

**PERBANDINGAN MASALAH PSIKOSOSIAL ANTARA
REMAJA STATUS GIZI OBESITAS DAN REMAJA
STATUS GIZI NORMAL MENGGUNAKAN PSC-17 DI
SMP XAVERIUS 1 PALEMBANG
TAHUN 2015**

Skripsi

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

**Oleh: Bunyamin
NIM: 702012014**



**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2015**

HALAMAN PERSETUJUAN

**PERBANDINGAN MASALAH PSIKOSOSIAL REMAJA STATUS
GIZI OBESITAS DENGAN STATUS GIZI NORMAL
MENGUNAKAN PSC-17 DI SMP
XAVERIUS 1 PALEMBANG
TAHUN 2015**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

BUNYAMIN

NIM : 702012014

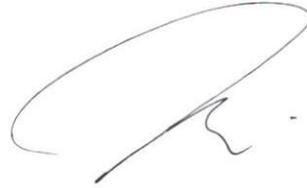
Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada Tanggal, 8 Februari 2016

Menyetujui :



dr. Abdullah Syahab, Sp.Kj
Pembimbing Pertama



dr. Liza Chairani, Sp.A.M.Kes
Pembimbing Kedua

**Dekan,
Fakultas Kedokteran**



dr. HM. Ali Muchtar, M.Sc

NBM/NIDN. 0603 4709 1062484/002 008 4707

HALAMAN PERSETUJUAN

**PERBANDINGAN MASALAH PSIKOSOSIAL REMAJA STATUS
GIZI OBESITAS DENGAN STATUS GIZI NORMAL
MENGUNAKAN PSC-17 DI SMP
XAVERIUS 1 PALEMBANG
TAHUN 2015**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

BUNYAMIN
NIM : 702012014

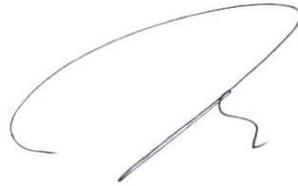
Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada Tanggal, 8 Februari 2016

Menyetujui :



dr. Abdullah Syahab, Sp.Kj
Pembimbing Pertama



dr. Liza Chairani, Sp.A.M.Kes
Pembimbing Kedua

**Dekan,
Fakultas Kedokteran**



dr. HM. Ali Muchtar, M.Sc
NBM/NIDN. 0603 4709 1062484/002 008 4707

PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 8 Februari 2016

Yang membuat pernyataan

A handwritten signature in black ink is written over a yellow 5000 Rupiah stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'METERAI TEMPEL', '5000', and 'LIMA RIBU RUPIAH'. The serial number 'SBCHADC002842879' is also visible on the stamp.

(Bunyamin)

NIM. 702012014

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan menyebut nama Allah yang Maha Segalanya, Alhamdulillah puji syukur atas rahmat, karunia, kasih dan sayang Allah SWT yang selalu berlimpah sehingga pada akhirnya saya mampu menyelesaikan skripsi ini.

Terima kasih atas segala pihak yang telah mendukung :

1. Pembimbing tercinta dr.A.Syahab,Sp.Kj, dr.Liza Chairani,Sp.A dan penguji skripsi drg. Hj. Nursiah Nasution yang selalu menyediakan waktunya untuk membimbing dan menyempurnakan skripsi saya.
2. Rektor Universitas Muhammadiyah Palembang dan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti Program Pendidikan Dokter.
3. Orang Tua tersayang dan terkasih, Ayahanda M. Jacob Ismail dan Ibunda Merry, terima kasih untuk doa dan dukungan moril maupun materil. Semoga kelak anakmu bisa dan terus memberikan dan menebarkan kebaikan, kebanggaan dan kebahagiaan. Amin.
4. Saudara tersayang Yusuf Rhandy, Wieke Anggraini, M. Noval Ismail, Meta Prima, Denai, dan urdha yang selalu memberikan semangat, menyayangi, dan selalu ada di situasi apapun.
5. Mentari Rizka Pratiwi, yang selalu ada, memberikan semangat dukungan, nasihat, motivasi serta doa.
6. Keluarga Besar Staf dan Dosen FK UMP, selama ini telah membantu dalam mengurus administrasi, pemberkasan, dan perkuliahan.
7. Keluarga Besar Staf dan guru SMP Xaverius 1 Palembang yang telah memberi izin dalam melakukan penelitian, serta mempermudah jalannya penelitian.
8. Sahabat yang senantiasa memberikan dukungan, kebahagiaan, nasihat, dan motivasi, dan kekeluargaan selama ini, Afif Naufal Akbarsyah, Alqodri Setiawan, Alpriansyah Hadiwijaya, M. Fakhri Hamas, Aditya Prasetyo, M. Rizky Rachmadi, Feizal Faturahman, Wendra dan teman teman, wee dan teman teman.
9. Teman-teman sejawat FK UMP Angkatan 2012, kakak tingkat angkatan 2008-2011 yang telah memberikan bimbingan, dan kerjasamanya selama perkuliahan dan adik tingkat 2013-2014.
10. Serta pihak-pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARI 2016
BUNYAMIN**

Perbandingan Masalah Psikososial Antara Remaja Status Gizi Obesitas Dengan Status Gizi Normal Dengan Menggunakan *Pediatric Symptom checklist-17* (PSC-17) di SMP Xaverius 1 Palembang tahun 2015

xiii + 110 halaman + 23 tabel + 5 gambar + 7 lampiran

ABSTRAK

Obesitas merupakan salah satu masalah kesehatan bagi usia anak-anak dan remaja. Obesitas pada remaja dapat berpotensi menyebabkan berbagai penyakit kardiovaskular dan metabolik pada dewasa. Obesitas juga dapat menyebabkan gangguan psikososial pada anak dan remaja. Dampak non fisik yang terjadi pada remaja obesitas adalah menjadi depresi, terisolasi secara sosial, diskriminasi, memiliki kepercayaan diri yang rendah dan kurang disukai sebagai teman dan cenderung menjadi sasaran *bully* atau intimidasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbandingan masalah psikososial antara remaja obesitas dan remaja status gizi normal dengan menggunakan *Pediatric Symptom checklist-17* (PSC-17) di SMP Xaverius 1 Palembang tahun 2015. Jenis penelitian ini berbentuk penelitian analitik observasional dengan rancangan pendekatan studi potong lintang (*Cross-sectional*). Responden pada penelitian ini diambil menggunakan teknik proporsional *stratified random sampling* di SMP Xaverius 1 Palembang sebanyak 70 orang. Data diambil dengan instrumen penelitian berupa kuesioner PSC. Hasil penelitian ini didapatkan masalah psikososial pada kelompok remaja obesitas yaitu sebanyak 22 dari 35 responden (31,4%) dan pada kelompok remaja status gizi normal yaitu sebanyak 6 dari 35 responden (8,6%). Jadi didapatkan hasil yang bermakna dimana kelompok remaja obesitas lebih banyak mengalami gangguan psikososial dibandingkan dengan remaja dengan status gizi normal ($p=0,00$; $\alpha>0,005$). Dengan analisis aspek psikososial kuesioner PSC-17 memperlihatkan hubungan yang bermakna pada aspek internalisasi ($p=0,001$; $\alpha>0,05$) dan eksternalisasi ($p= 0,006$; $\alpha>0,05$).

Referensi : 45

Kata Kunci : Obesitas, Masalah Psikososial, Remaja

UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
MEDICAL FACULTY
SKRIPSI, JANUARY 2016
BUNYAMIN

Comparison of Psychosocial Problems Among Adolescent Nutritional Status Obesity With Normal Nutritional Status Using Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17) in Xaverius 1 junior High School Palembang 2015

xiii + 110 pages + 23 table + 5 picture + 7 enclosure

ABSTRACT

Obesity is one of the health problem for children and adolescent. Obesity in adolescents may potentially cause a variety of cardiovascular and metabolic disease in adult. Obesity can also cause psychosocial problems at children and adolescent. Non-physical impact that occurs in obese adolescents are becoming depressed, socially isolated, discrimination, have low self-esteem and are less favored as a friend and tend to be the target of bullying or intimidation. This research purpose was to know the comparasion of psychosocial problems among obese adolescents and adolescents with a normal nutritional status by using the Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17) in Xaverius 1 junior high school Palembang 2015. This research is using observasional analytic cross sectional design. Respondents obtained are 70 participant through proportional stratified random sampling method in Xaverius 1 junior high school Palembang 2015. Data is obtained by using PSC questionnaire. The result is that we found 22 of 35 (31,4%) respondents with psychosocial problems in the group of obese adolescent and 6 of 35 (8,6%) respondents with psychosocial problems in the group of normal adolescent nutritional status. There are significant result, psychosocial problem in the group of obese adolescent is higher than psychosocial problems in the group of normal adolescent nutrition status ($p=0,00$; $\alpha>0,05$). Analysis of the psychosocial aspects of PSC-17 questionnaire showed a significant result in the aspect of internalization ($p=0.001$; $\alpha>0.05$) and externalizing ($p=0.006$; $\alpha>0.05$).

Reference : 45

Keywords : Obesity, Psychosocial problem, Adolescent

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini. Salawat beriring salam selalu tercurah kepada junjungan kita, nabi besar Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan para pengikutnya sampai akhir zaman.

Peneliti menyadari bahwa hasil penelitian ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan di masa mendatang.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, 8 Februari 2016

Bunyamin

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.3.1. Tujuan Umum	3
1.3.2. Tujuan Khusus	3
1.4. Manfaat Penelitian	3
1.4.1. Manfaat Teoritis	3
1.4.2. Manfaat Praktisi	4
1.4.3. Manfaat Instansi	4
1.5. Keaslian Penelitian	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Landasan Teori	6
2.1.1. Pengertian Psikologi Sosial	6
2.1.2. Teori Psikososial Erik Erikson	9
2.1.3. Teori Psikoseksual Sigmund Freud	9
2.1.4. Psikoanalisa Sebagai Teori Kepribadian	12
2.1.5. Perkembangan Remaja.....	16
2.1.6. Perubahan Psikososial Selama Pubertas	19
2.1.7. Faktor Faktor Psikososial Yang Mempengaruhi Perilaku Seseorang	20
2.1.8. Faktor Protektif Perkembangan Remaja	27
2.1.9. Skreening Psikososial anak	28
2.2. Obesitas	35
2.2.1. Definisi Obesitas.....	35
2.2.2. Prevalensi Obesitas	35
2.2.3. Etiologi Faktor yang mempengaruhi obesitas	38
2.2.4. Faktor yang mempengaruhi Obesitas.....	38

2.2.5. Kriteria Obesitas	43
2.2.6. Gejala Obesitas	48
2.2.7. Dampak Obesitas	49
2.2.8. Cara Mengatasi Obesitas	52
2.3. Hipotesis.....	55
2.4. Kerangka Teori.....	55
BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1. Jenis Penelitian	56
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	56
3.3. Populasi dan Sampel.....	56
3.3.1. Populasi Target.....	56
3.3.2. Populasi Terjangkau	56
3.3.3. Sampel dan Besar Sampel.....	56
3.3.4. Cara Mengambil Sampel.....	57
3.3.5. Kriteria Inklusi dan Eklusi	57
3.4. Variabel Penelitian	58
3.4.1. Variabel Dependent	58
3.4.2. Variabel Independent	58
3.5. Definisi Operasional	58
3.6. Cara Pengumpulan Data	61
3.7. Cara Pengolahan.....	62
3.8. Analisis Data	62
3.9. Alur Penelitian	63
3.10. Rencana Kegiatan.....	63
3.11. Jadwal Kegiatan	64
3.12. Anggaran.....	65
BAB III. METODE PENELITIAN	
4.1. Hasil Penelitian	66
4.1.1. Analisis Univariat	66
A. Usia	66
B. Jenis Kelamin.....	67
C. Latar Belakang Orang Tua	68
D. PSC Internalisasi.....	75
E. PSC Eksternalisasi.....	76
F. PSC Atensi	77
G. Skor PSC>15	78
4.1.2. Analisis Bivariat	78
4.3. Pembahasan	80
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan.....	83
5.2. Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	xiv
LAMPIRAN.....	86
BIODATA.....	xix

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1. Keaslian Penelitian	4
2.1. Tabel PSC-35	30
2.2. Tabel PSC-17.....	33
2.3. Nilai IMT berdasarkan Departemen Kesehatan RI	44
2.4. Penentuan status gizi menurut kriteria Waterlow, WHO 2006, dan CDC 2000	45
2.5. Klasifikasi IMT berdasarkan CDC	48
3.1. Jadwal Kegiatan.....	64
4.1. Gambaran usia responden terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang.....	67
4.2. Gambaran jenis kelamin responden penelitian murid SMP Xaverius 1 Palembang.....	68
4.3 Gambaran jenis kelamin responden terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang	68
4.4 Gambaran pendidikan responden terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang	69
4.5. Gambaran pendidikan ibu terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang	70
4.6. Gambaran penghasilan keluarga terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang.....	71
4.7. Gambaran jumlah saudara terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang.....	72
4.8. Gambaran status pernikahan terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang.....	73
4.9. Gambaran pekerjaan ibu terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang.....	74
4.10 Gambaran pengasuh dalam rumah terhadap status gizi murid SMP	

Xaverius 1 Palembang	75
4.11. Gambaran masalah internalisasi terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang	75
4.12. Gambaran status masalah eksternalisasi terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang	76
4.13. Gambaran masalah atensi terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang	77
4.14. Gambaran skor PSC>15 terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang	78
4.15. Masalah psikososial remaja obes dan remaja status gizi normal.....	79
4.16. Aspek masalah psikososial remaja obes dan remaja gizi normal.....	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1. Gambar persentase obesitas.....	37
2.2. Gambar Grafik CDC IMT/U untuk laki laki.....	46
2.3. Gambar Grafik CDC IMT/U untuk perempuan	47
2.4. Gambar Kerangka Teori.....	55
3.1. Gambar Alur penelitian.....	60

v

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Data lampiran SPSS.....	86
2. Daftar kuesioner	100
3. Checklist.....	101
4. Lembar Persetujuan	102
5. Surat Persetujuan	103
6. Data Responden.....	104
7. Dokumentasi Penelitian	109

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Masa remaja adalah masa yang menyenangkan, namun juga merupakan masa yang kritis dan sulit, karena merupakan masa transisi atau masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa yang ditandai adanya perubahan fisik, psikis, dan psikososial (Dariyo, 2004). Batasan usianya tidak ditentukan dengan jelas, tetapi kira-kira berawal dari usia 12 sampai akhir usia belasan, saat pertumbuhan fisik hampir lengkap (Soetjiningsih, 2004).

Obesitas pada anak berisiko tinggi menjadi obesitas pada masa dewasa dan berpotensi menjadi penyebab berbagai penyakit kardiovaskular dan metabolik (Barlow, 2007). Dampak lain yang juga penting, yaitu dampak terhadap tumbuh kembang terutama aspek psikososial karena untuk tumbuh kembang secara optimal selain kesehatan fisik juga diperlukan kesehatan mental (Puhl, 2003).

Obesitas Merupakan salah satu masalah kesehatan bagi usia anak-anak dan remaja. Berdasarkan data dari *National Health and nutrition Examination Survey* (NHANES) tahun 1967-1980 dan 2003-2006 dalam *Center of Disease Control* (CDC) Menunjukkan bahwa prevalensi terjadinya obesitas meningkat untuk anak usia 2-5 tahun, prevalensinya meningkat dari 5% sampai 12,4%, untuk usia 6-11 tahun, prevalensinya meningkat dari 6,5% sampai 17%, dan pada usia 12-19 tahun prevalensinya meningkat dari 5% sampai 17,6%.

Menurut RISKESDAS tahun 2010 Dalam RISKESDAS (2013) menunjukkan prevalensi kegemukan dan obesitas pada anak sekolah (6-12 tahun) sebesar 9,2%. Sebelas propinsi, seperti D.I. Aceh (11,6%), Sumatera Utara (10,5%), Sumatera Selatan (11,4%), Riau (10,9%), Lampung (11,6%), Kepulauan Riau (9,7%), DKI Jakarta (12,8%), Jawa Tengah (10,9%), Jawa Timur (12,4%), Sulawesi Tenggara (14,7%), Papua Barat (14,4%) berada di

atas prevalensi nasional. Berdasarkan data yang dikuti dari Riskesdas (2013), semakin lanjut usia semakin tinggi gangguan mental emosional baik pada tahun 2007 maupun tahun 2013. Berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan, angka kejadian gangguan mental emosional makin kecil. Menurut tempat tinggal pada Riskesdas 2007 prevalensi gangguan mental emosional di perdesaan lebih tinggi daripada di perkotaan, tetapi dalam Riskesdas 2013 terjadi sebaliknya.

Reck dkk dalam penelitiannya menggunakan child behaviour checklist (CBCL) menyatakan 46,6% anak obes mengalami gangguan psikososial. Penelitian lain oleh Riza dkk yang dilakukan di Solo dengan menggunakan kuesioner pediatric symptom checklist (PSC)-35 didapatkan prevalensi gangguan psikososial pada anak obes 11,6%. Penelitian tersebut menyatakan bahwa anak obes lebih banyak mengalami masalah psikososial dibandingkan anak status gizi normal. Sedangkan Kim dkk dengan menggunakan CBCL menyatakan hal yang berbeda, yaitu tidak terdapat hubungan berat badan dan tinggi badan dengan masalah psikososial. (Riza, dkk, 2007)

SMP Xaverius 1 Palembang merupakan salah satu sekolah swasta dengan banyak keluarga berstatus ekonomi menengah ke atas yang memiliki pola hidup cenderung ke arah modern dan lokasi sekolah yang banyak dijumpai tempat makanan yang membuat anak lebih mudah untuk mendapatkan makanan yang memungkinkan banyaknya kejadian obesitas pada sekolah ini. Berdasarkan uraian di atas maka di lakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui perbandingan masalah psikososial antara remaja obes dan remaja status gizi normal menggunakan *Pediatric Symptom checklist-17* (PSC-17) di SMP Xaverius 1 Palembang.

1.2. Rumusan Masalah

Mengetahui perbandingan masalah psikososial antara remaja obesitas dan remaja status gizi normal di SMP Xaverius 1 Palembang.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi perbandingan masalah psikososial antara remaja obesitas dan remaja status gizi normal di SMP Xaverius 1 Palembang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi latar belakang orang tua murid siswa siswi SMP Xaverius 1 Palembang
2. Mengidentifikasi masalah psikososial pada siswa-siswi SMP Xaverius 1 Palembang
3. Mengidentifikasi hubungan Obesitas terhadap masalah Psikososial di SMP Xaverius 1 Palembang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

1. Peneliti mendapat pengetahuan dan pengalaman penelitian di masyarakat serta sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama perkuliahan.
2. Diharapkan hasil penelitian ini akan menjadi referensi bagi penelitian- penelitian selanjutnya.

1.4.2. Manfaat Praktisi

Menambah pengetahuan peneliti, dan pembaca tentang Obesitas dan dampaknya terhadap psikososial murid SMP Xaverius 1 Palembang.

1.4.3. Manfaat Instansi

Sebagai bahan rujukan untuk penelitian selanjutnya

1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Penelitian Sebelumnya tentang Psikososial

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
Leonhard Thun-Hohenstein and Stefanie Herzog, 21 September 2006	<i>The Predictive value of the pediatric symptom checklist in 5 year-old Austrian Children</i>	<i>Cross sectional study</i>	Dari penelitian 179 responden (82 laki laki dan 97 perempuan) didapatkan hasil rata rata gangguan menggunakan PSC adalah 10.74 ± 6.8 . dan ditemukan juga perbedaan yang signifikan antara perempuan (9.33 ± 6.2) dan laki laki ($12.4 \pm 7,1$; $p < 0,01$). hasil analisis menggunakan CBCL 12.6% gangguan (T value antara 60 dan 64) dan 8.2% anak patologis.
Sonny Chandra, Nurmiati Amir, Ika Widyawati, 2007	Hubungan Antara Obesitas dengan Psikopatologi pada siswa SMU di Jakarta Selatan	<i>Cross sectional study</i>	Penelitian ini melibatkan 54 siswa (27 obes dan 27 non obes). dari 27 siswa obesitas, yang memiliki psikopatologi sebanyak

				15 orang (55,6%). Dari 27 siswa tidak obesitas yang memiliki psikopatologi sebanyak 17 orang (63,0%). $p=0,58$, CL 95% dan OR= 0,74. Jadi tidak ada hubungan yang bermakna.	
M. dkk. 2007	Riza, Prevalensi dan Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Gangguan Psikososial Pada Anak Obes Usia Sekolah Dasar di Kotamadya Surakarta	dan	Beberapa	<i>Cross sectional study</i>	Hasil didapatkan 146 anak yang berpartisipasi dengan prevalensi gangguan pada anak obes 11,6 %. dari analisis univariat didapatkan faktor jenis kelamin laki laki, jumlah anak lebih dari tiga, pengasuh bukan ibu kandung, pendidika ibu rendah dan ibu bekerja sebagai faktor risiko gangguan psikososial.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Teori Psikososial Erik Erikson

Prinsip perumusan Erikson adalah didasarkan pada konsep epigenesis, suatu istilah yang dipinjam dari embriologi. Prinsip epigenetik mengaggap bahwa perkembangan terjadi dalam stadium yang berurutan dan jelas batasannya dan tiap stadium harus diselesaikan secara memuaskan guna kelanjutan perkembangan secara lancar. Dalam model epigenetik, jika resolusi stadium tertentu tidak berhasil, semua stadium selanjutnya mencerminkan kegagalan tersebut dalam bentuk ketidak mampuan menyesuaikan diri (*Maladjustment*) secara fisik, kognitif, sosial dan emosional (kaplan, 2010).

Teori psikososial dari Erik Erikson meliputi delapan tahap yang saling berurutan sepanjang hidup. Hasil dari tiap tahap tergantung dari hasil tahapan sebelumnya, dan resolusi yang sukses dari tiap krisis ego adalah penting bagi individu untuk dapat tumbuh secara optimal. Ego harus mengembangkan kesanggupan yang berbeda untuk mengatasi tiap tuntutan penyesuaian dari masyarakat. Berikut adalah delapan tahapan perkembangan psikososial menurut Erik Erikson Dalam Riendravi (2012) :

1. Tahap I : *Trust versus Mistrust* (0-1 tahun)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat mempercayai dan mengembangkan asa (*hope*). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu meyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya.

2. Tahap II: *Autonomy versus Shame and Doubt* (1-3 tahun)

Dalam tahap ini, anak akan belajar bahwa dirinya memiliki kontrol atas tubuhnya. Orang tua seharusnya menuntun anaknya, mengajarkannya untuk mengontrol keinginan atau impuls-impulsnya, namun tidak dengan perlakuan yang kasar. Mereka melatih kehendak mereka, tepatnya otonomi. Harapan idealnya, anak bisa belajar menyesuaikan diri dengan aturan-aturan sosial tanpa banyak kehilangan pemahaman awal mereka mengenai otonomi, inilah resolusi yang diharapkan.

3. Tahap III : *Initiative versus Guilt* (3-6 tahun)

Pada periode inilah anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Resolusi yang tidak berhasil dari tahapan ini akan membuat sang anak takut mengambil inisiatif atau membuat keputusan karena takut berbuat salah. Anak memiliki rasa percaya diri yang rendah dan tidak mau mengembangkan harapan-harapan ketika ia dewasa. Bila anak berhasil melewati masa ini dengan baik, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya.

4. Tahap IV: *Industry versus Inferiority* (6-12 tahun)

Pada saat ini, anak-anak belajar untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan dari menyelesaikan tugas khususnya tugas-tugas akademik. Penyelesaian yang sukses pada tahapan ini akan menciptakan anak yang dapat memecahkan masalah dan bangga akan prestasi yang diperoleh. Keterampilan ego yang diperoleh adalah kompetensi. Di sisi lain, anak yang tidak mampu untuk menemukan solusi positif dan tidak mampu mencapai apa yang diraih teman-teman sebaya akan merasa inferior.

5. Tahap V : *Identity versus Role Confusion* (12-18 tahun)

Pada tahap ini, terjadi perubahan pada fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa sehingga tampak adanya kontraindikasi bahwa di lain pihak ia dianggap dewasa tetapi di sisi lain ia dianggap belum dewasa. Tahap ini merupakan masa stansarisasi diri yaitu anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan. Peran orang tua sebagai sumber perlindungan dan nilai utama mulai menurun. Adapun peran kelompok atau teman sebaya tinggi.

6. Tahap VI : *Intimacy versus Isolation* (masa dewasa muda)

Dalam tahap ini, orang dewasa muda mempelajari cara berinteraksi dengan orang lain secara lebih mendalam. Ketidakmampuan untuk membentuk ikatan sosial yang kuat akan menciptakan rasa kesepian. Bila individu berhasil mengatasi krisis ini, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah cinta.

7. Tahap VII : *Generativity versus Stagnation* (masa dewasa menengah)

Pada tahap ini, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan dari apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan generasi penerus di masa depan. Ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generatif akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosankan. Bila individu berhasil mengatasi krisis pada masa ini maka ketrampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.

8. Tahap VIII : *Ego Integrity versus Despair* (masa dewasa akhir)

Pada tahap usia lanjut ini, mereka juga dapat mengingat kembali masa lalu dan melihat makna, ketentraman dan integritas. Refleksi ke masa lalu itu terasa menyenangkan dan pencarian saat ini adalah untuk mengintegrasikan tujuan hidup yang telah dikejar selama

bertahun-tahun. Kegagalan dalam melewati tahapan ini akan menyebabkan munculnya rasa putus asa.

2.1.2. Teori Psikoseksual Sigmund Freud

Menurut Freud, manusia memiliki empat instink dasar yaitu: (1) instink vital (lapar, haus, bernafas), (2) instink seksual (libido), (3) instink agresi dan (4) instink mati (*thanatos*). (Elvira,2013)

Freud melihat bahwa bermacam macam aspek dari pengalaman manusia memiliki arti yang penting. Perilaku, pikiran, perasaan, dan gejala gejalanya adalah jalur bersama terakhir dari proses yang tidak disadari. Freud memiliki konsep "*overdetermination*" dimana beberapa faktor intrapsikis bekerja bersama sama untuk menciptakan suatu gejala, pikiran, atau perilaku spesifik. dari pemikiran tersebut freud menyimpulkan bahwa pikiran manusia mempunyai suatu bentuk sensor yang mempertimbangkan ingatan, pikiran, dan perasaan tertentu yang tidak dapat diterima (kaplan,2010).

2.1.3. Psikoanalisa Sebagai Teori Kepribadian

1. Struktur kepribadian

Menurut Freud kepribadian terdiri atas tiga sistem atau aspek yaitu: *id* (aspek biologis), *ego* (aspek psikologis) dan *superego* (aspek sosiologis).

A. Id

Id telah ada sejak individu lahir ke dunia ini. selain mempunyai struktur (yang bentuknya belum jelas ketika lahir), id juga mempunyai kekuatan berupa dorongan untuk memenuhi kebutuhan biologis manusia antara lain, instink berupa bernafas, lapar, seks. id biasanya mendominasi individu pada usia bayi hingga lebih kurang 1 setengah tahun.

B. Ego

Dalam perkembangannya, sebagian dari id akan mengalami diferensiasi menjadi ego. Ego terbentuk karena pertentangan (konflik) antara id dengan lingkungan yang tidak selalu dapat memenuhi kebutuhan. Prinsip yang dianut oleh id adalah *pleasure principle*, sedangkan ego menganut prinsip realitas, bahwa kebutuhan atau dorongan dapat ditunda sesuai dengan realitas yang ada.

C. Superego

Superego terbentuk dari hasil absorpsi dan pengambilan nilai-nilai norma dalam kultur, agama, hal-hal kebaikan yang ditanamkan orang tua; jadi bukan merupakan diferensiasi dari id sebagaimana ego. Superego merupakan wakil orang tua dalam diri anak, yang mengingatkan akan hal-hal yang baik-buruk, yang boleh dan yang tidak. terbentuk pada usia 3 hingga 5 atau 6 tahun. Pada saat ini konsentrasi libido terpusat pada daerah falus (fase perkembangannya disebut sebagai fase falik atau oedipal).

Ketiga elemen struktur kepribadian tersebut saling berinteraksi, dengan kandungan energi psikis yang terdistribusi secara merata sesuai tingkat perkembangan individu. Bila terjadi konflik di antaranya, individu akan mengalami ketegangan, ketidakpuasan, kecemasan, dan atau gejala psikologik lainnya. dan sebaliknya jika anak tidak pernah mengalami konflik sekalipun (disebut sebagai pamanjaan atau *over indulgence*), maka akan mengalami hal yang sama (Elvira, 2013).

2. Topografik Dari Pikiran

Freud membagi model topografik pikiran menjadi tiga daerah yaitu : Sistem yang disadari, sistem prasadar, dan sistem yang tidak disadari, masing-masing memiliki karakteristik uniknya sendiri.

A. Sistem yang Disadari (*Conscious-System*)

Sistem yang disadari dalam model topografik ditandai sebagai bagian dari pikiran dimana persepsi yang berasal dari luar atau dari dalam tubuh atau pikiran dibawa ke kesadaran. Kesadaran dipandang sebagai fenomena subjektif yang isinya dapat dikomunikasikan hanya dengan cara bahasa dan perilaku. Katheksis (*cathexis*) adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan energi psikis yang ditanamkan dalam suatu objek. Freud menganggap bahwa kesadaran menggunakan suatu bentuk energi psikis yang dinetralkan yang disebutnya sebagai katheksis atensi (*attention cathexis*). Dengan kata lain orang seseorang menyadari idea atau perasaan tertentu sebagai akibat dari penanaman jumlah energi psikis tertentu dalam ide atau perasaan khusus tersebut.

B. Sistem Prasadar (*preconscious system*)

Sistem prasadar terdiri dari peristiwa peristiwa, proses, dan isi pikiran yang dapat dibawa ke kesadaran sadar dengan memusatkan perhatian. Menurut pengertiannya, prasadar menghubungkan daerah yang tidak disadari dan daerah yang disadari dalam pikiran. Untuk mencapai kesadaran yang disadari, isi dari daerah tidak sadar harus diikat dengan kata kata dan dengan demikian menjadi prasadar. Prasadar juga menjadi *barrier* dan sensor represif terhadap harapan dan dorongan yang tidak dapat diterima.

Jenis aktivitas yang berhubungan dengan prasadar disebut proses berfikir sekunder. Pikiran tersebut ditunjukkan untuk menghindari ketidaksenangan, menghambat pelepasan instingual, dan mengikat energi mental bersama sama dengan kebutuhan kenyataan luar dan aturan atau nilai moral seseorang.

C. Sistem Bawah sadar (*unconscious system*)

Sistem bawah sadar adalah sistem yang dinamis. Dengan kata lain, isi dan proses mental dari bawah sadar dijauhkan dari kesadaran melalui kekuatan penyensoran atau represi. Inti bawah sadar dapat diperoleh dari 5 ciri inti:

1. Bahwa sadar berhubungan erat dengan dorongan instingtual.
2. Isi bawah sadar adalah terbatas pada harapan yang mencari pemenuhan.
3. Sistem bawah sadar ditandai oleh proses berpikir primer, yang mempunyai tujuan utama instingtual.
4. Ingatan dalam bawah sadar telah dilepaskan dari hubungannya dengan simbol verbal.
5. Isi bawah sadar dapat menjadi disadari hanya dengan melalui prasadar, dimana sensor dikalahkan, dan memungkinkan elemen elemen memasuki kesadaran (Kaplan, 2010).

2.1.4. Psikoanalisa Sebagai Teknik Evaluasi Kepribadian

Menurut Sigmund Freud dalam Susatyo (2011), yakin bahwa struktur dasar kepribadian sudah terbentuk pada usia 5 tahun dan perkembangan kepribadian sesudah usia 5 tahun sebagian besar hanya merupakan perkembangan dari struktur dasar saat terbentuknya kepribadian seseorang. Freud membagi perkembangan kepribadian seseorang menjadi 3 tahap, yakni :

1. Tahap Infatil (0 – 5 tahun)

Pada tahap ini paling menentukan dalam membentuk kepribadian seseorang. Perkembangan kepribadian pada fase ini ditentukan oleh perkembangan insting seks, terkait dengan perkembangan biologis seseorang. Tahap ini dibagi dalam 3 fase :

- **Fase Oral (usia 0 – 1 tahun)**

Pada fase ini mulut merupakan daerah pokok dinamis yang dipilih oleh insting. Makan dan minum menjadi sumber kenikmatan. Kenikmatan yang diperoleh dari aktivitas menyuap atau menelan (*oral incorporation personality*) dan menggigit (*oral aggression*) dipandang sebagai prototype dari bermacam sifat pada masa mendatang. *Oral incorporation personality* pada masa dewasa akan menjadi orang yang senang/terobsesi mengumpulkan pengetahuan/harta benda, gampang ditipu, serta mudah menelan perkataan orang lain. Sedangkan *oral aggression* ditandai oleh kesenangan berdebat dan sikap sarkatik/merusak, bersumber dari sikap protes bayi dengan menggigit ibunya dalam menyusui. Tahap ini secara khusus ditandai oleh berkembangnya perasaan ketergantungan, mendapat perlindungan dari orang lain, khususnya ibu. Pada fase ini harus mulai diperhatikan cara mendidik dan mengarahkan, karena dengan adanya pola asuh yang salah maka hal negatif akan berdampak di usia dewasanya.

- **Fase Anal (usia 1 – 3 tahun)**

Pada fase ini, dubur menjadi daerah pokok aktivitas dinamis. Freud yakin bahwa toilet training dalam bentuk mulai dari belajar memuaskan diri dan ego, kebutuhan pemuasan diri dalam bentuk kenikmatan sesudah buang air besar dapat mengatasi hambatan sosial/tuntutan sosial, hambatan kontrol diri (*self control*) dan penguasaan diri (*self mastery*) saat usia dewasa. Dampak toilet training terhadap kepribadian di masa depan tergantung kepada sikap dan metode orang tua dalam melatih. *Anal retentiveness personality* adalah prototype tingkahlaku keras kepala dan kikir. *Anal expulsiveness personality* adalah prototype sifat ketidakteraturan/ jorok, destruktif, semaunya sendiri, atau kekerasan dan kekejaman. Dimasa yang akan datang dengan toilet

training yang baik dan benar akan mendorong seorang individu dewasa yang kreatif dan produktif.

- **Fase Phalis (usia 3 – 5 tahun)**

Pada fase ini alat kelamin merupakan daerah organ terpenting, perkembangan terpenting adalah timbulnya oedipus complex, yang diikuti fenomena castration anxiey (pada laki-laki) dan penis envy (pada perempuan). Oedipus complex adalah ketertarikan individu kepada orang tua yang berlawanan jenis serta permusuhan terhadap orang tua sejenis. Diusia dewasa, dapat dilihat seorang individu lebih menyukai pasangan yang usianya jauh lebih tua/ jauh lebih muda. Namun pada wanita hal ini tidak diekspresikan karena hambatan realistik pemuasan seksual itu sendiri.

2. Tahap Latent (5 – 12tahun)

Pada fase ini, anak mengalami periode perbedaan impuls seksual. Penurunan minat seksual akibat dari tidak adanya daerah organ baru yang dimunculkan oleh perkembangan biologis, fase ini lebih sebagai fenomena biologis. Disini anak mengembangkan kemampuan fase sebelumnya, yakni mengganti kepuasan libido dengan kepuasan nonseksual, khususnya dibidang atletik, intelektual, keterampilan, dan hubungan dengan teman sebaya. Fase ini ditandai dengan percepatan pembentukan super ego dan sifat narsistik. Bimbingan orang tua kepada anak sebaiknya bersikap sebagai pembimbing, dan mendorong libido seks anaknya ke arah nonseksual, sehingga anak akan lebih berprestasi dibidang yang mereka jalani.

3. Tahap Genital (diatas 12 tahun)

Pada fase ini, impuls seks mulai disalurkan ke obyek di luar, seperti berpartisipasi dalam kegiatan kelompok, menyiapkan karir,

cinta lain jenis, perkawinan, dan keluarga. Terjadi perubahan dari anak yang narsistik menjadi dewasa yang berorientasi sosial dan realistik. Fase ini berlanjut sampai tutup usia. Fase ini ditandai dengan kemasakan tanggung jawab seksual sekaligus tanggung jawab sosial, mengalami kepuasan melalui hubungan cinta heteroseksual tanpa diikuti dengan perasaan bersalah. Berikut beberapa ambaran tingkah laku orang dewasa yang masak, ditinjau dari dinamika kepribadian Freud :

- **Menunda Kepuasan**

Dilakukan karena obyek pemuas yang belum tersedia, lebih sebagai upaya memperoleh tingkat kepuasan yang lebih besar pada masa yang akan datang. Misalnya seseorang yang memiliki kepribadian yang telah dewasa.

- **Tanggung jawab**

Kontrol tingkah laku dilakukan oleh individu berlangsung efektif, tidak lagi harus mendapat bantuan kontrol dari lingkungan, ada kesadaran dalam diri individu tersebut.

- **Pemindahan atau sulimasi**

Mengganti kepuasan seksual menjadi kepuasan dalam bidang seni, budaya, dan keindahan. Bagi seorang individu dewasa akan mempunyai kemampuan untuk pemindahan atau sulimasi kepuasan seksual dalam bidang kegiatan di luar dirinya.

- **Memiliki kelompok**

Terlibat dalam organisasi sosial, politik, dan kehidupan sosial yang harmonis merupakan ciri individu dewasa. Mereka menyukai kehidupan berkelompok dan mempunyai komunitas tertentu.

2.1.5. Perkembangan Remaja

Adolesen (remaja) merupakan masa transisi dari anak-anak menjadi dewasa. Pada periode ini berbagai perubahan terjadi baik perubahan hormonal, fisik, psikologis maupun sosial. Perubahan ini terjadi dengan sangat cepat dan terkadang tanpa kita sadari. Perubahan fisik yang menonjol adalah perkembangan tanda-tanda seks sekunder, terjadinya pacu tumbuh, serta perubahan perilaku dan hubungan sosial dengan lingkungannya. Perubahan-perubahan tersebut dapat mengakibatkan kelainan maupun penyakit tertentu bila tidak diperhatikan dengan seksama.

Maturasi seksual terjadi melalui tahapan-tahapan yang teratur yang akhirnya mengantarkan anak siap dengan fungsi fertilitasnya, laki-laki dewasa dengan spermatogenesis, sedangkan anak perempuan dengan ovulasi. Di samping itu, juga terjadi perubahan psikososial anak baik dalam tingkah laku, hubungan dengan lingkungan serta ketertarikan dengan lawan jenis. Perubahan-perubahan tersebut juga dapat menyebabkan hubungan antara orangtua dengan remaja menjadi sulit apabila orangtua tidak memahami proses yang terjadi (Batubara, 2010).

2.1.6. Perubahan Psikososial Selama Pubertas

Perubahan fisik yang cepat dan terjadi secara berkelanjutan pada remaja menyebabkan para remaja sadar dan lebih sensitif terhadap bentuk tubuhnya dan mencoba membandingkan dengan teman-teman sebaya. Jika perubahan tidak berlangsung secara lancar maka berpengaruh terhadap perkembangan psikis dan emosi anak, bahkan terkadang timbul ansietas, terutama pada anak perempuan bila tidak dipersiapkan untuk menghadapinya. Sebaliknya pada orangtua keadaan ini dapat menimbulkan konflik bila proses anak menjadi dewasa ini tidak dipahami dengan baik. Perubahan psikososial pada remaja dibagi dalam tiga tahap yaitu remaja awal (*early adolescent*), pertengahan (*middle adolescent*), dan akhir (*late adolescent*).

Periode pertama disebut remaja awal atau *early adolescent*, terjadi pada usia 12-14 tahun. Pada masa remaja awal anak-anak terpapar pada perubahan tubuh yang cepat, adanya akselerasi pertumbuhan, dan perubahan komposisi tubuh disertai awal pertumbuhan seks sekunder. Karakteristik periode remaja awal ditandai oleh terjadinya perubahan-perubahan psikologis seperti,

- Krisis identitas,
- Jiwa yang labil,
- Meningkatnya kemampuan verbal untuk ekspresi diri,
- Pentingnya teman dekat/sahabat,
- Berkurangnya rasa hormat terhadap orangtua, kadang-kadang berlaku kasar,
- Menunjukkan kesalahan orangtua,
- Mencari orang lain yang disayangi selain orangtua,
- Kecenderungan untuk berlaku kekanak-kanakan, dan
- Terdapatnya pengaruh teman sebaya (*peer group*) terhadap hobi dan cara berpakaian .

Pada fase remaja awal mereka hanya tertarik pada keadaan sekarang, bukan masa depan, sedangkan secara seksual mulai timbul rasa malu, ketertarikan terhadap lawan jenis tetapi masih bermain berkelompok dan mulai bereksperimen dengan tubuh seperti masturbasi. Selanjutnya pada periode remaja awal, anak juga mulai melakukan eksperimen dengan rokok, alkohol, atau narkoba. Peran *peer group* sangat dominan, mereka berusaha membentuk kelompok, bertingkah laku sama, berpenampilan sama, mempunyai bahasa dan kode atau isyarat yang sama.

Periode selanjutnya adalah *middle adolescent* terjadi antara usia 15-17 tahun, yang ditandai dengan terjadinya perubahan-perubahan sebagai berikut:

- Mengeluh orangtua terlalu ikut campur dalam kehidupannya,
- Sangat memperhatikan penampilan,
- Berusaha untuk mendapat teman baru,
- Tidak atau kurang menghargai pendapat orangtua,
- Sering sedih/*moody*,
- Mulai menulis buku harian,
- Sangat memperhatikan kelompok main secara selektif dan kompetitif, dan
- Mulai mengalami periode sedih karena ingin lepas dari orangtua.

Pada periode *middle adolescent* mulai tertarik akan intelektualitas dan karir. Secara seksual sangat memperhatikan penampilan, mulai mempunyai dan sering berganti-ganti pacar. Sangat perhatian terhadap lawan jenis. Sudah mulai mempunyai konsep *role model* dan mulai konsisten terhadap cita-cita.

Periode *late adolescent* dimulai pada usia 18 tahun ditandai oleh tercapainya maturitas fisik secara sempurna. Perubahan psikososial yang ditemui antara lain,

- Identitas diri menjadi lebih kuat,
- Mampu memikirkan ide,
- Mampu mengekspresikan perasaan dengan katakata,
- Lebih menghargai orang lain,
- Lebih konsisten terhadap minatnya,
- Bangga dengan hasil yang dicapai,
- Selera humor lebih berkembang, dan
- Emosi lebih stabil.

Pada fase remaja akhir lebih memperhatikan masa depan, termasuk peran yang diinginkan nantinya. Mulai serius dalam berhubungan dengan lawan jenis, dan mulai dapat menerima tradisi dan kebiasaan lingkungan.(Batubara,2010)

Masa remaja adalah masa yang ditandai oleh adanya perkembangan yang pesat dari aspek biologik, psikologik, dan juga sosialnya. Kondisi ini mengakibatkan terjadinya berbagai disharmonisasi yang membutuhkan penyeimbangan sehingga remaja dapat mencapai taraf perkembangan psikososial yang matang dan adekuat sesuai dengan tingkat usianya. Kondisi ini sangat bervariasi antar remaja dan menunjukkan perbedaan yang bersifat individual, sehingga setiap remaja diharapkan mampu menyesuaikan diri mereka dengan tuntutan lingkungannya.

Ada tiga faktor yang berperan dalam hal tersebut, yaitu;

1. Faktor individu yaitu kematangan otak dan konstitusi genetik (antara lain temperamen).
2. Faktor pola asuh orangtua di masa anak dan pra-remaja.
3. Faktor lingkungan yaitu kehidupan keluarga, budaya lokal, dan budaya asing.

Setiap remaja sebenarnya memiliki potensi untuk dapat mencapai kematangan kepribadian yang memungkinkan mereka dapat menghadapi tantangan hidup secara wajar di dalam lingkungannya, namun potensi ini tentunya tidak akan berkembang dengan optimal jika tidak ditunjang oleh faktor fisik dan faktor lingkungan yang memadai.(IDAI,2010)

2.1.7. Faktor faktor psikososial yang mempengaruhi perilaku seseorang

Menurut Rutter dkk. (1998), mengatakan bahwa faktor psikosisoal adalah faktor yang berperan sebagai faktor pelindung ataupun faktor resiko terhadap timbulnya suatu perilaku antisosial pada tiap tiap individu. hal ini dikarenakan adanya perbedaan individu dalam memberikan respon terhadap faktor faktor psikososial. Dengan demikian akan selalu ada faktor risiko dan faktor protektif yang berkaitan dengan pembentukan kepribadian seorang remaja. Dapat bersifat individual, konstektual (pengaruh lingkungan), atau yang dihasilkan melalui interaksi antara individu dengan lingkungannya.

Faktor risiko yang disertai dengan kerentanan psikososial, dan resilience pada seorang remaja akan memicu terjadinya gangguan emosi dan perilaku yang khas pada seorang remaja (IDAI, 2010).

1. Faktor Individu

- a. Faktor genetik/konstitusional; berbagai gangguan mental mempunyai latar belakang genetik yang cukup nyata, seperti gangguan tingkah laku, gangguan kepribadian, dan gangguan psikologik lainnya.
- b. Hormonal: Akibat perubahan tersebut seringkali seorang menjadi gelisah. Pertumbuhan badan yang cepat dan hampir menyerupai tubuh dewasa akan membuat dampak sosial berupa pandangan masyarakat yang memandang seseorang bukan sebagai anak-anak lagi. Di lain pihak secara psikologis remaja belum siap untuk dianggap dewasa. Keadaan yang membuat remaja bingung tersebut membuat remaja akan mendekati kelompok sebayanya dan menjauhi orang tuanya.
- c. Berbagai gangguan mental mempunyai latar belakang genetik yang cukup nyata, seperti gangguan tingkah laku, gangguan kepribadian, dan gangguan psikologik lainnya.
- d. Kurangnya kemampuan keterampilan sosial seperti, menghadapi rasa takut, rendah diri, dan rasa tertekan. Adanya kepercayaan bahwa perilaku kekerasan adalah perilaku yang dapat diterima, dan disertai dengan ketidakmampuan menangani rasa marah. Kondisi ini cenderung memicu timbulnya perilaku risiko tinggi bagi remaja.
- e. Kegagalan pembentukan identitas diri

Menurut J. Piaget, awal masa remaja terjadi transformasi kognitif yang besar menuju cara berpikir yang lebih abstrak, konseptual, dan berorientasi ke masa depan (*future oriented*). Remaja mulai menunjukkan minat dan kemampuan di bidang tulisan, seni, musik, olah raga, dan keagamaan. E. Erikson

dalam teori perkembangan psikososialnya menyatakan bahwa tugas utama di masa remaja adalah membentuk identitas diri yang mantap yang didefinisikan sebagai kesadaran akan diri sendiri serta tujuan hidup yang lebih terarah. Mereka mulai belajar dan menyerap semua masalah yang ada dalam lingkungannya dan mulai menentukan pilihan yang terbaik untuk mereka seperti teman, minat, atau pun sekolah. Di lain pihak, kondisi ini justru seringkali memicu perseteruan dengan orangtua atau lingkungan yang tidak mengerti makna perkembangan di masa remaja dan tetap merasa bahwa mereka belum mampu serta memperlakukan mereka seperti anak yang lebih kecil.

Secara perlahan, remaja mulai mencampurkan nilai-nilai moral yang beragam yang berasal dari berbagai sumber ke dalam nilai moral yang mereka anut, dengan demikian terbentuklah superego yang khas yang merupakan ciri khas bagi remaja tersebut sehingga terjawab pertanyaan siapakah aku? dan kemanakah tujuan hidup saya?

Bila terjadi kegagalan atau gangguan proses identitas diri ini maka terbentuk kondisi kebingungan peran (*role confusion*). Role confusion ini sering dinyatakan dalam bentuk negativisme seperti, menentang dan perasaan tidak percaya akan kemampuan diri sendiri. Negativisme ini merupakan suatu cara untuk mengekspresikan kemarahan akibat perasaan diri yang tidak adekuat akibat dari gangguan dalam proses pembentukan identitas diri di masa remaja ini.

g. Gangguan perkembangan moral

Moralitas adalah suatu konformitas terhadap standar, hak, dan kewajiban yang diterima secara bersama, apabila ada dua standar yang secara sosial diterima bersama tetapi saling

konflik maka umumnya remaja mengambil keputusan untuk memilih apa yang sesuai berdasarkan hati nuraninya. Dalam pembentukan moralitasnya, remaja mengambil nilai etika dari orangtua dan agama dalam upaya mengendalikan perilakunya. Selain itu, mereka juga mengambil nilai apa yang terbaik bagi masyarakat pada umumnya. Dengan demikian, penting bagi orangtua untuk memberi suri teladan yang baik dan bukan hanya menuntut remaja berperilaku baik, tetapi orangtua sendiri tidak berbuat demikian.

Secara moral, seseorang wajib menuruti standar moral yang ada namun sebatas bila hal itu tidak membahayakan kesehatan, bersifat manusiawi, serta berlandaskan hak asasi manusia. Dengan berakhirnya masa remaja dan memasuki usia dewasa, terbentuklah suatu konsep moralitas yang mantap dalam diri remaja. Jika pembentukan ini terganggu maka remaja dapat menunjukkan berbagai pola perilaku antisosial dan perilaku menentang yang tentunya mengganggu interaksi remaja tersebut dengan lingkungannya, serta dapat memicu berbagai konflik (IDAI, 2010).

2. Hubungan dengan orang tua/ Keluarga

Ketidakharmonisan antara orangtua, orangtua dengan penyalahgunaan zat, gangguan mental pada orangtua, ketidakserasian temperamen antara orangtua dan remaja, serta pola asuh orangtua yang tidak empatetik dan cenderung dominasi, semua kondisi di atas sering memicu timbulnya perilaku agresif dan temperamen yang sulit pada anak dan remaja (IDAI, 2010).

A. Pola Asuh

Terdapat beberapa ragam pola asuh yang umum seperti otoritarian, permisif, acuh tak acuh dan otoritatif. Seringkali orangtua menerapkan "standar" pola pengasuhan kepada anak-anak mereka sebagaimana orang tua tersebut diasuh oleh kakek dan

neneknya. Dengan dalih untuk meraih kesuksesan dan menerapkan disiplin, memberlakukan norma norma tertentu yang belum tentu sesuai dengan perkembangan jiwa anak anaknya (Rutter, 1998).

Ada 3 bentuk pola asuh orang tua:

a. Pola asuh otoriter

Pola asuh otoriter adalah suatu gaya pengasuhan yang membatasi dan menuntut anak untuk mengikuti perintah-perintah orang tua. Orang tua yang menerapkan pola asuh otoriter mempunyai ciri-ciri bersifat kaku, tegas, suka menghukum dan kurang kasih sayang. Orang tua memaksa anak-anak untuk patuh terhadap nilai-nilai dan peraturan mereka. Dalam memberikan peraturan itu tidak ada usaha untuk menjelaskan kepada anak mengapa ia harus patuh pada peraturan itu. Anak dari orang tua yang otoriter cenderung bersifat curiga pada orang lain dan merasa tidak bahagia dengan dirinya sendiri merasa canggung berhubungan dengan teman sebaya, canggung menyesuaikan diri pada awal masuk sekolah dan memiliki prestasi belajar yang rendah dibandingkan dengan anak-anak lain. Anak cenderung agresif, impulsive, pemurung dan kurang mampu konsentrasi.

b. Pola asuh demokratis

Pola asuh demokratis adalah salah satu gaya pengasuhan yang memperlihatkan pengawasan ekstra ketat terhadap tingkah laku anak-anak, tetapi mereka juga bersikap responsif. Orang tua yang demokratis memandang sama kewajiban dan hak antara anak dan orang tua. Secara bertahap orang tua memberikan tanggung jawab bagi anaknya terhadap segala sesuatu yang diperbuatnya sampai mereka dewasa. Orang tua

yang demokratis memperlakukan anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangan anak dan dapat memperhatikan serta mempertimbangkan keinginan anak. Pola asuh yang ideal atau pola asuh yang baik adalah pola asuh demokratis dimana anak mempunyai hak untuk mengetahui mengapa peraturan-peraturan dibuat dan memperoleh kesempatan mengemukakan pendapatnya sendiri bila ia menganggap bahwa peraturan itu tidak adil. Dampak perkembangan psikologi anak dengan pola asuh demokratis yaitu rasa harga diri yang tinggi, memiliki moral yang standar, kematangan psikologisosial, kemandirian dan mampu bergaul dengan teman sebayanya.

c. Pola asuh permisif

Pola asuh yang permisif, anak dituntut sedikit sekali tanggung jawab tetapi mempunyai hak yang sama seperti orang dewasa. Anak diberi kebebasan untuk mengatur dirinya sendiri dan orang tua tidak banyak mengatur anaknya. Dalam pola asuh ini diasosiasikan dengan kurangnya kemampuan pengendalian diri anak karena orang tua yang cenderung membiarkan anak mereka melakukan apa saja yang mereka inginkan dan akibatnya anak selalu mengharap semua keinginannya dituruti. Dalam pola asuh permisif, bimbingan terhadap anak kurang dan semua keputusan lebih banyak dibuat oleh anak daripada orang tuanya. Dalam pola asuh ini, sikap *acceptance* orang tua tinggi namun tingkat kontrolnya rendah. Dampak perkembangan terhadap psikologi anak yaitu kurang percaya diri, pengendalian diri buruk, rasa harga diri yang rendah (Jahya, 2011).

B. Keluarga Tidak harmonis/ Perceraian/Perpisahan

Seorang anak akan menginginkan mempunyai seorang ayah dan ibu, ia merasa bahwa kehidupan ayah dan ibu adalah bagian dari kehidupannya. Pada keluarga yang tidak harmonis dan seingkali terjadi pertengkaran orang tua maupun anggota keluarga, akan membuat situasi dan perkembangan kepribadian seorang anak akan terganggu. dengan adanya perceraian atau perpisahan, konflik yang dirasakan oleh ayah dan ibu akan dirasakan oleh anak pula (Rutter, 1998).

3. Sekolah

Bullying dan *hazing* merupakan suatu tekanan yang cukup serius bagi remaja dan berdampak negatif bagi perkembangan remaja. Prevalensi kedua kondisi di atas diperkirakan sekitar 10 - 26%. Dalam penelitian tersebut dijumpai bahwa siswa yang mengalami bullying menunjukkan perilaku yang tidak percaya diri, sulit bergaul, merasa takut datang ke sekolah sehingga angka absensi menjadi tinggi, dan kesulitan dalam berkonsentrasi di kelas sehingga mengakibatkan penurunan prestasi belajar; tidak jarang mereka yang mengalami bullying maupun hazing yang terus menerus menjadi depresi dan melakukan tindak bunuh diri (IDAI, 2010).

4. Pengaruh teman sebaya

Kelompok teman sebaya mempunyai peran dan pengaruh yang besar terhadap kehidupan seorang remaja. Interaksi sosial dan afiliasi teman sebaya mempunyai peranan yang besar dalam mendorong terbentuknya berbagai keterampilan sosial. Bagi remaja, rumah adalah landasan dasar sedangkan dunianya adalah sekolah. Pada fase perkembangan remaja, anak tidak saja mengagumi orangtuanya, tetapi juga mengagumi figur-figur di luar lingkungan rumah, seperti teman

sebaya, guru, orangtua temanya, olahragawan, dan lainnya (IDAI, 2010).

Dengan demikian, bagi remaja hubungan yang terpenting bagi diri mereka selain orangtua adalah teman-teman sebaya dan seminatnya. Remaja mencoba untuk bersikap independent dari keluarganya akibat peran teman sebayanya. Di lain pihak, pengaruh dan interaksi teman sebaya juga dapat memicu timbulnya perilaku antisosial, seperti mencuri, melanggar hak orang lain, serta membolos, dan lainnya (IDAI, 2010).

5. Hubungan dengan lingkungan

Selama ini banyak peneliti maupun pakar yang mempertanyakan dan membandingkan seberapa jauh pengaruh hereditas dan pengaruh lingkungan terhadap karakteristik seseorang. Apakah *Nature* atau *nurture* yang lebih berpengaruh? Kedua hal tersebut tidak dapat dipisahkan dan saling berinteraksi satu sama lain. Gen juga membutuhkan dukungan dari lingkungan (Rutter,1998). Menurut Rutter (1998) macam macam lingkungan yang akan mempengaruhi perkembangan mental seseorang:

a. Masalah Keuangan

Masalah sosial ekonomi juga berpengaruh secara signifikan terhadap motivasi maupun prestasi belajar siswa. Pada akhirnya akan berpengaruh pada kesehatan mental siswa tersebut. Namun demikian bukan hanya masalah besar kecilnya jumlah uang saja yang berpengaruh namun motivasi dan cara pemberian uang yang diberikan.

b. Masalah hukum

Keterlibatan seseorang dengan sangsi hukum akan sangat berpengaruh pada kesehatan mentalnya. Bisa dibayangkan jika hal tersebut dialami oleh orang yang belum dewasa, apalagi jika

kasusnya sudah berakibat pada tuntutan hukum, proses pengadilan dan hukuman atau penjara.

c. Penyakit fisik

Tidak selamanya kondisi seseorang selalu dalam keadaan prima atau sehat. Demikian juga pada anak-anak maupun remaja pada masa sekolah. Gangguan psikologis juga dapat terjadi pada anak dengan obesitas. Badan yang terlalu gemuk sering membuat anak sering diejek oleh teman-temannya. Sehingga memiliki dampak yang kurang baik pada perkembangan psikologis anak (Pingkan Palilingan, 2010).

2.1.8. Faktor Protektif Perkembangan Remaja

Faktor protektif merupakan faktor yang memberikan penjelasan bahwa tidak semua remaja yang mempunyai faktor risiko akan mengalami masalah perilaku atau emosi, atau mengalami gangguan jiwa tertentu. Rutter (1985) menjelaskan bahwa faktor protektif merupakan faktor yang memodifikasi, merubah, atau menjadikan respons seseorang menjadi lebih kuat menghadapi berbagai macam tantangan yang datang dari lingkungannya. Faktor protektif ini akan berinteraksi dengan faktor risiko dengan hasil akhir berupa terjadi atau tidaknya masalah perilaku atau emosi, atau gangguan mental di kemudian hari (IDAI, 2010).

Rae G N dkk. mengemukakan berbagai faktor protektif, antara lain adalah:

1. Karakter/watak personal yang positif.
2. Lingkungan keluarga yang suportif.
3. Lingkungan sosial yang berfungsi sebagai sistem pendukung untuk memperkuat upaya penyesuaian diri remaja.
4. Keterampilan sosial yang baik. Tingkat intelektual yang baik.

Menurut E. Erikson, dengan memperkuat faktor protektif dan menurunkan faktor risiko pada seorang remaja maka tercapailah kematangan kepribadian dan kemandirian sosial yang diwarnai oleh;

1. *Self awareness* yang ditandai oleh rasa keyakinan diri serta kesadaran akan kekurangan dan kelebihan diri dalam konteks hubungan interpersonal yang positif.
2. *Role of anticipation and role of experimentation*, yaitu dorongan untuk mengantisipasi peran positif tertentu dalam lingkungannya, serta adanya keberanian untuk bereksperimen dengan perannya tersebut yang tentunya disertai dengan kesadaran akan kelebihan dan kekurangan yang ada dalam dirinya.
3. *Apprenticeship*, yaitu kemauan untuk belajar dari orang lain untuk meningkatkan kemampuan/keterampilan dalam belajar dan berkarya (IDAI, 2010).

2.1.9. Skreening Psikososial anak

Pemeriksaan pada anak adalah meliputi wawancara klinis dengan orang tua, anak dan keluarga; informasi tentang fungsi sekolah anak sekarang; dan pemeriksaan baku tentang tingkat kecerdasan anak dan pencapaian akademik. Langkah pertama dalam pemeriksaan lengkap pada seorang anak adalah bertemu dengan orang tua untuk mendapatkan gambaran lengkap tentang permasalahan sekarang dan riwayat status psikiatri dan medis anak. Suatu wawancara dan observasi pada anak adalah langkah selanjutnya. Selanjutnya tes psikologi harus dilakukan.

Untuk meningkatkan jumlah informasi yang didapatkan, klinisi dapat menggunakan wawancara semi terstruktur atau terstruktur seperti *Kiddie schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)* dan *Diagnostic Interview schedule for Children-Revised (DISC-R)* dan skala penilaian seperti *Child Behavior Checklist* dan *Teacher Questionnaire*.

Selain itu skala penilaian psikososial dapat menggunakan *Pediatric Symptom Checklist (PSC)*.

Remaja umumnya dapat menceritakan kronologis tentang peristiwa yang menyebabkan pemeriksaan, walaupun beberapa anak biasanya tidak menyetujui diperlukannya pemeriksaan. Klinisi harus mengkomunikasikan nilai mendengarkan cerita dari titik pandang remaja dan harus dengan cermat menunda penilaian dan tidak menyalahkan. Remaja mungkin takut tentang konfidensialitas, dan klinisi dapat memastikan bahwa akan dimintakan izin dari mereka sebelum informasi spesifik diceritakan pada orang tua, kecuali pada situasi yang dapat membahayakan remaja atau orang lain.

1. *Child Behavior Checklist*

Versi orang tua dan guru dari daftar uji ini dikembangkan untuk mencakup berbagai gejala dan beberapa sumbangan positif yang berhubungan dengan kemampuan akademik dan sosial. Daftar ini diberikan dalam hal yang berhubungan dengan mood, toleransi frustrasi, hiperaktivitas, perilaku oposisional, kecemasan, dan berbagai perilaku lain. Versi orang tua terdiri dari 118 hal yang dinilai dalam skala 0 (tidak benar), 1 (kadang kadang), 2 (sangat benar). Versi untuk guru serupa tetapi tanpa hal yang hanya dapat dinilai di rumah. Dikembangkan ciri yang didasarkan pada anak normal dari 3 kelompok usia yang berbeda (4 sampai 5, 6 sampai 11, dan 12 sampai 16).

Daftar uji tersebut mengidentifikasi bidang masalah spesifik yang akan terlewatkan, dan mengungkapkan dibidang mana perilaku anak menyimpang, dibandingkan dengan anak normal pada kelompok usia yang sama, walaupun daftar uji tidak digunakan secara spesifik untuk membuat diagnosis (Kaplan, 2010).

2. *The Pediatric Symptom Checklist*

The Pediatric Symptom Checklist adalah skrining untuk memfasilitasi gangguan dari kognitif, emosi, dan masalah perilaku, sehingga

intervensi yang tepat dapat dilakukan secara dini. ada beberapa jenis PSC antara lain PSC-35 dan PSC-17.

A. PSC-35

PSC-35 terdiri dari 35 pertanyaan yang dinilai menggunakan, "tidak pernah", "kadang kadang" atau "sering" yang masing masing disajikan secara berurutan menggunakan skor 0,1, dan 2. dan total skor tersebut dijumlahkan dari 35 butir pertanyaan tersebut. untuk anak dan remaja usia 6 sampai 16 tahun, nilai ≥ 28 mengindikasikan adanya gangguan psikososial. untuk anak usia 4 dan 5 tahun, nilai ambangnya adalah ≥ 24 . untuk Y-PSC ≥ 30 . Butir pertanyaan yang tidak diisi dianggap "0". Jika 4 pertanyaan tidak diisi Kuisisioner dianggap gagal (Jellinek, 1999).

Tabel 2.1. Tabel PSC-35

No	Perilaku Anak	Tidak Pernah 0	Kadang kadang 1	Sering 2
1	Seing mengeluh nyeri atau sakit			
2	Menyendiri			
3	Mudah lelah kurang energik			
4	Gelisah sulit untuk duduk tenang			
5	BERmasalah dengan guru di sekolah			
6	Kurang perhatian pada pelajaran di sekolah			
7	Berperilaku seolah-olah dikendalikan oleh mesin			

8	Terlalu banyak melamun			
9	Mudah teralih perhatiannya			
10	Takut pada situasi baru			
11	Sedih dan murung			
12	Mudah marah			
13	Cepat putus asa			
14	Susah berkonsentrasi			
15	Tidak suka berteman			
16	Berkelahi dengan anak lain			
17	Membolos di sekolah			
18	Penurunan prestasi di sekolah			
19	Memandang rendah diri sendiri			
20	Ke dokter, tetapi tidak ditemukan kelainan			
21	Gangguan tidur			
22	Kecemasan yang berlebihan			
23	Ingin bersama orang tua lebih lama			
24	Merasa dirinya buruk			
25	Mengambil resiko berlebihan			
26	Ceroboh			
27	Kurang gembira			
28	Kekanak kanakan bila dibandingkan teman			

	teman			
29	Tidak mengikuti peraturan			
30	Sulit menunjukkan perasaan			
31	Tidak memahami perasaan orang lain			
32	Mengganggu orang lain			
33	Menyalahkan diri sendiri			
34	Mengambil barang milik orang lain			
35	Menolak untuk berbagi			

(<https://brightfutures.org/>)

B. PSC-17

PSC-17 *Pediatric symptom checklist-17* merupakan alat yang digunakan untuk mengukur masalah psikososial berupa kuesioner terdiri atas 17 pertanyaan. PSC-17 merupakan perbaharuan dari PSC-35 yang dibuat lebih sederhana oleh Gardner dkk (1999). Tujuhbelas pertanyaan yang dibagi menjadi subskala internalisasi, terdiri atas 5 pertanyaan, subskala eksternalisasi 7 pertanyaan, dan subskala perhatian 5 pertanyaan, masing-masing pertanyaan memiliki skor 0, 1, dan 2. Skor masing-masing subskala tersebut dijumlahkan dan jumlah skor tersebut dijadikan skor total. Kuesioner ini dirancang untuk mengenali masalah kognitif, emosi, dan perilaku sehingga intervensi yang tepat dapat segera diinisiasi. Dicurigai terdapat masalah psikososial jika jumlah skor internalisasi ≥ 5 , jumlah skor eksternalisasi ≥ 7 , jumlah skor perhatian ≥ 7 , atau skor total ≥ 15 (Gardner, 1999).

Tabel.2.2. Tabel PSC-17

No	Perilaku	Tidak Pernah 0	Kadang kadang 1	Sering 2
1	Merasa Sedih, Tidak bahagia			
2	Mudah Putus asa			
3	Cemas, Khawatir			
4	Menyalahkan diri sendiri			
5	Tampak tidak gembira			
6	Berkelahi dengan anak lain			
7	Tidak memperhatikan aturan			
8	Tidak mengerti perasaan anak lain			
9	Mengganggu anak lain			
10	Menyalahkan orang lain atas kesalahan sendiri			
11	Menolak berbagi			
12	Mengambil barang milik orang lain			
13	Gelisah tidak bisa duduk diam			
14	Banyak melamun			
15	Mudah beralih perhatian			
16	Sulit berkonsentrasi			
17	Bergerak seperti dikendalikan mesin			

Untuk menentukan masalah gangguan mental apa, terdapat 3 jenis pada skor ini antara lain:

- The PSC-17 Internalizing Subscale :
 - Merasa sedih, tidak bahagia
 - Mudah putus asa
 - Cemas khawatir
 - Menyalahkan diri sendiri
 - Tampak tidak gembira
- The PSC-17 Attention Subscale :
 - Gelisah, Sulit untuk duduk tenang
 - Banyak Melamun
 - Mudah beralih perhatian
 - Sulit berkonsentrasi
 - Bergerak seperti dikendalikan mesin
- The PSC-17 Externalizing Subscale :
 - Berkelahi Dengan anak lain
 - Tidak memperhatikan aturan
 - Tidak menegerti perasaan anak lain
 - Mengganggu anak lain
 - Menyalahkan orang lain atas kesalahan sendiri
 - Menolak berbagi
 - Mengambil barang milik orang lain (Gardner, 1999)

2.2. Obesitas

2.2.1. Definisi Obesitas

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), Obesitas merupakan keadaan indeks massa tubuh (IMT) anak yang berada di atas persentil ke-95 pada grafik tumbuh kembang anak sesuai jenis kelaminnya. Menurut *Central for Disease Control* (CDC) Amerika Serikat mengkategorikan anak dikatakan obesitas apabila mengalami

i kelebihan berat badan di atas persentik ke-95 dengan proporsi lemak tubuh yang lebih besar dibandingkan komponen lainnya (Farid, 2007).

Obesitas adalah kelebihan berat badan sebagai akibat dari penimbunan lemak berlebihan dengan ambang batas $IMT/U > 2$ Standar Deviasi. (WHO,2003). Menurut Laurentia (2004), Obesitas dari segi kesehatan merupakan salah satu penyakit gizi, sebagai akibat konsumsi makanan yang jauh melebihi kebutuhannya. Perbandingan normal antara lemak tubuh dengan berat badan adalah sekitar 12-35% pada wanita dan 18-23% pada pria.

2.2.2. Prevalensi Obesitas

Menurut *World Health Organization*(WHO), obesitas merupakan salah satu daripada 10 kondisi yang berisiko di seluruh dunia dan salah satu daripada 5 kondisi yang berisiko di negara-negara berkembang. Prevalensi obesitas di seluruh dunia baik di negara berkembang maupun negara yang sedang berkembang telah meningkat dalam jumlah yang mengkhawatirkan. Pada tahun 2007, diperkirakan sekitar 22 juta anak di dunia yang berusia kurang dari 5 tahun mengalami kegemukan dan obesitas. Lebih dari 7% anak yang mengalami kegemukan dan obesitas itu tinggal di negara yang pendapatannya menengah ke bawah (WHO, 2009).

Masalah *overweight* dan obesitas meningkat dengan cepat di berbagai belahan dunia menuju proporsi epidemik. Hal tersebut disebabkan peningkatan diet yang tinggi lemak dan gula, disertai penurunan aktivitas fisik. Di negara

maju, obesitas telah menjadi epidemi dengan memberikan kontribusi sebesar 35% terhadap angka kesakitan dan memberikan kontribusi sebesar 15-20% terhadap kematian. Berbagai laporan terkini mengindikasikan bahwa prevalensi obesitas di seluruh dunia baik di negara berkembang maupun negara yang sedang berkembang telah meningkat dalam jumlah yang mengkhawatirkan. Hal tersebut dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius karena obesitas dapat memacu kelainan kardiovaskuler, ginjal, metabolik, prototombik, dan respon inflamasi (Arundhana, 2010).

Prevalensi obesitas sentral pada laki-laki di Amerika Serikat (AS) meningkat dari 37% (periode 1999 - 2000) menjadi 42.2% (periode 2003-2004), sedangkan prevalensi obesitas sentral pada perempuan AS meningkat dari 55,3% menjadi 61,3% pada periode yang sama. Peningkatan prevalensi obesitas sentral berdampak pada munculnya berbagai penyakit degeneratif seperti aterosklerosis, penyakit kardiovaskuler, diabetes tipe 2, batu empedu, gangguan fungsi pulmonal, hipertensi dan dislipidemia (Farid, 2007).

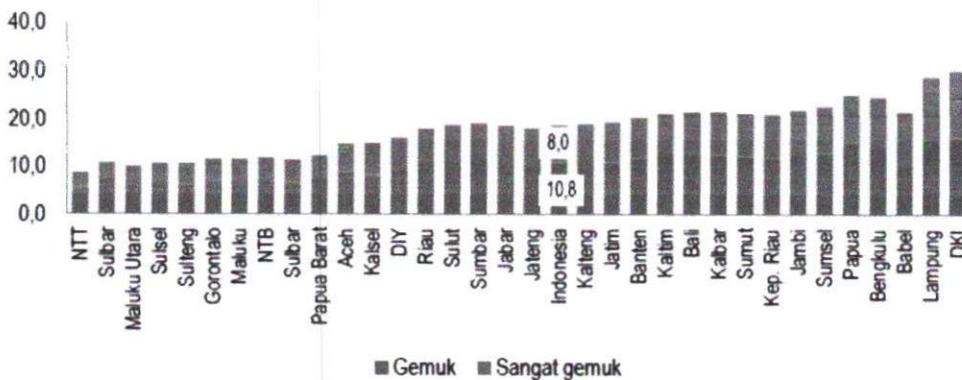
Masalah kegemukan dan obesitas di Indonesia terjadi pada semua kelompok umur dan pada semua strata sosial ekonomi. Pada anak sekolah, kejadian kegemukan dan obesitas merupakan masalah yang serius karena akan berlanjut hingga usia dewasa. Kegemukan dan obesitas pada anak berisiko berlanjut ke masa dewasa, dan merupakan faktor risiko terjadinya berbagai penyakit metabolik dan degeneratif seperti penyakit kardiovaskuler, diabetes mellitus, kanker, osteoarthritis, dll. Pada anak, kegemukan dan obesitas juga dapat mengakibatkan berbagai masalah kesehatan yang sangat merugikan kualitas hidup anak seperti gangguan pertumbuhan tungkai kaki, gangguan tidur, sleep apnea (henti napas sesaat) dan gangguan pernafasan lain. (Kemenkes, 2012).

Menurut RISKESDAS tahun 2010 Dalam RISKESDAS (2013), menunjukkan prevalensi kegemukan dan obesitas pada anak sekolah (6-12 tahun) sebesar 9,2%. Sebelas propinsi, seperti D.I. Aceh (11,6%), Sumatera Utara (10,5%), Sumatera Selatan (11,4%), Riau (10,9%), Lampung (11,6%),

Kepulauan Riau (9,7%), DKI Jakarta (12,8%), Jawa Tengah (10,9%), Jawa Timur (12,4%), Sulawesi Tenggara (14,7%), Papua Barat (14,4%) berada di atas prevalensi nasional.

Hasil penelitian di beberapa kota menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan prevalensi kegemukan dan obesitas. Hasil penelitian di Yogyakarta (M. Julia, et al, 2008) menunjukkan adanya peningkatan prevalensi hampir dua kali lipat dalam waktu lima tahun. Prevalensi kegemukan dan obesitas pada anak sekolah di Yogyakarta pada tahun 1999 sebesar 8,0%, meningkat menjadi 12,3% pada tahun 2004 (RISKESDAS, 2013).

Secara nasional masalah gemuk pada anak umur 5-12 tahun masih tinggi yaitu 18,8 persen, terdiri dari gemuk 10,8 persen dan sangat gemuk (obesitas) 8,8 persen. Prevalensi gemuk terendah di Nusa Tenggara Timur (8,7%) dan tertinggi di DKI Jakarta (30,1%). Sebanyak 15 provinsi dengan prevalensi sangat gemuk di atas nasional, yaitu Kalimantan Tengah, Jawa Timur, Banten, Kalimantan Timur, Bali, Kalimantan Barat, Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Jambi, Papua, Bengkulu, Bangka Belitung, Lampung dan DKI Jakarta (RISKESDAS, 2013).



Gambar 2.1. Prevalensi gemuk, sangat gemuk anak usia 5- 12 tahun Tahun 2013 (RISKESDAS, 2013)

2.2.3. Etiologi Faktor yang mempengaruhi obesitas

Menurut hukum termodinamik, Obesitas terjadi karena ketidakseimbangan antara asupan energi dengan keluaran sehingga terjadi kelebihan energi yang selanjutnya disimpan dalam bentuk jaringan lemak. Kelebihan energi tersebut dapat disebabkan oleh asupan energi yang tinggi atau keluaran energi yang rendah (Damayanti, 2002).

3 faktor utama penyebab obesitas adalah masukan energi yang melebihi dari kebutuhan tubuh, penggunaan kalori yang kurang, dan faktor hormonal. Di samping itu, obesitas juga disebabkan oleh beberapa faktor herediter, suku, bangsa, dan persepsi bayi gemuk adalah bayi sehat (Soetjiningsih, 1995). Menurut Damayanti (2002), secara garis besar membagi faktor penyebab obesitas menjadi 2, yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan.

Peningkatan pendapatan masyarakat pada kelompok sosial ekonomi tertentu, terutama di perkotaan, menyebabkan adanya perubahan pola makan dan pola aktivitas yang mendukung terjadinya peningkatan jumlah penderita kegemukan dan obesitas. Obesitas berhubungan dengan pola makan, terutama bila makanan yang mengandung tinggi kalori, tinggi garam dan rendah serat. Selain itu, terdapat faktor lain yang mempengaruhi seperti faktor demografi, faktor sosiokultural, faktor biologi, dan faktor perilaku (Damayanti, 2002).

2.2.4. Faktor yang mempengaruhi Obesitas

1. Faktor genetik

Kecenderungan menjadi gemuk pada keluarga tertentu telah lama diketahui berdasarkan fakta adanya perbedaan kecepatan metabolisme tubuh antara satu individu dengan individu lainnya. Individu yang memiliki kecepatan metabolisme lebih lambat memiliki resiko yang lebih besar mengalami obesitas. Bila salah satu diantara kedua orang tuanya menderita kegemukan maka 40% dari anak-anaknya menjadi gemuk dan

kemungkinan bertambah menjadi 80% apabila kedua orang tuanya menderita kegemukan (Soetjiningsih, 1995).

2. Faktor Psikologis

Sebab-sebab psikologis terjadinya kegemukan ialah bagaimana gambaran kondisi emosional yang tidak stabil yang menyebabkan kecenderungan seorang individu untuk melakukan pelarian diri dengan cara banyak makan makanan yang mengandung kalori atau kolestrol tinggi. Kondisi ini biasanya bersifat ekstrim, artinya menimbulkan gejala emosional yang sangat dahsyat dan bersifat traumatis (Utomo, 2012).

3. Faktor Kecelakaan atau Cidera Otak

Salah satu faktor penyebab obesitas adalah kecelakaan yang menyebabkan cidera otak terutama pada pusat pengaturan rasa lapar. Kerusakan syaraf otak ini menyebabkan individu tidak pernah merasa kenyang, walaupun telah makan makanan yang banyak, dan akibatnya badan individu menjadi gemuk (Utomo, 2012).

4. Faktor sosial ekonomi.

Perubahan pengetahuan, sikap, perilaku dan gaya hidup, pola makan, serta peningkatan pendapatan mempengaruhi pemilihan jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi. Suatu data menunjukkan bahwa beberapa tahun terakhir terlihat adanya perubahan gaya hidup yang menjurus pada penurunan aktifitas fisik, seperti: ke sekolah dengan naik kendaraan dan kurangnya aktifitas bermain dengan teman serta lingkungan rumah yang tidak memungkinkan anak-anak bermain diluar rumah, sehingga anak lebih senang bermain komputer / *games*, nonton TV atau video dibanding melakukan aktifitas fisik. Selain itu juga ketersediaan dan harga dari *junk food* yang mudah terjangkau akan berisiko menimbulkan obesitas (kiess, 2004).

5. Pola Makan

Pola makan Pola makan dapat menggambarkan frekuensi makan anak dalam sehari, dan hal ini berhubungan dengan kebiasaan makan anak di rumah. Masyarakat Indonesia biasanya mempunyai pola makan 3 kali dalam sehari, dibagi menjadi makan pagi, makan siang, dan makanan malam. Gangguan pola makan adalah adanya pola makan yang berbeda dari sekelompok orang mempunyai kebiasaan makan normal dalam tingkat gizi, sosial, ekonomi, dan lingkungan budaya yang sama.

Kebiasaan makan yang tinggi kalori dan lemak, serta minimnya serat juga berperan besar dalam meningkatkan resiko terjadinya obesitas pada anak. Makanan seperti ini sering ditemukan pada tempat makan cepat saji yang menyediakan makanan *junk food*. Biasanya makanan *junk food* kerap kali menjadi alternatif pengganti dalam pemilihan makanan. Jika hal ini terus berlangsung dalam jangka waktu lama, maka resiko obesitas pada anak akan semakin meningkat.

6. Lingkungan

Lingkungan Pola makan dan nutrisi yang baik pada anak sekolah dipengaruhi oleh lingkungan yang kompleks dimana mereka tinggal sehari-hari. Rumah dan keluarga, sekolah dengan guru dan penyediaan pelayanan makanan, semua bentuk media, pelayanan kesehatan, pengembangan makanan *fast food*, dan kelompok teman sebaya, semuanya mempengaruhi pemilihan makanan anak, pengaruhnya dapat positif atau negatif yang secara menyeluruh berpengaruh terhadap kesehatan anak-anak terutama dalam masalah obesitas.

7. Jenis Kelamin

Jenis kelamin perempuan memiliki kecenderungan kuat untuk menjadikan kelebihan energi yang dimiliki menjadi simpanan lemak,

sementara laki-laki lebih cenderung menggunakan kelebihan energi ini untuk sintesis protein. Pola penggunaan energi ini atau "pemisahan energi" pada perempuan menyebabkan keseimbangan energi positif (energi intake lebih besar dari pada energi expenditure) dan penyimpanan lemak. Karena dua alasan, yang pertama penyimpanan lemak lebih energi-efisien dibandingkan penyimpanan protein. Kedua, itu akan merangsang pengurangan atas rasio jaringan kurus-gemuk dengan hasil RMR (*Resting Metabolic Rate*) tidak meningkat pada rata-rata yang sama seperti pada masa pertumbuhan.

8. Umur

Anak sekolah memiliki kebutuhan yang berbeda-beda, kebutuhan untuk anak usia 10-12 tahun lebih besar dari pada golongan usia 7-9 tahun karena perbedaan aktivitas fisik dan pertumbuhan yang lebih cepat dimasa ini terutama pada penambahan tinggi badan (Depkes, 2004) Periode pertumbuhan yang cepat (*growth spurt*) pada anak-anak dan masa pubertas dipengaruhi oleh berat badan dan komposisi tubuh anak. Menjelang periode *growt spurt* terjadi peningkatan jaringan lemak diseluruh tubuh, sehingga ada kecenderungan anak menjadi gemuk saat mereka mulai memasuki masa pubertas. Periode ini terjadi antara usia 10-13 tahun pada perempuan dan usia 12-15 tahun pada anak laki-laki.

Pada anak dalam masa pubertas terjadi perubahan kebiasaan makan. Mereka menjadi lebih banyak makan, dan sering jajan bila berada di luar rumah, biasa berbagi makanan dengan teman sebaya, dan suka mencoba makanan baru (Utami,2009).

9. Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan

Dengan berpedoman kepada pendidikan, sebagaimana yang diperkirakan bahwa semakin meningkatnya pendidikan yang bisa dicapai

seorang ibu, semakin membantu kemudahan pengertian akan pentingnya bahan pangan yang beraneka ragam, selain itu mereka dapat memilih serta dapat menentukan alternatif terbaik untuk kepentingan rumah tangganya terutama dalam pemilihan makanan untuk anaknya.

Peran ibu dalam hal ini sangat penting karena sebelum memutuskan suatu jenis makanan untuk dikonsumsi, makanan tersebut harus melewati ibu terlebih dahulu. Agar keputusan tersebut tidak merugikan keluarganya terutama anaknya. Selain pendidikan yang pernah diambil oleh ibu, pengetahuan juga berperan dalam menentukan gizi dan kesehatan untuk keluarga. Pengetahuan berpengaruh positif pada intake makanan. Rendahnya pengetahuan tentang gizi dan kesehatan terutama tentang masalah obesitas merupakan faktor yang paling menonjol dalam mempengaruhi pola konsumsi makanan (Utami,2009).

10. Aktivitas Fisik

Pola aktivitas fisik berperan penting dalam meningkatkan resiko obesitas pada anak. Sebagian besar waktu anak dihabiskan untuk bermain. Bermain bagi mereka bukan hanya sebagai sarana rekreasi tetapi juga sebaiknya sebagai sarana berolahraga yang menyehatkan. Sesuai dengan salah satu pesan dalam PUGS, yaitu lakukan aktivitas fisik dan olah raga secara teratur setiap hari, maka sejak usia muda anak sebaiknya dianjurkan berolah raga dan melakukan aktivitas fisik. Namun karena semakin berkurangnya lahan tempat untuk bermain terutama didaerah perkotaan menyebabkan anak mengalihkan permainannya ke permainan elektronik seperti video game atau playstation. Sehingga membuat anak menghabiskan waktu bermainnya didepan layar dan kurang merangsang mereka untuk melakukan aktifitas fisik untuk bergerak, akibatnya dapat meningkatkan resiko kegemukan atau obesitas pada mereka karena kurangnya kalori yang dapat dibakar oleh tubuh. (Damayanti, 2002).

Aktifitas fisik adalah gerak tubuh secara keseluruhan yang menggunakan otot-otot tubuh, sehingga meningkatkan pengeluaran energi secara maksimal (WHO, 2000). Aktifitas fisik merupakan komponen utama dari energi *expenditure*, yaitu sekitar 20-25% dari total energi *expenditure*. Obesitas dapat terjadi karena aktivitas fisik yang kurang sehingga kelebihan energi, yang berarti kelebihan kalori. Tersedianya berbagai macam fasilitas yang memudahkan hidup, yang tidak memerlukan banyak energi mengakibatkan tubuh kurang gerak. Hal ini sering ditemukan pada anak-anak dari keluarga dengan sosial ekonomi yang baik serta gaya hidup santai (*sedentary life style*), seperti menonton televisi, video game dan komputer. Penelitian di negara maju mendapatkan hubungan antara aktifitas fisik yang rendah dengan kejadian obesitas. Individu dengan aktivitas fisik yang rendah mempunyai resiko peningkatan berat badan sebesar 5 kg (Utami, 2009).

2.2.5. Kriteria Obesitas

Cara yang dilakukan untuk mengukur kegemukan dan obesitas pada anak dan remaja diantaranya dengan menggunakan Indeks Masa Tubuh (IMT), grafik pertumbuhan (CDC), lingkar perut, dan lingkar panggul (IDAI, 2011).

A. Indeks Masa Tubuh

Penentuan ukuran kegemukan dan obesitas dapat ditentukan melalui nilai IMT. IMT merupakan rumus matematis yang berkaitan dengan lemak tubuh yang dinyatakan sebagai berat badan (Kg) dibagi dengan kuadrat tinggi badan (m).

$$\text{Rumus: } \text{IMT} = \text{BB(Kg)} / \text{TB}^2(\text{m})$$

Tabel 2.3. Nilai IMT berdasarkan Departemen Kesehatan RI

Kriteria	Laki Laki	Perempuan
Kurus	> 17kg/m ²	<18 kg/m ²
Normal	17-23 kg/m ²	18-25 kg/m ²
Kegemukan	23-27 kg/m ²	25-27 kg/m ²
Obesitas	27 kg/m ²	> 27 kg/m ²

Sumber: (Departemen Kesehatan RI, 2003)

B. Grafik Pertumbuhan

Penentuan status gizi dilakukan berdasarkan berat badan (BB) menurut panjang badan (PB) atau tinggi badan (TB) (BB/PB atau BB/TB). Grafik pertumbuhan yang digunakan sebagai acuan ialah grafik WHO 2006 untuk anak kurang dari 5 tahun dan grafik CDC 2000 untuk anak lebih dari 5 tahun (IDAI, 2011).

Grafik WHO 2006 digunakan untuk usia 0-5 tahun karena mempunyai keunggulan metodologi dibandingkan CDC 2000. Subyek penelitian pada WHO 2006 berasal dari 5 benua dan mempunyai lingkungan yang mendukung untuk pertumbuhan optimal. Untuk usia di atas 5 tahun hingga 18 tahun digunakan grafik CDC 2000 dengan pertimbangan grafik WHO 2007 tidak memiliki grafik BB/TB dan data dari WHO 2007 merupakan *smoothing* NCHS 1981 (IDAI, 2011).

Grafik pertumbuhan ditentukan dengan membandingkan tinggi badan dan berat badan, selanjutnya membandingkan dengan grafik pertumbuhan. Berdasarkan tabel CDC, bila > Persentil 95 atau > 120% atau *Z-score* = +2SD dinyatakan obesitas (IDAI, 2011).

Tabel 2.4. Penentuan status gizi menurut kriteria Waterlow, WHO 2006, dan CDC 2000.

Status gizi	BB/TB (% median)	BB/TB WHO 2006	IMT CDC 2000
Obesitas	>120	> +3	> P95
Overweight	>110	> +2 hingga +3 SD	P85 – p95
nNormal	> 90	+2 SD hingga -2 SD	
Gizi buruk	< 70	< - 3 SD	

Status gizi lebih (*overweight*)/obesitas ditentukan berdasarkan indeks massa tubuh (IMT)

Bila pada hasil pengukuran didapatkan, terdapat potensi gizi lebih ($>+1$ SD) atau $BB/TB > 110\%$, maka grafik IMT sesuai usia dan jenis kelamin digunakan untuk menentukan adanya obesitas. Untuk anak < 2 tahun, menggunakan grafik IMT WHO 2006 dengan kriteria *overweight* *Z score* $> + 2$, obesitas $> +3$, sedangkan untuk anak usia 2-18 tahun menggunakan grafik IMT CDC 2000 (lihat algoritma). Ambang batas yang digunakan untuk *overweight* ialah diatas P85 hingga P95 sedangkan untuk obesitas ialah lebih dari P95 grafik CDC 2000 (IDAI,2011).

CDC 2000 telah merekomendasikan BMI atau Indeks Masa Tubuh (IMT) sebagai pengukuran *overweight* dan obesitas pada anak dan remaja di atas usia 2 tahun - 20 tahun berdasarkan jenis kelamin (gambar 2.2). Interpretasi IMT berdasarkan CDC 200 dibagi menjadi empat kategori pada tabel 2.5.

Tabel 2.5. Kalsifikasi IMT berdasarkan CDC

Status gizi	IMT/U
Obesitas	IMT persentil ≥ 95
Overweight	IMT persentil ke 85-94
Normal	IMT Persentil ke 5-84
Gizi buruk	IMT Persentil ≤ 5

2.2.6. Gejala Obesitas

Anak yang obesitas tidak hanya lebih berat dari anak seusianya, tetapi juga lebih cepat matang pertumbuhan tulangnya. Anak yang obesitas relatif lebih tinggi pada masa remaja awal, tetapi pertumbuhan memanjangnya selesai lebih cepat, sehingga hasil akhirnya mempunyai tinggi badan relatif lebih pendek dari anak sebayanya.

Bentuk muka anak yang obesitas tidak proporsional, hidung dan mulut relatif lebih kecil, dagu ganda. Terdapat timbunan pada daerah payudara, dimana pada anak laki-laki sering merasa malu karena payudaranya seolah-olah tumbuh. Perut menggantung, alat kelamin pada anak laki-laki seolah-olah kecil karena adanya timbunan lemak pada daerah pangkal paha. Paha dan lengan atas besar, jari-jari tangan relatif kecil dan runcing. Sering terjadi gangguan psikologis, baik sebagai penyebab ataupun sebagai akibat dari obesitasnya.

Anak lebih cepat mencapai masa pubertas. Kematangan seksual lebih cepat, pertumbuhan payudara, menarche, pertumbuhan rambut kelamin dan ketiak juga lebih cepat (Soetjiningsih, 1995). Menurut gejala klinisnya obesitas dibagi menjadi:

1. Obesitas sederhana

Terdapatnya gejala kegemukan saja tanpa disertai hormonal/ mental/ fisik lainnya, obesitas ini terjadi karena faktor nutrisi.

2. Bentuk khusus obesitas

A. Kelainan endokrin

Sering disebut *sindrom Cushing*, pada anak sensitif terhadap pengobatan dengan hormon steroid.

B. Kelainan somatodismorfik

Obesitas dengan kelainan ini sering disertai retardasi mental dan kelainan ortopedi.

C. Kelainan hipotalamus

Kelainan pada hipotalamus yang mempengaruhi nafsu makan dan berakibat terjadinya obesitas (Soetjiningsih, 1995).

2.2.7. Dampak Obesitas

1. Faktor Risiko Penyakit Kardiovaskuler

Faktor Risiko ini meliputi peningkatan: kadar insulin, trigliserida, LDL-kolesterol dan tekanan darah sistolik serta penurunan kadar HDL-kolesterol. Risiko penyakit Kardiovaskuler di usia dewasa pada anak obesitas sebesar 1,7 - 2,6. IMT mempunyai hubungan yang kuat ($r = 0,5$) dengan kadar insulin. Anak dengan IMT > persentile ke 99, 40% diantaranya mempunyai kadar insulin tinggi, 15% mempunyai kadar HDL-kolesterol yang rendah dan 33% dengan kadar trigliserida tinggi. Anak obesitas cenderung mengalami peningkatan tekanan darah dan denyut jantung, sekitar 20-30% menderita hipertensi.

2. Diabetes Mellitus tipe-2

Diabetes mellitus tipe-2 jarang ditemukan pada anak obesitas.5,15 Prevalensi penurunan glukosa toleran test pada anak obesitas adalah 25% sedang diabetes mellitus tipe-2 hanya 4%. Hampir semua anak obesitas dengan diabetes mellitus tipe-2 mempunyai IMT > + 3SD atau > persentile ke 99.

6. Kulit

Obesitas juga bisa mempengaruhi kesehatan kulit dimana dapat terjadi *striae* atau garis-garis putih terutama di daerah perut (*white /purple stripes*) (Syarif, 2003).

7. Psikologis

Gangguan psikologis juga dapat terjadi pada anak dengan obesitas. Badan yang terlalu gemuk sering membuat anak sering diejek oleh teman-temannya. Sehingga memiliki dampak yang kurang baik pada perkembangan psikologis anak (Pingkan, 2010).

Obesitas dan depresi merupakan masalah yang saling berhubungan satu sama lain. Obesitas dan depresi memiliki gejala yang sama seperti tidak percaya diri, perasaan depresi, sulit tidur, perilaku yang menetap, dan intake makanan yang tidak teregulasi (Calamaro, 2009). Berikut beberapa gejala psikologi yang terjadi akibat obesitas:

A. Gambaran diri

Dampak non fisik yang terjadi pada remaja obesitas adalah : menjadi depresi, terisolasi secara sosial, atau diskriminasi; Memiliki kepercayaan diri yang rendah dan kurang disukai sebagai teman dan cenderung menjadi sasaran *bully* atau intimidasi. Meskipun peningkatan prevalensi *overweight* dan obesitas, stigma, prasangka, dan diskriminasi pada individu dengan obesitas sudah tersebar luas. Individu ini digambarkan sebagai seseorang yang "jelek", tidak bahagia, kurang kompeten, terisolasi secara sosial, dan kurang disiplin diri, kurangnya motivasi dan kontrol diri. Remaja dengan obesitas, mengalami proses kognitif tentang diri mereka yang negatif. Pikiran mereka menjadi diinternalisasi dan dipengaruhi motivasi untuk mengatasi berat badan mereka. Penelitian membuktikan bahwa

rendahnya kepercayaan diri dikaitkan dengan kelebihan berat badan dan makan yang berlebihan, bahkan setelah mengendalikan BMI.

B. Tidur

Kurang tidur dapat menjadi suatu faktor yang menyebabkan memburuknya depresi dan obesitas. hal ini berkaitan dengan peningkatan rasa lapar dan penurunan sensitivitas insulin. kurang tidur juga dapat mempengaruhi usasana hati, dan berhubungan dengan peningkatan resiko bunuh diri pada pasien depresi.

C. Perilaku Menetap

Proses berfikir mempengaruhi suasana hati dan secara signifikan dapat mempengaruhi keterlibatan psikososial remaja, aktivitas fisik, dan pilihan gaya hidup (misalnya, remaja obesitas 5 kali lebih mungkin untuk menghindari berpartisipasi dalam olahraga dan kegiatan sekolah lainnya dan memiliki emosi yang labil, sosial dan fungsi sekolah). beberapa kegiatan menetap yang dapat terjadi salah satunya bermain game. damun dengan aktivitas yang menetap memungkinkan individu terisolasi secara sosial dan aktivitas fisik yang menurun. Perilaku menetap juga menimbulkan perburukan gejala obesitas kecuali ada penurunan dalam intake makanan (Calamaro,2009).

2.2.8. Cara mengatasi Obesitas

Penanganan obesitas pada anak dan remaja ditujukan untuk mencapai Berat badan yang ideal dan pengurangan BMI secara aman dan efektif serta mampu mencegah komplikasi jangka panjang akibat obesitas seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit kardiovaskuler. Karena demikian kompleksnya

permasalahan obesitas ini maka perlu ditangani bersama antara dokter anak, psikolog, ahli gizi dan tentu saja orang tua. (Rahmatika 2008)

Oleh karena anak sedang dalam masa pertumbuhan maka menurunkan berat badan anak harus dilakukan dengan perhitungan yang tepat agar tidak mengganggu pertumbuhannya. Menurut Rahmatika (2008) bahwa, ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menangani obesitas, antara lain:

1. Olahraga

Olahraga yang dianjurkan adalah olahraga yang bersifat aerobik, yaitu olahraga yang menggunakan oksigen dalam sistem pembentukan energinya. Atau dengan kata lain olahraga yang tidak terlalu berat namun dalam waktu lebih dari 15 menit. Contoh olahraga yang dianjurkan antara lain berjalan selama 20-30 menit setiap harinya, berenang, bersepeda santai, jogging, senam aerobik, dll.

2. Diet

Karena diet berhubungan dengan makanan yang dikonsumsi dalam keluarga sehari-hari maka partisipasi seluruh anggota keluarga untuk ikut mengubah pola makanan akan sangat bermanfaat. Kurangi konsumsi makanan cepat saji dan banyak mengandung lemak terutama asam lemak tak jenuh dan mengurangi makanan yang manis-manis.

3. Terapi Psikologis

Hal ini terutama ditujukan jika penyebab obesitas adalah masalah psikologis seperti perceraian orang tua, ketidak harmonisan dalam keluarga maupun rendahnya tingkat percaya diri anak. Selain itu kegemukan juga menyebabkan anak menjadi minder dan cenderung mengasingkan diri dari teman-teman sebayanya.

4. Kurangi makanan yang mengandung minyak dan lemak

Kita tahu makanan seperti ini sangat banyak menghasilkan lemak dalam tubuh. Banyak makanan yang mengandung jenis ini seperti lemak hewan (sapi, lembu, dan kambing), makanan, gorengan, dan macam makanan yang diolah dengan menggunakan minyak. Dan kalau hewan bisa ditemukan dalam bentuk hidangan sup atau sejenisnya.

5. Kurangi Porsi Makan

Banyak makan sedikit gerak inilah menjadi salah satu efek kegemukan. Ada kalanya kita makan sesuai porsi dari kegiatan kita sehari-harinya. Jangan mengkonsumsi nasi terlalu berlebihan jika kita tidak melakukan aktivitas berat, karena ini biasanya tidak seimbang antara makanan yang dimakan dengan pergerakan aktivitas yang dilakukan. Makanlah makanan yang seimbang sesuai dengan aktivitas sehari-hari. d. Kurangi Mengemil Makanan Mengemil artinya terlalu banyak mengkonsumsi makanan ringan, seperti makan makanan instan, contohnya kerupuk, coklat, biskuit, minum es, dan lain-lain. Maka dari itu hindari sejenis makanan tersebut.

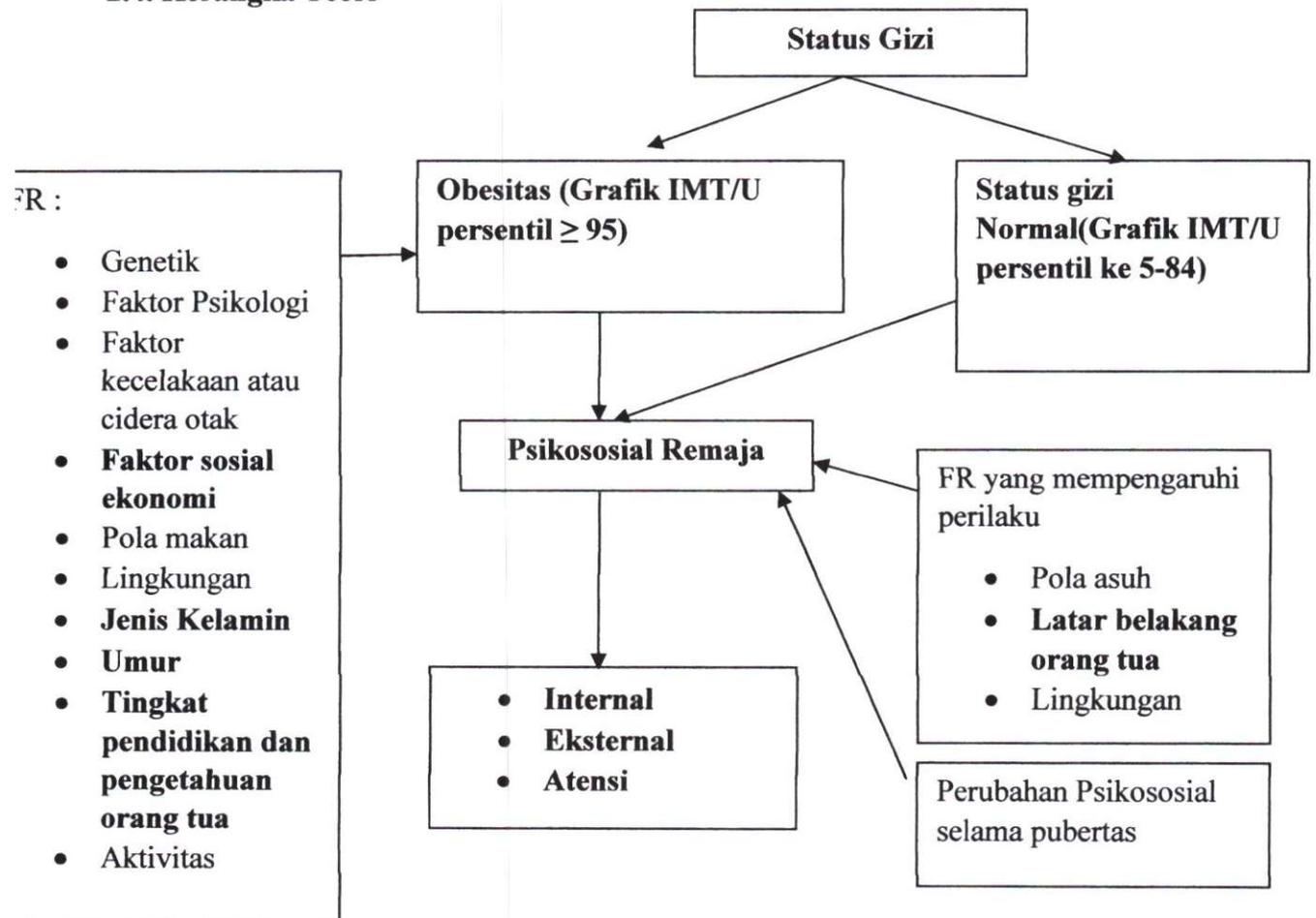
2.3. Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

H_0 = Tidak ada perbedaan antara dampak psikososial yang timbul pada siswa/ siswi dengan status gizi obesitas dan status gizi normal di SMP Xaverius 1 Palembang Tahun 2015.

H_1 = Perbandingan antara dampak psikososial yang timbul pada siswa/ siswi dengan status gizi obesitas lebih tinggi dibandingkan status gizi normal di SMP Xaverius 1 Palembang Tahun 2015.

2.4. Kerangka Teori



Keterangan: Variabel yang diteliti dicetak tebal

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian perbandingan masalah psikososial antara remaja status gizi obesitas dengan status gizi normal dengan menggunakan *Pediatric Symptom checklist-17* (PSC-17) di SMP Xaverius 1 Palembang tahun 2015 berbentuk penelitian analitik dengan rancangan pendekatan studi potong lintang (*Cross-sectional*).

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan dari Oktober 2015 sampai selesai di SMP Xaverius 1 Palembang.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi Target

Populasi target adalah siswa siswi SMP Xaverius 1 Palembang.

3.3.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau ini adalah siswa siswi SMP Xaverius 1 yang memiliki kriteria inklusi dan eksklusi.

3.3.3. Sampel dan Besar Sampel

Sampel penelitian adalah anak dengan status gizi obesitas dan normal di SMP Xaverius 1 Palembang yang memenuhi kriteria. Penelitian korelasi layaknya memiliki besar sampel minimal sebesar 30 subjek seperti yang dikemukakan Frankel dan Wallen yang menyatakan bahwa ukuran sampel adalah sebesar besarnya peneliti dapat memperolehnya dengan pengorbanan waktu dan energi yang wajar. Sedangkan sampel minimum yang ditetapkan oleh Gay dan Diel untuk penelitian korelasi sebanyak 50 subjek (Kasjono dan Yasril, 2009). Maka untuk penelitian ini, peneliti akan menetapkan jumlah sampel yang diambil sebesar 70 subjek yang dibagi menjadi 2 kelompok subjek.

Adapun kriteria *drop out* pada penelitian ini sebagai berikut:

1. Siswa/ Siswi yang pulang atau tidak menyelesaikan isi kuesioner saat penelitian berlangsung.
2. Siswa/ Siswi yang mengosongkan isi kuesioner saat penelitian berjumlah 4 atau lebih.

3.3.4. Cara Mengambil Sampel

Cara pengambilan sampel pada penelitian ini akan diambil menggunakan teknik proporsional *stratified random sampling*, dimana dilakukan stratifikasi atau pemilihan berdasarkan strata berdasarkan pertimbangan. Pada penelitian ini, distratifikasikan menjadi 2 kelompok berdasarkan status gizi remaja obesitas (Grafik IMT/U persentil ≥ 95) dan gizi baik (Grafik IMT/U persentil ke 5-84). Sampel dipilih secara acak untuk setiap strata, kemudian hasil digabungkan menjadi satu sampel yang terbebas dari variasi untuk setiap strata. Sampel yang memenuhi kriteria eksklusi dan inklusi akan dimasukkan ke dalam penelitian sampai jumlah sampel minimum terpenuhi.

3.3.5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

A. Kriteria inklusi

1. Siswa siswi yang kooperatif dan bersedia menjadi responden
2. Remaja yang memenuhi kriteria peneliti (Obesitas : Grafik IMT/U persentil ≥ 95 , Gizi baik : Grafik IMT/U persentil ke 5-84)

B. Kriteria eksklusi

1. Siswa siswi yang salah satu atau kedua orang tuanya meninggal dunia.
2. Siswa siswi yang mempunyai penyakit bawaan lahir (Penyakit jantung bawaan, Diabetes Melitus) dan cacat tubuh yang tidak mengganggu aktivitas sehari hari (Tortikolis).

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. Variabel Dependent

Variabel dependent : Psikososial.

3.4.2. Variabel Independent

Variabel independent : Latar belakang orang tua, status gizi obesitas dan gizi normal.

3.5. Definisi Operasional

A. Obesitas

- a) Obesitas : Keadaan indeks massa tubuh (IMT) anak yang berada di atas persentil ke-95 pada grafik tumbuh kembang anak sesuai jenis kelaminnya
- b) Alat ukur : Timbangan merk LAICA dan meteran merk J-Medica
- c) Cara ukur : Diukur dengan menggunakan metode antropometri berdasarkan IMT
- d) Hasil ukur : 1. Obesitas : Grafik IMT/U persentil ≥ 95
2. Normal : Grafik IMT/U persentil ke 5-84
- e) Skala : Nominal

B. Latar Belakang Keluarga

1. Pendidikan ayah

- a) Definisi : Proses pembelajaran terakhir ayah di suatu institusi/ lembaga pendidikan dan mendapat gelar sebagai lulusan institusi tersebut
- b) Alat ukur : Kuesioner
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil Ukur : 1. Tidak Sekolah ; 2. SD ; 3. SMP ; 4.SMA ;
5. Perguruan Tinggi
- e) Skala : Ordinal

2. Pendidikan ibu

- a) Definisi : Proses pembelajaran terakhir ibu di suatu institusi/ lembaga pendidikan dan mendapat gelar sebagai lulusan institusi tersebut
- b) Alat ukur : Kuesioner
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil ukur : 1. Tidak Sekolah ; 2. SD ; 3. SMP ; 4.SMA ; 5. Perguruan Tinggi
- e) Skala : Ordinal

3. Penghasilan Orang Tua

- a) Definisi : Gaji yang didapatkan dalam 1 bulan kerja
- b) Alat ukur : Kuesioner
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil ukur : 1. 1-3 Juta ; 2. 4-6 juta ; 3. 7-9 juta ; 4. > 10 juta.
- e) Skala : Ordinal

4. Jumlah Saudara Dalam Keluarga

- a) Definisi : Banyaknya saudara kandung (kakak atau adik) dalam suatu keluarga
- b) Alat ukur : Kuesioner
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil ukur : 1. 1-2 orang ; 2. 3- 5 orang ; 3. >5 orang
- e) Skala : Ordinal

5. Status Pernikahan

- a) Definisi : Keadaan hubungan pernikahan antara suami dan istri dalam suatu keluarga
- b) Alat ukur : Kuesioner
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil ukur : 1. Tidak bercerai ; 2. Bercerai

e) Skala : Nominal

6. Pekerjaan Ibu

- a) Definisi : Aktivitas yang dilakukan sehari hari
- b) Alat ukur : Kuesioner
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil ukur : 1. Ibu Rumah Tangga ; 2. Bekerja
- e) Skala : Nominal

7. Pengasuh

- a) Definisi : Orang yang merawat dan mendidik di rumah
- b) Alat ukur : Kuesioner
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil ukur : 1. Ibu kandung ; 2. Bukan ibu kandung
- e) Skala : Nominal

C. Psikososial

- a) Definisi : Perubahan dalam kehidupan individu, baik bersifat psikologis maupun sosial. dimana psikososial ini menggunakan PSC-17 yang dibagi menjadi aspek Internalisasi, Eksternalisasi, dan atensi.
- b) Alat ukur : PSC-17
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil ukur : Terdapat masalah psikososial jika jumlah skor internalisasi ≥ 5 , jumlah skor eksternalisasi ≥ 7 , jumlah skor perhatian ≥ 5 , atau skor total ≥ 15
- e) Skala : Interval

D. Aspek PSC-17

1. Internalisasi

- a) Definisi : Proses pemasukan nilai pada seseorang yang akan membentuk pola pikirnya
- b) Alat ukur : Kuesioner PSC-17
- c) Cara ukur : Wawancara Langsung
- d) Hasil Ukur : 1. Ya jika Skor ≥ 5 ; 2. Tidak jika skor < 5
- e) Skala : Nominal

2. Eksternalisasi

- a) Definisi : Proses penyesuaian diri dengan dunia sosio kultural sebagai produk manusia yang membentuk suatu kepribadian
- b) Alat ukur : Kuesioner PSC-17
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil ukur : 1. Ya jika Skor ≥ 7 ; 2. Tidak jika skor < 7
- e) Skala : Nominal

3. Atensi

- a) Definisi : Pemrosesan secara sadar sejumlah kecil informasi dari sejumlah besar informasi yang tersedia melalui indera, ingatan maupun proses kognitif lainnya
- b) Alat ukur : Kuesioner PSC-17
- c) Cara ukur : Wawancara langsung
- d) Hasil ukur : 1. Ya jika Skor ≥ 5 ; 2. Tidak jika skor < 5
- e) Skala : Nominal

3.6. Cara Pengumpulan Data

Data primer pada penelitian ini terdiri dari karakteristik anak : status gizi, jenis kelamin, latar belakang orang tua dan ada atau tidaknya gangguan psikososial. Data primer diperoleh dengan cara wawancara langsung berdasarkan kuesioner dan pengukuran terhadap responden. Pengukuran yang dilakukan peneliti pada penelitian ini adalah Berat badan (BB) dan Tinggi Badan (TB). Pengisian kuesioner akan dipandu secara langsung oleh peneliti di tempat penelitian , dengan memberi pengarahan dan penjelasan sebelumnya. Berikut langkah-langkah untuk mendapatkan nilai IMT:

1. Meposisikan responden dalam keadaan diam, tegak lurus, pandangan menghadap ke depan, dan membelakangi meteran elastis merek J-Medica.
2. Menarik alat pengukur tinggi dan meletakkannya ujungnya sejajar di puncak kepala responden (vertex) kemudian hasil pengukuran dicatat.
3. Responden naik keatas timbangan badan, melepaskan alas kaki dan seluruh aksesoris (cincin, jam tangan, dll)
4. Melihat berapa berat badan sampel yang ditunjukkan jarum timbangan (dipakai hitungan dalam kilogram) dan di catat
5. Setelah didapat hasil pengukuran BB dan TB, maka dihitung nilai IMT dihitung dengan rumus

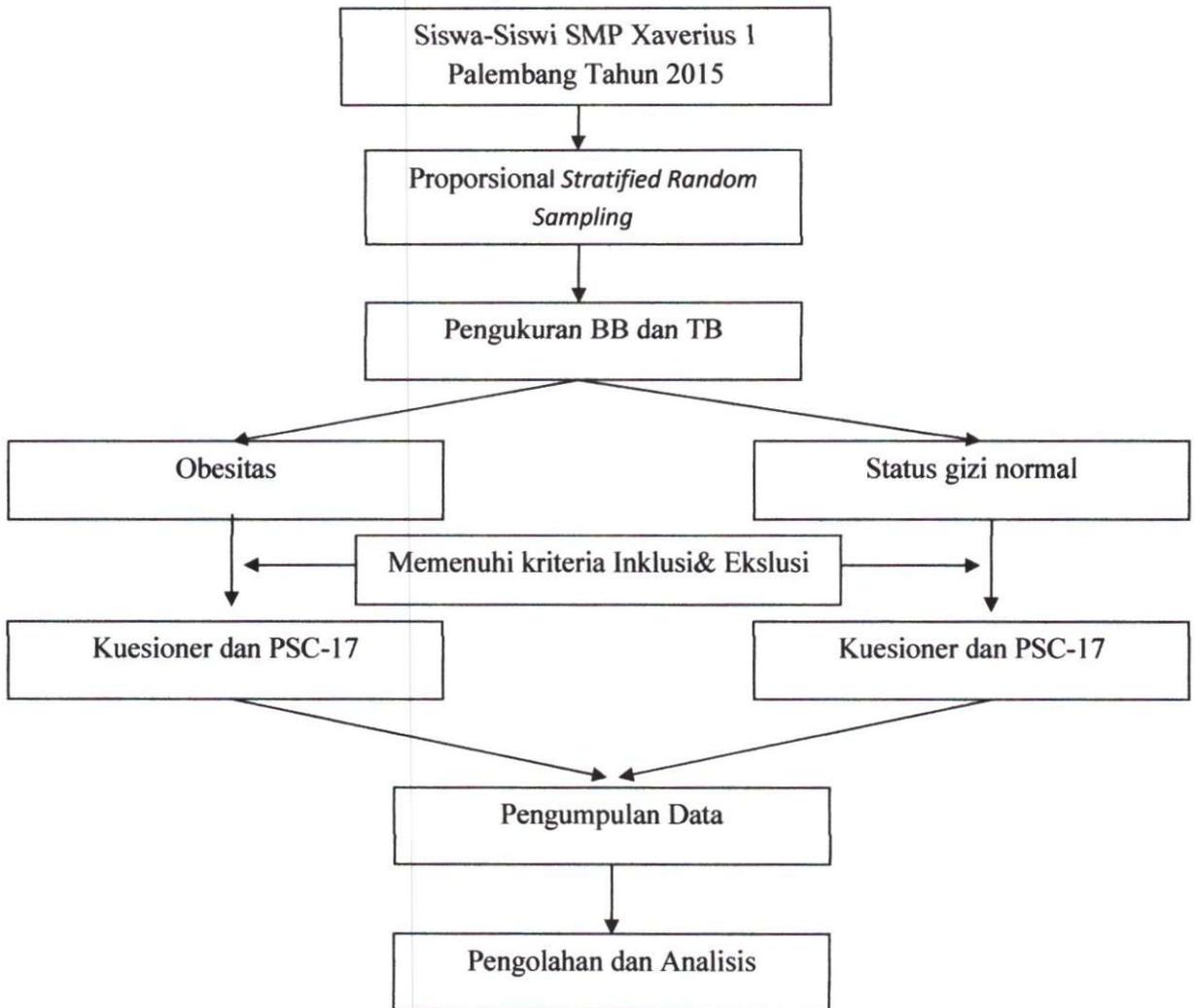
$$\frac{\text{Berat Badan}}{(\text{Tinggi Badan})^2}$$

6. Setelah itu IMT dimasukan ke dalam grafik CDC IMT berdasarkan umur (IMT/U).
7. Lakukan interpretasi nilai status gizi.

Untuk mendapatkan hasil psikosial dan latar belakang keluarga, langkah kerjanya:

1. Diberikan penjelasan mengenai kuesioner yang diberikan.
2. Memberikan lembar persetujuan untuk kesediaan mengikuti penelitian.

3.9. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Alur Penelitian Skripsi

3.10. Rencana Kegiatan

Penelitian dilaksanakan mulai dari Oktober 2015 sampai Desember 2015, yang terdiri dari beberapa tahapan yang terdapat pada tabel kegiatan 3.11

3.11. Jadwal Kegiatan

Tabel 3.1. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Waktu
1	Pengajuan Judul Skripsi	15 Juni -4 Juli 2015
2	Penentuan dosen pembimbing I dan II	6 Juli - 11 juli 2015
3	Persetujuan Judul oleh kedua Dosen Pembimbing	Juli - Agustus 2015
4	Penyusunan Proposal	18 Agustus - 11 September 2015
5	Penetapan SK pembimbing	September 2015
6	Pendaftaran Seminar Proposal ke akademik	7- 12 September 2015
7	Ujian Seminar proposal	14 September - 3 Oktober 2015
8	Perbaikan Proposal dan Surat izin Pengambilan Data	15 September - 10 Oktober 2015
9	Pelaksanaan Penelitian Skripsi	Oktober - Desember 2015
10	Penyusunan skripsi	Desember 2015 - Januari 2016
11	Pendaftaran Ujian Akhir Skripsi Tahun 2014/2015	12-17 Januari 2016
12	Ujian Akhir Skripsi Tahun 2014/2015	18-30 Januari 2016
13	Perbaikan dan batas akhir pengumpulan skripsi	25 Januari - 9 Februari 2016

3.12. Anggaran

Penelitian ini akan membutuhkan sejumlah biaya demi kelancaran prosesnya. Berikut ini perkiraan anggaran biaya yang akan dikeluarkan selama penelitian ini berlangsung.

1. Pembuatan proposal dan seminar proposal			
A. Kertas HVS A4 70 gram 2 rim	:	Rp	64.000,00
B. Pencetakan			
• Tinta hitam 1 kotak	:	Rp	25.000,00
• Tinta warna 1 kotak	:	Rp	40.000,00
C. Map kertas 6 (enam) buah	:	Rp	18.000,00
D. Jilid 6 (enam) eksemplar	:	Rp	18.000,00
2. Souvenir	:	Rp	500.000,00
3. Penyusunan Laporan			
A. Kertas HVS A4 70 gram 2 rim	:	Rp	96.000,00
B. Pencetakan			
• Tinta hitam 1 kotak	:	Rp	25.000,00
• Tinta warna 1 kotak	:	Rp	40.000,00
C. Map kertas 6 (enam) buah	:	Rp	18.000,00
D. Jilid 6 (enam) eksemplar	:	Rp	18.000,00
<hr/>			
Total Biaya	:	Rp.	862.000,00

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian yang telah dilakukan mengenai perbandingan masalah psikososial antara remaja status gizi obesitas dengan status gizi normal dengan menggunakan *Pediatric Symptom checklist-17* (PSC-17) di SMP Xaverius 1 Palembang tahun 2015 melibatkan 70 orang subjek remaja yang terdiri dari 35 remaja status gizi obesitas dan 35 remaja status gizi normal berusia 11-14 tahun. Pada penelitian ini menggunakan 2 metode teknik analisis yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

Analisis univariat pada penelitian ini adalah gambaran jenis kelamin, usia, latar belakang orang tua, dan Nilai skor PSC yang disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Analisis bivariat pada penelitian ini adalah hubungan status gizi dengan nilai skor PSC di analisis dengan melihat hubungan masing masing variabel dengan menggunakan uji *chi-square*.

4.1.1. Analisis Univariat

A. Usia

Hasil penelitian ini didapatkan gambaran usia siswa siswi yang ikut berpartisipasi dalam penelitian yaitu terdapat 5 orang berusia 11 tahun (7,1%), 29 orang berusia 12 tahun (41,4%), 21 orang berusia 13 tahun (30%) dan 15 orang partisipan berusia 14 tahun (21,4%). Masing masing subjek dikelompokkan berdasarkan status gizi obesitas dan normal. Pada kelompok status gizi normal didapatkan 2 orang berusia 11 tahun (2,9%), 16 orang berusia 12 tahun (22,9%), 8 orang berusia 13 tahun (11,4%), dan 9 orang berusia 14 tahun (12,9%). Pada kelompok status gizi obesitas didapatkan 3 orang berusia 11 tahun (4,3%), 13 orang berusia 12 tahun

(18,6%), 13 orang berusia 13 tahun (18,6%), dan 6 orang berusia 14 tahun (8,6%).

Tabel 4.1. Gambaran usia responden terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Usia	Status Gizi					
	Normal			Obesitas		
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
11	2	2.9%	3	4.3%	5	7.1%
12	16	22.9%	13	18.6%	29	41.4%
13	8	11.4%	13	18.6%	21	30%
14	9	12.9%	6	8.6%	15	21.4%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

B. Jenis Kelamin

Hasil penelitian didapatkan dari 70 orang subjek, jenis kelamin responden yang ikut serta dalam penelitian sebanyak 46 orang responden laki laki (65,7%) dan 24 orang responden perempuan (34,3%). Masing masing dikelompokan berdasarkan status gizi obesitas dan normal didapatkan hasil pada kelompok status gizi normal 19 responden laki laki (27,1%) dan 16 responden perempuan(22,9%). Sedangkan pada kelompok dengan status gizi obesitas didapatkan 27 orang laki laki (38,6%) dan 8 orang perempuan (11,4%).

Tabel. 4.2. Gambaran jenis kelamin responden penelitian murid SMP Xaverius 1 Palembang

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki laki	46	65.7 %
Perempuan	24	34.3 %
Total	70	100.0%

Tabel 4.3. Gambaran jenis kelamin responden terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Jenis Kelamin	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
Laki Laki	19	27.1%	27	38.6%	46	65.7%
Perempuan	16	22.9%	8	11.4%	24	34.3%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

C. Latar belakang orang tua

- **Pendidikan Ayah**

Berdasarkan penelitian didapatkan latar belakang orang tua yaitu pendidikan ayah dari 70 orang responden didapatkan 1 orang responden dengan ayah lulusan SMP (1,4%), 42 orang lulusan SMA (60%), dan 27 orang dengan lulusan Perguruan tinggi (38,6%). Setelah dikelompokkan berdasarkan status gizi obesitas dan normal didapatkan, pada kelompok status gizi normal terdapat 24 responden dengan ayah lulusan SMA (34,4%) dan 11 orang dengan lulusan

Perguruan tinggi (15,7%). Pada kelompok anak dengan status gizi obesitas didapatkan pendidikan terakhir ayah 1 orang lulusan SMP (1,4%), 18 orang lulusan SMA (25,7%), dan 16 orang lulusan Perguruan tinggi (22,9%).

Tabel 4.4. Gambaran pendidikan ayah responden terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Pendidikan Ayah	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
SMP	0	0%	1	1.4%	1	1.4%
SMA	24	34.4%	18	25.7%	42	60%
PT	11	15.7%	16	22.9%	27	38.6%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

- **Pendidikan Ibu**

Berdasarkan penelitian didapatkan latar belakang orang tua yaitu pendidikan ibu dari 70 orang responden didapatkan 44 orang responden dengan ibu lulusan SMA (62,9%), dan 26 orang dengan lulusan Perguruan tinggi (37,1%). Setelah dikelompokkan berdasarkan status gizi obesitas dan normal didapatkan, pada kelompok status gizi normal terdapat 20 responden dengan ibu lulusan SMA (28,6%) dan 15 orang dengan lulusan Perguruan tinggi (21,4%). Pada kelompok anak dengan status gizi obesitas didapatkan pendidikan terakhir ibu 24 orang lulusan SMA (34,3%), dan 11 orang lulusan Perguruan tinggi (15,7%).

Tabel 4.5. Gambaran pendidikan ibu terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Pendidikan Ibu	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
SMP	0	0%	0	0%	0	0%
SMA	20	28.6%	24	34.3%	44	62.9%
PT	15	21.4%	11	15.7%	26	37.1%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

- **Penghasilan keluarga**

Hasil penelitian didapatkan dari 70 orang responden, penghasilan keluarga responden yang ikut serta dalam penelitian sebanyak 26 orang responden dengan penghasilan keluarga sebesar 1-3 juta per bulan (37,1%), 26 orang responden dengan penghasilan keluarga sebesar 4-6 juta rupiah per bulan (37,1%), 8 orang dengan penghasilan keluarga 7-9 juta rupiah per bulan (11,4%) dan 10 orang dengan penghasilan keluarga >10 juta rupiah perbulan (14,3%). Setelah dikelompokkan berdasarkan status gizi obesitas dan normal didapatkan, pada status gizi normal terdapat 12 orang dengan penghasilan keluarga 1-3 juta rupiah per bulan (17,1%), 16 orang dengan penghasilan keluarga 4-6 juta rupiah per bulan (22,9%), 4 orang dengan penghasilan keluarga 7-9 juta rupiah per bulan (5,7%) dan 3 orang dengan penghasilan keluarga >10 juta rupiah (4,3%). Pada status gizi obesitas didapatkan 14 orang dengan penghasilan keluarga 1-3 juta rupiah per bulan (20%), 10 orang dengan penghasilan

keluarga 4-6 juta rupiah per bulan (14,3%), 4 orang dengan penghasilan keluarga 7-9 juta per bulan (5,7%), dan 7 orang dengan penghasilan keluarga >10 juta per bulan (10%).

Tabel 4.6. Gambaran penghasilan keluarga terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Penghasilan Keluarga	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
1-3 Jt	12	17.1%	14	20%	26	37.1%
4-6 Jt	16	22.9%	10	14.3%	26	37.1%
7-9 Jt	4	5.7%	4	5.7%	8	11.4%
>10 Jt	3	4.3%	7	10%	10	14.3%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

- **Jumlah Saudara**

Hasil penelitian didapatkan dari 70 responden , jumlah saudara responden yang ikut berpartisipasi dalam penelitian sebanyak 30 orang dengan jumlah saudara 1-2 orang (42,9%), 38 orang dengan jumlah saudara 3-5 orang (54,3%) dan 2 orang dengan jumlah saudara >5 orang (2,9%). Setelah dikelompokkan berdasarkan status gizi obesitas dan normal didapatkan hasil, pada kelompok status gizi normal terdapat 15 orang dengan jumlah saudara 1-2 orang (21,4%), 18 orang dengan jumlah saudara 3-5 orang (25,7%), dan 2 orang dengan jumlah saudara >5 orang (2,9%). Pada status gizi obesitas didapatkan 15

orang dengan jumlah saudara 1-2 orang (21,4%) dan 20 orang dengan jumlah saudara (28,6%).

Tabel 4.7. Gambaran jumlah saudara terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Jumlah Saudara	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
1-2 Org	15	21.4%	15	21.4%	30	42.9%
3-5 Org	18	25.7%	20	28.6%	38	54.3%
>5 Org	2	2.9%	0	0%	2	2.9%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

- **Status pernikahan**

Hasil penelitian didapatkan dari 70 responden, status pernikahan orang tua yang ikut berpartisipasi dalam penelitian sebanyak 69 orang tua dengan status pernikahan tidak bercerai (98,6%) dan 1 orang tua dengan status pernikahan bercerai (1,4%). Setelah dikelompokkan berdasarkan status gizi didapatkan, pada kelompok status gizi normal terdapat 34 orang dengan orang tua status pernikahan tidak bercerai (48,6%) dan 1 orang dengan status pernikahan bercerai (1,4%). Pada kelompok obesitas didapatkan 35 orang responden dengan status pernikahan orang tua mereka tidak bercerai (50%).

Tabel 4.8. Gambaran status pernikahan terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Status Pernikahan	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
Tidak Bercerai	34	48.6%	35	50%	69	98.6%
Bercerai	1	1.4%	0	0%	1	1.4%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

- **Pekerjaan ibu**

Dari hasil penelitian didapatkan dari 70 responden , pekerjaan ibu pada siswa yang ikut berpartisipasi dalam penelitian sebanyak 51 orang ibu responden yang berstatus ibu rumah tangga (72,9%) dan 19 orang dengan ibu yang bekerja (27,1%). Setelah dikelompokkan berdasarkan status gizi, pada kelompok status gizi normal didapatkan 24 orang ibu responden yang berstatus ibu rumah tangga (34,3%), 11 orang dengan ibu yang bekerja (15,7%). Pada kelompok status gizi obesitas didapatkan 27 orang ibu responden berstatus ibu rumah tangga (38.6%) dan 8 orang dengan ibu yang bekerja (11,4%).

Tabel 4.9. Gambaran pekerjaan ibu terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Pekerjaan Ibu	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
Ibu RT *	24	34.3%	27	38.6%	51	72.9%
Bekerja	11	15.7%	8	11.4%	19	27.1%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

*Ibu Rumah Tangga

- **Pengasuh dalam rumah**

Dari hasil penelitian didapatkan dari 70 responden , pengasuh dalam keluarga siswa yang telah ikut berpartisipasi dalam penelitian didapatkan 68 orang dengan ibu kandung sebagai pengasuh (97,1%) dan 2 orang dengan pengasuh bukan ibu kandung (2,9%). Setelah dikelompokkan berdasarkan status gizi didapatkan, kelompok gizi normal dari 35 orang seluruhnya dengan ibu kandung sebagai pengasuh (50%). Pada gizi obesitas didapatkan 33 orang dengan ibu kandung sebagai pengasuh (47,1%) dan 2 orang bukan ibu kandung sebagai pengasuh (2,9%).

Tabel 4.10. Gambaran pengasuh dalam rumah terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Pengasuh Dalam Rumah	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
Ibu Kandung	35	50%	33	47.1%	68	97.1%
Bukan Ibu Kandung	0	0%	2	2.9%	2	2.9%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

D. PSC Internalisasi

Tabel 4.11. Gambaran masalah internalisasi terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Internalisasi	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
Ya	5	7.1%	18	25.7%	23	32.9%
Tidak	30	42.9%	17	24.3%	47	67.1%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

Dari hasil didapatkan kelompok status gizi normal terdapat 5 orang (7,1%) mengalami masalah internalisasi, dan 30 orang (42,9%) tidak mengalami masalah internalisasi. Pada kelompok status gizi obesitas didapatkan 18 orang (25,7%) mengalami masalah internalisasi dan 17 orang (24,3%) tidak mengalami masalah internalisasi.

E. PSC Eksternalisasi

Tabel 4.12. Gambaran status masalah eksternalisasi terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Eksternalisasi	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
Ya	1	1.4%	9	12.9%	10	14.3%
Tidak	34	48.6%	26	37.1%	60	85.7%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

Dari hasil penelitian didapatkan 10 orang dari 70 orang yang mengalami masalah eksternalisasi (14,3%). Setelah dibagi kedalam kelompok status gizi, pada kelompok status gizi normal terdapat 1 orang (1,4%) mengalami masalah eksternalisasi, dan 34 orang (48,6%) tidak mengalami masalah eksternalisasi. Pada kelompok status gizi obesitas didapatkan 9 orang (12,9%) mengalami masalah eksternalisasi dan 26 orang (37,1%) tidak mengalami masalah eksternalisasi.

F. PSC Atensi

Tabel 4.13. Gambaran masalah atensi terhadap status gizi murid SMP Xaverius 1 Palembang

Atensi	Status Gizi					
	Normal		Obesitas			
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)	N	Persentase Total (%)
Ya	3	4.3%	9	12.9%	12	17.1%
Tidak	32	45.7%	26	37.1%	58	82.9%
Total	35	50%	35	50%	70	100%

Dari hasil penelitian didapatkan kelompok status gizi normal terdapat 3 orang (4,3%) dengan masalah atensi dan 32 orang (45,7%) tidak mengalami masalah atensi. Pada kelompok status gizi obesitas terdapat 9 (12,9%) orang dengan masalah atensi dan 26 orang (37,1%) tidak mengalami masalah atensi.

Tabel 4.15. Masalah psikososial remaja obes dan remaja status gizi normal

Status Gizi	Masalah Psikososial				Total
	Ya	%	Tidak	%	
Normal	6	8,6	29	41,4	35
Obesitas	22	31,4	13	18,6	35
Total	28	50	42	50	70

Nilai $p=0,00$

Tabel 4.16. Aspek masalah psikososial remaja obes dan remaja gizi normal

Aspek Masalah Psikososial	Remaja Obes	Remaja Gizi Normal	Nilai p *
A. Internalisasi			0.001
Ya	18	5	
Tidak	17	30	
B. Eksternalisasi			0.006
Ya	9	1	
Tidak	26	34	
C. Atensi			0.057
Ya	9	3	
Tidak	26	32	
D. Skor Total >15			0.0004
Ya	15	2	
Tidak	20	33	

*Berdasarkan Uji *Chi-Square*

4.2. Pembahasan

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa kelompok remaja obesitas lebih banyak mengalami gangguan psikososial dibandingkan dengan remaja dengan status gizi normal. Seperti yang telah dikemukakan sebelumnya bahwa dampak dari obesitas itu sendiri adalah gangguan psikososial pada anak/ remaja. Dampak non fisik yang terjadi pada remaja obesitas adalah menjadi depresi, terisolasi secara sosial, diskriminasi, memiliki kepercayaan diri yang rendah dan kurang disukai sebagai teman dan cenderung menjadi sasaran *bully* atau intimidasi (Calamaro,2009). Masa remaja merupakan masa yang kritis dalam siklus perkembangan seseorang. Di masa ini banyak terjadi perubahan dalam diri seseorang sebagai persiapan memasuki masa dewasa. Remaja tidak dapat dikatakan lagi sebagai anak kecil, namun ia juga belum dapat dikatakan sebagai orang dewasa. Hal ini terjadi oleh karena di masa ini penuh dengan gejolak perubahan baik perubahan biologik, psikologik, maupun perubahan sosial. Dalam keadaan serba tanggung ini seringkali memicu terjadinya konflik antara remaja dengan dirinya sendiri (konflik internal), maupun konflik lingkungan sekitarnya (konflik eksternal) (IDAI, 2010).

Pada penelitian dilakukan penilaian masing masing aspek dalam PSC-17, yaitu aspek internalisasi, eksternalisasi, dan perhatian/atensi. Pada aspek internalisasi didapatkan hasil yang bermakna ($p=0,001$) dimana kelompok obesitas lebih banyak mengalami masalah internalisasi yaitu 18 dari 35 orang (25,7%) dibandingkan dengan remaja status gizi normal yaitu 5 dari 35 orang (7,1%). Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa Pada remaja yang mengalami obesitas digambarkan sebagai seseorang yang "jelek", tidak bahagia, kurang kompeten, terisolasi secara sosial, dan kurang disiplin diri, kurangnya motivasi dan kontrol diri. Pikiran mereka menjadi diinternalisasi dan dipengaruhi motivasi untuk mengatasi berat badan mereka (IDAI, 2010).

Masalah emosional internalisasi ditandai dengan pengalaman dan perilaku yang lebih terfokus ke dalam diri seperti gejala depresi, kecemasan, perilaku menarik

diri, dan digolongkan sebagai emosi yang menghukum diri seperti kesedihan, perasaan bersalah, ketakutan dan kekhawatiran berlebih (Davison et al, 2006). Masalah internalisasi didominasi disebabkan oleh perkembangan remaja, perkembangan fisik, dan sosial. Perubahan fisik yang cepat dan terjadi secara berkelanjutan pada remaja menyebabkan para remaja sadar dan lebih sensitif terhadap bentuk tubuhnya dan mencoba membandingkan dengan teman-teman sebaya. Jika perubahan tidak berlangsung secara lancar maka berpengaruh terhadap perkembangan psikis dan emosi anak (Batubara,2010).

Pada aspek eksternalisasi didapatkan hasil yang bermakna antara remaja obesitas dan remaja status gizi normal ($p=0,006$) dimana kelompok obesitas lebih banyak mengalami masalah eksternal yaitu 9 dari 35 orang (12,9%) dibandingkan dengan remaja status gizi normal yaitu 1 dari 35 orang (1,4%). Gangguan eksternalisasi ditandai dengan perilaku yang lebih diarahkan ke luar diri, seperti agresivitas, ketidakpatuhan, overaktifitas dan impulsifitas, dan termasuk berbagai kategori DSM-IV-TR yaitu ADHD, gangguan tingkah laku dan gangguan sikap menentang (Davison et al , 2006).

Hal ini sesuai dengan teori dimana faktor lingkungan merupakan keseluruhan fenomena fisik atau sosial yang mempengaruhi atau dipengaruhi perkembangan remaja, yaitu lingkungan keluarga, sekolah, teman sebaya dan masyarakat. Faktor keluarga yang memengaruhi perkembangan anak/ remaja, yaitu pola asuh, keluarga tidak harmonis, masalah keuangan, masalah hukum, penyakit fisik (Pingsan Palilingan, 2010).

Remaja dengan obesitas, mengalami proses kognitif tentang diri mereka yang negatif dan kurang kontrol diri (Calamaro,2009). Sedangkan pada usia remaja, mereka menganggap bahwa memiliki kelompok adalah hal yang penting karena mereka merasa menjadi bagian dari kelompok dan kelompok yang dapat memberi mereka status (IDAI, 2010). Dengan demikian, bagi remaja hubungan yang terpenting bagi diri mereka selain orangtua adalah teman-teman sebaya dan

semangatnya. Remaja mencoba untuk bersikap independent dari keluarganya akibat peran teman sebayanya. Di lain pihak, pengaruh dan interaksi teman sebaya juga dapat memicu timbulnya perilaku antisosial, seperti mencuri, melanggar hak orang lain, serta membolos, dan lainnya (IDAI, 2010).

Pada aspek atensi didapatkan hasil yang tidak bermakna antara remaja obesitas dan remaja status gizi normal ($p=0.057$). Remaja obesitas tidak selalu menderita masalah psikososial, dari hasil penelitian didapatkan 13 dari 35 orang responden kelompok obesitas tidak mengalami masalah psikososial. Menurut E. Erikson dalam (IDAI,2010) dengan memperkuat faktor protektif dan menurunkan faktor risiko pada seorang remaja maka tercapailah kematangan kepribadian dan kemandirian sosial yang diwarnai oleh *Self awareness* yang ditandai oleh rasa keyakinan diri serta kesadaran akan kekurangan dan kelebihan diri dalam konteks hubungan interpersonal yang positif. *Role of anticipation* and *role of experimentation*, yaitu dorongan untuk mengantisipasi peran positif tertentu dalam lingkungannya, serta adanya keberanian untuk bereksperimen dengan perannya tersebut yang tentunya disertai dengan kesadaran akan kelebihan dan kekurangan yang ada dalam dirinya. *Apprenticeship*, yaitu kemauan untuk belajar dari orang lain untuk meningkatkan kemampuan/keterampilan dalam belajar dan berkarya.

Keterbatasan penelitian ini yaitu pada penelitian ini keterangan yang diperoleh hanya berdasarkan keterangan hasil pengisian kuesioner oleh responden saja tanpa keterlibatan orang tua dalam pengambilan data. Peneliti juga tidak menggali lebih dalam mengenai faktor faktor penyebab terjadinya obesitas seperti genetik, pola makan dan aktivitas pada responden yang diteliti.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Dari penelitian mengenai perbandingan dampak psikososial antara remaja status gizi obesitas dengan remaja status gizi normal menggunakan PSC-17 di SMP Xaverius 1 Palembang dapat disimpulkan bahwa :

1. Latar belakang orang tua yang didapatkan dari 70 responden yaitu :
 - a. Pendidikan ayah didapatkan 1 orang lulusan SMP (1,4%), 41 orang lulusan SMA (60%), dan 27 orang dengan lulusan Perguruan tinggi (38,6%).
 - b. Pendidikan ibu didapatkan 44 orang lulusan SMA (62,9%), dan 26 orang dengan lulusan Perguruan tinggi (70%).
 - c. Penghasilan keluarga responden yang ikut serta dalam penelitian sebanyak 26 orang responden dengan penghasilan keluarga sebesar 1-3 juta per bulan (37,1%), 26 orang responden dengan penghasilan keluarga sebesar 4-6 juta rupiah per bulan (37,1%), 8 orang dengan penghasilan keluarga 7-9 juta rupiah per bulan (5,7%) dan 10 orang dengan penghasilan keluarga >10 juta rupiah perbulan (14,3%).
 - d. Jumlah saudara responden yang ikut berpartisipasi dalam penelitian sebanyak 30 orang dengan jumlah saudara 1-2 orang (42,9%), 38 orang dengan jumlah saudara 3-5 orang (54,3%) dan 2 orang dengan jumlah saudara >5 orang (2,9%).
 - e. Status pernikahan orang tua yang ikut berpartisipasi dalam penelitian sebanyak 69 orang tua dengan status pernikahan tidak bercerai (98,6%) dan 1 orang tua dengan status pernikahan bercerai (1,4%).

- f. Pekerjaan ibu pada siswa yang ikut berpartisipasi dalam penelitian sebanyak 51 orang dengan status pekerjaan ibu "ibu rumah tangga" (72,9%) dan 19 orang dengan pekerjaan ibu, "bekerja" (27,1%).
 - g. Pengasuh dalam keluarga siswa yang telah ikut berpartisipasi dalam penelitian didapatkan 68 orang dengan ibu kandung sebagai pengasuh (97,1%) dan 2 orang dengan pengasuh bukan ibu kandung (2,9%).
2. Masalah psikososial yang didapat pada siswa siswa SMP Xaverius 1 Palembang yaitu :
 - a. Masalah internalisasi siswa – siswi SMP Xaverius 1 Palembang pada penelitian didapatkan 23 orang (32.9%).
 - b. Masalah eksternalisasi siswa – siswi SMP Xaverius 1 Palembang pada penelitian didapatkan 10 orang (14.3%).
 - c. Masalah atensi siswa – siswi SMP Xaverius 1 Palembang pada penelitian didapatkan 9 orang (21.4%).
 - d. Skor >15 siswa – siswi SMP Xaverius 1 Palembang pada penelitian didapatkan 17 orang (17.1%).
 3. Masalah Psikososial yang terjadi pada siswa siswi SMP Xaverius 1 Palembang didapatkan hasil yang bermakna, dimana dampak psikososial yang timbul pada siswa/ siswi dengan status gizi obesitas lebih tinggi dibandingkan dengan status gizi normal di SMP Xaverius 1 Palembang Tahun 2015. Kelompok remaja obesitas lebih banyak mengalami gangguan psikososial di aspek internalisasi ($p=0,001$) dan eksternalisasi ($p=0,006$) dibandingkan dengan remaja dengan status gizi normal.

5.2. Saran

Adapun saran yang dapat penulis sampaikan setelah dilakukannya penelitian dan dari manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut :

5.2.1. Bagi Penelitian Selanjutnya

1. Dapat dilakukan penelitian lanjutan tentang faktor faktor yang mempengaruhi masalah psikososial pada remaja
2. Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai mengapa beberapa remaja obesitas lebih rendah percaya diri dibanding remaja obesitas lainnya.
3. Pada saat penelitian dapat mengikutsertakan orang tua dalam pengambilan data agar data yang diperoleh dapat lebih lengkap.

5.2.2. Bagi Institusi SMP Xaverius 1 Palembang

1. Agar penelitian ini dapat menjadi acuan bagi pihak sekolah untuk dapat dilakukan screening kepada seluruh siswa siswi agar dapat dideteksi secara dini masalah psikososial yang terjadi pada siswa siswi SMP Xaverius 1 Palembang.
2. Agar penelitian ini dapat menjadi acuan bagi pihak sekolah untuk dapat memberi edukasi untuk orang tua mengenai makanan sehat, aktivitas fisik dan bahaya obesitas terhadap anak, sehingga orang tua lebih memperhatikan menu makanan dan aktivitas fisik anaknya.

DAFTAR PUSTAKA/

- Ardiyanti, R.P. 2010. *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*. PT.Rineka Cipta, Jakarta, indonesia.
- Arundhana, A. I. 2010. *Hubungan Perilaku Gizi Seimbang dengan Kejadian Obesitas Pada Dosen Universitas Hasanuddin Makassar 2010*. S1 *Under Graduate*, Universitas Hasanuddin.
- Batubara, Jose RL. 2010. *Adolescent Development (Perkembangan Remaja)*. Jakarta: Sari Pediatri, Vol.12,No.1
- Calamaro,Christina. J and Roberta Waite. 2009. *Depression and Obesity in Adolescent*. *The journal for Nurse Practitioner*. 225-233
- Barlow, S.E. dan *the Expert Committee* .2007. *Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report*. *Pediatrics* ;120:164–92.
- Chandra Sonny, Nurmiati Amir, Ika Widyawati. 2007. *Hubungan Antara Obesitas dengan Psikopatologi pada Siswa SMU di Jakarta Selatan*. Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. vol.34. hal 289-295.
- Damayanti, S. 2002. *Prosiding Simposium Temu Ilmu Akbar 2002: "Obesitas Pada Anak"*. Pusat Informasi dan Penerbit Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.Jakarta. Indonesia.
- Dariyo, Agus, 2004. *Psikologi Perkembangan Remaja*, Bogor : Ghalia Indonesia.

- Dirgagunarsa, Singgih.1978. Pengantar Psikoogi.Jakarata: Mutiara
- Elvira, Sylvia D. dan Gitayanti Hadisukanto. 2013. Buku Ajar Psikiatri. Jakarta : Badan Penelitian Fakultas Kedokteran Indonesia.
- Farid. 2007. Obesitas Anak: "Sindroma Metabolik Usia Dini". Farmacia. (<http://www.majalah-farmacia.com>,Diakses 5 Agustus 2015).
- Gardner W, Murphy M, Childs G, et al. 1999. The PSC-17: a brief pediatric symptom checklist including psychosocial problem subscales: a report from PROS and ASPN. Ambulatory Child Health.
- Handoyo U.B, Rohadi P. 2012. Hubungan obesitas dengan risiko *obstructive sleep apnea* (osa) pada remaja. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan.
- IDAI. 2010. Masalah Kesehatan Mental Emosional Remaja. <http://idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/masalah-kesehatan-mental-emosional-remaja>. diunduh tanggal 10 oktober 2015.
- Jahja, Yudrik. 2011. Psikologi Perkembangan. Jakarta : Kencana Media Group.
- Jellinek MS, Murphy JM, Little M, et al. 1999. Use of the Pediatric Symptom Checklist (PSC) to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine.
- Kaplan H.I, Sadock B.J, Grebb J.A. 2010. *Sinopsis Psikiatri Jilid 2*. hal676-681 Terjemahan Widjaja Kusuma. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kasjono, H.S., Yasril. 2009. Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan. Graha Ilmu, Jakarta, Indonesia, hal. 10, 14-16, 129-134.
- Kemenkes RI. 2012. Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada Anak Sekolah. Jakarta

- Kiess W., et al. 2004. Multidisciplinary Management of Obesity in Children and Adolescents-Why and How Should It Be Achieved?. Dalam *Obesity in Childhood and Adolescence*, Kiess W., Marcus C., Wabitsch M.,(Eds). Basel: Karger AG.
- Kim B, Park MJ. *The influence of weight and height status on psychological problems of elementary school children through child behavior checklist analysis*. Yonsei Med J : 2009
- Laurentia. 2004. Obesitas dan penatalaksanaan Diet. Media Litbang Kesehatan. (<http://adl.apik.or.id>. Diakses tanggal 5 Agustus 2015)
- Madiyono, B., dkk. 2008. Dalam: Sastroasmoro, S., Ismael S. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis: "Perkiraan Besar Sampel". Edisi ke-3. Sagung Sato, Jakarta, Indonesia, hal. 315, 327.
- Mu'tadin, Z. (2002). *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta. Andi Offset
- Palilingan, P.2010. Obesitas pada Anak:"Apakah Anak Anda Obesitas?". Better Health. 10-11, (<http://www.ekahospital.com>), Diakses 9 Agustus 2015)
- Pingkan, Palilingan. 2010. Apakah Anak Anda Obesitas?. Betterhealth Tahun II / Edisi 3/ Triwulan/ September 2010 online. <http://www.ekahospital.com/uploads/bulletins/final/%20/draf.pdf> . Diakses 8 Agustus 2015].
- Puhl RM, Brownell K.D. *Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias*. Obesity Rev 2003;4:213–27
- Rahmatika. 2008. Obesitas Pada Anak Dan Remaja. Online. Available at (<http://www.idituban.files.wordpress.com2008/11/nh-2.pdf>. Diakses 8 Agustus 2015.)

- RIKESDAS .2007. Riset Kesehatan Dasar Nasional. Indonesia
- RIKESDAS .2013. Riset Kesehatan Dasar Nasional. Indonesia
- Riza, M, dkk. 2007. Prevalensi dan Beberapa Faktor Yang mempengaruhi Gangguan Psikososial Pada Anak Obes Usia Sekolah Dasar di Kotamadya Surakarta. Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UNS/ RSDM. Surakarta. Vol.34. hal 304- 306.
- Reck UK, dkk .2009. *The psychosocial situation of obese children: psychological factors and quality of life. Psych Res Behav Manage\.*
- Rutter, M., Giller,H., Hagell,A. 1998. *Antisocial Behavior by Young People. United Kingdom: Cambridge University Press.*
- Riendravi, Scania.2010. Perkembangan Psikososial Anak. Denpasar: RSUP SAnglah Denpasar.
- Siregar, Ade Rahmawati. 2006. Harga Diri Pada Remaja Obesitas. (<http://library.usu.ac.id>. Diakses tanggal 20 September 2015)
- Soetjningsih.1995. Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya: "Obesitas". EGC, Jakarta,Indonesia.
- Susatyo, Herlambang.2011. Personality Development.Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Suyatno. 2010. Menghitung Besar Sampel Penelitian Kesehatan Masyarakat. Bagian Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia, 1-4
- Syarif, D.R.2003. Childhood Obesity: Evaluation and Management, Dalam Naskah Lengkap National Obesity Symposium II, Editor: Adi S., dkk. Surabaya.

- Utami, Wisarani Sevita. 2009. Hubungan Antara Karakteristik Siswa Dengan Kejadian Obesitas Pada Siswa SD Anaajah di Jakarta Selatan Tahun 2009. Jakarta: FKUI.
- Utomo, Galih Tri. 2012. *Pengaruh Latihan Senam Aerobik Terhadap Penurunan Berat Badan, Persen Lemak Tubuh Dan Kadar Kolesterol Pada Remaja Putri Penderita Obesitas Di Sanggar Senam Studio 88 Salatiga.*
- Yussac, M.A., Arief C., dan Andika C. 2007. Prevalensi Obesitas pada Anak Usia 4-6 Tahun dan Hubungannya dengan Asupan Serta Pola Makan. Majalah Kedokteran Indonesia. (<http://mki.idionline.org>, Diakses 5 Agustus 2015)
- World Health Organization. 2009. Childhood Overweight and obesity : " Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, (<http://who.com>, Diakses 5 Agustus 2015)
- World Health Organization. 2003. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO Technical Report series.*
- Zentall, Sydney S. 2005. *Theory and Evidence Based Strategies for Children with Attentional Problems.* Wiley Periodicals, Inc.

LAMPIRAN

Usia Responden

Status Gizi * Usia responden Crosstabulation

		Usia responden				Total
		11	12	13	14	
Status Gizi	Count	2	16	8	9	35
	Normal % of	2.9%	22.9%	11.4%	12.9%	50.0%
	Total					
	Count	3	13	13	6	35
	Obesitas % of	4.3%	18.6%	18.6%	8.6%	50.0%
	Total					
Total	Count	5	29	21	15	70
	% of	7.1%	41.4%	30.0%	21.4%	100.0%
	Total					

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.301 ^a	3	.512
Likelihood Ratio	2.318	3	.509
Linear-by-Linear Association	.071	1	.790
N of Valid Cases	70		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.50.

Jenis Kelamin

Status Gizi * Jenis Kelamin Crosstabulation

		Jenis Kelamin		Total
		Laki laki	Perempuan	
Status Gizi	Count	19	16	35
	Normal % of Total	27.1%	22.9%	50.0%
	Count	27	8	35
	Obesitas % of Total	38.6%	11.4%	50.0%
	Count	46	24	70
	Total % of Total	65.7%	34.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.058 ^a	1	.044	.077	.038
Continuity Correction ^b	3.107	1	.078		
Likelihood Ratio	4.117	1	.042		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.000	1	.046		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan Ayah

Status Gizi * Pendidikan Ayah Crosstabulation

		Pendidikan Ayah			Total
		SMP	SMA	PT	
Status Gizi	Count	0	24	11	35
	Normal % of	0.0%	34.3%	15.7%	50.0%
	Total				
	Count	1	18	16	35
	Obesitas % of	1.4%	25.7%	22.9%	50.0%
	Total				
Total	Count	1	42	27	70
	% of	1.4%	60.0%	38.6%	100.0%
	Total				

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.783 ^a	2	.249
Likelihood Ratio	3.178	2	.204
Linear-by-Linear Association	.860	1	.354
N of Valid Cases	70		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

Pendidikan Ibu

Status Gizi * Pendidikan Ibu Crosstabulation

		Pendidikan Ibu		Total
		SMA	PT	
Status Gizi	Count	20	15	35
	Normal % of Total	28.6%	21.4%	50.0%
	Count	24	11	35
	Obesitas % of Total	34.3%	15.7%	50.0%
	Count	44	26	70
	Total % of Total	62.9%	37.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.979 ^a	1	.322		
Continuity Correction ^b	.551	1	.458		
Likelihood Ratio	.982	1	.322		
Fisher's Exact Test				.458	.229
Linear-by-Linear Association	.965	1	.326		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Jumlah Saudara

Status Gizi * Jumlah Saudara Crosstabulation

		Jumlah Saudara			Total
		1-2 Org	3-5 Org	>5 Org	
Status Gizi	Count	15	18	2	35
	Normal % of	21.4%	25.7%	2.9%	50.0%
	Total				
	Count	15	20	0	35
	Obesitas % of	21.4%	28.6%	0.0%	50.0%
	Total				
Total	Count	30	38	2	70
	% of	42.9%	54.3%	2.9%	100.0%
	Total				

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.105 ^a	2	.349
Likelihood Ratio	2.878	2	.237
Linear-by-Linear Association	.190	1	.663
N of Valid Cases	70		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

Status Pernikahan

Status Gizi * Jumlah Saudara Crosstabulation

		Jumlah Saudara			Total
		1-2 Org	3-5 Org	>5 Org	
Status Gizi	Count	15	18	2	35
	Normal % of	21.4%	25.7%	2.9%	50.0%
	Total				
	Count	15	20	0	35
	Obesitas % of	21.4%	28.6%	0.0%	50.0%
	Total				
Total	Count	30	38	2	70
	% of	42.9%	54.3%	2.9%	100.0%
	Total				

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.105 ^a	2	.349
Likelihood Ratio	2.878	2	.237
Linear-by-Linear Association	.190	1	.663
N of Valid Cases	70		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

Pekerjaan Ibu

Status Gizi * Pekerjaan Ibu Crosstabulation

		Pekerjaan Ibu		Total	
		Ibu Rumah Tangga	Bekerja		
Status Gizi	Normal	Count	24	11	35
		% of Total	34.3%	15.7%	50.0%
	Obesitas	Count	27	8	35
		% of Total	38.6%	11.4%	50.0%
Total		Count	51	19	70
		% of Total	72.9%	27.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.650 ^a	1	.420		
Continuity Correction ^b	.289	1	.591		
Likelihood Ratio	.652	1	.419		
Fisher's Exact Test				.592	.296
Linear-by-Linear Association	.641	1	.423		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.50.

b. Computed only for a 2x2 table

rga
 suh dalam rumah Crosstabulation

	Pengasuh dalam rumah		Total
	Ibu Kandung	Bukan Ibu Kandung	
Count	35	0	35
% of Total	50.0%	0.0%	50.0%
Count	33	2	35
% of Total	47.1%	2.9%	50.0%
Count	68	2	70
% of Total	97.1%	2.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.059 ^a	1	.151	.473	.246
Continuity Correction ^b	.515	1	.473	.092	
Likelihood Ratio	2.831	1	.154		
Fisher's Exact Test		1			
Linear-by-Linear Association	2.029	1	.154		
N of Valid Cases		70			

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Pengasuh Dalam Keluarga

Status Gizi * Pengasuh dalam rumah Crosstabulation

		Pengasuh dalam rumah		Total
		Ibu Kandung	Bukan Ibu Kandung	
Status Gizi	Count	35	0	35
	Normal % of Total	50.0%	0.0%	50.0%
	Count	33	2	35
Gizi	Obesitas % of Total	47.1%	2.9%	50.0%
	Count	68	2	70
	Total % of Total	97.1%	2.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.059 ^a	1	.151		
Continuity Correction ^b	.515	1	.473		
Likelihood Ratio	2.831	1	.092		
Fisher's Exact Test				.493	.246
Linear-by-Linear Association	2.029	1	.154		
N of Valid Cases	70				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Internalisasi

Status Gizi * Internalisasi Crosstabulation

		Internalisasi		Total
		Ya	Tidak	
Status Gizi	Count	5	30	35
	Normal % of	7.1%	42.9%	50.0%
	Total			
	Count	18	17	35
	Obesitas % of	25.7%	24.3%	50.0%
	Total			
Total	Count	23	47	70
	% of	32.9%	67.1%	100.0%
	Total			

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.944 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.325	1	.002		
Likelihood Ratio	11.443	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	10.787	1	.001		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Eksternalisasi

Status Gizi * Eksternalisasi Crosstabulation

		Eksternalisasi		Total
		Ya	Tidak	
Status Gizi	Count	1	34	35
	Normal % of	1.4%	48.6%	50.0%
	Total			
	Count	9	26	35
	Obesitas % of	12.9%	37.1%	50.0%
	Total			
Total	Count	10	60	70
	% of Total	14.3%	85.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.467 ^a	1	.006		
Continuity Correction ^b	5.717	1	.017		
Likelihood Ratio	8.431	1	.004		
Fisher's Exact Test				.013	.007
Linear-by-Linear Association	7.360	1	.007		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Atensi**Status Gizi * Attensi Crosstabulation**

		Attensi		Total	
		Ya	Tidak		
Status Gizi	Normal	Count	3	32	35
		% of Total	4.3%	45.7%	50.0%
	Obesitas	Count	9	26	35
		% of Total	12.9%	37.1%	50.0%
Total		Count	12	58	70
		% of Total	17.1%	82.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.621 ^a	1	.057	.110	.055
Continuity Correction ^b	2.514	1	.113		
Likelihood Ratio	3.761	1	.052		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3.569	1	.059		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Skor >15

Status Gizi * Skor >15 Crosstabulation

		Skor >15		Total
		Ya	Tidak	
Status Gizi	Count	2	33	35
	Normal % of Total	2.9%	47.1%	50.0%
	Count	15	20	35
	Obesitas % of Total	21.4%	28.6%	50.0%
	Count	17	53	70
	Total % of Total	24.3%	75.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13.130 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	11.188	1	.001		
Likelihood Ratio	14.473	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	12.942	1	.000		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Masalah Psikososial

Status Gizi * Masalah Psikososial Crosstabulation

		Masalah Psikososial		Total	
		Ya	Tidak		
Status Gizi	Normal	Count	6	29	35
		% of Total	8.6%	41.4%	50.0%
	Obesitas	Count	22	13	35
		% of Total	31.4%	18.6%	50.0%
Total	Count	28	42	70	
	% of Total	40.0%	60.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.238 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	13.393	1	.000		
Likelihood Ratio	15.972	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.020	1	.000		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Daftar Kuesioner

Nama:	BB : Kg
Usia:	TB : Cm
Jenis Kelamin : L / P	
Karakteristik Orang Tua	
Pendidikan terakhir ayah	A. Tidak Sekolah B. SD C. SMP D. SMA E. Perguruan Tinggi
Pendidikan Terakhir ibu	A. Tidak Sekolah B. SD C. SMP D. SMA E. Perguruan Tinggi
Penghasilan keluarga	A. 1-3 juta Rupiah B. 4-6 juta Rupiah C. 7-9 juta Rupiah D. >10 juta Rupiah
Jumlah saudara dalam keluarga	A. 1-2 orang B. 3-5 orang C. >5 orang
Status Pernikahan	A. Tidak bercerai B. Bercerai
Pekerjaan ibu	A. Ibu Rumah Tangga B. Bekerja
Pengasuh	A. Ibu kandung B. Bukan Ibu Kandung

PSC-17

No	Perilaku	Tidak Pernah 0	Kadang kadang 1	Sering 2
1	Merasa Sedih, Tidak bahagia			
2	Mudah Putus asa			
3	Cemas, Khawatir			
4	Menyalahkan diri sendiri			
5	Tampak tidak gembira			
6	Berkelahi dengan anak lain			
7	Tidak memperhatikan aturan			
8	Tidak mengerti perasaan anak lain			
9	Mengganggu anak lain			
10	Menyalahkan orang lain atas kesalahan sendiri			
11	Menolak berbagi			
12	Mengambil barang milik orang lain			
13	Gelisah tidak bisa duduk diam			
14	Banyak melamun			
15	Mudah beralih perhatian			
16	Sulit berkonsentrasi			
17	Bergerak seperti dikendalikan			
Skor akhir				
Total skor =				

Lembar Persetujuan

Kepada,

Yth, Calon Responden

di Tempat.

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, yang akan melakukan penelitian tentang " Perbandingan Dampak Psikososial Remaja Obesitas dan Status Gizi Normal Menggunakan *Pediatric Symptom Checklist 17 (PSC-17)* di SMP Xaverius 1 Palembang Tahun 2015".

Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan masa tubuh remaja dengan dampak psikososial yang timbul di kalangan remaja.

Bersama dengan ini saya memohon kesediaan saudara menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan dengan keadaan sebenarnya. Data yang diperoleh nantinya hanya akan diperlukan untuk keperluan peneliti. Atas kesediaan dan kerjasama saudara, saya ucapkan terimakasih.

Palembang, Oktober 2015

Bunyamin

Surat Persetujuan

Setelah dijelaskan maksud penelitian, Maka saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudara Bunyamin dengan judul Perbandingan Dampak Psikososial Remaja Obesitas dan Status Gizi Normal Menggunakan *Pediatric Symptom Checklist* 17 (PSC-17) di SMP Xaverius 1 Palembang Tahun 2015.

Dengan persetujuan ini, saya tanda tangani dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun.

Palembang, Oktober 2015

Responden

Data hitung skripsi.sav

	USIA	JK	BB	TB	IMT	STATGZ
1	12	Perempuan	50	154	21.08	Normal
2	13	Laki laki	53	154	22.35	Normal
3	14	Perempuan	55	165	20.20	Normal
4	14	Perempuan	45	151	19.74	Normal
5	12	Laki laki	60	165	22.04	Normal
6	13	Perempuan	70	165	25.71	Normal
7	13	Perempuan	64	162	24.39	Normal
8	14	Perempuan	66	165	24.24	Normal
9	12	Laki laki	58	161	22.38	Normal
10	12	Perempuan	40	145	19.02	Normal
11	12	Laki laki	50	161	19.29	Normal
12	13	Laki laki	44	154	18.55	Normal
13	13	Laki laki	45	155	18.73	Normal
14	12	Laki laki	54	152	23.37	Normal
15	12	Laki laki	47	149	21.17	Normal
16	14	Perempuan	50	165	18.37	Normal
17	11	Perempuan	47	144	22.67	Normal
18	14	Laki laki	69	165	25.34	Normal
19	14	Laki laki	50	149	22.52	Normal
20	14	Laki laki	70	165	25.71	Normal
21	13	Laki laki	60	160	23.44	Normal
22	14	Laki laki	45	157	18.26	Normal
23	11	Perempuan	40	151	17.54	Normal
24	12	Perempuan	52	163	19.57	Normal
25	12	Perempuan	44	160	17.19	Normal
26	12	Laki laki	44	156	18.08	Normal
27	12	Laki laki	34	135	18.66	Normal
28	14	Perempuan	63	160	24.61	Normal
29	12	Laki laki	52	158	20.83	Normal
30	12	Perempuan	40	145	19.02	Normal
31	13	Perempuan	49	149	22.07	Normal
32	12	Laki laki	52	153	22.21	Normal
33	12	Laki laki	48	150	21.33	Normal
34	12	Perempuan	48	155	19.98	Normal
35	13	Laki laki	55	156	22.60	Normal
36	13	Laki laki	64	153	27.34	Obesitas

Data hitung skripsi.sav

	PENDAYAH	PENDIBU	PENGHSL	JLHSDR	STATNIKAH	PEK.IBU
1	PT	PT	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja
2	SMA	SMA	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
3	SMA	SMA	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
4	SMA	PT	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
5	PT	PT	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
6	SMA	PT	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
7	PT	PT	7-9Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja
8	PT	PT	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Bekerja
9	SMA	PT	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja
10	PT	PT	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
11	PT	SMA	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
12	SMA	SMA	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
13	SMA	SMA	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
14	SMA	PT	>10Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja
15	SMA	SMA	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
16	SMA	SMA	1-3Jt	>5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
17	SMA	PT	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
18	PT	PT	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja
19	SMA	SMA	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
20	SMA	SMA	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
21	SMA	SMA	7-9Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
22	SMA	SMA	7-9Jt	>5 Org	Tidak berce...	Bekerja
23	PT	SMA	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
24	PT	PT	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Bekerja
25	SMA	SMA	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
26	PT	PT	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Bekerja
27	SMA	SMA	>10Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
28	SMA	SMA	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
29	PT	PT	>10Jt	3-5 Org	Bercerai	Bekerja
30	SMA	SMA	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
31	SMA	SMA	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja
32	SMA	SMA	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
33	SMA	SMA	7-9Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
34	SMA	SMA	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
35	SMA	PT	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
36	SMP	SMA	7-9Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...

Data hitung skripsi.sav

	PENGSUH	INTRERN	EKSTERN	ATTN	SKORE	MPS
1	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
2	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
3	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
4	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
5	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
6	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
7	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
8	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
9	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
10	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
11	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
12	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
13	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
14	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
15	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
16	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
17	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
18	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
19	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
20	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
21	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
22	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
23	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
24	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
25	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
26	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
27	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
28	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
29	IbuKandung	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya
30	IbuKandung	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Ya
31	IbuKandung	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya
32	IbuKandung	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya
33	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya
34	IbuKandung	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya
35	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
36	IbuKandung	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya

Data hitung skripsi.sav

	USIA	JK	BB	TB	IMT	STATGZ
37	13	Perempuan	86	166	31.21	Obesitas
38	13	Perempuan	68	155	28.30	Obesitas
39	13	Laki laki	67	160	26.17	Obesitas
40	14	Laki laki	75	160	29.30	Obesitas
41	12	Perempuan	72	158	28.84	Obesitas
42	12	Laki laki	64	150	28.44	Obesitas
43	13	Laki laki	81	172	27.38	Obesitas
44	12	Laki laki	72	155	29.97	Obesitas
45	12	Laki laki	68	159	26.90	Obesitas
46	11	Laki laki	59	147	27.30	Obesitas
47	14	Laki laki	62	154	26.14	Obesitas
48	13	Laki laki	68	155	28.30	Obesitas
49	12	Laki laki	65	156	26.71	Obesitas
50	13	Laki laki	83	168	29.41	Obesitas
51	11	Perempuan	72	157	29.21	Obesitas
52	12	Laki laki	68	155	28.30	Obesitas
53	13	Perempuan	65	152	28.13	Obesitas
54	12	Laki laki	70	160	27.34	Obesitas
55	12	Laki laki	70	155	29.14	Obesitas
56	14	Laki laki	65	153	27.77	Obesitas
57	12	Laki laki	70	158	28.04	Obesitas
58	12	Laki laki	80	163	30.11	Obesitas
59	12	Laki laki	69	158	27.64	Obesitas
60	12	Laki laki	65	147	30.08	Obesitas
61	14	Laki laki	66	156	27.12	Obesitas
62	13	Laki laki	65	152	28.13	Obesitas
63	13	Perempuan	67	150	29.78	Obesitas
64	13	Perempuan	78	162	29.72	Obesitas
65	12	Laki laki	66	153	28.19	Obesitas
66	14	Laki laki	85	165	31.22	Obesitas
67	13	Laki laki	70	155	29.14	Obesitas
68	13	Perempuan	88	165	32.32	Obesitas
69	11	Laki laki	78	160	30.47	Obesitas
70	14	Laki laki	81	160	31.64	Obesitas

Data hitung skripsi.sav

	PENDAYAH	PENDIBU	PENGHSL	JLHSDR	STATNIKAH	PEK.IBU
37	PT	PT	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
38	SMA	SMA	7-9Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
39	PT	PT	>10Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
40	SMA	PT	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
41	SMA	SMA	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
42	SMA	SMA	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
43	SMA	SMA	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
44	SMA	SMA	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
45	SMA	SMA	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Bekerja
46	PT	SMA	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Bekerja
47	PT	PT	>10Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
48	SMA	SMA	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
49	SMA	SMA	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
50	SMA	SMA	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
51	PT	SMA	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
52	PT	SMA	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
53	SMA	SMA	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
54	SMA	SMA	>10Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
55	PT	SMA	4-6Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
56	SMA	SMA	>10Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja
57	SMA	SMA	>10Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
58	PT	PT	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
59	PT	PT	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Bekerja
60	SMA	SMA	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
61	PT	PT	1-3Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Bekerja
62	PT	PT	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
63	SMA	SMA	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
64	PT	PT	1-3Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
65	SMA	SMA	7-9Jt	1-2 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
66	PT	PT	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja
67	PT	SMA	7-9Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
68	PT	SMA	>10Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja
69	SMA	SMA	4-6Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Ibu Rumah ...
70	PT	PT	>10Jt	3-5 Org	Tidak berce...	Bekerja

Data hitung skripsi.sav

	PENGSUH	INTRERN	EKSTERN	ATTN	SKORE	MPS
37	IbuKandung	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Ya
38	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
39	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
40	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
41	IbuKandung	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya
42	Bukan Ibu ...	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Ya
43	IbuKandung	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya
44	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
45	IbuKandung	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya
46	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
47	IbuKandung	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya
48	IbuKandung	Tidak	Tidak	Ya	Tidak	Ya
49	IbuKandung	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Ya
50	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
51	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
52	IbuKandung	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya
53	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
54	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
55	IbuKandung	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya
56	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
57	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
58	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
59	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
60	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
61	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
62	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
63	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
64	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
65	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
66	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
67	IbuKandung	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya
68	IbuKandung	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya
69	Bukan Ibu ...	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya
70	IbuKandung	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak



Gambar 1. Pengukuran BB dan TB Siswa siswi SMP Xaverius 1 Palembang



Gambar 2. Pengukuran TB Siswa siswi SMP Xaverius 1 Palembang



Gambar 3 Pengisian kuesioner oleh siswa siswi SMP Xaverius 1 Palembang

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045
Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 3 Nopember 2015.

Nomor : 1680/1-13/FK-UMP/XI/2015

Lampiran : -

Perihal : Mohon izin Penelitian

Kepada : Yth. Sdr. Kepala
SMP Xaverius 1
Palembang
Di
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

Nama : Bunyamin
NIM : 702012014
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi : Perbandingan Dampak Psikososial Antara Remaja Status Gizi Obesitas dan Status Gizi Normal Menggunakan PSC-17 di SMP Xaverius 1 Palembang.

Maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan ijin penelitian yang dibutuhkan dalam penyusunan skripsi kepada nama tersebut diatas di SMP Xaverius 1 Palembang.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Billahittaufiq Walhidayah.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Tembusan :

1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Arsip.





KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : *Bangamin*

NIM : *702015014*

PEMBIMBING I : *dr. A. Shihab, Sp.Ks*

PEMBIMBING II : *dr. Liza Chaitani, Sp.A*

JUDUL SKRIPSI :

Perbandingan Naxtal dan fildesoral camp status G2E Normal Mnggunakan PSC-12 di RSMK Xaverius Palembang tahun 2015

NO	TGL/BLN/THN	KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
				I	II	
1	28/12/15	Konsul bab 1 & 5	~	~		
2						
3	16/11/15	Konsul Bab 1 dan Bab 5	~	~		
4						
5	23/12/15	ACC bab 4 & 5	~	~		
6						
7	31/12/15	Konsul Bab 4 & 5	~	~		
8						
9	5/12/16	Konsul Bab 4 & 5	~	~		
10						
11	7/1/16	ACC bab 4 & 5	~	~		
12						
13						
14						
15						
16						

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang

Pada Tanggal : 08 / 1 / 2016

a.n. Dekan
Ketua UPK,

Dr. Mulya Fitriani



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN PROPOSAL PENELITIAN

NAMA MAHASISWA : Bunyamin
 NIM : 70202014

PEMBIMBING I : dr. A. Shahab, sp.ki
 PEMBIMBING II : dr. I. Za Chairani, Sp. A. M. Kes

JUDUL PROPOSAL : Perbandingan Masalah Psikososial Antara Remaja Obesitas dan Remaja Status Gizi Normal Menggunakan Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17) di SMP Xoverius I Palembang tahun 2015

NO	TGL/BLN/THN KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1	18/08/15	Bimbingan Judul & Proposal			
2	19/08/15	Bimbingan Judul & Proposal			
3	22/08/15	Bimbingan Proposal			
4	2/09/15	Bimbingan Proposal			
5		Acc Pembimbing I			
6	3/09/15	Bimbingan Proposal			
7	5/09/15	Bimbingan Proposal			
8		Acc Pembimbing 2			
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
 Pada Tanggal : 07/09/2015
 a.n. Dekan
 Ketua UPK,

BIODATA

Nama : Bunyamin
Tempat, Tanggal Lahir : Palembang, 1 Juni 1994
Alamat : Jln. Mangunjaya No.1791
Telp/Hp : 082183606675
Email : bunyamin_ismail@yahoo.co.id
Agama : Islam

Nama Orang Tua

Ayah : M. Yacob Ismail

Ibu : Merry

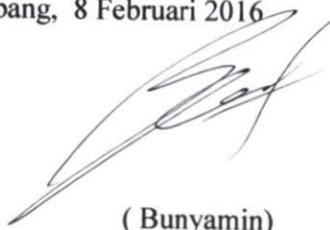
Jumlah Saudara : 4

Anak Ke : 3

Riwayat Pendidikan : SD Xaverius 2 Palembang (2006)
SMP Xaverius 1 Palembang (2009)
SMA Xaverius 1 Palembang (2012)



Palembang, 8 Februari 2016



(Bunyamin)