0
		% within PEKERJAAN	9,3%	90,7%	100,0%
	bekerja	Count	3	51	54
		Expected Count	4,0	50,0	54,0
		% within PEKERJAAN	5,6%	94,4%	100,0%
Total		Count	8	100	108
		Expected Count	8,0	100,0	108,0
		% within PEKERJAAN	7,4%	92,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,540[a]	1	,462		
Continuity Correction[b]	,135	1	,713		
Likelihood Ratio	,545	1	,460		
Fisher's Exact Test				,716	,358
Linear-by-Linear Association	,535	1	,465		
N of Valid Cases	108				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PEKERJAAN (tidak bekerja / bekerja)	1,735	,393	7,652
For cohort SkorPrososial = tidak normal	1,667	,419	6,630
For cohort SkorPrososial = normal	,961	,863	1,069
N of Valid Cases	108		

Pekerjaan* Total Skor Kesulitan

Crosstab

			TotalSkorKesulitan		Total
			tidak normal	normal	
PEKERJAAN	tidak bekerja	Count	12	42	54
		Expected Count	9,0	45,0	54,0
		% within PEKERJAAN	22,2%	77,8%	100,0%
	bekerja	Count	6	48	54
		Expected Count	9,0	45,0	54,0
		% within PEKERJAAN	11,1%	88,9%	100,0%
Total		Count	18	90	108
		Expected Count	18,0	90,0	108,0
		% within PEKERJAAN	16,7%	83,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,400[a]	1	,121		
Continuity Correction[b]	1,667	1	,197		
Likelihood Ratio	2,439	1	,118		
Fisher's Exact Test				,196	,098
Linear-by-Linear Association	2,378	1	,123		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PEKERJAAN (tidak bekerja / bekerja)	2,286	,789	6,623
For cohort TotalSkorKesulitan = tidak normal	2,000	,810	4,941
For cohort TotalSkorKesulitan = normal	,875	,738	1,038
N of Valid Cases	108		

Pendidikan* Skor Gejala Emosional

Crosstab

			SkorEmosional		Total
			tidak normal	normal	
PENDIDIKAN	rendah	Count	16	20	36
		Expected Count	10,7	25,3	36,0
		% within PENDIDIKAN	44,4%	55,6%	100,0%
	tinggi	Count	16	56	72
		Expected Count	21,3	50,7	72,0
		% within PENDIDIKAN	22,2%	77,8%	100,0%
Total		Count	32	76	108
		Expected Count	32,0	76,0	108,0
		% within PENDIDIKAN	29,6%	70,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,684[a]	1	,017		
Continuity Correction[b]	4,668	1	,031		
Likelihood Ratio	5,523	1	,019		
Fisher's Exact Test				,025	,016
Linear-by-Linear Association	5,632	1	,018		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIDIKAN (rendah / tinggi)	2,800	1,184	6,622
For cohort SkorEmosional = tidak normal	2,000	1,136	3,522
For cohort SkorEmosional = normal	,714	,520	,981
N of Valid Cases	108		

Pendidikan*Masalah Perilaku

Crosstab

			MasalahPerilaku		Total
			tidak normal	normal	
PENDIDIKAN	rendah	Count	8	28	36
		Expected Count	7,3	28,7	36,0
		% within PENDIDIKAN	22,2%	77,8%	100,0%
	tinggi	Count	14	58	72
		Expected Count	14,7	57,3	72,0
		% within PENDIDIKAN	19,4%	80,6%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within PENDIDIKAN	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,114[a]	1	,735		
Continuity Correction[b]	,007	1	,933		
Likelihood Ratio	,113	1	,737		
Fisher's Exact Test				,802	,460
Linear-by-Linear Association	,113	1	,737		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIDIKAN (rendah / tinggi)	1,184	,445	3,150
For cohort MasalahPerilaku = tidak normal	1,143	,529	2,471
For cohort MasalahPerilaku = normal	,966	,784	1,189
N of Valid Cases	108		

Pendidikan*Hiperaktivitas

Crosstab

			Hiperaktivitas		Total
			tidak normal	normal	
PENDIDIKAN	rendah	Count	10	26	36
		Expected Count	7,3	28,7	36,0
		% within PENDIDIKAN	27,8%	72,2%	100,0%
	tinggi	Count	12	60	72
		Expected Count	14,7	57,3	72,0
		% within PENDIDIKAN	16,7%	83,3%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within PENDIDIKAN	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,827[a]	1	,177		
Continuity Correction[b]	1,206	1	,272		
Likelihood Ratio	1,765	1	,184		
Fisher's Exact Test				,209	,137
Linear-by-Linear Association	1,810	1	,179		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIDIKAN (rendah / tinggi)	1,923	,738	5,008
For cohort Hiperaktivitas = tidak normal	1,667	,797	3,485
For cohort Hiperaktivitas = normal	,867	,690	1,088
N of Valid Cases	108		

Pendidikan*Hubungan Teman Sebaya

Crosstab

			HubunganTemanSebaya		Total
			tidak normal	normal	
PENDIDIKAN	rendah	Count	15	21	36
		Expected Count	9,3	26,7	36,0
		% within PENDIDIKAN	41,7%	58,3%	100,0%
	tinggi	Count	13	59	72
		Expected Count	18,7	53,3	72,0
		% within PENDIDIKAN	18,1%	81,9%	100,0%
Total		Count	28	80	108
		Expected Count	28,0	80,0	108,0
		% within PENDIDIKAN	25,9%	74,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,967[a]	1	,008		
Continuity Correction[b]	5,792	1	,016		
Likelihood Ratio	6,709	1	,010		
Fisher's Exact Test				,011	,009
Linear-by-Linear Association	6,902	1	,009		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIDIKAN (rendah / tinggi)	3,242	1,326	7,927
For cohort HubunganTemanSebaya = tidak normal	2,308	1,234	4,314
For cohort HubunganTemanSebaya = normal	,712	,529	,958
N of Valid Cases	108		

Pendidikan*Skor Prososial

Crosstab

			SkorPrososial		Total
			tidak normal	normal	
PENDIDIKAN	rendah	Count	2	34	36
		Expected Count	2,7	33,3	36,0
		% within PENDIDIKAN	5,6%	94,4%	100,0%
	tinggi	Count	6	66	72
		Expected Count	5,3	66,7	72,0
		% within PENDIDIKAN	8,3%	91,7%	100,0%
Total		Count	8	100	108
		Expected Count	8,0	100,0	108,0
		% within PENDIDIKAN	7,4%	92,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,270[a]	1	,603		
Continuity Correction[b]	,017	1	,897		
Likelihood Ratio	,283	1	,595		
Fisher's Exact Test				,716	,464
Linear-by-Linear Association	,268	1	,605		
N of Valid Cases	108				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIDIKAN (rendah / tinggi)	,647	,124	3,379
For cohort SkorPrososial = tidak normal	,667	,142	3,139
For cohort SkorPrososial = normal	1,030	,927	1,145
N of Valid Cases	108		

Pendidikan*Skor Total Kesulitan

Crosstab

			TotalSkorKesulitan		Total
			tidak normal	normal	
PENDIDIKAN	rendah	Count	10	26	36
		Expected Count	6,0	30,0	36,0
		% within PENDIDIKAN	27,8%	72,2%	100,0%
	tinggi	Count	8	64	72
		Expected Count	12,0	60,0	72,0
		% within PENDIDIKAN	11,1%	88,9%	100,0%
Total		Count	18	90	108
		Expected Count	18,0	90,0	108,0
		% within PENDIDIKAN	16,7%	83,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,800[a]	1	,028		
Continuity Correction[b]	3,675	1	,055		
Likelihood Ratio	4,549	1	,033		
Fisher's Exact Test				,052	,030
Linear-by-Linear Association	4,756	1	,029		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIDIKAN (rendah / tinggi)	3,077	1,093	8,666
For cohort TotalSkorKesulitan = tidak normal	2,500	1,080	5,786
For cohort TotalSkorKesulitan = normal	,813	,653	1,011
N of Valid Cases	108		

ASI*Skor Gejala Emosional

Crosstab

			SkorEmosional		Total
			tidak normal	normal	
ASIeksklusif	tidak	Count	19	23	42
		Expected Count	12,4	29,6	42,0
		% within ASIeksklusif	45,2%	54,8%	100,0%
	ya	Count	13	53	66
		Expected Count	19,6	46,4	66,0
		% within ASIeksklusif	19,7%	80,3%	100,0%
Total		Count	32	76	108
		Expected Count	32,0	76,0	108,0
		% within ASIeksklusif	29,6%	70,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,030[a]	1	,005		
Continuity Correction[b]	6,852	1	,009		
Likelihood Ratio	7,924	1	,005		
Fisher's Exact Test				,009	,005
Linear-by-Linear Association	7,956	1	,005		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,44.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASIeksklusif (tidak / ya)	3,368	1,427	7,948
For cohort SkorEmosional = tidak normal	2,297	1,273	4,143
For cohort SkorEmosional = normal	,682	,505	,920
N of Valid Cases	108		

ASI*Masalah Perilaku

Crosstab

			MasalahPerilaku		Total
			tidak normal	normal	
ASIeksklusif	tidak	Count	11	31	42
		Expected Count	8,6	33,4	42,0
		% within ASIeksklusif	26,2%	73,8%	100,0%
	ya	Count	11	55	66
		Expected Count	13,4	52,6	66,0
		% within ASIeksklusif	16,7%	83,3%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within ASIeksklusif	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,435[a]	1	,231		
Continuity Correction[b]	,908	1	,341		
Likelihood Ratio	1,409	1	,235		
Fisher's Exact Test				,327	,170
Linear-by-Linear Association	1,422	1	,233		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,56.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASIeksklusif (tidak / ya)	1,774	,690	4,563
For cohort MasalahPerilaku = tidak normal	1,571	,749	3,296
For cohort MasalahPerilaku = normal	,886	,718	1,093
N of Valid Cases	108		

ASI*Hiperaktivitas

Crosstab

			Hiperaktivitas		Total
			tidak normal	normal	
ASIeksklusif	tidak	Count	16	26	42
		Expected Count	8,6	33,4	42,0
		% within ASIeksklusif	38,1%	61,9%	100,0%
	ya	Count	6	60	66
		Expected Count	13,4	52,6	66,0
		% within ASIeksklusif	9,1%	90,9%	100,0%
Total		Count	22	86	108
		Expected Count	22,0	86,0	108,0
		% within ASIeksklusif	20,4%	79,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,311[a]	1	,000		
Continuity Correction[b]	11,583	1	,001		
Likelihood Ratio	13,154	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	13,188	1	,000		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,56.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASIeksklusif (tidak / ya)	6,154	2,164	17,499
For cohort Hiperaktivitas = tidak normal	4,190	1,783	9,851
For cohort Hiperaktivitas = normal	,681	,531	,874
N of Valid Cases	108		

ASI*Hubungan Dengan Teman Sebaya

Crosstab

			HubunganTemanSebaya		Total
			tidak normal	normal	
ASIeksklusif	tidak	Count	17	25	42
		Expected Count	10,9	31,1	42,0
		% within ASIeksklusif	40,5%	59,5%	100,0%
	ya	Count	11	55	66
		Expected Count	17,1	48,9	66,0
		% within ASIeksklusif	16,7%	83,3%	100,0%
Total		Count	28	80	108
		Expected Count	28,0	80,0	108,0
		% within ASIeksklusif	25,9%	74,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,577[a]	1	,006		
Continuity Correction[b]	6,387	1	,011		
Likelihood Ratio	7,447	1	,006		
Fisher's Exact Test				,007	,006
Linear-by-Linear Association	7,506	1	,006		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,89.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASIeksklusif (tidak / ya)	3,400	1,391	8,310
For cohort HubunganTemanSebaya = tidak normal	2,429	1,265	4,663
For cohort HubunganTemanSebaya = normal	,714	,544	,937
N of Valid Cases	108		

ASI*Skor Prososial

Crosstab

			SkorPrososial		Total
			tidak normal	normal	
ASIeksklusif	tidak	Count	2	40	42
		Expected Count	3,1	38,9	42,0
		% within ASIeksklusif	4,8%	95,2%	100,0%
	ya	Count	6	60	66
		Expected Count	4,9	61,1	66,0
		% within ASIeksklusif	9,1%	90,9%	100,0%
Total		Count	8	100	108
		Expected Count	8,0	100,0	108,0
		% within ASIeksklusif	7,4%	92,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,701[a]	1	,402		
Continuity Correction[b]	,212	1	,645		
Likelihood Ratio	,742	1	,389		
Fisher's Exact Test				,479	,331
Linear-by-Linear Association	,695	1	,405		
N of Valid Cases	108				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,11.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASIeksklusif (tidak / ya)	,500	,096	2,602
For cohort SkorPrososial = tidak normal	,524	,111	2,475
For cohort SkorPrososial = normal	1,048	,946	1,160
N of Valid Cases	108		

ASI* Total Skor Kesulitan

Crosstab

			TotalSkorKesulitan		Total
			tidak normal	normal	
ASIeksklusif	tidak	Count	13	29	42
		Expected Count	7,0	35,0	42,0
		% within ASIeksklusif	31,0%	69,0%	100,0%
	ya	Count	5	61	66
		Expected Count	11,0	55,0	66,0
		% within ASIeksklusif	7,6%	92,4%	100,0%
Total		Count	18	90	108
		Expected Count	18,0	90,0	108,0
		% within ASIeksklusif	16,7%	83,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,099[a]	1	,001		
Continuity Correction[b]	8,486	1	,004		
Likelihood Ratio	9,935	1	,002		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	10,005	1	,002		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASIeksklusif (tidak / ya)	5,469	1,781	16,798
For cohort TotalSkorKesulitan = tidak normal	4,086	1,571	10,629
For cohort TotalSkorKesulitan = normal	,747	,603	,925
N of Valid Cases	108		

HASIL ANALISIS MULTIVARIAT

MASALAH PERILAKU

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	22	20,4%
	Censored	86	79,6%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
206,014

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
205,282	,727	1	,394	,731	1	,392	,731	1	,392

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	,368	,434	,719	1	,396	1,444	,617	3,379

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500

HASIL ANALISIS MULTIVARIAT

SKOR GEJALA EMOSIONAL

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	32	29,6%
	Censored	76	70,4%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c,d,e,f]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
EKONOMI[b]	0=mampu	64	0
	1=tidak mampu	44	1
PEKERJAAN[b]	0=bekerja	54	0
	1=tidak bekerja	54	1
PENDIDIKAN[b]	0=tinggi	72	0
	1=rendah	36	1
ASIeksklusif[b]	0=ya	66	0
	1=tidak	42	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: EKONOMI

d. Category variable: PEKERJAAN

e. Category variable: PENDIDIKAN

f. Category variable: ASIeksklusif

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
299,656

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
286,205	13,721	5	,017	13,452	5	,019	13,452	5	,019

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	-,085	,382	,049	1	,824	,919	,435	1,941
EKONOMI	,362	,369	,962	1	,327	1,436	,697	2,961
PEKERJAAN	,747	,409	3,333	1	,068	2,110	,947	4,705
PENDIDIKAN	,289	,387	,559	1	,455	1,335	,626	2,851
ASIeksklusif	,934	,392	5,687	1	,017	2,545	1,181	5,483

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
EKONOMI	,407
PEKERJAAN	,500
PENDIDIKAN	,333
ASIeksklusif	,389

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	32	29,6%
	Censored	76	70,4%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c,d,e]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
EKONOMI[b]	0=mampu	64	0
	1=tidak mampu	44	1
PEKERJAAN[b]	0=bekerja	54	0
	1=tidak bekerja	54	1
ASIeksklusif[b]	0=ya	66	0
	1=tidak	42	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: EKONOMI

d. Category variable: PEKERJAAN

e. Category variable: ASIeksklusif

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
299,656

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
286,762	12,865	4	,012	12,894	4	,012	12,894	4	,012

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	-,106	,381	,078	1	,781	,899	,426	1,898

EKONOMI	,418	,360	1,345	1	,246	1,519	,750	3,076
PEKERJAAN	,843	,388	4,718	1	,030	2,322	1,086	4,967
ASIeksklusif	,986	,387	6,473	1	,011	2,679	1,254	5,724

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
EKONOMI	,407
PEKERJAAN	,500
ASIeksklusif	,389

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	32	29,6%
	Censored	76	70,4%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c,d]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
PEKERJAAN[b]	0=bekerja	54	0
	1=tidak bekerja	54	1
ASIeksklusif[b]	0=ya	66	0
	1=tidak	42	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: PEKERJAAN

d. Category variable: ASIeksklusif

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
299,656

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
288,109	11,481	3	,009	11,547	3	,009	11,547	3	,009

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	-,157	,379	,172	1	,678	,854	,406	1,796
PEKERJAAN	,905	,385	5,527	1	,019	2,471	1,162	5,254
ASIeksklusif	,988	,388	6,487	1	,011	2,685	1,256	5,743

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
PEKERJAAN	,500
ASIeksklusif	,389

HASIL ANALISIS MULTIVARIAT

HIPERAKTIVITAS

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	22	20,4%
	Censored	86	79,6%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
ASIeksklusif[b]	0=ya	66	0
	1=tidak	42	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: ASIeksklusif

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
206,014

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
192,261	13,683	2	,001	13,753	2	,001	13,753	2	,001

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	,903	,523	2,987	1	,084	2,468	,886	6,873
ASIeksklusif	1,207	,492	6,021	1	,014	3,343	1,275	8,764

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
ASIeksklusif	,389

HASIL ANALISIS MULTIVARIAT

HUBUNGAN DENGAN TEMAN SEBAYA

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	28	25,9%
	Censored	80	74,1%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c,d,e]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
PEKERJAAN[b]	0=bekerja	54	0
	1=tidak bekerja	54	1
PENDIDIKAN[b]	0=tinggi	72	0
	1=rendah	36	1
ASIeksklusif[b]	0=ya	66	0
	1=tidak	42	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: PEKERJAAN

d. Category variable: PENDIDIKAN

e. Category variable: ASIeksklusif

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
262,199

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
252,408	10,474	4	,033	9,791	4	,044	9,791	4	,044

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	,288	,408	,497	1	,481	1,334	,599	2,969
PEKERJAAN	,457	,419	1,194	1	,275	1,580	,695	3,590
PENDIDIKAN	,646	,405	2,548	1	,110	1,908	,863	4,219
ASIeksklusif	,633	,407	2,418	1	,120	1,883	,848	4,181

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
PEKERJAAN	,500
PENDIDIKAN	,333
ASIeksklusif	,389

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	28	25,9%
	Censored	80	74,1%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c,d]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
PENDIDIKAN[b]	0=tinggi	72	0
	1=rendah	36	1
ASIeksklusif[b]	0=ya	66	0
	1=tidak	42	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: PENDIDIKAN

d. Category variable: ASIeksklusif

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
262,199

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
253,638	9,001	3	,029	8,561	3	,036	8,561	3	,036

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	,309	,402	,589	1	,443	1,362	,619	2,996
PENDIDIKAN	,798	,381	4,386	1	,036	2,222	1,053	4,690
ASIeksklusif	,590	,398	2,194	1	,139	1,804	,826	3,936

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
PENDIDIKAN	,333
ASIeksklusif	,389

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	28	25,9%
	Censored	80	74,1%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
PENDIDIKAN[b]	0=tinggi	72	0
	1=rendah	36	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: PENDIDIKAN

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
262,199

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
255,863	6,659	2	,036	6,336	2	,042	6,336	2	,042

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	,470	,387	1,472	1	,225	1,600	,749	3,417
PENDIDIKAN	,856	,379	5,089	1	,024	2,353	1,119	4,947

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
PENDIDIKAN	,333

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	28	25,9%
	Censored	80	74,1%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c,d]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
PENDIDIKAN[b]	0=tinggi	72	0

ASIeksklusif[b]	1=rendah	36	1
	0=ya	66	0
	1=tidak	42	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: PENDIDIKAN

d. Category variable: ASIeksklusif

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
262,199

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
253,638	9,001	3	,029	8,561	3	,036	8,561	3	,036

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	,309	,402	,589	1	,443	1,362	,619	2,996
PENDIDIKAN	,798	,381	4,386	1	,036	2,222	1,053	4,690
ASIeksklusif	,590	,398	2,194	1	,139	1,804	,826	3,936

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
PENDIDIKAN	,333
ASIeksklusif	,389

SKOR PROSOSIAL

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	8	7,4%
	Censored	100	92,6%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1

a. Category variable: PREMATURITAS
b. Indicator Parameter Coding

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
74,914

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
72,821	2,000	1	,157	2,093	1	,148	2,093	1	,148

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	-1,099	,816	1,810	1	,178	,333	,067	1,652

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500

HASIL ANALISIS MULTIVARIAT

TOTAL SKOR KESULITAN

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	18	16,7%
	Censored	90	83,3%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c,d,e]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
PEKERJAAN[b]	0=bekerja	54	0
	1=tidak bekerja	54	1
PENDIDIKAN[b]	0=tinggi	72	0
	1=rendah	36	1
ASIeksklusif[b]	0=ya	66	0
	1=tidak	42	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: PEKERJAAN

d. Category variable: PENDIDIKAN

e. Category variable: ASIeksklusif

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
168,557

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)	Change From Previous Step	Change From Previous Block

	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
154,548	14,964	4	,005	14,009	4	,007	14,009	4	,007

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	,629	,553	1,294	1	,255	1,876	,634	5,549
PEKERJAAN	,576	,538	1,148	1	,284	1,779	,620	5,105
PENDIDIKAN	,637	,513	1,541	1	,215	1,890	,692	5,163
ASIeksklusif	1,204	,556	4,686	1	,030	3,332	1,121	9,908

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
PEKERJAAN	,500
PENDIDIKAN	,333
ASIeksklusif	,389

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event[a]	18	16,7%
	Censored	90	83,3%
	Total	108	100,0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	0,0%
	Cases with negative time	0	0,0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	0,0%
	Total	0	0,0%
Total		108	100,0%

a. Dependent Variable: time

Categorical Variable Codings[a,c,d]

		Frequency	(1)
PREMATURITAS[b]	0=tidak prematur	54	0
	1=prematur	54	1
PENDIDIKAN[b]	0=tinggi	72	0
	1=rendah	36	1

ASIeksklusif[b]	0=ya	66	0
	1=tidak	42	1

a. Category variable: PREMATURITAS

b. Indicator Parameter Coding

c. Category variable: PENDIDIKAN

d. Category variable: ASIeksklusif

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
168,557

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients[a]

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
155,743	13,169	3	,004	12,814	3	,005	12,814	3	,005

a. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
PREMATURITAS	,685	,543	1,592	1	,207	1,984	,684	5,749
PENDIDIKAN	,848	,477	3,162	1	,075	2,334	,917	5,942
ASIeksklusif	1,159	,544	4,534	1	,033	3,186	1,097	9,255

Covariate Means

	Mean
PREMATURITAS	,500
PENDIDIKAN	,333
ASIeksklusif	,389