

SKRINING MASALAH PSIKOSOSIAL MENGGUNAKAN *PEDIATRICT SYMPTOM CHECKLIST- 35/YOUTH* PADA REMAJA DI PONDOK PESANTREN MODERN MUHAMMADIYAH KWALA MADU LANGKAT SUMATERA UTARA

SKRIPSI



OLEH:

DYAH RETNO WULANDARI

NIM:0801163141

**PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA MEDAN
1442 H / 2021 M**

SKRINING MASALAH PSIKOSOSIAL MENGGUNAKAN *PEDIATRICT SYMPTOM CHECKLIST- 35/YOUTH* PADA REMAJA DI PONDOK PESANTREN MODERN MUHAMMADIYAH KWALA MADU LANGKAT SUMATERA UTARA

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memproleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM)**

OLEH:

DYAH RETNO WULANDARI

NIM:0801163141

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

SUMATERA UTARA MEDAN

1442 H / 2021 M

SKRINING MASALAH PSIKOSOSIAL MENGGUNAKAN *PEDIATRICT SYMPTOM CHECKLIST-35/YOUTH* PADA REMAJA DI PONDOK PESANTREN MODERN MUHAMMADIYAH KWALA MADU LANGKAT SUMATERA UTARA

DYAH RETNO WULANDARI

NIM:0801163141

ABSTRAK

Latar Belakang: Psikososial merupakan pemasalahan yang relatif umum terjadi, sekitar 12% masalah psikososial mempengaruhi anak-anak maupun remaja yang seringkali luput dari perhatian para guru bahkan orang tua hal seperti ini bisa menjadi penyebab masalah yang kian serius di kemudian hari. *American Academy of Pediatrics* merekomendasikan skrining psikososial sebagai bagian dari pemeriksaan fisik tahunan untuk semua anak dan remaja. **Tujuan:** Mendeteksi dini masalah psikososial remaja di pondok pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat dan untuk mengetahui faktor apa saja yang mungkin berhubungan dengan masalah psikososial remaja. **Metode:** Rancangan penelitian analitik dengan metode potong lintang (*Cross Sectional*), dengan jumlah subjek sampel didapatkan 226 remaja dari 768 jumlah populasi, perhitungan sampel yang digunakan adalah kategori tidak berpasangan serta pengambilan sampel menggunakan metode *Simple Random Sampling* yang melakukan pengambilan data pada bulan Desember-2020 s/d Januari 2021. Subjek penelitian adalah remaja yang akan diskriming dengan alat instrument PSC-Y (*Pediatric Symptom Checklist-35/Youth*) dan dilakukan juga pemeriksaan status gizi. Dalam penelitian ini analisis data menggunakan analisis tes *Chi square* dan tes *Fisher*. **Hasil:** Skrining psikososial menggunakan PSC-Y menemukan 92 (41%) remaja mengalami masalah psikososial dari 226 remaja di pondok pesantren modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat yang diskriming. Analisis aspek faktor yang ditemukan adanya hubungan secara statistik dengan masalah psikososial remaja adalah status keluarga ($p= 0,033$) dan status gizi ($p= 0,042$). **Kesimpulan:** Faktor yang mempengaruhi masalah psikososial remaja dalam penelitian ini adalah status keluarga dan status gizi, sementara usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi dan masalah dermatologis tidak memiliki hubungan bermakna secara statistik terhadap masalah psikososial remaja.

Kata kunci : Skrining, Psikososial Remaja, Pondok Pesantren, PSC-Y

**USE OF THE *PEDIATRICT SYMPTOM CHECKLIST-35/YOUTH* TO
SCREEN FOR PSYCHOSOCIAL PROBLEMS IN ADOLESCENTS IN
MUHAMMADIYAH MODERN ISLAMIC BOARDING SCHOOL KWALA
MADU LANGKAT SUMATERA UTARA**

DYAH RETNO WULANDARI

NIM:0801163141

ABSTRACT

Background: This psychosocial problem is relatively common, affecting around 12% of children and adolescents which are often overlooked by teachers and even people. Old things like this can cause more serious problem later on. The American Academy of Pediatrics recommends psychosocial screening as part of the annual physical examination for all children and adolescent. **Objective:** Early detection of adolescent psychosocial problem in the Muhammadiyah Modern Islamic Boarding School Kwala Madu Langkat and to identify determine what factors may be related to adolescent psychosocial problems.

Methods: The analytical research design is cross sectional method, with samples of subjek are 226 adolscent from 768 population. The sample calculation use is unpaired categorical and sampling using the simple random sampling method which is carried out data collection in December 2020- January 2021. The research subjects were adolescent who werw screened with the PSC-Y (*Pediatrict Symptom Checklist-35/Youth*) instrument and also carried out an examination of their nutritional status. This study data analysis used chi square test and Fisher test. **Results:** Phychosocial screening using PSC-Y found 92 (41%) adolescent experienced psycosocial problems out of 226 adolescent in the Muhammadiyah Modren Islamic Boarding School Kwala Madu Langkat. Analysis of the factor aspects that were found to be significant with adolescent psycosocial problems were family status ($p=0,033$) and nutritional status ($p=0,042$).

Conclusion: The factors that influence adolescent psycosocial problems in this study are family status and nutritional status, while age, gender, education level, socio economic status and dermatological problems have no relationship to adolescent psycosocial problems.

Keywords: Screening, Adolescent Psychosocial Problems, Islamic Boarding School, PSC-Y

LEMBAR PERYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Nama : Dyah Retno Wulandari
NIM : 0801163141
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Epidemiologi
Tempat/Tgl. Lahir : Padang Brahrang/ 29 Mei 1999
Judul Skripsi : Skrining Masalah Psikososial Menggunakan *Pediatric Symptom Checklist-Youth* Pada Remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara.

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Skripsi ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Strata 1 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
2. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
3. Jika kemudian hari terbukti bahwa karya saya ini bukan hasil karya asli saya atau merupakan jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.

Medan, Maret 2021

Materai**6000**Dyah Retno Wulandari

NIM.0801163141

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Dyah Retno Wulandari

NIM :0801163141

SKRINING PSIKOSOSIAL MENGGUNAKAN PSC (*PEDIATRICT SYMPTOM CHECKLIST*)- 35/Y PADA REMAJA DI PONDOK PESANTREN MODERN MUHAMMADIYAH KWALA MADU LANGKAT SUMATERA UTARA

Dinyatakan bahwa skripsi dari mahasiswa ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (UINSU MEDAN).

Medan, 25 Maret 2021

Menyetujui,

Dosen Pembimbing



Zata Ismah, SKM. M.KM
NIP. 19930118 201801 2001

Dosen Pembimbing Integrasi



Dr. Nurhayati M.Ag
NIP. 19740517 200515 2003

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi dengan Judul:
SKRINING PSIKOSOSIAL MENGGUNAKAN PSC (*PEDIATRICT SYMPTOM CHECKLIST*)- 35/Y PADA REMAJA DI PONDOK PESANTREN MODERN MUHAMMADIYAH KWALA MADU LANGKAT SUMATERA UTARA
 Yang Dipersiapkan dan Dipertahankan Oleh:

DYAH RETNO WULANDARI
NIM. 0801163141

Telah Diuji dan Dipertahankan Dihadapkan Tim Penguji Skripsi Pada Tanggal 25 Maret 2021 dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat untuk Diterima.

TIM PENGUJI
 Ketua Penguji



Dr. Mhd Furqan, S.Si, M.Comp.Sc
 NIP. 198008062006041003

Penguji I



Zata Ismah, SKM. M.KM
 NIP. 19930118 201801 2001

Penguji II



Yulia Khairina Ashar, MKM
 NIP.19930731 201903 2018

Penguji III



Dr. Nurhayati M.Ag

NIP. 19740517 200515 2003
 Medan, 25 Maret 2021
 Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
 Fakultas Kesehatan Masyarakat
 Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
 Dekan,

Prof. Dr. Syafaruddin., M.Pd
 NIP.19620716 199003 1004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dyah Retno Wulandari
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir : Padang Brahrang, 29 Mei 1999
Alamat : Jl. Subang No.35 Dusun Sido Waras Desa Kwala
Begumit Kec. Stabat Kab. Langkat
No.Hp : +6285370166793
Alamat e-mail : dyahre29@gmail.com

Riwayat Pendidikan

2016-2021 : Peminatan Epidemiologi, Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, UIN Sumatera Utara, Medan
2013-2016 : Madrasah Aliyah Negeri Binjai
2010-2013 : SMP Negeri 3 Stabat
2004-2010 : SD NEGERI 058106 Kwala Madu

Riwayat Organisasi

2018-2019 : Ketua Departemen Informasi & Komunikasi *Health Research Student Association* (HERSA) FKM UINSU
2017-2018 : Anggota Staff Bidang INFOKOM DEMA (Dewan Mahasiswa) FKM UINSU

LEMBAR PERSEMBAHAN

Motto:

Kepada Allah SWT, Rabbi Semesta Alam kuucapkan syukur atas segala hal yang datang kepadaku, jadikanlah aku hamba-hambamu yang pandai bersyukur. Kupersembahkan motto ini pada diriku sendiri dan aku ucapkan Terimakasih yang sebesar-besarnya untuk banyak hal pada diriku sendiri yang aku ucapkan selalu dimalam hari sebelum tidur. Selalu ingatlah ini wahai diriku sendiri...

"Maka tuhan mereka memperkenankan permohonannya (dengan berfirman).. "Sesungguhnya aku tidak menyia-yiakan amal orang yang beramal diantara kamu, baik laki-laki maupun perempuan, (karena) sebagian kamu adalah (keturunan) dari sebagian yang lain..."

(Ali Imran:195).

Ingatlah untuk tidak berputus asa dalam berbuat kebaikan, karena tidak ada yang sia-sia dalam amal kebaikan apapun, luruskan lagi niat dan kuatkan lagi langkah kakimu. Ingatlah juga potongan pesan dari ayat ini wahai diriku sendiri agar rasa syukurmu tidak mudah hilang...

"Sesungguhnya jika kamu bersyukur, niscaya aku akan menambah (nikmat) kepadamu"..... (Ibrahim:07)

Tak luput pula turut kupersembahkan skripsi ini untuk:

Bapak dan Mamak yang banyak mendukungku dan yang paling sangat aku cintai serta sayangi, semoga selalu dalam keadaan sehat dan bahagia. **Adik-adikku (Danur dan Bias)** maafkan bila kakakmu belum bisa menjadi kakak yang baik bagi kalian. Semoga kalian selalu sehat dan bahagia, setiap urusan kalian dipermudah sehingga bisa mencapai tujuan serta cita-citanya. Jangan tinggalkan Shalat ya adik-adikku, kelak itu sebagai penolong kalian di akhirat. Kakak selalu doakan agar kalian semua selalu dalam perlindungan Allah SWT. **Sahabatku Vinna** yang selalu mendengar segala cerita hidupku, aku harap telingamu tidak bosan mendengarnya dan doaku semoga hatimu selalu diliputi rasa bahagia.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim..

Assalamu'alaikum Warrahmatullah wabarakatuh.

Puji dan syukur saya ucapkan selalu atas segala kenikmatan dari Allah SWT dan limpahan serta karunianya kepada saya yang tidak henti-hentinya dan Shalawat senantiasa terucap kepada baginda Nabi Rasulullah SAW. Sehingga atas izin dari Allah SWT saya bisa menyelesaikan SKRIPSI saya yang diajukan untuk mendapatkan gelar sarjana strata satu Kesehatan Masyarakat dengan judul **“Skrining Psikososial Menggunakan PSC (*Pediatric Symptom Checklist*)-35/Youth Pada Remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara”**. yang akhirnya telah sampai juga untuk disidangkan dalam sidang MUNAQASYAH pada tanggal 25 Maret 2021.

Saya sebagai penulis mengucapkan banyak terimakasih terutama kepada kedua orang tua saya Ayah Sugiatno dan Ibu Ika Mei Souvenir Yanti yang teramat saya cintai dan paling mencintai saya. Tidak lupa penulis juga mengucapkan banyak terimakasih kepada banyak pihak yang secara langsung maupun tidak langsung telah turut andil mendukung dalam proses penulisan skripsi ini dan membantu saya dalam proses selama menjalani masa perkuliahan diantara beberapa pihak tersebut ialah:

1. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UINSU Medan, Bapak Prof. Dr. Syafrudin., M.Pd.

2. Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat FKM UINSU Medan, Ibu Susilawati., SKM, M.Kes.
3. Sekertaris Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UINSU Medan, Ibu dr. Nofi Susanti, M.Kes
4. Seluruh Staff dan Dosen pengajar di FKM UINSU Medan, yang telah memberikan banyak ilmu serta pengalaman dan bantuan yang bermanfaat bagi penulis kedepannya.
5. Dosen Pembimbing Umum sekaligus Ketua Peminatan Epidemiologi FKM UINSU, Ibu Zata Ismah., SKM, MKM. Yang banyak memberikan ilmu bermanfaat, motivasi dan daya juang serta arahan sehingga banyak membantu penulis berkembang selama masa perkuliahan hingga masa-masa skripsi yang akhirnya bisa terselesaikan.
6. Dosen Pembimbing Kajian Integritas Keislaman, Ibu Dr. Nurhayati., M.Ag yang memberi banyak koreksi dan masukan yang bermanfaat bagi kajian integrasi skripsi ini.
7. Kepada Bapak Ust. H. Ramdani Lc, Pembantu Pimpinan bidang Pondok, Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara. Atas keramahan serta izinnya untuk saya sehingga bisa melaksanakan penelitian ini dan menyelesaikan Skripsi ini sampai akhir.
8. Kepada Bapak Pujiono, S.Pd, Kepala Sekolah Madrasah Aliyah Muhammadiyah 09 Sidomulyo , yang sudah memberikan izin serta banyak memberi bantuan maupun arahan selama saya melakukan penelitian.

9. Kepada Bapak Ust. Waliadi Tarigan, S.Thl, M.Pd, Kepala Sekolah Madrasah Tsanawiyah Muhammadiyah Sidomulyo yang juga atas izinya saya bisa menyelesaikan penelitian dan skripsi ini.
10. Paklek Aan dan Bulek Ida yang juga banyak memberi saya dukungan baik moril maupun materi selama saya menjalankan perkuliahan di Medan sehingga saya akhirnya bisa menyelesaikan kuliah saya.
11. Rekan seperjuangan pemintanan Epidemiologi FKM UINSU Medan angkatan 2018. Terimakasih telah menjadi bagian dari kenangan tentang kisah perjuangan dan kehidupan sebagai penuntut ilmu semoga kalian semua dalam keadaan sehat dan bahagia selalu.
12. Seluruh teman-teman angkatan 2016 Fakultas Kesehatan Masyarakat khususnya Kelas IKM D.
13. Sahabatku seja kecil Vinna Ellen dan Nurul Husnul Hasanah yang memberi banyak semangat dan bersedia menjadi pendengar yang baik.
14. Sahabat seperjuangan yang tidak henti-hentinya memberi dukungan, semangat, bantuan tenaga dalam penelitian, teman perjuangan dalam pengerjaan skripsi Ema Rizka Sazkiah, SKM. Ratna Dewi SKM, Mila Sari Wahyuni SKM terimakasih atas kehadiran kalian, semoga selalu dalam keadaan sehat dan bahagia.
15. Teman seperjuangan dari masa Aliyah Kak Devi Nuranisyah S.Sos, Mak Rizky Pratiwi S.E dan Rizka Safrina Indri S.Sos atas doa dan dukungan dari jauhnya.
16. Seluruh pihak yang banyak memberi banyak dukungan dan bantuan lainnya yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu.

Saya berharap skripsi saya dapat menambah wawasan bagi akademik maupun nonakademi, umum ataupun khusus serta bisa dipertimbangkan sebagai bahan sumbangsih ilmu kesehatan masyarakat yang membangun kedepannya. Dengan segala kerendahan hati turut saya akui dan sadari bahwa dalam menyusun skripsi ini masih jauh dari sempurna, dan masih banyak hal yang bisa dikembangkan dan dipelajari lebih jauh lagi, untuk itu saya sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun guna sempurnanya skripsi saya dan sebagai ikhtiar kita dalam menuntun ilmu.

Medan, 25 Maret 2021

Penulis (Dyah Retno Wulandari)

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
IHME	: <i>Institute of Health Metrics & Evaluation</i>
DALYs	: <i>Disability-Adjusted Life Years</i>
PSC	: <i>Pediatric Symptom Checklist</i>
PSC-Y	: <i>Pediatric Symptom Checklist-Youth</i>
IDAI	: Ikatan Dokter Anak Indonesia
CBCL	: <i>Child Behavior Checklist</i>
SDQ	: <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
KESGA	: Kesehatan Keluarga
MI	: Madrasah Ibtida'iyah
MTs	: Madrasah Tsanawiyah
MA	: Madrasah Aliyah
IMT	: Indeks Massa Tubuh
BB	: Berat Badan
PB	: Panjang Badan
TB	: Tinggi Badan
CDC	: <i>Centre for Disease Control</i>
NHCS	: <i>National Centre For Health Statistics</i>
DKA	: Dermatitis Kontak Alergi
DKI	: Dermatitis Kontak Iritan
UMP	: Upah Minimum Provinsi
NQF	: <i>National Quality Forum</i>
PKHS	: Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat
ADHD	: <i>Attention deficit hyperactive disorder</i>
PKPR	: Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR SINGKATAN.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR DIAGRAM	ix
DAFTAR TABEL	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Toritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktisi	7
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	7
BAB II LANDASAN TEORI	8
2.1 Skrining	8
2.1.1 Defenisi Skrining	8
2.1.2 Tujuan Skrining	9
2.1.3 Syarat-syarat Skrining.....	9
2.2 <i>Pediatric Symptom Checklist (PSC)</i>	11
2.2.1 Defenisi PSC.....	11
2.2.2. Penggunaan PSC	12
2.2.3. Interpretasi PSC	13
2.3 Remaja.....	16

2.3.1 Defenisi Remaja.....	16
2.3.2 Karakteristik Remaja.....	17
2.4 Psikososial.....	18
2.4.1 Defenisi Psikososial	18
2.4.2 Perkembangan Psikososial Remaja.....	18
2.5 Epidemiologi Psikososial	21
2.5.1 Teori Roda (<i>Wheel of Causation</i>)	21
2.5.2. Faktor-Faktor Mempengaruhi Masalah Psikososial Remaja	23
2.6 Kajian Integrasi Keislaman	38
2.6.1 Konsep Psikososial Menurut Alqur'an dan Hadist.....	38
2.7 Kerangka Teori.....	44
2.8 Kerangka Konsep Penelitian	45
2.9 Hipotesa Penelitian.....	46
BAB III METODE PENELITIAN	47
3.1 Jenis dan Desain Penelitian.....	47
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	47
3.3 Populasi dan Sampel	47
3.3.1 Populasi	47
3.3.2 Sampel.....	48
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	49
3.4. Variabel Penelitian	50
3.4.1 Variabel Dependent	50
3.4.2 Variabel Independent	50
3.5 Defenisi Oprasional	51
3.6 Uji Validitas dan Reliabilitas	56
3.7 Teknik Pengumpulan Data.....	58
3.7.1 Jenis Data	60
3.7.2 Alat dan Instrumen Penelitian.....	60
3.7.3 Prosedur Pengumpulan Data.....	61
3.8 Analisis Data	61
3.8.1 Analisis Univariat	61

3.8.2 Analisis Bivariat.....	61
BAB IV PEMBAHASAN.....	63
4.1 Hasil Penelitian	63
4.1.1 Deskripsi Lokasi Penelitian	63
4.1.2 Hasil Skrining <i>Pediatric Symptom Checklist</i> (PSC-35/Y) Remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat	64
4.1.3 Hasil Analisis Bivariat	72
4.2 Pembahasan.....	73
4.2.1 Masalah Psikososial Remaja Berdasarkan Hasil Skrining.....	73
4.2.2 Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Psikososial Remaja.....	79
4.2.3 Keterbatasan Penelitian.....	81
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	82
5.1 Kesimpulan	82
5.2 Saran.....	84
5.2.1 Instansi Terkait.....	84
5.2.2 Praktisi Selanjutnya.....	85
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN I LEMBAR PERSETUJUAN PESERTA PENELITIAN	91
LAMPIRAN II INSTRUMEN PENELITIAN	92
LAMPIRAN III INSTRUMEN SKRINING PSC	95
LAMPIRAN IV KERANGKA SAMPEL	97
LAMPIRAN V NORMALITAS DATA	98
LAMPIRAN VI HASIL ANALISIS DATA.....	103
LAMPIRAN VIII DOKUMENTASI PELAKSANAAN PENELITIAN	112

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	44
Bagan 2.2 Kerangka Konsep.....	45
Bagan 3.1 Alur Teknik Pengambilan Data	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Teori Roda (<i>Wheel of causation</i>)	22
---	----

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 4.1 Masalah Psikososial Berdasarkan Subskala PSC (<i>Pediatric Symptom Checklist</i>)- 35/Y Pada Remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)	73
Diagram 4.2 Distribusi Masalah Psikososial Menggunakan Instrumen PSC (<i>Pediatric Symptom Checklist</i>)-35/Y Pada Remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)	74

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perkembangan Psikososial Remaja Awal	18
Tabel 2.2 Perkembangan Psikososial Remaja Pertengahan	19
Tabel 2.3 Perkembangan Psikososial Remaja Akhir	21
Tabel 2.4 Ambang Batas Status Gizi	26
Tabel 2.5 Intepretasi Indeks Massa Tubuh	28
Tabel 3.1 Kriteria Inklusi dan Kriteria ekslusi	48
Tabel 3.2 Perhitungan Sampel	50
Tabel 3.3 Defenisi Oprasional.....	51
Tabel 4.1 Distribusi karakteristik demografi responden remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)	65
Tabel 4.2 Distribusi menurut status gizi individu remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)	68
Tabel 4.3 Distribusi masalah dermatitis remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)	69
Tabel 4.4 Distribusi Masalah Psikososial remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)	70
Tabel.4.5 Analisis Bivariat (n=226).....	7

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Adanya perubahan dalam kehidupan individu, yaitu yang bersifat psikologik, sosial dan yang membahas mengenai aspek-aspek dari perkembangan manusia merupakan tanda dalam perubahan masalah psikososial. (Soraya, 2012). Psikososial merupakan pemasalahan yang relatif umum terjadi, sekitar 12% masalah psikososial mempengaruhi anak-anak maupun remaja yang seringkali luput dari perhatian para guru bahkan orang tua hal seperti ini bisa menjadi penyebab masalah yang kian serius di kemudian hari. (Jellinek and Murphy, 1999). Pada masa remaja adalah masa yang penting karena pada masa ini terjadinya masa peralihan dari anak-anak menjadi dewasa, pada masa ini juga para remaja mengalami suatu proses ke arah kematangan dan kemandirian (Yusuf, 2001). Selama masa peralihan tersebut, para remaja mengalami berbagai macam kejadian yang bisa menjadi stressor psikososial yang apabila dibiarkan dapat menimbulkan masalah psikatrik dikemudian hari seperti diantaranya ialah depresi. (Anisman and Zacharko, 1992). Menurut beberapa para ahli, masalah psikososial memiliki peran penting pada terjadinya depresi. Pendapat sebagian para ahli tersebut ialah bahwa psikososial memiliki peran sedikitnya terhadap timbulnya serangan pertama pada kejadian depresi. (Kaplan and Sadock, 1997).

Menurut *World Health Organization* setengah dari penyakit mental dimulai pada usia 14 tahun, tetapi kasus tidak terdeteksi dan terobati. Dalam hal beban

penyakit di kalangan remaja, depresi adalah penyebab kematian utama ketiga. Bunuh diri adalah penyebab kematian nomor dua di antara anak berusia 15-29 tahun. (WHO, 2018). Menurut data yang diterbitkan oleh *Institute of Health Metrics & Evaluation (IHME)*, studi *Global Burden Of Disease* tahun 2017 dimana sekitar satu dari tujuh orang (10,7%) memiliki setidaknya satu gangguan mental, secara global hal ini berarti sekitar 792 juta orang pada 2017 mengalami satu gangguan mental. Dalam studi ini juga beban penyakit diukur dalam *Disability-Adjusted Life Years (DALYs)* mempertimbangkan tidak hanya kematian yang terkait kelainan tetapi juga beban hidup dengan kecacatan atau beban kesehatan dari gangguan mental dan penggunaan zat menyumbang 5% dari beban penyakit secara global pada tahun 2017, dan mencapai 10% gangguan mental menyumbang kontribusi tertinggi beban kesehatan secara keseluruhan di Australia, Arab Saudi dan Iran.

Menurut data dari RISKESDAS tahun 2018 mengenai gangguan mental dan emosional di Indonesia menunjukkan prevalensi dengan rata-rata mencapai 9,8% dengan angka prevalensi tertinggi di Sulawesi Tengah mencapai 19,8% sedangkan di ibukota DKI Jakarta sebesar 10,1% dan angka prevalensi terendah gangguan mental emosional adalah Jambi dengan prevalensi 3,6%. Sementara itu Sumatera Utara memiliki angka prevalensi gangguan mental emosional lebih tinggi dari DKI Jakarta sebesar 11,6%. Sedangkan dilihat dari karakteristik usia seseorang dengan gangguan mental emosional tertinggi adalah pada usia 55+ tahun mencapai angka prevalensi 8%, tertinggi kedua berikutnya adalah pada rentang usia remaja 15-24 tahun dengan prevalensi sebesar 6,2%. (Riskesdas, 2018).

American Academy of Pediatrics merekomendasikan skrining psikososial sebagai bagian dari pemeriksaan fisik tahunan untuk semua anak dan remaja atau

dapat dilakukan setiap tiga hingga enam bulan sekali misalnya pada sekolah dasar. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Gall et al., (2000) yang melakukan penelitian penapisan atau skrining psikososial menggunakan *Pediatric Symptom Checklist-Y* di Pusat Kesehatan Berbasis Sekolah (SBHC) yang ada di Boston di temukan dari 383 remaja usia 13-18 tahun sekitar 10% atau 40 anak dari 343 memiliki masalah dengan emosi dan perilaku atau gangguan psikososial dan membutuhkan bantuan secara mental. Penelitian lainnya juga dilakukan oleh Chaceko-Llego, Castillo-Carandang and Rayes (2009) yang melakukan skrining psikososial menggunakan PSC versi bergambar di Fhilipina ditemukan dari 127 anak yang diskriming 13 orang dari 52 atau 25% anak perempuan positif psikososial lebih tinggi dibandingkan anak laki-laki dengan 11 orang anak dari 75 anak atau 14,67%.

Banyak faktor yang mempengaruhi seorang remaja mengalami gangguan psikososial sementara belum banyak di temukan literatur penelitian khususnya di Sumatera Utara yang membahas pelaksanaan skrining menggunakan instrument PSC sebagai deteksi dini psikososial pada anak-anak ataupun remaja, tetapi beberapa penelitian dari negara berbeda membahas mengenai adanya faktor-faktor yang mempengaruhi seorang remaja mengalami gangguan psikososial. Pernyataan oleh Sarafino dan Smith (2011) menggambarkan keadaan psikologis dan sosial individu dipengaruhi oleh kondisi sakit seseorang. Hal ini ditunjukkan dengan beberapa penelitian seperti penelitian oleh Hansen (1997) studi ini menunjukkan adanya angka positif PSC dua kali sampai tiga kali lebih umum terjadi pada anak-anak dengan kondisi kronis, dalam penelitiannya berhubungan dengan kondisi dermatologis. Kemudian penelitian yang sama oleh Reed-Knight et, al., (2011) dengan kondisi lainnya yaitu masalah berkaitan dengan Gastroenterologi. Faktor lain yang

mempengaruhi kondisi psikososial pada remaja di Indonesia adalah seperti penelitian oleh Pujiastuti, Eddy dan Herry (2013) yang membandingkan masalah gizi remaja dengan status gizi obesitas dan normal menggunakan PSC didapatkan anak dengan status gizi obesitas mengalami masalah psikososial lebih tinggi.

Salah satu faktor lainnya yang menjadi penyebab masalah psikososial yaitu seperti hubungan antar interpersonal yang tidak stabil, kemampuan adaptasi dan bekerja yang buruk sehingga menimbulkan kekerasan interpersonal adalah bagian dari adanya perubahan psikologis dan sosial yang mempengaruhi terhadap kehidupan lingkungan individunya sebagaimana menurut Achenbach dan Conaughy (1997). Beberapa peneliti juga melihat faktor kehidupan lingkungan remaja dengan kejadian gangguan psikososial masih pada penelitian oleh Chaceko-Llego, Castillo-Carandang and Rayes (2009) yang melakukan skrining psikososial anak-anak Philipina menggunakan PSC versi bergambar pada daerah dengan komunitas anak-anak yang tinggal di daerah miskin perkotaan ditemukan adanya gangguan psikososial pada anak-anak tersebut selain itu menunjukkan juga adanya hubungan yang signifikan jumlah saudara mempengaruhi anak-anak dengan terjadinya psikososial. Sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Murphy et al., (1992) penelitian menggunakan PSC telah menunjukkan prevalensi disfungsi psikososial anak menjadi dua sampai tiga kali lebih tinggi pada anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah dan hidup dengan orang tua tunggal.

Berdasarkan hasil penelusuran dari beberapa penelitian sebelumnya penulis merasa perlu untuk melakukan skrining psikososial pada remaja, hal ini dikarenakan sebanyak delapan puluh persen para remaja berkisar usia diantaranya yaitu 11-15 tahun diketahui pernah memperlihatkan perilaku yang berisiko tinggi

minimalnya ialah satu kali pada masa periode usia tersebut, beberapa perilaku tersebut ialah seperti berperilaku buruk dan tidak sesuai aturan di sekolah, penyalahgunaan zat, hingga perilaku antisosial. (Satgas Remaja IDAI, 2010). Selain oleh WHO yang menyebutkan penyakit mental muncul pertama kali pada usia 14 tahun, *American Academy of Pediatrics* juga merekomendasikan dalam perawatan kesehatan anak preventif agar melakukan skrining depresi pada anak dimulai pada usia 12 tahun sementara penilaian psikososial sudah bisa dilakukan pertama kali sejak anak baru lahir (*American Academy of Pediatrics*, 2020). Hal ini kemudian bisa di terapkan oleh institusi-institusi pendidikan seperti sekolah dasar ataupun menengah agar melakukan skrining psikososial pada para siswa mereka setiap akan dimulainya semester baru pembelajaran sebagaimana direkomendasikan oleh *American Academy of Pediatrics*. Begitu pula dengan lembaga pendidikan pondok pesantren, berdasarkan penelitian sebelumnya mengenai beberapa faktor yang mempengaruhi remaja mengalami gangguan psikososial salah satunya kondisi sakit seperti masalah dermatologis serta kondisi lingkungan sosial. Para remaja yang tinggal dalam pondok pesantren yang merupakan lingkungan padat penduduk rentan dengan permasalahan kesehatan, Pada umumnya, situasi kesehatan di lingkungan sekolah berasrama khususnya pondok pesantren masih perlu menerima perhatian dari berbagai pihak terkait. Misalnya dalam aspek pelayanan kesehatan, perilaku, maupun lingkungannya (KEMENKES RI, 2019).

Dikutip dari laman berita oleh Kemenkes RI (2019) menteri kesehatan juga memberikan prioritas kesehatan pada pondok pesantren melalui pos kesehatan pesantren (Poskestren) agar tidak setengah-setengah dalam memberikan pelayan

kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu melalui skrining akan membantu untuk deteksi dini masalah psikososial, selain itu Flack et al (1995) dalam mengawali tulisannya yang bertajuk *Epidemiology of Minor Health* bahwa terdapat data-data penting dan salah satunya adalah data stressor psikososial dapat diperlukan untuk menentukan tipe dan intensitas intervensi yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat untuk penanganan masalah kesehatan ataupun wabah. Agar para santri di pondok pesantren mencapai derajat kesehatan bukan hanya fisik tetapi juga psikologik dan sosial. Bahkan, dalam (Q.S Yunus ayat 57) yang artinya “*Hai Manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari tuhanmu dan penyembuhan bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman.*” Makna kandungan ayat tersebut menunjukkan pentingnya kesehatan secara psikologis.

Skrining percobaan awal dari kuesioner PSC-Y/35 pada bulan November tahun 2020 pada sebanyak dua puluh remaja yang dilakukan di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu, diketahui sebelumnya belum pernah dilakukan skrining psikososial di pondok pesantren tersebut. Diantara remaja yang dilakukan percobaan awal adalah sepuluh remaja dari madrasah tsanawiyah dan sepuluh remaja lagi merupakan dari madrasah aliyah didapatkan hasil lima remaja diantaranya menunjukkan skor PSC-Y lebih dari tiga puluh yang artinya lima remaja dari dua puluh remaja yang di skrining menunjukkan gangguan psikososial, empat remaja diantaranya dari madrasah tsanawiyah, sementara satu remaja lagi merupakan remaja dari madrasah aliyah. Oleh sebab itu dalam penelitian ini akan dilakukan skrining psikososial menggunakan PSC dan juga akan melihat faktor-

faktor apa saja yang mungkin menyebabkan gangguan psikososial pada remaja di pondok pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara.

1.2 Rumusan Masalah

Gangguan psikososial yang relatif umum terjadi mempengaruhi 12% anak-anak maupun remaja di butuhkan alat untuk mendeteksi secara dini dan juga mudah dipahami untuk digunakan oleh para orang tua maupun para guru. Kemudian remaja yang berada pada institusi pendidikan dengan sistem asrama seperti pondok pesantren membutuhkan perhatian lebih terutama permasalahan kesehatan, pentingnya mengetahui dan menggunakan instrumen PSC (*Pediatric Symptom Checklist*) untuk tujuan skrining psikososial remaja. Oleh sebab itu masalah penelitian ini adalah bagaimana hasil skrining psikososial pada remaja menggunakan instrumen PSC-35/Y serta bertujuan agar mengetahui faktor-faktor apakah yang menjadi penyebab mempengaruhinya remaja yang tinggal di asrama pondok pesantren modern Muhammadiyah Kwala Madu terhadap kejadian psikososial pada remaja.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hasil skrining psikososial remaja menggunakan PSC (*Pediatric Symptom Checklist-35/Y*) dan masalah apa saja yang berhubungan secara statistik dengan masalah psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasikan jumlah remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu yang mengalami masalah psikososial berdasarkan karakteristik demografi (Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi dan status keluarga) menggunakan PSC (*Pediatric Symptom Checklist*)-35/Y.
2. Untuk mengidentifikasikan jumlah remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu yang mengalami masalah psikososial berdasarkan status gizi menggunakan PSC (*Pediatric Symptom Checklist*)-35/Y
3. Untuk mengidentifikasikan jumlah remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu yang mengalami masalah psikososial berdasarkan masalah dermatologis (Dermatitis dan Scabies) menggunakan PSC (*Pediatric Symptom Checklist*)-35/Y.
4. Untuk mengetahui hubungan karakteristik demografi (Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi dan status

keluarga) remaja dengan kejadian psikososial remaja menggunakan PSC (*Pediatric Symptom Checklist*)-35/Y.

5. Untuk mengetahui hubungan status gizi remaja dengan kejadian psikososial remaja menggunakan PSC (*Pediatric Symptom Checklist*)-35/Y.
6. Untuk mengetahui hubungan masalah dermatologis (Dermatitis dan Scabies) pada remaja dengan kejadian psikososial remaja menggunakan PSC (*Pediatric Symptom Checklist*)-35/Y.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Sebagai pengetahuan atau wawasan tentang alat skrining PSC-35/Y sebagai instrumen pendeteksi masalah psikososial bagi para remaja.
2. Sebagai sumbangsih ilmu, refrensi ataupun literatur mengenai epidemiologi psikologis dan skrining sebagai bahan bacaan ataupun pedoman mahasiswa/i angkatan berikutnya yang tertarik untuk melakukan penelitian dengan tema yang terkait. Sehingga diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu kesehatan.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan dukungan sosial dan dapat memberikan tindakan preventif bagi para remaja yang mengalami permasalahan psikososial serta mengenalkan pada

Yayasan Pondok Pesantren Muhammadiyah instrumen skrining PSC-35/Y untuk kemudian bisa digunakan seterusnya pada para santri sebagai upaya deteksi dini psikososial remaja.

2. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan gambaran bagi institusi pendidikan lainnya dalam penggunaan instrumen PSC-35/Y sebagai alat skrining untuk mendeteksi permasalahan psikososial. Terutama dapat juga diterapkan dilingkungan kampus bagi para Mahasiswa/i Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini mengenai Skrining Psikososial pada remaja menggunakan instrumen PSC-35/Y di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu. Menggunakan desain studi *Cross-sectional* dan pengumpulan data dilakukan secara primer dengan observasi dan wawancara serta dilakukan juga pengukuran status gizi. Penelitian dilaksanakan terhitung yang dimulai sejak bulan Maret tahun 2020 sampai dengan bulan Maret 2021.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Skrining

2.1.1 Defenisi Skrining

Pengetian skrining merujuk pada pengertian menurut WHO adalah upaya pengenalan terhadap penyakit atau kelainan yang belum diketahui sebelumnya dengan melakukan suatu tes, pemeriksaan dan prosedur-prosedur yang dapat secara cepat dan tepat membedakan serta menemukan orang yang tampak sehat dan dalam keadaan benar-benar sehat dengan orang yang tampak sehat tetapi sesungguhnya dalam keadaan menderita kelainan ataupun penyakit. Pengertian lainnya dari skrining adalah suatu pemeriksaan pada orang-orang asimtomatik (orang yang tidak menunjukkan gejala penyakit) untuk dapat diketahui dan mengklasifikasikan orang-orang tersebut kedalam beberapa kategori-kategori diantaranya yaitu yang diperkirakan mengidap atau diperkirakan tidak mengidap penyakit yang menjadi objek skrining (Sulistiani, 2012).

Proses *Screening* dimaksudkan untuk mengidentifikasi penyakit-penyakit yang belum diketahui atau bahkan tidak terdeteksi dengan menggunakan suatu test/uji yang bisa digunakan secara tepat dalam sebuah populasi yang besar dalam hal ini adalah sekelompok masyarakat, dan proses Uji tapis/ *screening* ini bukanlah bertujuan untuk mendiagnosis suatu

penyakit tertentu melainkan untuk menentukan apakah orang-orang yang dilakukan proses skrining tersebut memang mengalami sakit atau tidak yang kemudian bagi yang diagnosisnya positif dalam proses skriningnya maka dapat dilakukan pengobatan intensif yang bertujuan agar tidak bertambah parah atau bahkan bisa menularkan penyakit. Karena *screening* umumnya bukanlah suatu uji diagnostik oleh karenanya perlu tetap dilakukan suatu penelitian follow-up yang tepat juga cepat serta pengobatan yang sesuai. (Komisi Penyakit Kronis AS (1951) dalam A Dictionary of Epidemiology).

2.1.2 Tujuan Skrining

Dalam Morton (2009), pelaksanaan skrining memiliki beberapa tujuan diantaranya yaitu mencegah penyakit atau akibat penyakit dengan dilakukannya proses identifikasi terhadap individu-individu pada suatu titik yang dalam proses riwayat alamiahnya selama proses penyakit tersebut dapat ditangani melalui upaya intervensi. Sementara dalam Bustan (2006) skrining memiliki tujuan yang diantaranya adalah:

1. Menemukan mereka yang menderita sakit sedini mungkin sehingga dapat dengan segera mendapatkan pengobatan,
2. Dapat dengan segera mengatasi kemungkinan meluasnya suatu penyakit dalam kelompok masyarakat,
3. Memberikan pengetahuan serta pendidikan dan membangun kebiasaan dalam masyarakat untuk peduli melakukan pemeriksaan diri sendiri sedini mungkin,

4. Memberikan pengetahuan serta pendidikan kepada petugas kesehatan mengenai sifat penyakit agar selalu tetap waspada dengan dilakukannya pengamatan terhadap gejala dini suatu penyakit,
5. Menemukan dan memberikan informasi epidemiologis yang dapat berguna bagi para klinisi dan peneliti.

2.1.3 Syarat- Syarat Skrining

Beberapa kriteria serta ketentuan khusus yang diharuskan agar bisa menyusun suatu program deteksi dini sebagai suatu syarat dalam suatu tes skrining diantaranya adalah. Noor (2008) :

1. Adanya obat yang tersedia juga potensial sehingga mungkin untuk dilakukan pengobatan bagi beberapa individu yang telah melakukan skrining kemudian diketahui ternyata mengalami penyakit tertentu. Keadaan dimana obat tersedia serta biaya yang terjangkau untuk dilakukan pengobatan akan memberikan pengaruh terhadap kekuatan dan kesembuhan individu.
2. Objek penyakit yang menjadi tujuan proses skrining adalah permasalahan kesehatan krusial dan merupakan masalah kesehatan didalam kelompok masyarakat yang penting sehingga apabila tidak segera dilakukan penanganan bisa mengancam derajat kesehatan dalam masyarakat tersebut.
3. Adanya fasilitas dan biaya yang tersedia bagi individu untuk melakukan diagnosis pasti apabila individu tersebut mendapatkan

- hasil positif dalam tes skriningnya. Akan lebih membantu apabila individu memiliki persediaan biaya untuk pengobatan melalui klinis.
4. Tes skrining bisa dilakukan apabila memenuhi standar yang bertujuan untuk melihat apakah dalam suatu daerah yang dites skrining berkurang atau malah bertambah frekuensi endemiknya, standar tersebut bisa terpenuhi melalui syarat tingkat sensitivitas dan spesifitas alat skriningnya.
 5. Tes penyaringan atau skrining ini ditujukan yang utama pada penyakit-penyakit yang memiliki riwayat alamiah penyakit yang cukup panjang dan bisa ditangani dengan pemeriksaan atau tes khusus.
 6. Dalam tes skrining semua bentuk serta teknis yang dilakukan dan cara pemeriksaan tes merupakan proses yang harus bisa diterima oleh masyarakat secara umum,
 7. Diketuainya dengan pasti mengenai sifat perjalanan penyakit yang menjadi objek penyakit dalam tes.
 8. Memiliki nilai standar yang telah disepakati bersama mengenai individu-individu yang dinyatakan menderita penyakit tersebut,
 9. Seimbangnya antara biaya yang digunakan dengan risiko biaya apabila melaksanakan tes penyaringan sampai pada titik akhir.
 10. Memungkinkan dilakukan pemantauan (follow up) lebih lanjut terhadap penyakit tersebut serta adanya penemuan penderita secara berkesinambungan karena dalam keberhasilan suatu tes skrining berhubungan dengan tujuan skrining.

2.2 *Pediatric Symptom Checklist (PSC)*

2.2.1 Defenisi *Pediatric Symptom Checklist (PSC)*

Usaha kita untuk dapat mengetahui dan melakukan pengenalan awal atau deteksi dini terhadap permasalahan psikososial pada remaja sebagai usaha pencegahan agar tidak terjadi gangguan atau penyimpangan pada para remaja dikemudian hari adalah dengan cara melakukan deteksi dini atau skrining. Instrumen skrining beberapa diantaranya telah banyak dikembangkan untuk deteksi dini terhadap penyimpangan terkait masalah psikososial remaja salah satunya ialah seperti *Pediatric Symptom Checklist (PSC)*, the *Child Behavior Checklist (CBCL)*, the *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. Ketiga instrument tersebut terbukti dapat meningkatkan deteksi disfungsi psikososial pada anak dan remaja (Vogels *et al.*, 2009).

Pediatric Symptom Checklist (PSC) adalah alat skrining berupa kuesioner singkat yang membantu menilai dan mengidentifikasi perubahan pada masalah emosional juga perilaku pada anak-anak. PSC didalamnya telah mencakup berbagai permasalahan emosional juga perilaku dan dimaksudkan untuk bisa memberikan penilaian terhadap fungsi psikososial. Selain kuesioner 35-item yang dilaporkan orang tua, ada terjemahan ke lebih dari dua lusin bahasa lain, laporan-mandiri remaja, versi bergambar dan versi 17-item yang lebih pendek untuk orang tua dan remaja. (Jellinek and Murphy, 1999). Fungsi dari PSC sendiri bukanlah digunakan untuk menegakkan diagnosis, tetapi digunakan sebagai alat deteksi sedini mungkin adanya gangguan emosi juga perilaku pada anak, agar nantinya

bisa diketahui dan dapat dilakukannya penanganan permasalahan tersebut lebih awal. Organisasi profesional seperti *American Academy of Pediatrics* merekomendasikan skrining psikososial sebagai bagian dari pemeriksaan fisik tahunan untuk semua anak dan remaja. PSC adalah salah satu alat skrining yang paling banyak digunakan untuk tujuan ini. PSC merupakan alat yang mudah penggunaannya dan secara luas telah valid serta penilainya dapat diandalkan. PSC membantu memenuhi beragam kebutuhan terhadap penilaian terapeutik, penelitian, hingga administrasi dalam berbagai pengaturan klinis, pendidikan, hingga kesehatan masyarakat pada umumnya. (Jellinek and Murphy, 1999). Selain itu *Pediatric symptom checklist* (PCS) sebagai alat skrining didalamnya berisi berbagai pertanyaan mengenai kondisi-kondisi perilaku anak yang dikelompokkan kedalam tiga permasalahan utama diantaranya atensi, internalisasi, dan eksternalisasi. PSC juga memiliki dua versi, terdiri dari PSC-17 yang biasa dilakukan dan diisi oleh para orang tua ditujukan kepada anak usia 4-16 tahun kemudian berikutnya ialah PSC-35 yang dilakukan dan dapat diisi secara mandiri oleh remaja adalah (Youth-PSC)/ PSC-Y (*Pediatric Symptom Checklist for Youth*), untuk remaja dengan usia > 11 tahun. (Lazor, *et al.*, 2014).

2.2.2 Penggunaan PSC

Dikutip dari halaman resmi milik rumah sakit *Massachusetts General Hospital* mengenai informasi lebih lanjut dari *Pediatric Symptom Checklist* (PSC) yang telah dilakukan perbaharuan terakhir pada maret tahun 2020, PSC yang diciptakan oleh Michael Jellinek, MD, mantan kepala Psikiatri Anak

di *Mass General Hospital* dan kepala petugas klinis *Partners HealthCare*, mengenai penggunaan PSC sebagai berikut, :

a. Sasaran Penggunaan

PSC memiliki beberapa jenis yang sasaran penggunaannya disesuaikan, diantaranya:

- PSC- 17 yang terdiri atas 17 item pertanyaan ditujukan pada anak dengan usia ≤ 11 tahun dan biasa dilakukan atau diisi orang tua, pengasuh ataupun guru.
- PSC-35/Y yang terdiri atas 35 item pertanyaan ditujukan pada anak hingga remaja usia >11 tahun dan dapat dilakukan serta diisi secara mandiri oleh remaja.

b. Orang yang melakukan Pemeriksaan

Skrining menggunakan PSC apabila semestinya bisa dilakukan minimal 1 tahun sekali dalam setahun atau bisa juga dilakukan 3 hingga 6 bulan sekali dalam semester baru dan yang bisa melakukan skrining ini adalah:

- Para Dokter Umum/ Dokter Anak.: Ketika beberapa permasalahan terdeteksi maka dokter bisa memberikan penilaian secara lanjut dan memutuskan apakah perlu untuk dilakukan evaluasi tambahan atau perawatan dan pengobatan lebih lanjut. PSC dirancang agar sesuai dengan alur kerja praktik perawatan primer sehingga dokter bisa meningkatkan pengenalan masalah

psikososial pada pasien mereka serta sebagai peringatan kepada keluarga mengenai masalah psikososial dan emosional pada anak mereka.

- Tenaga Kesehatan : PSC membantu petugas kesehatan memahami jenis dan tingkat keparahan masalah yang dilaporkan oleh orang tua pasien atau pasien remaja itu sendiri. PSC juga dapat digunakan untuk menilai peningkatan atau penurunan fungsi kesehatan emosi dan perilaku anak. Jika terdapat hasil positif dari hasil pemeriksaan, perlu dilakukan penilaian lebih lanjut dengan dokter anak yang lebih ahli.
- Para Orang Tua, Pengasuh ataupun Guru : PSC membantu sebagai alat untuk evaluasi orang tua, pengasuh ataupun guru terhadap bagaimana anak atau remaja bersikap sehari-harinya di rumah, di sekolah, dengan teman dan keluarga. mestinya telah dipahami sebelumnya PSC bukan bertujuan memberi diagnosis kondisi spesifik. Skor PSC hanya menunjukkan seberapa banyak masalah yang dilaporkan serta apakah skor tersebut tinggi dibandingkan dengan anak-anak lain. Skor PSC yang lebih tinggi biasanya menunjukkan adanya masalah psikososial tetapi tidak selalu bahwa anak tersebut memiliki gangguan mental, sebab PSC hanya sebagai alat deteksi dini adanya gangguan emosi

dan perilaku. Untuk mengetahui hasil lebih pastinya para orang tua, pengasuh ataupun guru dapat melakukan pemeriksaan lebih lanjut pada dokter.

- Pengisian mandiri : PSC-Y (*Pediatric Symptom Checklist For Youth*) adalah instrumen yang efektif untuk mengidentifikasi secara dini masalah emosional dan psikososial pada remaja usia sekolah berisi sebanyak 35 buah pertanyaan yang telah dirancang dan disesuaikan untuk hanya digunakan remaja usia 11-18 tahun.

2.2.3 Interpretasi PSC

Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan Republik Indonesia memiliki salah satu kegiatan yang diberikan dalam pelayanan kesehatan pada posyandu remaja adalah mengenai masalah kesehatan jiwa dan penyalagunaan NAPZA, beberapa] yang diberikan sebagai pelayanan kesehatan diantaranya adalah skrining masalah psikososial remaja dengan menggunakan instrument *Pediatric Symptom Checklist* yang bisa dilakukan secara mandiri oleh remaja dan juga orang tua. (Kemenkes, 2018) Dalam pengisian kuesioner apabila ditemukan remaja dengan hasil skor menunjukkan adanya permasalahan psikososial kemudian akan dilakukan pemeriksaan lebih lanjut menggunakan kuesioner *Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)* yang hanya bisa dilakukan oleh dokter atau oleh pelayanan kesehatan jiwa. (Direktorat KESGA KEMENKES, 2018).

Kuesioner PSC (*Pediatric Sympton Checklis*) terdiri atas pertanyaan-pertanyaan yang terbagi atas tiga subskala diantaranya yaitu, mengenai masalah internalisasi, eksternalisasi dan atensi, pertanyaan untuk mengenali masalah internalisasi diantaranya adalah mengenai perasaan sedih, putus asa, memandang rendah diri sendiri, tampak murung dan mencemaskan banyak hal, pertanyaan untuk mengenali masalah eksternalisasi diantaranya adalah menolak berbagi, tidak memahami perasaan orang lain, berkelahi dengan anak/remaja lain, meyalahkan orang lain, tidak mengikuti peraturan, mengganggu anak lain dan mengambil barang yang bukan miliknya. Sementara pertanyaan untuk mengenali masalah atensi adalah gelisah, melamun, sulit berkonsentrasi, bertindak tanpa berfikir, dan mudah teralihkan. Setiap dari pertanyaan akan diberikan bobot nilai apabila tidak pernah dengan skor (0), kadang-kadang dengan skor (1) dan sering dengan skor (2). Versi lengkap PSC terdiri dari 35 pertanyaan yang apabila dilakukan pengisian maka akan mendapatkan nilai hasil antara 0 dengan skor terendah dan 70 skor hasil tertinggi dari PSC. (*Bright Futures American Academy of Pediatrics*, 2020). Interpretasi dari penggunaan PSC diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Interpretasi dari setiap subskakala: Curiga adanya gangguan pada subskala internalisasi dengan jumlah nilai ≥ 5 , curiga adanya gangguan pada subskala eksternalisasi dengan jumlah nilai ≥ 7 dan adanya gangguan pada subskala atensi dengan jumlah nilai ≥ 7 atau adanya gangguan prilaku, emosi pada keseluruhan subskala dan psikososial adalah dengan total nilai ≥ 28 atau ≥ 30 .

- b. PSC-17 (*Pediatric Symptom Checklis-17*): Penggunaan PSC yaitu yang diisi oleh orang tua untuk anak usia 4 hingga 16 tahun atau anak-anak di usia kurang dari 11 tahun, terdiri atas 17 pertanyaan dengan skor hasil yang didapatkan adalah pada anak usia 4-5 tahun dengan skor ≥ 24 , menunjukkan adanya masalah psikososial, sementara bagi anak usia lebih dari 6 tahun atau usia 6-16 tahun dengan skor ≥ 28 atau lebih menunjukkan seorang anak mengalami masalah psikososial dan diperlukan untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut menggunakan kuesioner *Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)* yang akan dilakukan oleh dokter atau oleh pelayanan kesehatan anak.
- c. PSC-Y: Instrumen yang efektif untuk ditunjukkan dan digunakan secara mandiri atau laporan orang tua bagi remaja usia sekolah yaitu 11-18 tahun, dengan interpretasi skor apabila remaja usia 11-18 tahun menggunakan PSC-Y maka dicurigai mengalami psikososial apabila skor nilai PSC-Y ≥ 30 . (Kemenkes, 2018).

2.3 Remaja

2.3.1 Defenisi Remaja

Penduduk pada rentang usia 10-19 tahun adalah kategori remaja berdasarkan penilaian dari *World Health Organization*, (WHO, 2014). Sedangkan berdasarkan dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.25 tahun 2014, usia remaja adalah penduduk dengan rentang usia 10-19 tahun. (Permenkes, 2014). Semua remaja berdasarkan kematangan

psikosialnya selama dalam tumbuh dan kembang menuju dewasa, akan melewati berbagai tahapan seperti beberapa ini:

1. Remaja awal/dini (*Early adolescent*): rentang usia antara 11-13 tahun (Soetjningsih, 2010). Pada masa ini remaja mulai mencari identitas diri ditandai dengan adanya berbagai perubahan pada tubuh dengan waktu yang cepat, dan beberapa diantaranya mengakibatkan sering merasa kesulitan dalam menyesuaikan diri, (Tarwoto, 2012).
2. Remaja pertengahan (*Middle adolescent*): rentang usia antara 14-16 tahun (Soetjningsih, 2010). Pada masa ini remaja seringkali mengalami konflik, karena remaja sudah mulai merasa ingin bebas mengikuti trend dan teman sebaya yang kerap kaitannya dengan proses pencarian jati diri padahal di pihak lainnya sebenarnya remaja masih bergantung dengan orang tua hal ini dikarenakan perubahan pada masa ini juga ditandai adanya perubahan bentuk tubuh menyerupai orang dewasa hal ini kerap membuat remaja seringnya diharapkan bisa berperan dan berperilaku seperti orang dewasa walaupun sebenarnya secara psikologis remaja tersebut belum siap. (Tarwoto, 2012).
3. Remaja lanjut (*Late adolescent*): rentang usia antara 17-20 tahun. (Soetjningsih, 2010). remaja lanjut biasanya ditandai oleh pertumbuhan biologis yang kian mulai melambat, tetapi masih adanya perubahan di beberapa kondisi lain antaranya seperti emosi, konsentrasi, minat dan cara berfikir pada masa ini remaja mulai bisa menyeimbangkan kondisi sampai pada kestabilan yang dilahat dari kemampuan remaja yang semakin meningkat dalam menyelesaikan suatu masalah. (Tarwoto, 2012).

Tahapan ini mengikuti pola yang konsisten untuk masing-masing individu. Walaupun begitu sejatinya setiap tahap yang dilalui remaja mempunyai ciri tersendiri tetapi tidak memiliki batas yang jelas, hal ini dikarenakan dalam proses tumbuh kembang berjalan secara berkesinambungan. (Soetjiningsih, 2010).

2.3.2. Karakteristik Masa Remaja

Dalam menjalani tugas perkembangannya sebagai remaja untuk mencapai identitas diri remaja antara lain akan menilai diri sendiri secara objektif dan merencanakan unntuk mengaktualisasikan kemampuannya hal ini merupakan karakteristik perkembangan yang normal bagi remaja sehingga pada fase ini seorang remaja akan (Tarwoto, 2012):

1. Memberi penilaian rasa dan identitas pribadi, dimana remaja mulai menilai atau mencari jati diri.
2. Adanya daya tarik pada lawan jenis yang semakin meningkatnya.
3. Pada perubahan seks sekunder menggabungkanya pada citra tubuh.
4. Memulai rumusan tujuan okupasional, dimana remaja mulai memproses suatu tugas atau pekerjaan dengan tujuan.
5. Remaja mulai merasa tidak ingin dikekang oleh keluarga sehingga memulai untuk melakukan pemisahaan diri dari otoritas keluarganya.

Adanya peralihan dari satu tahap perkembangan menuju ke tahap perkembangan berikutnya secara berkesinambungan merupakan masa remaja. remaja pada masa tersebut tidak lagi dikatakan seorang anak tetapi juga bukan merupakan seorang dewasa serta merupakan masa yang sangat strategis, dikarenakan membutuhkan waktu bagi remaja untuk membentuk gaya hidup dan

menentukan pola perilaku, nilai-nilai, dan sifat-sifat yang sesuai dengan yang diharapkannya. (Tarwoto, 2012). Terdapat empat hal yang menjadi perubahan besar pada remaja, (perubahan sikap menjadi ambivalen), seperti perubahan fisik yang terjadi dengan pesat, adanya perubahan perilaku, emosi, peran, minat dan pola perilaku . (Tarwoto, 2012).

2.4 Psikososial

2.4.1 Defenisi Psikososial

Adanya perubahan pada kehidupan individu yang bersifat psikologik ataupun sosial serta membahas dari segala sapek-aspek berbagai perkembangan kehidupan manusia merupakan defenisi dari psikososial. Dalam konsep psikososial suatu perubahan dalam kehidupan seseorang ataupun individu yang bersifat psikologik dan sosial dibentuk oleh berbagai pengaruh lingkungan sosial yang berinteraksi dari satu organisme atau individu yang menjadikannya matang secara fisik maupun psikologis. Psikososial juga membahas mengenai masalah kejiwaan dan kemasyarakatan yang memiliki pengaruh timbal balik, dari adanya akibat perubahan sosial dalam masyarakat yang dapat menimbulkan gangguan atau masalah sosial. (Soraya, 2012).

2.4.2 Perkembangan Psikososial Remaja

Beberapa ciri-ciri perkembangan serta dampaknya terhadap remaja dibagi kedalam tiga bagian, diantaranya perkembangan psikososial awal pada rentang usia 10-14 tahun, remaja pertengahan pada rentang usia 15-16 tahun dan remaja akhir pada rentang usia 17-19 tahun berikut penjelasannya sebagaimana menurut Depkes RI (2021).

Tabel. 2.1 Perkembangan Psikososial Remaja Awal

No	Tahap Perkembangan	Dampak terhadap remaja
1.	Adanya rasa cemas terhadap penampilan fisik	(<i>Self consciousness</i>) atau meningkatnya kesadaran diri.
2.	Terjadinya perubahan secara hormonal	Pemarah, anak laki-laki yang tadinya baik dapat menjadi lebih agresif, atau mungkin timbulan jerawat (baik pada remaja laki-laki maupun perempuan).
3.	Menyatakan kebebasan dan merasa sebagai seorang individu, tidak hanya sebagai seorang anggota keluarga	Melakukan ereksperimen seperti pada lewat cara berpakaian, berbicara, dan cara penampilan diri, sebagai suatu usaha untuk mendapatkan identitas baru.
4.	Perilaku membrontak dan	Kasar dan menuntut kebebasan

	melawan	
5.	Penilaian kawan menjadi lebih penting	Ingin tampak sama dengan teman, seperti dalam cara berpakaian, gaya rambut identitas musik dan lainnya.
6.	Adanya perasaan merasa memiliki pada teman sebaya, misalnya pada anak laki-laki membentuk geng/kelompok. Anak perempuan mempunyai sahabat.	Karena perasaan tidak ingin berbeda dari kebanyakan teman sebayanya pengaruh teman dan orang tua menjadi sangat besar pada remaja.
7.	Melihat segala sesuatu masih pada sisi pandang diri sendiri dalam menuntut keadilan di kehidupan mereka.	Terlihat tidak bisa toleransi atau juga timbul perasaan iri hati kepada saudara kandung sehingga mungkin seringkali terjadi keributan diantara mereka.

Sumber: Tarwoto, 2012

Tabel 2.2 Perkembangan Psikososial Remaja Pertengahan

No	Tahap Perkembangan	Dampak terhadap remaja
1.	Mulai lebih mampu untuk berkompromi dari sebelumnya	Tampak lebih tenang, lebih sabar, lebih bertoleransi, serta dapat menerima

		pendapat orang lain meskipun berbeda dengan pendapatnya sendiri.
2.	Mulai mampu membuat keputusan sendiri dan belajar berfikir secara independen.	Pengaruh teman tidak menjadi satu-satunya dan mulai menolak campur tangan orangtua untuk mengendalikan masalah mereka.
3.	Berusaha terus bereksperimen terhadap diri sendiri sehingga bisa sampai pada titik menemukan yang dirasakan nyaman bagi diri sendiri.	Pendapat, gaya berpakaian, rambut sikap masih sering berubah-ubah.
4.	Ingin selalu mengumpulkan pengalaman baru dan ingin mengujinya sendiri walaupun terdapat resiko.	Biasanya jika kesulitan dalam pengendalian diri mulai ada keinginan bereksperimen pada rokok, alcohol, mungkin juga NAPZA.
5.	Mulai tidak lagi fokus hanya pada diri sendiri	Lebih bersosialisasi dan tidak pemalu lagi.
6.	Membangun nilai/norma dan mengembangkan moralitas	Bertanya akan ide dan nilai serta norma yang didapatkannya dari keluarga.
7.	Mebutuhkan lebih banyak teman dan perasaan setia kawan.	Ingin menghabiskan waktu lebih banyak dengan teman daripada keluarga.

8.	Mulai membina hubungan dengan lawan jenis.	Kadang-kadang remaja mulai berpacaran, tapi hubungan belum serius.
9.	Intektual lebih berkembang dan ingin tahu tentang banyak hal, mampu berpikir secara abstrak, dan mulai berurusan secara hipotesis	Mulai mempertanyakan sesuatu yang sebelumnya tak berkesan. Ingin mengikuti diskusi atau debat.
10.	Terdapat perkembangan intelektual yang lebih khusus seperti kemampuan dalam bidang matematika, olahraga, bahasan atau ilmu lainnya.	Adanya beberapa diantara remaja tersebut mungkin tidak mendapat kesempatan untuk mengembangkan ketrampilan khusus tersebut.
11.	Minat terhadap bidang olahraga dan seni semakin besar dan ada keinginan untuk mengembangkannya.	Beberapa remaja mengabaikan mungkin pelajaran sekolahnya dikarenakan adanya minat yang baru.
12.	Suka berpetualangan, ingin bepergian secara mandiri.	Remaja merasa dirinya mampu, sehingga mereka kerap kali lalai dan tidak mengikuti upaya penyelamatan diri yang dianjurkan.

Sumber: Tarwoto, 2012

Tabel 2.3 Perkembangan Psikososial Remaja Akhir

No	Tahap Perkembangan	Dampak terhadap remaja
1.	Ideal	Cenderung mengikuti masalah sosial/politik. Dapat pula menggeluti nilai-nilai keagamaan.
2.	Mulai adanya keterlibatan dalam kehidupan pekerjaan dan hubungan luar keluarga lainnya.	Belajar mengendalikan stress dan sebagian remaja mungkin lebih suka pergi dengan teman daripada bersama keluarganya.
3.	Adanya keharusan untuk bisa mencapai kemandirian dalam bidang finansial maupun emosional.	Rasa cemas dan ketidakpastian akan masa depan seringkali merusak keyakinan diri.
4.	Dalam membangun hubungan dengan lawan jenis sudah lebih mampu dan stabil.	Sebagian remaja yang memiliki pasangan dan memilih berpacaran akan lebih serius.
5.	Sudah adanya kesetaraan sebagai orang dewasa dan dengan anggota keluarga lainnya.	Biasanya merasa bahwa pengalaman yang mereka terima berbeda dengan yang dimiliki orang tuannya.

6.	Sudah hampir siap menjadi orang yang dewasa dan mandiri.	Beberapa diantara remaja mungkin mulai memiliki keinginan meninggalkan rumah dan belajar hidup mandiri sendiri.
----	--	---

Sumber: Tarwoto, 2012

2.5 Epidemiologi Psikososial

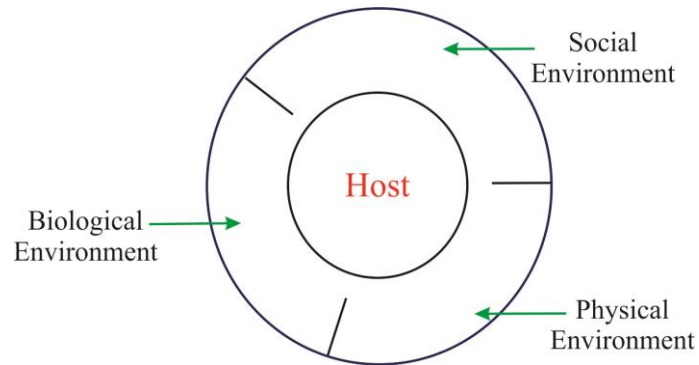
2.5.1 Teori Roda (*Wheel of causation*)

Salah satu konsep dasar timbulnya penyakit dalam epidemiologi salah satunya adalah teori roda (*Wheel of causation*). Dalam teori model jaringan sebab akibat yang memerlukan identifikasi dari berbagai faktor penyebab penyakit yang berperan pada timbulnya penyakit dengan tidak terlalu menekankan agen penyebab penyakit dalam hal ini lebih dipentingkan pada hubungan antara manusia dengan lingkungannya, bagaimana besarnya masing-masing peranan lingkungan terhadap kejadian penyakit begitu juga dengan konsep model teori roda. (*Wheel of causation*). (Notoatmodjo, 2003).

Beberapa contoh kasus penyakit tersebut diantaranya seperti misalnya peranan lingkungan sosial memiliki peranan lebih besar dari lainnya pada kejadian stressor mental, lingkungan fisik memiliki peranan lebih besar dari lainnya pada kejadian sunburn, lingkungan biologis yang memiliki peranan lebih besar daripada lainnya dalam penyakit menular melalui vektor (*Vektor borne disease*) kemudian genetik memiliki peranan lebih besar dari lainnya

dalam kejadian penyakit keturunan. (Notoatmojo, 2003) dengan model-model ini hendaknya ditunjukkan bahwa pengetahuan yang lengkap mengenai mekanisme-mekanisme terjadinya penyakit tidaklah diperuntukan bagi usaha-usaha pemberantasan yang efektif. Oleh karena banyaknya interaksi-interaksi ekologis maka seringkali kita dapat mengubah penyebaran penyakit dengan mengubah aspek-aspek tertentu dari interaksi manusia dengan lingkungan hidupnya tanpa intervensi langsung pada penyebab penyakit. (Notoatmojo, 2003)

Hubungan manusia dengan lingkungannya digambarkan sebagai roda dalam model roda ini, dimana digambarkan bahwa manusia sebagai substansi genetik berada pada bagian inti dari roda. Kemudian komponen lainnya yaitu lingkungan biologis, kemudian sosial, serta fisik sebagai pengeliling dari inti roda atau penjamu. Berbagai komponen roda berukuran relative, tergantung sebagai mana besarnya problem spesifik dari penyakit yang menjadi objek. Dalam masalah stressor psikososial atau masalah gangguan psikososial tentunya peranan lingkungan sosial menjadi faktor terbesar dibandingkan dengan yang lainnya. (Irwan, 2017).

Gambar 2.1 Teori Roda (*Wheel of causation*)

Selain itu dalam kajian psikologi epidemiologi terdapat pula salah satu teori Bertalanffy (1968) mengenai *General System* milik Bertalanffy (1968) yang membahas mengenai Model Biopsikososial (Engel, 1977) dapat dibuat menjadi salah satu pendekatan yang bertujuan membangun satu bentuk intervensi sebagaimana seperti yang ditulis oleh Suls & Rothman (dalam Smith dkk., 2004). Biopsikososial model didalamnya dinyatakan keberhasilan dalam berperilaku sehat, intervensi target, dan strategi untuk melakukan suatu intervensi penentu sesungguhnya dikembangkan dalam berbagi level dimulai dari proses biologis, psikologis dan secara individual (*coping skills, stage of change, self efficacy, self esteem*), hal lainnya juga pada proses keluarga serta kelompok masyarakat (seperti : dukungan sosial), sampai pada proses berlatar belakang faktor sosial, faktor budaya serta lingkungan (norma tentang perilaku sehat, akses terhadap sarana kesehatan) dan berbagai faktor terkait institusi maupun kebijakan publik (misalnya: adanya dukungan dan tanggapan pemerintah serta publik berperilaku sehat : seperti adanya kebijakan/aturan yang berlaku). (Rahmani, 2005).

2.5.2 Faktor-faktor Mempengaruhi Masalah Psikososial Remaja

Setelah penjabaran sebelumnya mengenai konsep dasar timbulnya penyakit dalam epidemiologi yaitu teori roda (*Wheel of causation*), berikut ini merupakan penjelasan epidemiologi psikososial pada remaja sebagaimana teori roda:

A. Host (Penjamu)

1. Usia

Diukur dengan menggunakan ukuran satuan waktu sejak adanya seseorang dipandang dari berbagai segi baik kronologi maupun normalnya individu dilihat dari derajat perkembangan secara anatomis juga fisiologis sama merupakan pengertian dari usia. (Nuswantari, 1998). Serta lamanya hidup atau adanya seseorang (sejak lahir atau ada saat ini) merupakan pengertian usia. (Hoetomo, 2005). Pada penjabaran sebelumnya, masalah psikososial pada usia remaja relatif umum, mempengaruhi sekitar 12% anak-anak maupun remaja. Hal ini karena pada masa remaja adalah masa dimana sangat penting karena pada masa ini terjadinya peralihan dari anak-anak menuju dewasa, dan pada masa ini juga para remaja melewati berbagai proses pada arah yang lebih matang dan mandiri (Yusuf, 2001). Menurut Depkes RI (2001) usia remaja adalah berkisar antara 10 tahun hingga usia 19 tahun yang terbagi dalam remaja awal (10-14 tahun), remaja pertengahan (15-16 tahun), dan remaja akhir (17-19 tahun).

2. Jenis Kelamin

Pengertian Jenis kelamin atau (seks) menurut Hungu (2017) yaitu adanya letak perbedaan secara biologis mengenai fungsi antara laki-laki dan perempuan yang keduanya tidak dapat ditukar ataupun dipertukarkan fungsinya tetap pada segala jenis ras yang ada di muka bumi perbedaan tersebut diantaranya adalah perbedaan antara perempuan dan laki-laki sejak individu terlahir. Berkaitan dengan citra tubuh laki-laki yang ditandai dengan memproduksi sperma secara biologisnya dan perempuan yang ditandai dengan menghasilkan sel telur dan mengalami menstruasi hingga mampu hamil dan menyusui secara biologis. (Hungu, 2007)

Menurut beberapa penelitian seperti penelitian yang dilakukan oleh Chaceko-Llego, Castillo-Carandang and Rayes (2009) yang melakukan skrining psikososial kepada sekelompok remaja di Filipina ditemukan dari 127 anak yang diskrining anak perempuan positif psikososial lebih tinggi dibandingkan anak laki-laki. Selain itu perasaan depresi juga umum terjadi selama masa remaja. Pada salah satu penelitian dikatakan bahwa diantara tiga anak wanita satu diantaranya dan hingga 15% dari anak laki-laki diketahui memiliki gejala depresi. Insiden kelainan ini yang tampak kira-kira sekitar 5%. (Soeroso, 2001).

3. Tingkat Pendidikan

Suatu kondisi yang memiliki jenjang dan dimiliki oleh individu melalui satuan pendidikan secara formal yang dipakai seseorang dan ditentukan berdasarkan ketetapan pemerintahan serta telah disahkan

departemen pendidikan dan diatur dalam undang-undang merupakan pengertian dari tingkat pendidikan. (Andy, 2012). Salah satu lembaga pendidikan yang ada di Indonesia adalah pesantren. Menurut Imam Zarkasyi dalam (Wirosukarto, et al 1996) secara definitif lembaga pendidikan pesantren merupakan lembaga pendidikan islam yang memiliki sistem pendidikan dengan mengharuskan siswa/i berada dalam asrama atau pondok, dan seorang kyai adalah figure sentralnya, Pusat pengajaran dan berbagai kegiatannya terletak pada masjid dan bimbingan pengajaran dibawa bimbingan seorang kyai, para santri merupakan kegiatan utamanya yang mengikuti pengajaran tersebut. Pada umumnya, situasi kesehatan di lingkungan sekolah berasrama khususnya pondok pesantren masih perlu menerima perhatian dari berbagai pihak terkait. Misalnya dalam aspek pelayanan kesehatan, perilaku, maupun lingkungannya (Kemenkes RI, 2019).

Dalam menjalankan sistem pendidikannya, pendidikan di pesantren memiliki dua kelompok sistem pendidikan, diantaranya sistem pendidikan klasik dan nonklasik. Sistem pendidikan klasik merupakan sebuah model pengajaran di pondok pesantren yang bersifat formalistik. Yang dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

1. Tingkat pendidikan Madrasah Ibtida'iyah (MI)
2. Tingkat pendidikan Madrasah Tsanawiyah (Mts)
3. Tingkat pendidikan Madrasah Aliyah (MA).

4. Status Gizi

Status gizi adalah *nutriture* dalam variabel tertentu ataupun ekspresi dalam keadaan yang seimbang. Gambaran dari kondisi fisik individu akibat refleksi atas keseimbangan energi yang masuk dan dikeluarkan oleh tubuh merupakan pengertian lain dari status gizi. Hal lain dari status gizi juga seperti keadaan sehat individu berhubungan dengan bagaimana penggunaan makanan dalam tubuh. Penilaian status gizi anak dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri yaitu sebagaimana aturan dari standar antropometri pada penilaian status gizi yang khusus dilakukan untuk anak. Berdasarkan peraturan menteri kesehatan RI No. 2 tahun 2020 mengenai standar antropometri anak indonesia terbaru mengacu pada *WHO Child Growth Standards* untuk anak usia 0-5 tahun dan *The WHO Reference 2007* untuk anak 5 tahun hingga remaja usia 18 tahun. Standar tersebut memperlihatkan bagaimana pertumbuhan anak dapat dicapai apabila memenuhi syarat –syarat tertentu. (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2020).

Permasalahan gizi masih menjadi suatu permasalahan kesehatan pada usia remaja. Faktor usia dini, bentuk dari harga diri serta status yang rendah baik kesehatan ataupun pendidikan serta status gizi buruk yang perlahan-lahan dan memberikan dampak akhir kematian dini dalam hal kasus kematian dan kesakitan ibu, semua faktor tersebut berawal dimana sejak usia ibu pada gadis atau remaja. (Soeroso, 2001). Beberapa penelitian juga menunjukkan adanya faktor status gizi dengan kejadian gangguan psikososial, salah satu penelitian menunjukkan masalah psikososial pada anak-anak remaja dengan obesitas dan gizi normal terdapat perbedaan. (Marevia et al, 2016).

Penelitian lain juga menunjukkan adanya faktor status gizi obesitas dan normal pada usia remaja terhadap kejadian masalah psikososial yang menunjukkan bahwa remaja dengan status gizi obesitas memiliki permasalahan psikososial lebih tinggi daripada remaja dengan status gizi normal. (Pujiastuti et al 2013). Pengukuran status gizi dapat dilakukan dengan sebagai berikut:

1. Antropometri pada Remaja

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2020 antropometri anak usia 5-18 tahun dengan rumus IMT/U menunjukkan indeks masa tubuh menurut umur berguna dalam menentukan gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, beresiko gizi lebih, gizi lebih dan obesitas. IMT/U ditunjukkan dengan grafik BB/PB atau BB/TB biasanya menunjukkan hasil yang cenderung sama. Penapisan pada anak dengan masalah gizi lebih dan obesitas relatif lebih sensitif apabila menggunakan indeks IMT/U. Anak beresiko gizi lebih apabila pada ambang batas IMT/U $>+1SD$ sehingga hal ini menunjukkan perlunya penanganan lebih lanjut pada anak untuk pencegahan terjadinya masalah gizi berlebih atau obesitas dikemudian hari. Pada penilaian tingkat individu interpretasi dari indeks IMT/U adalah untuk identifikasi masalah gizi lebih, kategori berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*). Berikut ini ambang status gizi pada anak 5 tahun hingga remaja usia 18 tahun menurut PMK No.2 Tahun 2020.

Tabel 2.4 Ambang batas status Gizi

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Indeks Massa tubuh menurut umur (IMT/U) usia 5-18 tahun	Kurus (<i>thinness</i>)	-3 SD s/d < -2 SD
	Gizi baik (<i>normal</i>)	-2 SD s/d +1SD
	Gizi Lebih (<i>Overweight</i>)	+1 SD s/d +2SD
	Obesitas (<i>Obese</i>)	> + 2 SD

Sumber: PMK NO. 2 Tahun 2020

Selain itu berat badan menurut tinggi badan lebih akurat dalam menetapkan dan mengklasifikasi status gizi pada seorang anak dan remaja (Sjarif, 2011). Tidak jauh berbeda dengan kategori PMK, indeks massa tubuh (IMT) juga merupakan pengukuran dengan BB/TB. Pada grafik pertumbuhan oleh CDC juga tersedia IMT untuk umur dan jenis kelamin. Mulai dari umur 2 tahun sampai 20 tahun. (Sjarif, 2011)

Pada tahun 2000, *Centre for Disease Control* (CDC) dan *National Centre For Health Statistics* (NHCS) di Amerika Serikat menerbitkan grafik pertumbuhan yang telah di revisi dari grafik pertumbuhan sebelumnya (NCHS) yang disebut grafik pertumbuhan CDC. Perubahan grafik pertumbuhan NHCS dari tahun 1977 termasuk (1) grafik IMT (kg/m^2) untuk anak dan remaja lelaki dan perempuan (usia 2 sampai 20 tahun); (2) persentil ke-3 dan ke-97 untuk semua jenis grafik dan persentil ke-85 untuk BB/TB dan grafik IMT menurut umur; (3) grafik TB untuk transisi dari pengukuran PB menjadi TB; (4) penambahan kisaran umur 18

tahun menjadi 20 tahun; dan (5) penggunaan kombinasi pola pertumbuhan dari bayi yang diberi susu formula dan air susu ibu untuk sebagai referensi pola pertumbuhan. (Sjarif, 2011). Yang membedakan penggunaan grafik oleh PMK dengan CDC terletak pada pengukuran IMT, dimana transisi pengukuran PB menjadi TB untuk pengukuran IMT dengan BB/TB dijelaskan dalam CDC sedangkan BB/PB dengan BB/TB oleh PMK cenderung sama, serta adanya penambahan umur dari 18 tahun menjadi 20 tahun usia remaja. Berikut interpretasi Indeks mass tubuh oleh *Centre for Disease Control* (CDC) dan *National Centre For Health Statistics* (NHCS).

Tabel 2.5 Interpretasi Indeks Massa Tubuh

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
< presentil 5	Kurus
Presentil 5 sampai 95	Normal
> persentil 95	Obesitas

Sumber: Sjarif, 2011

Berikut ini merupakan penjelasan dari beberapa interpretasi dari Status gizi:

a. Obesitas :

Suatu kondisi patologis tubuh yang merupakan akibat dari konsumsi makanan yang melebihi kebutuhannya (*Psychobiological cues for eating*) dan menyebabkan terdapat penimbunan lemak berlebihan dari yang tidak seharusnya bagi fungsi tubuh disebut dengan obesitas. Secara faktual

penyebab obesitas adalah asupan energi yang melebihi kebutuhan atau pemakaian energi yang kurang. Salah contoh dari berlebihnya asupan misalnya hingga 60 kkal/hari atau kekurangan dari sepotong roti/hari, dalam setahun naik berat badan sampai dengan atau lebih dari 5kg. Asupan yang berlebih itu bisa jadi kelebihan energi yang menetap atau adanya penggunaan energi yang mengurang atupun suatu kondisi dari kombinasi keduanya. (Soetjningsih, 2010) Pada remaja obesitas, diagnosis atau antropometri menggunakan IMT dan lipatan kulit trisep LKT (mm^2). IMT adalah satu indeks dari BB seseorang dalam hubungannya dengan TB, dengan perhitungan dirumuskan dengan $\text{IMT} = \text{BB (kg)} / \text{TB}^2$ (m). sebelumnya telah diketahui bahwa IMT lebih besar dari sama dengan presentil ke-95 untuk umur dan jenis kelamin sesuai dengan grafik pertumbuhan CDC dan IMT lebih besar dari 30 disebut sebagai obesitas.

b. Gizi Normal :

Apabila terdapat keseimbangan dari jumlah energi masuk kedalam tubuh dengan energi keluar dari tubuh dalam suatu ukuran gizi dan memenuhi kebutuhan energi individu merupakan suatu kondisi status gizi normal Energi yang masuk kedalam tubuh tersebut berasal dari berbagai macam yang dibutuhkan bagi tubuh diantaranya seperti karbohidrat, protein, dan lemak serta zat gizi lainnya. (Nix, 2005) dimana status gizi normal merupakan suatu keadaan yang diinginkan setiap orang (Apriadji, 1986). Dalam menentukan status gizi normal menggunakan grafik CDC sebagaimana sebelumnya telah dijelaskan, status gizi normal apabila

dalam melakukan pengukuran IMT untuk umur dan jenis kelamin Presentil 5 sampai 95 adalah status normal.

c. Kurus :

Kurus atau termasuk didalamnya status gizi kurang yang lebih sering disebut dengan *undernutrition*. Kondisi dimana tidak terpenuhinya atau lebih sedikitnya energi dari ajuran untuk kebutuhan gizi individu sehingga jumlah suatu energi masuk dalam tubuh lebih sedikit dari yang dikeluarkan berdasarkan ukuran nilai gizi merupakan keadaan gizi kurang. (Wardlaw, 2007). Untuk menentukan individu dengan status gizi kurang atau kurus menurut grafik pertumbuhan oleh CDC dengan pengukuran IMT untuk umur dan jenis kelamin apabila didapatkan hasil kurang dari presentil 5.

5. Masalah Kesehatan Pada Remaja

Sebagian besar struktur penduduk di Indonesia adalah dari kelompok umur remaja, dan menjadi fokus perhatian serta titik intervensi paling strategis dalam membangun sumber daya manusia. Remaja putri merupakan kelompok yang rentan dengan menghadapi berbagai risiko lebih besar dalam kehidupan lingkungan sosial, oleh sebab persoalan tersebut langkah penting yang bisa diambil ialah ditingkatkannya lagi perhatian terhadap kesehatan remaja putri. Kelompok remaja juga menjadi kelompok yang paling sering terluput dari perhatian secara komprehensif juga konsisten bahkan merupakan angka paling besar mencapai 23% dari keseluruhan jumlah penduduk.. (Soeroso, 2001)

Beberapa masalah kesehatan remaja yang sering timbul salah satunya adalah terkait permasalahan psikologis dan beberapa permasalahan lainnya yang berkaitan dengan masalah kesakitan secara medis. Fungsi kesehatan remaja pada umumnya mengarah pada penyebab penyakit kronis diantaranya seperti masalah mental dan pernafasan (asma) dan sistem musculoskeletal hingga masalah dermatologis dan hereditas yang merupakan penyakit bawaan genetik dimana mencapai hingga 6% terjadi pada remaja. Remaja yang hidup dalam keiskinan dan remaja laki-laki usia muda adalah sebagian besar kelompok usia remaja yang banyak dirugikan karena penyakit kronis. Masalah-masalah medis umum yang menyebabkan remaja mencari pemeriksaan medis adalah jerawat, dismenorhoe, penyakit spesifik untuk sistem tulang seperti penyakit Osgood-Shlatter's, scoliosis idiopatik dan kecelakaan olahraga umumnya. (Soeroso, 2001). Sementara penyakit kronis kesehatan kronis pada remaja sendiri merupakan penyakit atau cacat yang diderita dalam waktu lama dan memerlukan perhatian dalam bidang dan perawatan khusus, untuk menentukan kondisi penyakit kronis itu sendiri terdapat pendekatan yang terdiri atas tiga konsep yang harus terpenuhi diantaranya 1. Kelainan yang merupakan penyakit biologis, psikososial, atau kognitif, 2. Durasi penyakit >12 bulan dan 3. Menyebabkan keterbatasan fungsional dan membutuhkan pelayanan kesehatan khusus, hal ini dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup remaja. (IDAI, 2013)

Status kesehatan di pondok pesantren termasuk diantaranya adalah masalah kesehatan remaja terkait dermatologis yang masih banyak ditemukan terjadi pada para remaja yang tinggal dalam pondok pesantren,

salah satunya adalah dermatitis dalam penelitian (Nanda, 2016) mencapai 41,1% dan skabies menurut (Alfian, 2017) hingga mencapai 36,6%. Sarafino dan Smith (2011) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa kondisi sakit dan kondisi kronis seseorang mempengaruhi kondisi psikologis dan sosial individu seseorang, berdasarkan penelitian oleh Hansen (1997) dalam studinya menunjukkan bahwa kondisi kronis terkait dermatologis menjadi faktor resiko terhadap kejadian psikososial remaja. Dalam kasusnya menunjukkan adanya angka positif PSC dua kali sampai tiga kali lebih umum terjadi pada anak-anak mempengaruhi hingga 20% anak-anak. Berikut penjelasan dari status kesehatan di pondok pesantren terkait permasalahan dermatologis.

1. Skabies

Skabies atau biasa dikenal dengan penyakit kudis adalah penyakit kulit menular akibat tungau *Sarcoptes scabiei var homini*. (Anderson KL, Stword LC, 2017). Tungau mikroskopis menggali ke dalam kulit dan bertelur, yang akhirnya memicu respons imun inang yang menyebabkan rasa gatal dan ruam yang hebat. Infestasi kudis dapat dipersulit oleh infeksi bakteri, yang menyebabkan perkembangan luka kulit yang, pada gilirannya, dapat menyebabkan perkembangan konsekuensi yang lebih serius seperti septikemia, penyakit jantung dan penyakit ginjal kronis (WHO, 2019) Skabies dikenal juga dengan sebutan *the itch*, serta *paman itch*, sebutan tersebut karena sebabnya gatal hebat yang sampai menahun pada penderita bisa juga disebut *sseven year itch*, sedangkan di Indonesia

dikenal dengan sebutan penyakit kudis, atau gundik dan buduk.(Sungkar, 2016)

Dimana karena salah satu faktor resiko dari skabies ialah penghuni yang tinggi atau banyak dalam satu populasi atau tempat serta kebersihan personal yang buruk maka skabies sering dialami oleh para santri di pondok pesantren. Walaupun begitu, kondisi tersebut terabaikan serta skabies dianggap penyakit biasa yang sering terjadi oleh santri, padahal dalam penurunan kualitas hidup para santri hingga kemungkinan menimbulkan penderitaan bagi para santri bisa saja disebabkan karena faktor kejadian skabies yang apabila skabies kronik hingga skabies berat sampai menyebabkan komplikasi seperti infeksi sekunder oleh bakteri. Hal ini terjadi karena sebelum adanya timbul gejala klinis seperti lesi yang jelas yang bisa sebagai dasar diagnosis dari penyakit skabies seringkali individu yang telah terpajan bakteri penyebab skabies tidak menyadari situasi tersebut karena penyakit skabies memang memiliki masa inkubasi yang cukup lama sebelum diketahui penderitanya. (Sungkar, 2016) berikut penjelasan mengenai penyakit skabies:

- a. Penularan : Skabies akan lebih mudah menular secara langsung dari kontak orang ke orang seperti mereka yang tinggal dalam lingkungan padat serta berdekatan contohnya ialah panti jompo, panti asuhan, pesantren dan institusi lain dimana penghuninya tinggal dalam jangka waktu lama bersama penderita skabies. Walaupun dapat juga tertular secara tidak langsung, penularan dengan kontak langsung lebih sering terjadi.

- b. Gejala : Gejala utama skabies adalah gatal, rasa gatal pada awal infestasi tungau biasanya terjadi pada malam hari, cuaca panas, atau ketika berkeringat. Gatal terasa di sekitar lesi, namun pada skabies kronik gatal dapat dirasakan hingga ke seluruh tubuh masa inkubasi dari infestasi tungau hingga muncul gejala gatal sekitar 14 hari. *S.Scabie* biasanya memilih lokasi epidermis yang tipis untuk menggali terowongan, misalnya di sela-sela jari tangan, pergelangan tangan, penis, *areola mammae*, *peri-umbilicalis*, lipit payudara, pinggang, bokong bagian bawah, paha serta lipatan aksila anterior dan posterior. Terowongan yang digali tunggau tampak sebagai lesi berupa garis halus yang berwarna putih keabuan sepanjang 2-12mm. di daerah beriklim tropis, jarang ditemukan lesi terowongan, walaupun ada terowongan hanya berukuran pendek sekitar 1-2mm. lesi tersebut sulit ditemukan karena sering disertai ekskoriasi akibat garukan dan infeksi sekunder oleh bakteri. Meskipun demikian, terowongan dapat berada di tangan, sela-sela jari tangan, pergelangan tangan dan pergelangan kaki. Pada infestasi ringan, lokasi yang harus diperiksa adalah sela jari tangan dan genitalia eksterna. Pada stadium kronik, skabies mengakibatkan penebalan kulit (*likenifikasi*) dan berwarna lebih gelap (*hiperpigmentasi*).
- c. Diagnosis : Skabies dapat memberikan gejala khas sehingga mudah didiagnosis, gejala klinis yang khas adalah keluhan gatal hebat pada malam hari (*pruritus nocturna*) atau saat udara panas

dan penderita berkeriangat, erupsi khas yang khas berupa terowongan, *papul*, *vesikel* dan *pustule* di tempat *predileksi*. Diagnosis klinis dapat ditetapkan apabila pada penderita terdapat dua dari empat tanda kardinal skabies yaitu: 1. *Pruitus nokturna*, 2. Terdapat kelompok orang yang menderita penyakit yang sama, misalnya dalam satu keluarga atau di pemukiman atau di asrama. 3. Terdapat terowongan *papul*, *vesikel* dan *pustule* di tempat *predileksi* yaitu sela-sela jari tangan, pergelangan tangan, siku bagian luar, lipatan ketiak bagian depan, *areola mammae* (perempuan), *Umbilikus*, bokong, *genitalia eksterna* (laki-laki), dan perut bagian bawah. 4. Menemukan tungau pada pemeriksaan laboratorium. (Sungkar, 2016)

2. Dermatitis

Dermatitis berarti peradangan kulit dan istilah ini digunakan secara bergantian dengan "eksim", yang didefinisikan sebagai proses peradangan kulit yang ditandai oleh *erythema*, *edema*, *vesiculation*, *scaling*, *fissuring* dan *likenifikasi*, tergantung pada keparahan dan kronisitasnya. (Graham-Brown, 2005). Dermatitis merupakan penyakit kulit yang bersifat akut, sub-akut, atau kronis. Jenis dari permasalahan dermatitis diantaranya ialah dermatitis kontak terdiri atas (DKA) yaitu dermatitis kontak alergi dan (DKI) yaitu dermatitis kontak iritan. (Horgan, 2009).

Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah peradangan akibat pajanan terhadap alergen merupakan kelainan kulit yang terjadi pada seseorang

yang mengalami sensitifitas terhadap bahan-bahan yang memiliki sifat alergen. Dermatitis kontak iritan (DKI) adalah peradangan pada kulit yang dapat berupa eritema, endema, dan *scale/skuama*. Penyebab dari dermatitis kontak iritan dalam kehidupan sehari-hari misalnya disebabkan karena deterjen yang digunakan, air, berbagai pelarut asam dan basa, bahan-bahan adhesi, cairan yang tercampur logam, minyak oles, komestik yang digunakan serta berbagai substansi topikal lainnya. (Horgan, 2009). Berikut penjelasan mengenai dermatitis kontak.

- a. Defenisi Dermatitis kontak : Dermatitis kontak merupakan bagian dari eksim atau eksema, dimana kulit bisa menjadi memerah, kering dan pecah-pecah. Dermatitis kontak bisa terjadi pada kulit di bagian tubuh manapun, tapi umumnya dermatitis kontak menyerang kulit tangan dan wajah.
- b. Penyebab : terdapat dua jenis penyebab dari dermatitis kontak, yaitu dermatitis kontak alergi (DKA) yang disebabkan oleh pajanan oleh alergen paling sering berupa bahan kimia sederhana dan dermatitis kontak iritan (DKI) yang disebabkan dari pajanan bahan penyebab iritan dalam kehidupan sehari-hari.
- c. Gejala : Gejala dari dermatitis alergi membutuhkan beberapa hari untuk berkembang sedangkan gejala dari dermatitis kontak iritan muncul kurang lebih 48 jam setelah kontak atau terpapar degan zat iritan. Beberapa gejala seperti ruam, adanya kemerahan, radang dan peradangan, terasa gatal yang terkadang terasa parah, membengkak, kering, lecet melepuh, menebal, bersisik, pecah-

pecah dan terasa sakit saat disentuh serta muncul rasa nyeri adalah gejala umum dari dermatitis kontak yang terjadi dikulit penderita tingkat terparah dari gejala dermatitis kontak bisa menyebabkan luka melepuh yang pecah kemudian membentuk lapisan keras berwarna kecoklatan menutupi lubang pecahnya lepuhan kulit tersebut. (Horgan, 2009).

B. Lingkungan Biologi

Lingkungan biologi menurut (Bustan, 2006) merupakan semua faktor dari luar individu seperti misalnya kepadatan penduduk, flora dan fauna. Kepadatan penduduk dapat memicunya perkembangan dan penularan oleh mikroorganisme penyebab penyakit secara biologis, flora dan fauna salah satunya sebagai sumber bahan makanan. Kepadatan hunian merupakan salah satu lingkungan biologis yang menjadi faktor penyebab skabies di podok pesantren.

1. Kepadatan Hunian

Skabies serta penyakit terkait dermatologis lainnya seperti dermatitis kontak banyak terjadi salah satunya di panti asuhan dan pondok pesantren. Salah satu faktor tingginya prevalensi kejadian skabies di pondok pesantren adalah karena kepadatan hunian yang tinggi, sehingga memicu pertumbuhan serta penularan oleh mikroorganisme penyebab dermatitis atau skabies yaitu *Sarcoptes scabiei varietas hominis*. Penderita skabies dapat menimbulkan komplikasi berupa infeksi sekunder oleh bakteri yang dapat menimbulkan komplikasi serta menurunkan kualitas hidup serta

penderitaan bagi santri. (Sungkar, 2016). Penurunan kualitas hidup juga dapat ditandai dengan adanya gangguan antara individu dengan lingkungan sosialnya, masih pada penelitian oleh Hansen (1997) dalam studinya menunjukkan bahwa kondisi kronis terkait dermatologis menjadi faktor resiko terhadap kejadian psikososial remaja.

C. Lingkungan Sosial

1. Status Sosial Ekonomi

Adanya kepemilikan barang dan partisipasi individu disegala aktifitas kelompok dari aktifitasnya maupun masyarakat tempatnya menetap kemudian terdapat ukuran rata-rata yang berlaku secara umum dalam komunitas tentang kepemilikan kultural, adanya pendapatan efektif merupakan ciri-ciri yang menunjukkan posisi-posisi individu ataupun keluarga dalam lingkungan sosial yang kemudian disebut dengan status sosial ekonomi sebagaimana pendapat oleh FS. Chapin (Kaare, 1989) bisa disimpulkan juga bahwa status sosial ekonomi menunjukkan mengenai tinggi rendahnya pratise yang dimiliki individu dalam kelompok serta kedudukan apa yang dipegangnya dalam suatu masyarakat dan komunitasnya didasarkan atas pekerjaan atau kepemilikan materi yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhannya dalam keluarga ataupun masyarakat.

Menurut Soekanto (2007) ukuran kekayaan, pendapatan, ukuran kesetaraan mencakup kekuasaan dan kehormatan seperti kedudukan dalam pekerjaan merupakan kriteria dan faktor yang digunakan untuk menentukan

status sosial ekonomi dalam mengelompokan anggota masyarakat didalam berbagai lapisan sosial, dalam pekerjaan seseorang akan bisa mempengaruhi kondisi ekonominya tidak sekedar sebagai usaha untuk mendapatkan kepuasan atau mendapatkan imbalan berupa upah dan dari segi sosial dengan bekerja juga memiliki peran untuk menentukan status sosial individu agar diterima dan dapat digolongkan kedalam bagian dari satu unit status sosial ekonomi bertujuan memenuhi peranannya dalam statusnya sebagai individu masyarakat. (Kartono, 1991).

Pendapatan didefinisikan sebagaimana berdasarkan kamus ekonomi ialah uang yang diterima individu dalam bentuk yang disebut gaji atau upah Sumardi (2004). Ukuran pendapatam tersebut digolongkan sebagaimana berdasarkan Badan Pusat Statistik mengenai Upah Minimum Provinsi (UMP) Sumatera Utara tahun 2017, yaitu 1.961.335 dimana suatu keluarga yang masih dibawah UMP pendapatnya digolongkan kedalam status sosial rendah. Pada penelitian oleh Chaceko-Llego, Castillo-Carandang and Rayes (2009) yang melakukan skrining psikososial anak-anak Philipina pada daerah dengan komunitas anak-anak yang tinggal di daerah miskin perkotaan ditemukan adanya gangguan psikososial pada anak-anak tersebut yang menunjukkan bahwa status sosial ekonomi menjadi faktor anak-anak mengalami masalah psikososial.

2. Status Keluarga

Anggota yang terdiri dari dua atau lebih individu yang bertempat tinggal dalam satu atap atau rumah, mempunyai ikatan secara emosional, dan berasal dari kelompok keluarga yang sama ataupun berbeda karena adanya ikatan pernikahan kemudian saling mengikutsertakan dalam kehidupan yang terus-menerus dan memiliki pembagian peran satu dengan yang lainnya adalah definisi keluarga sebagaimana menurut Lancestre dan Stanhope (1992). Keluarga sebagai satuan unit terkecil memiliki struktur serta peran yang dijalankan oleh masing-masing individu dalam keluarga sebagaimana perannya, seperti peran seorang ayah, seorang ibu dan anak-anak yang memiliki perbedaan peran antara satu dengan lainnya untuk dapat menjalankan fungsinya dalam struktur keluarga. Dalam berkeluarga setiap anggota keluarga berfokus pada proses apa yang diterapkan dan digunakan dalam keluarga sebagai usaha dalam mencapai tujuan dalam keluarga adalah fungsi keluarga yang digambarkan oleh Friedman (1992).

Status keluarga menjadi suatu kondisi dan salah satu faktor kejadian psikososial pada anak-anak dan remaja, menurut penelitian terdahulu oleh Murphy et al., (1992) penelitian tersebut menggunakan PSC telah menunjukkan prevalensi disfungsi psikososial anak menjadi dua sampai tiga kali lebih tinggi pada anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah dan hidup dengan status orang tua tunggal. Status keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kondisi dimana tidak adanya keberadaan orang tua yang utuh sebagaimana definisi dari keluarga pada umumnya adalah terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak. Orang tua yang telah menjadi janda

atau duda menurut Hurlock (1999) adalah orang tua tunggal (*Single Parent*) dengan asumsi bahwa tanggung jawab untuk memelihara dan membesarkan anak-anak tanpa bantuan pasangannya baik dari akibat karena kematian, perceraian ataupun kejadian yang menimbulkan kondisi tersebut.

D. Lingkungan Fisik

Menurut (Lenihan & Fletter, 2000) segala hal di sekitar manusia seperti air, kelembaban, suhu, angin, udara kondisi iklim tertentu hingga kondisi geografik dan segala sesuatu yang tidak memiliki nyawa merupakan lingkungan fisik. Sementara itu upaya individu hingga masyarakat untuk memelihara dan menjaga kesehatannya dengan cara pengendalian terhadap lingkungan eksternalnya juga internal sebagai pencegahan terhadap penyakit adalah pengertian dari sanitasi lingkungan. (Chandra, 2009). Lingkungan fisik yang cenderung homogen dalam sekolah berasrama merupakan faktor dari skabies dan penyakit kulit lainnya yang sering terjadi pada lingkungan pesantren dan sekolah berasrama. Beberapa sanitasi lingkungan fisik yang menjadi faktor penyebab kejadian skabies dan beberapa penyakit kulit lainnya di pondok pesantren diantaranya adalah ventilasi, pencahayaan, suhu, dan ketersediaan air bersih. (Fariha, 2016)

Penelitian lain yang dilakukan oleh Azizah, Haryanti dan Wahyuni (2018) dalam penelitiannya juga melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan masalah psikososial remaja di wilayah bantaran kali code Kota Yogyakarta, menggunakan *Pediatric Symptom Checklist-Y/35* didapatkan bahwa hasil penelitiannya menunjukkan terdapat hubungan signifikan

lingkungan tempat tinggal secara fisik dengan masalah psikososial remaja (*p-value 0,045*). Diketahui bahwa lingkungan kali code Yogyakarta secara fisik merupakan daerah aliran sungai (DAS) yang memiliki pemukiman kumuh dengan luas 287,7 Ha² dan merupakan wilayah geografis dengan padat penduduk. Penelitian tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Izutsu et al (2006) bahwa masalah gangguan kesehatan mental dan gizi remaja dipengaruhi oleh lingkungan fisik sekitar remaja dalam penelitiannya dilakukan pada daerah perkotaan dan daerah kumuh Dhaka Bangladesh.

2.6 Kajian Integrasi Keislaman

2.6.1 Konsep Psikososial Menurut Alqur'an dan Hadist

Selama menjalani kehidupan, manusia melewati beberapa fase dalam perkembangan hidupnya, diantaranya adalah perkembangan psikososial. Menurut (Erikson, 2005) perkembangan yang berkaitan dengan kemampuan individu dalam berhubungan dengan individu lainnya dalam lingkungan sosial, emosi individu, motivasi serta kepribadian seseorang ialah pengertian dari perkembangan psikososial dalam perkembangan tersebut Erikson juga berpendapat bahwa salah satu fase terjadinya perkembangan tersebut adalah pada usia remaja. Qur'an sebagai *Kalamullah* adalah pengumpulan segala hakikat serta makna dimana didalamnya terkumpul hikmah juga hukum yang mengumpulkan

segala ilmu sebagaimana yang disebutkan oleh Hasbi Ash-Shidiqy.¹ Dalam Q.S. An-Nahl/16 : 89 Allah berfirman:

وَنَزَّلْنَا عَلَيْكَ الْكِتَابَ تَبْيِيَانًا لِّكُلِّ شَيْءٍ وَهُدًى وَرَحْمَةً وَبُشْرَىٰ لِلْمُسْلِمِينَ .

“Dan Kami turunkan kepadamu al-Kitab (al-quran) untuk menjelaskan segala sesuatu, sebagai petunjuk, serta rahmat dan kabar gembira bagi orang yang berserah diri.” (QS. An-Nahl/16:89)

Dalam ayat tersebut menjelaskan sebagaimana tafsir oleh Ibnu Jarir Attabari al-quran ialah kitab suci diturunkan kepada Nabi Muhammad saw., didalamnya terdapat berbagai penjelasan terhadap segala apa yang dibutuhkan manusia, dalam tafsirnya tersebut juga beliau berpendapat didalam al-qur’an terdapat segala ilmu dan segala sesuatu yang termuat sebagaimana beliau juga mengutip riwayat dari Ibnu Mas’ud Termasuk didalamnya mengani masalah psikososial yang secara garis besar salah satu paradigma al-Qur’an adalah mengenai ilmu *Nafsiyah* atau disebut juga ilmu-ilmu kemanusiaan yang berkenaan dengan makna, nilai dan kesadaran.²

Al-Qur’an melihat manusia sebagai individu dengan keunikan tertentu yang diciptakan oleh Allah swt dengan sebaik-baiknya raga dan bentuk, yang dilengkapi dengan berbagai organ psikofisik berjalan sebagaimana fungsinya yang begitu istimewa, hal tersebut dijelaskan dalam ayatnya seperti (Q.S As-Sajdah/32: 9)

¹ Hasbi Ash-Shidiqy, *Ilmu Al-Qur’an Dan Tafsir*, (Semarang: Pustaka Rizki Putra, 2009), hlm. 6-7

² Muhamad Bin Jarir Bin Yazid Bin Katsir Bin Kholib Al-Amli, Abu Ja’far At-Thabari, *Jami’ul Bayan Fi Ta’wil Qur’an*, dari, *Al-Maktabah Al-Syâmilah*. Tafsir Surat An-Nahl Ayat: 89, (Muassasah Al-Risalah, 2000), Jilid. 17, hlm. 278-279.

ثُمَّ سَوَّاهُ وَنَفَخَ فِيهِ مِنْ رُوحِهِ ۗ وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ ۗ

قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ .

“Kemudian dia menyempurnakan dan meniupkan ke dalam roh (ciptaan)-Nya dan dia menjadikan bagi kamu pendengaran, penglihatan, dan hati; (tetapi) kamu sedikit sekali bersyukur (As-Sajdah/32 :9).

Karenanya segala emosi serta ekspresi telah dimiliki manusia sejak dari awal kemudian diwariskan secara genetik dan terus berkembang akibat interaksi-interaksi yang dialami dalam hidupnya, dalam kecerdasan emosi (*Emotional Intelligence*) menekankan kepada kecerdasan interpersonal juga pribadi, kecerdasan emosional bisa dirumuskan sebagai kemampuan pribadi dalam menyelaraskan antara nalar dan emosi dalam mengelolanya disebut sebagai keterampilan emosi, memotivasi diri, empati serta kemampuan memelihara hubungan sosial. (Goleman, 2000). Tuhan memberi manusia emosi dengan tujuan mulia agar manusia dapat hidup bahagia, pribadi yang mampu mengendalikan dirinya dalam hal ini emosinya secara baik akan mendapatkan yang terbaik, pada dasarnya emosi merupakan kekuatan dari dalam diri yang luar biasa apabila dikerahkan pada tujuan yang positif dan membangun hal ini dikutip dalam *Keajaiban Dan Kekuatan Emosi* oleh Martin Wijokongko dari bukunya.(Wijokongko, 2011).

Emosi digambarkan dalam Al-Qur'an adalah sebagai suatu akibat dari nafsu yang ada didalam jiwa manusia, sementara kata nafsu sejatinya bersifat

netral tergantung pada penggunaannya, dalam ayat qur'an emosi sering didapati pelafalannya sebagai *nafs*. Istilah *nafs (jiwa)* dalam Al-Qur'an dimaknai sebagai sesuatu yang ada dalam diri manusia yang menghasilkan tindakan. (Latief, 2015).

Kata *nafs* ditinjau dari segi bahasa, berasal dari bahasa Arab, *Nafsun* (kata *mufrad*) jama'nya, *anfus* atau *Nufsun* yang diartikan sebagai ruh, nyawa, tubuh seseorang, darah, niat, orang dan kehendak. Sementara dalam bahasa Indonesia seluruh kehidupan batiniah seseorang yang terjadi seperti perasaan, pikiran angan-angan dan lainnya disebut sebagai jiwa atau kata jiwa juga diartikan roh manusia yang berada dalam tubuh sehingga menyebabkan individu dalam keadaan hidup. Dalam Al-Qur'an kata *nafs* disebutkan sebanyak lebih dari 250 kali tepatnya 297 kali, dengan banyaknya jumlah yang disebutkan tersebut itu artinya *al-nafs* yang banyak disebutkan tersebut memiliki arti yang beragam lebih dari satu makna dan maksudnya, jika ditelusuri dalam Al-Qur'an memiliki beberapa arti yang dalam hubungannya yaitu mengenai makna substansi manusia yang dijabarkan dengan bentuk penyebutan nafsu-nafsu seperti *nafsu ammarah*, *nafsu lawwamah*, dan *nafsu Muthmainnah*, (Rahmatia, 2017) dan disebutkan dalam Al-qur'an dibawah ini dari sifat jiwa dalam diri manusia karena nafsu yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1. *Nafs* yang menyerukan pada keburukan atau disebut juga dengan *Al-Ammarah bi suu'*, memiliki makna bahwa jiwa (*nafs*) cenderung memiliki sifat yang pada ingin melakukan suatu keburukan. Oleh karenanya, bahwa tiap-tiap individu memiliki keinginan untuk melakukan sifat atau hal yang mengarah pada keburukan. Dijelaskan dalam Q.S Yusuf/12: 53

وَمَا أَبْرَأُ نَفْسِي ۚ إِنَّ النَّفْسَ لَأَمَّارَةٌ بِالسُّوءِ إِلَّا مَا رَحِمَ رَبِّي ۗ
 إِنَّ رَبِّي غَفَّ.

Artinya ialah “Dan aku (yusuf) tidak membebaskan diriku (dari kesalahan), karena sesungguhnya jiwa itu selalu menyuruh kepada keburukan, kecuali jiwa yang diberi rahmat oleh Tuhanku. Sesungguhnya Tuhanku Maha pengampun lagi Maha penyayang.” (QS Yusuf/12: 53)

2. *Nafs* yang menyerukan pada perasaan menyesal atau menyesali diri disebut dengan *Lawwamah*. Sifat menyesali diri wajar dalam diri individu manusia ketika telah melakukan suatu keburukan dalam sifat ini, manusia sangat cenderung mencela dirinya ketika merasa menyesal terhadap kesalahan yang telah dilakukannya. Seperti yang dijelaskan dalam firman Allah dalam Q.S Al-Qiyamah/75: 2,

وَلَا أَقْسِمُ بِالنَّفْسِ اللَّوَّامَةِ.

Artinya ialah : “Dan aku bersumpah dengan jiwa yang amat menyesali (dirinya sendiri).” (Q.S Al-Qiyamah/75: 2).

Dimana ketika keadaan mengarahkan pada jiwa yang memiliki perasaan menyesali diri dan keadaan merasa tidak melakukan kebaikan atau kurang dalam melakukan kebaikan, menyesal pada keburukan yang telah dilakukan dan jiwa memiliki kesadaran dalam perasaan tersebut maka dikatakan sebagai *Annafsullawwamah*.

3. *Nafs* yang mengarahkan pada perasaan merasa tenang atau mendapatkan ketenangan disebut sebagai *Muthmainnah*, dalam kitab *Ighatsat al-Lahfan min Masyayidisy Syaithan* milik Ibnu Qayyim, individu yang memiliki sifat serta jiwa merasa tenang adalah jika individu telah bertobat dan dengan mengingat-nya, menghibur diri dengan berusaha dekat pada-Nya merasa tentram kepada Allah SWT maka jiwa individu tersebut dalam keadaan *muthmainnah*. Seperti firman Allah dalam (QS Al-Fajr/89 ayat 27-30).

○ يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ.

○ ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً.

○ فَادْخُلِي فِي عِبَادِي.

○ وَادْخُلِي جَنَّتِي.

Artinya ialah : “Hai jiwa yang tenang. Kembalilah kepada Tuhanmu dengan hati yang puas lagi diridhai-Nya. Maka masuklah ke dalam jamaah hamba-hamba-Ku, masuklah ke dalam surga-Ku.” (QS al-Fajr/89 ayat 27-30.).

Oleh karena itu sesungguhnya jiwa memiliki kecenderungan untuk berbuat buruk karena setiap jiwa memiliki hawa nafsu dan permasalahannya adalah bagaimana manusia dapat menahan diri untuk tidak dituntut oleh keburukan tersebut. Sebagaimana Al-Qur’an telah memberikan banyak gambaran berbagai emosi yang sering terjadi dalam kehidupan manusia serta bagaimana dalam Al-

Qur'an Allah swt juga telah memberikan bagaimana gambaran yang jelas mengenai penyelesaian permasalahan emosi tersebut serta bagaimana manusia melakukan interaksi sebagai makhluk sosial. Tentu hal ini menunjukkan bagaimana pentingnya manusia memperhatikan kesehatannya secara psikososial, dalam (Q.S Yunus : 57)

يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَ تَنْكُم مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ
وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ .

“Wahai manusia! Sungguh, telah datang kepadamu pelajaran (Al-qur’an) dari Tuhanmu, penyembuh bagi penyakit yang ada dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang yang beriman.” (Q.S Yunus : 57)

Makna kandungan ayat tersebut menunjukkan seruan pada manusia untuk kembali pada Al-Qur’an sebagai pembelajaran, pemberi nasihat serta sebagai syifaa atau obat penyembuhan dari berbagai macam penyakit yang ada di dalam dada atau hati. Asbabun Nuzul dari diturunkannya ayat ini adalah sebagaimana menurut tafsir oleh Kementrian Agama adalah Allah berseru kepada sekalian umat manusia bahwa allah telah mendatangkan al-qur’an melalui Rasulnya. Selanjutnya M. Darwis Hude dalam bukunya juga mengatakan bahwa terdapat empat macam cara sebagai upaya pengendalian emosi yang pas terhadap prinsip-prinsip Al-Qur’an. Diantaranya yaitu yang pertama disebut sebagai model *Displacement*, yaitu pengalihan emosi atau menyalurkan perasaan-perasaan negatif pada objek lain yang bermanfaat misalnya dengan melakukan *Dzikrullah*. Kedua

ialah dengan model *Cognitive adjustment* atau dengan pengalihan kognisi seperti melakukan artibusi positif. Ketiga dengan model cara *Coping*, penerimaan cara ini dilakukan dengan menerima dan tetap menjalani segala hal yang memunculkan perasaan negative tersebut dengan sabar. Keempat adalah dengan model-medel lain seperti *Regresi*, cara ini yaitu dengan membentu mekanisme yang bertujuan sebaga pertahanan diri contoh misalnya dengan mundur dari perkembangan yang ingin lebih tinggi kepada yang lebih rendah. Dalam hal ini contohnya adalah taubat, yaitu kembali dari pelanggaran (maksiat) ke fitrah kesucian manusia. (Hude, 2006).

Dalam Al-Qur'an juga menjelaskan berbagai macam solusi ideal yang bisa dilakukan terhadap konflik jasmani dan ruhani dalam diri manusia, salah satunya adalah menyeimbangkan keduanya dengan indikator keperibadian yang mantap. Semua indikator kepribadian yang mantap tersebut ada pada sosok kepribadian yang dicontohkan oleh Rasulullah SAW. Beliau adalah sosok yang mampu menyeimbangkan antar dimensi-dimensi kehidupan yang ada. (Fuad, 2016). Keperibadian yang berkeseimbangan merupakan satu sikap tengah yang juga merupakan satu metode antara dua dimensi dalam diri manusia, yakni: materi dan spiritual. (Mursi, 1997). Al-Qur'an menunjukan perlunya merealisasikan keseimbangan ini, sebagaimana dalam firman Allah (Q.S : Qashash:77)

وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا وَأَحْسِنِ

كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ وَلَا تَبْغِ الْفَسَادَ فِي الْأَرْضِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ

الْمُفْسِدِينَ.

“Dan carilah pada apa yang telah dianugerahkan Allah kepadamu (Kebahagiaan) negeri akhirat, dan janganlah kamu melupakan bagianmu dari (kenikmatan) duniawimu.” (Q.S : Qashash:77)

Selain itu dalam pengertian ini pula Rasulullah saw. Bersabda:

لَيْسَ بِخَيْرٍ كُمْ مَنْ تَرَكَ دُنْيَاهُ لِآخِرَتِهِ وَلَا آخِرَتَهُ لِدُنْيَاهُ حَتَّى يُصِيبَ مِنْهُمَا جَمِيعًا

فَإِنَّ الدُّنْيَا بَلَاغٌ إِلَى الْآخِرَةِ وَلَا تَكُونُوا كَلِّ عَلَى النَّاسِ

(رواه ابن عساكر عن انس).

“Bukankah sebaik-baik kamu orang yang bekerja untuk dunianya saja tanpa akhiratnya, dan tidak pula orang yang bekerja untuk akhiratnya, dan tidak pula orang yang bekerja untuk akhiratnya saja dan meninggalkan dunianya. Dan sesungguhnya sebaik-baik kamu adalah orang yang bekerja untuk ini (akhirat) dan ini (dunia). (HR. Ibnu ‘Asakir dari Anas, dalam kitab tafsir Al-Kasysyaf jilid 4 hal.1670).

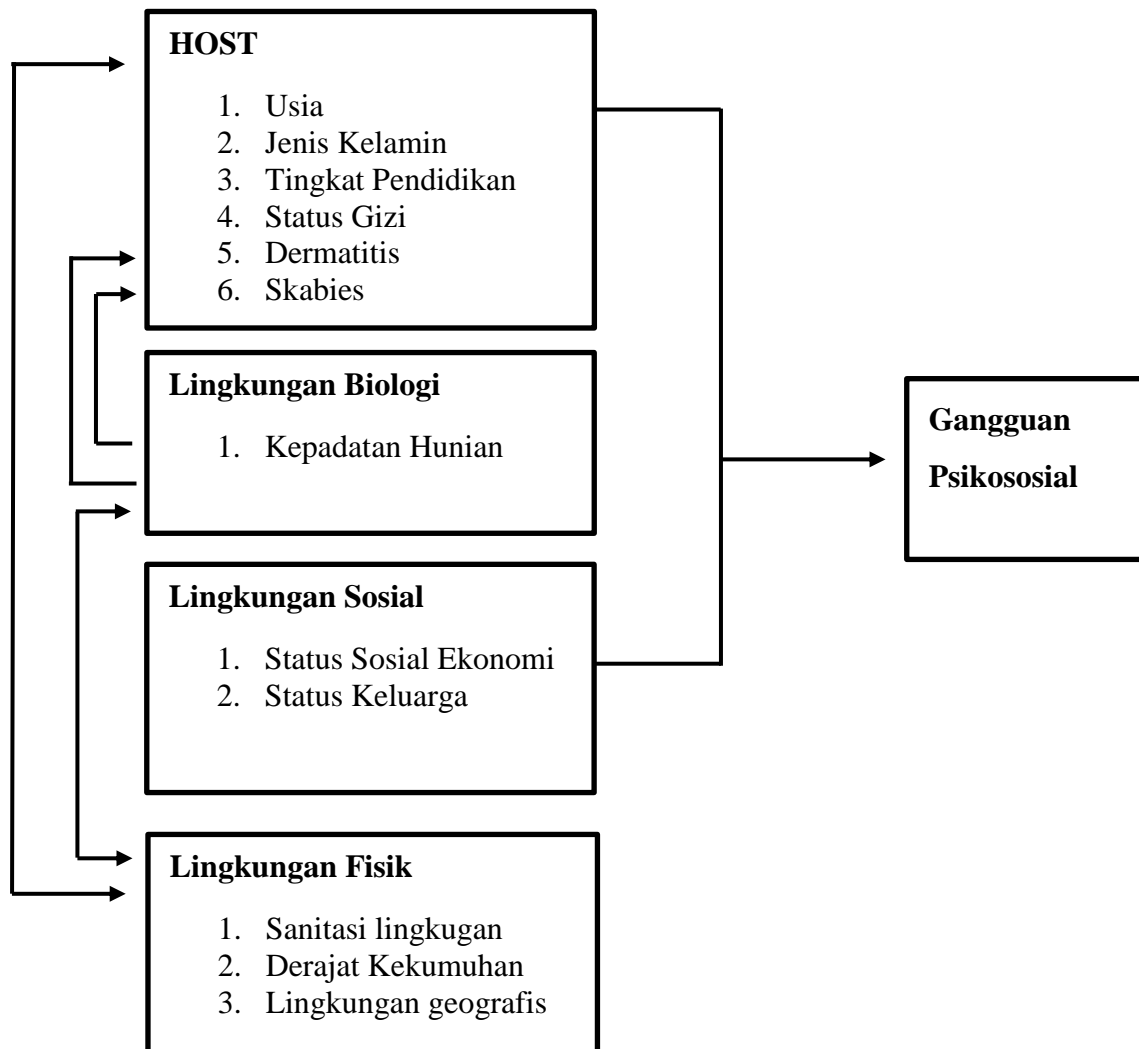
Model keseimbangan tersebut merupakan konsep yang perlu diperhatikan manusia untuk mencegah timbulnya masalah psikososial, dalam ayat Al-Qur’an tersebut dengan tegas menekankan prinsip keseimbangan bahwa kepribadian yang

dikonsepkan dalam qur-an dan sunatullah sangat memperhatikan perilaku lahiriah yang didorong oleh keseimbangan interaksi dua sisi potensi fisik dengan potensi batiniah berupa ruhiyah, maka kepribadian Qur'ani adalah kepribadian yang apabila dipraktikkan dalam kehidupan manusia akan mengantarkan pada perbuatan-perbuatan yang disamping menyehatkan potensi manusia secara proporsional, serta tidak ada sedikitpun menyakiti atau mematikan potensi diri dan orang lain dalam kehidupan sosial.

2.7 Kerangka Teori

Berdasarkan penjabaran sebelumnya mengenai konsep dasar timbulnya penyakit dalam epidemiologi salah satunya adalah teori roda (*Wheel of causation*) dalam model roda diperlukan adanya identifikasi dari banyak faktor yang dalam hal kejadian penyakit atau timbulnya penyakit tertentu beberapa faktor-faktor tersebut mungkin memiliki peran paling besar oleh sebab itu dalam model ini tidak begitu penting dan tidak terlalu menekankan pada agen penyebab penyakit, karena dalam model ini yang paling berperan ialah hubungan antara individu manusia atau masyarakat dengan lingkungan hidupnya. Maka peneliti dapat menjabarkan kerangka teori sebagai berikut:

Bagan 2.1 Kerangka Teori

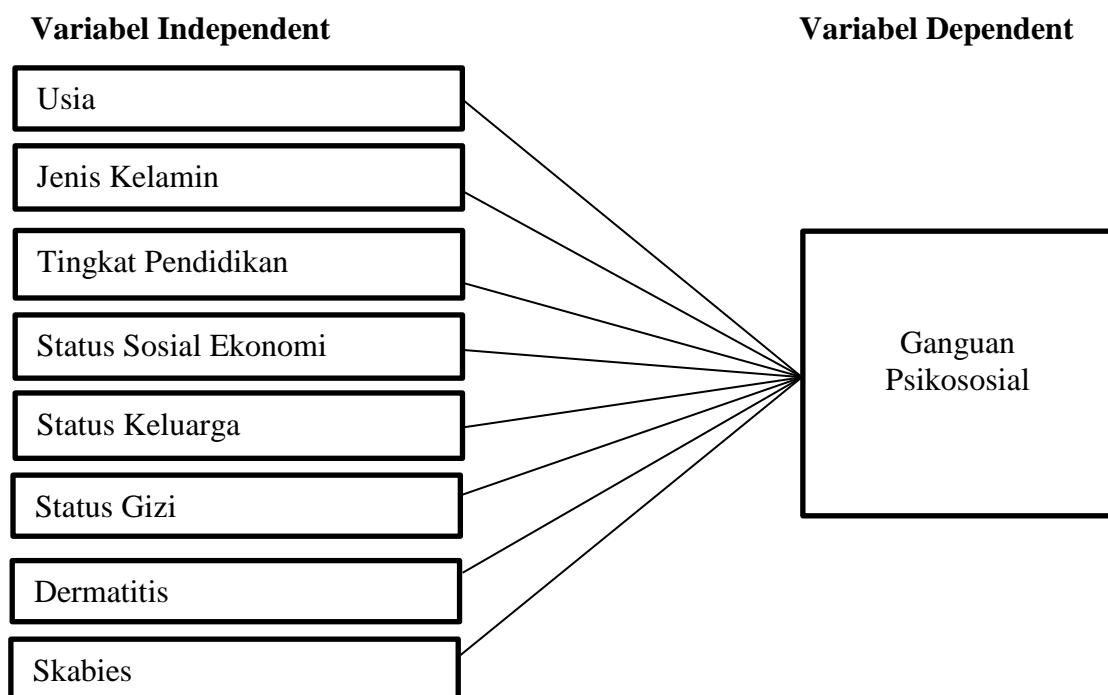


2.8 Kerangka Konsep Penelitian

Adapun variabel yang diteliti dengan mengambil teori roda (*Wheel of causation*) dimana ukuran komponen roda bersifat relative, tergantung problem spesifik penyakit yang bersangkutan. Dalam hal ini peranan lingkungan sosial lebih besar dari yang lainnya untuk hal stressor psikososial atau gangguan

psikososial. (Irwan, 2017). Variabel lingkungan biologi dan lingkungan fisik tidak dimasukkan sebagai variabel dalam penelitian ini karena dalam permasalahan psikososial lingkungan sosial berperan lebih besar sementara lingkungan biologi dan fisik di dalam pondok pesantren cenderung homogen atau sama secara keseluruhan sementara itu untuk melakukan pengujian hipotesis variabel yang dipilih untuk diteliti dalam penelitian ini merupakan variabel-variabel berdasarkan penelitian tedahulu yang termasuk dalam faktor penyebab psikososial pada remaja.

Bagan 2.2 Kerangka Konsep



2.9 Hipotesa Penelitian

Hipotesesa atau disebut juga hipotesis ialah pernyataan penelitian yang ditujukan sebagai jawaban sementara dari pertanyaan yang diangkat dalam penelitian dan memerlukan untuk dilakukan uji kevaliditasnya secara empiris (Sastroasmoro, 2011). Berdasarkan pada penjelasan sebelumnya maka hipotesis yang diajukan adalah sebagai berikut:

1. Usia berhubungan dengan kejadian gangguan psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu.
2. Jenis kelamin berhubungan dengan kejadian psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu.
3. Tingkat pendidikan berhubungan dengan kejadian gangguan psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu.
4. Status sosial ekonomi berhubungan dengan kejadian gangguan psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu.
5. Status keluarga berhubungan dengan kejadian gangguan psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu.
6. Status Gizi berhubungan dengan kejadian gangguan psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu.
7. Dermatitis berhubungan dengan kejadian gangguan psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu.
8. Skabies berhubungan dengan kejadian gangguan psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Dalam penelitian ini jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif observasional analitik dengan desain studi *cross-sectional*. Desain studi *cross-sectional* adalah studi dalam epidemiologi yang mempelajari prevalensi, distribusi, maupun hubungan penyakit dan paparan (faktor penelitian) dengan cara mengamati status paparan, penyakit, atau karakteristik terkait kesehatan lainnya, secara serentak pada individu-individu dari suatu populasi pada satu saat atau satu waktu tertentu. (Murti, 2003)

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Madrasah Tsanawiyah dan Madrasah Aliyah Pondok Pesanteren Modern Muhammadiyah Kwala Madu, tempat penelitian dipilih karena merupakan salah satu pondok pesantren yang ada di Langkat Sumatera Utara dan belum pernah dilakukannya penelitian mengenai Skrining Psikososial di lingkungan sekolah terutama lingkungan sekolah berasrama seperti Pondok Pesantren. Waktu penelitian ini dilaksanakan terhitung sejak bulan Maret tahun 2020 sampai dengan selesai pada Januari 2021.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh santriwan/wati dari Madrasah Tsanawiyah dan juga Madrasah Aliyah di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu dengan total populasi 768 santriwan/wati.

a. Populasi Target

Populasi target dari penelitian ini adalah seluruh siswa-siswi dari kelas 7 s/d kelas 9 Madrasah Tsanawiyah dan seluruh siswa-siswi kelas 10 s/d 12 Madrasah Aliyah yang telah mencapai usia 11 tahun karena hal ini sesuai dengan kegunaan dari instrument kuesioner *Pediatric Symptom Checklist (PSC)-35/ Youth* yang memang ditujukan untuk diisi pada anak remaja yang sudah mencapai usia 11 tahun atau lebih.

b. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dari penelitian ini adalah seluruh siswa-siswi dari kelas 7 s/d kelas 9 Madrasah Tsanawiyah dan seluruh siswa-siswi kelas 10 s/d 12 Madrasah Aliyah yang berada dalam Pondok Pesantren Modren Muhammadiyah Kwala Madu selama pelaksanaan penelitian.

3.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah siswa-siswi Madrasah Tsanawiyah dan Madrasah Aliyah di Pondok Pesantren Modren Muhammadiyah Kwala Madu yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

Tabel 3.1 Kriteria Inklusi dan Kriteria eksklusi

Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
Santriwan dan santriwati Madrasah Tsanawiyah dan Madrasah Aliyah Pondok Pesantren Muhammadiyah Kwala Madu.	Santriwan dan santriwati yang diketahui memiliki riwayat masalah gangguan mental atau mengalami satu permasalahan gangguan mental pada saat sebelum dilakukan skrining.
Santriwan dan santriwati yang berada dalam Pondok Pesantren Muhammadiyah Kwala Madu pada saat melakukan penelitian dan bersedia menjadi responden.	
Santriwan dan santriwati yang mampu dan menyelesaikan pengisian Kuesioner PSC-35/ <i>Youth</i> .	

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik *Simple Random Sampling*. Teknik ini dipilih karena area dan karakteristik populasi telah diketahui sebelumnya oleh peneliti selain itu penarikan sampel dengan teknik ini dapat dilakukan jika populasi yang akan kita ukur homogen dan memiliki kerangka sampel. (Najmah, 2015)

Pada penelitian ini untuk memperoleh besar sampel adalah dengan menggunakan perhitungan besar sampel pada studi potong lintang (*Cross Sectional*) untuk jenis data kategorik tidak berpasangan (Najmah, 2015):

Rumus :

$$n = \left(\frac{(Z\alpha \sqrt{2PQ} + Z\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2} \right)$$

Keterangan :

n = Jumlah subjek

α = Kesalahan tipe 1 (5%)

β = Kesalahan tipe 2 (20%)

$Z\alpha$ = Nilai Standar alpha (z kurva normal : 1,96)

$Z\beta$ = Nilai standar beta (z kurva normal : 0,84)

P_1 = Proporsi kelompok 1

P_2 = Proporsi kelompok 2

$P_1 - P_2$ = Perbedaan proporsi minimal

Pada penelitian ini telah ditetapkan sebelumnya oleh peneliti yaitu untuk kesalahan tipe I sebesar 5% dan kesalahan tipe II sebesar 20%. Nilai P adalah proporsi pada variabel yang diteliti berdasarkan pada penelitian terdahulu dimana sampel yang dipilih merupakan nilai proporsi yang paling besar. (Dahlan, 2009).

Tabel 3.2 Perhitungan Sampel

Variabel	Peneliti	Tahun	P1	P2	N	n + 10% DO
Status Gizi	Endah et al	2013	48%	16%	33	36
Usia	Ulfa et al	2018	17%	5%	106	117
Jenis Kelamin	Ulfa et al	2018	17%	6%	131	142
Tingkat Pendidikan	Ulfa et al	2018	17%	4%	87	96
Status Sosial Ekonomi	Ulfa et al	2018	17%	5%	106	117
Status Orang Tua	Ulfa et al	2018	18%	9,6%	226	249

Berdasarkan perhitungan sampel diatas maka besar sampel yang didapatkan adalah dari nilai proporsi tertinggi yaitu 226 atau 249 sampel apabila terdapat sampel yang *drop out*.

3.4.Variabel Penelitian

Variabel adalah segala sesuatu yang akan menjadi objek pengamatan penelitian dan merupakan konsep yang memiliki variasi nilai serta karakteristik yang bisa di duplikasikan ke dalam sekurang-kurangnya dua klasifikasi atau indikator. (Mujiyanto, 2017)

3.4.1 Variabel Dependent

Variabel dependen (terikat) adalah variabel yang berubah akibat perubahan dari variabel bebas (Rinaldi, 2017). Variabel dependen (terikat) dalam penelitian ini adalah masalah psikososial.

3.4.2 Variabel Independent

Variabel independent (bebas) adalah variabel yang apabila ia berubah akan mengakibatkan perubahan pada variabel lain dalam hal ini menyangkut nilai (Mujianto, 2017), dalam penelitian ini memiliki beberapa variabel bebas yang dikelompokkan berdasarkan karakteristik tertentu yaitu karakteristik remaja (Usia, Jenis Kelamin, Tingkat pendidikan, Status sosial ekonomi serta Status keluarga), Status Gizi (Normal, Obesitas, dan kurus) kemudian masalah terkait dermatologis yang sering terjadi pada para siswa-siswi di pesantren (Dermatitis dan Scabies).

3.5 Defenisi Oprasional

Tabel 3.3 Defenisi Oprasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependent						
1.	Psikososial	perubahan yang dialami individu dalam kesehariannya, bersifat psikologik maupun sosial yang membahas berbagai aspek-aspek perkembangan manusia, seperti masalah kejiwaan dan kemasyarakatan	Pengisian kesioner mandiri	Kuesioner PSC (<i>Pediatrict Symptomp Checklist</i>)	a.Mengalami gangguan (Apabila skor total PSC dari keseluruhan subskala ≥ 30) b.Tidak mengalami gangguan.(Apabila skor total PSC dari	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		yang memiliki pengaruh timbal balik, sebagai akibat perubahan sosial masyarakat sehingga menimbulkan gangguan atau masalah sosial yang dialami pada santriwan/santriwati setelah dilakukan skrining menggunakan PSC-35/Y.			keseluruhan subskala < 30)	
Variabel Independent						
2	Usia	Kurun waktu sejak adanya seseorang (santri) dan dapat	Wawancara	Kuesioner	1. remaja awal (10-14 tahun),	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		diukur menggunakan satuan waktu dipandang waktu hidup santri hingga kini dari lahir hingga tahun diwawancara.			2. remaja pertengahan (15-16 tahun), 3. remaja akhir (17-19 tahun).	
3.	Status Gizi	Merupakan suatu ukuran status gizi individu (santri) dimana terdapat keseimbangan antara jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh dan energi yang dikeluarkan dari luar tubuh	Pengukuran & Observasi	1. Neraca BB manual 2. Microtois	a.Obesitas jika jika Persentil ≥ 95 b. Normal, jika presentil 5 sampai 95 b.Kurus, jika < persentil 5	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		sesuai dengan kebutuhan individu yang ditentukan dengan status gizi menurut grafik pertumbuhan oleh CDC dengan pengukuran IMT untuk umur dan jenis kelamin.				
4.	Jenis Kelamin	Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya	Wawancara	Kuesioner	a. Laki-laki b. Perempuan	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		tetap dengan laki-laki dan perempuan dimiliki oleh responden (santri).				
5.	Tingkat Pendidikan	Suatu kondisi jenjang pendidikan santri saat ini yang sedang dijalani dan dimiliki oleh seseorang melalui pendidikan formal yang dipakai oleh seseorang (santri) melalui pendidikan formal yang ditentukan oleh pemerintah serta disahkan	Wawancara & Observasi	Kuesioner	a. Mts b. MA	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		oleh departemen pendidikan sebagaimana sistem pendidikan pada Pondok Pesantren.				
6.	Status Sosial Ekonomi	Status sosial ekonomi merupakan posisi yang ditempati individu atau keluarga yang berkenaan dengan ukuran rata-rata yang umum berlaku sebagaimana ukuran pendapatan berdasarkan Upah Minimum	Wawancara	Kuesioner	a. Rendah, jika <1.961.335 b. Tinggi, jika > 1.961.335	Ordinal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		Provinsi (UMP) Sumatera Utara tahun 2017 oleh BPS.				
7.	Status keluarga	Kondisi struktur keluarga yang dimiliki oleh individu remaja yang berasal dari kelompok keluarga yang sama atau yang berbeda, utuh terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak serta lainnya atau beberapa diantaranya saja yang saling mengikutsertakan dalam kehidupan yang terus	Wawancara	Kuesioner	a. Orang tua tunggal b. Orang tua lengkap c. Tidak bersama orang tua	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		menerus, bertempat tinggal dalam satu rumah, mempunyai ikatan emosional dan adanya pembagian tugas antara satu dengan yang lainnya				
8.	Dermatitis	Riwayat dermatitis pada santri dengan salah satu gejala dermatitis setahun terakhir dari awal januari 2020 s/d desember 2020.	Wawancara & Observasi	Kuesioner	a. Ya menderita dermatitis dengan gejala b. Tidak pernah menderita dermatitis dengan gejala	Nominal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
9.	Skabies	Mengalami minimal dua tanda kardinal skabies yang telah diderita sejak setahun atau lebih atau minimal yang mulai muncul gejala sejak januari 2020 s/d desember 2020.	Wawancara & Observasi	Kuesioner	a. Ya, menderita skabies dengan gejala b. Tidak pernah menderita skabies dengan gejala	Nominal

3.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kusioner skrining psikososial pada anak atau disebut juga dengan *Pediatric Symptom Checklist* merupakan kusioner baku yang telah melewati berbagai studi untuk validasi PSC. Dalam beberapa studi validasi, klasifikasi kasus PSC setuju dengan klasifikasi kasus pada Child Behavior Checklist (CBCL), peringkat Global Assessment Scale (CGAS) penurunan nilai, dan adanya gangguan kejiwaan dalam berbagai pengaturan pediatrik dan subspecialisasi yang mewakili latar belakang sosial ekonomi yang beragam. (Jellinek et al., 1988). *National Quality Forum* (NQF) dalam *Technical Report: Behavioral Health and Substance Use, Fall 2017 Cycle: CDC Report* untuk kedua kalinya telah mengesahkan alat skrining PSC untuk digunakan sebagai upaya meningkatkan pengenalan dan pengobatan masalah psikososial pada anak-anak dan remaja, pada tanggal 1 juli 2018 penilaian dengan PSC dan wawancara kebutuhan dan kekuatan anak dan remaja (CANS) telah dimulai dilakukan di 33 negara dengan tujuan dari program ini adalah untuk memungkinkan para penyedia layanan kesehatan membandingkan fungsi anak-anak dari waktu ke waktu di berbagai negara dan pengaturan layanan. (*National Quality Forum, 2018*).

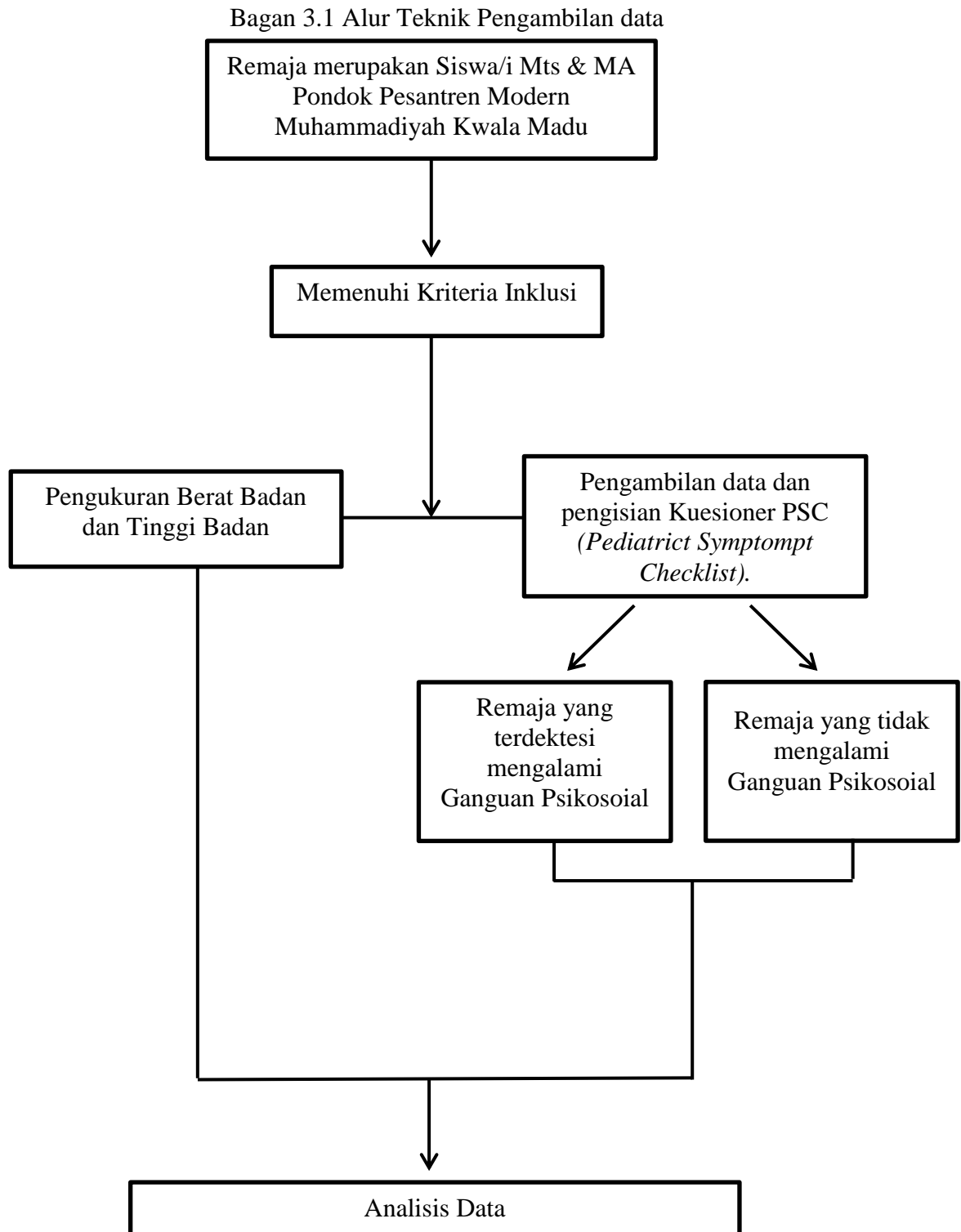
Dikutip dari halaman resmi milik rumah sakit *Massachusetts General Hospital* pada maret 2020 mengenai informasi lebih lanjut dari *Pediatric Symptom Checklist* yang secara terus-menerus melakukan pembaharuan informasi PSC terus terdaftar sebagai instrumen yang direkomendasikan karena sebagian besar studi yang telah menilainya menemukan itu valid dan dapat diandalkan dengan satu peringatan kebutuhan untuk evaluasi lebih lanjut. PSC telah digunakan sebagai ukuran klinis dalam inisiatif kesehatan masyarakat besar. Evaluasi program yang disediakan

oleh *Cambridge Health Alliance*, program *Medicaid* dari negara bagian *Massachusetts*, dan program kesehatan mental sekolah nasional di *Chili* yang telah menunjukkan bahwa PSC dapat diimplementasikan untuk penyaringan rutin dalam sistem besar dan dipelihara selama lebih dari satu dekade. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa PSC juga dapat dikombinasikan dengan unsur-unsur lain sebagai bagian dari pendekatan terpadu untuk kesehatan fisik dan perilaku anak.

Pelayanan kesehatan remaja di Indonesia yang dilakukan salah satunya adalah melalui posyandu remaja. Posyandu remaja adalah sebagai bentuk usaha kementerian kesehatan dibawah Direktorat Kesehatan Keluarga yang didalamnya memiliki berbagai kegiatan diantaranya merupakan kegiatan promotif dan preventif seperti usaha meningkatkan keterampilan hidup sehat (PKHS), kegiatan kespro atau kesehatan reproduksi bagi remaja, pencegahan terhadap kesehatan jiwa dan penyalagunaan NAPZA dan kekerasan pada para remaja kegiatan-kegiatan tersebut merupakan salah bentuk upaya kesehatan yang bersumber masyarakat bagi usaha peduli remaja. Alat skrining *Pediatric Symptom Checklist* sendiri merupakan instrumen yang telah valid dan telah diuji untuk digunakan menjadi salah satu instrument dalam pelayanan kesehatan jiwa remaja terutama dalam kegiatan posyandu remaja hal ini bertujuan sebagai alat deteksi dini psikososial pada anak dan remaja (Kemenkes, 2018).

3.7 Teknik Pengambilan Data

Teknik pengambilan data merupakan kegiatan peneliti untuk melakukan pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian. (Sastroasmoro, 2008).



Pada Bagan 3.1 Merupakan alur dari teknik pengambilan data yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu seluruh remaja yang merupakan santriwan/wati di madrasah tsanawiyah dan madrasah aliyah pondok pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan sebelumnya oleh peneliti, untuk mengetahui remaja yang akan menjadi sampel terlebih dahulu apakah memenuhi kriteria inklusi adalah melakukan konfirmasi kepada pihak pondok pesantren (wali kelas atau ibu/bapak asrama) apakah kemungkinan diantara siswa/i mereka ada yang diketahui memiliki riwayat atau positif memiliki masalah kesehatan mental, siswa/i yang diketahui memiliki riwayat kesehatan mental atau positif memiliki masalah kesehatan mental maka akan dikeluarkan dari kriteria sampel yang akan dipilih dan dikeluarkan dari sampel yang akan dirandom sampling.

Santriwan/wati remaja yang memenuhi kriteria inklusi tersebut tanpa memasukan lagi yang kemungkinan eksklusi kemudian dipilih dengan mengikuti prosedur *random sampling* menggunakan kerangka sampel berupa daftar nama santriwan/wati yang telah disusun berdasarkan kelas. Remaja yang terpilih menjadi responden kemudian dilakukan pengukuran status gizi dengan mengukur berat badan menggunakan timbangan berat badan serta tinggi badan menggunakan alat pengukur tinggi badan *microtoice*. Setelah melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan, responden melakukan pengisian kuesioner dan melakukan skrining psikososial menggunakan PSC-Y/35 (*Pediatric Symptom Checklist Youth-3*) ataupun dilakukan sebaliknya dengan mengisi kuesioner terlebih dahulu kemudian dilakukan pengukuran bisa juga dilakukan secara bersamaan. Remaja yang telah diwawancarai dan diobservasi kemudian

diketahui memiliki gejala dari dermatitis maupun skabies akan dilakukan konfirmasi oleh petugas poskestren. Instrumen PSC yang telah diisi kemudian diidentifikasi ke dalam kelompok remaja dengan gangguan psikososial dan remaja yang tidak mengalami gangguan psikososial untuk kemudian dilakukan analisis data terhadap variabel independent lainnya.

3.7.1 Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari dua jenis data yaitu, data primer dan data skunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari subjek penelitian melalui pengukuran berat badan dan tinggi badan untuk pengukuran status gizi, data perimer lainnya adalah data psikososial dari kuesioner *Pediatric Symptom Checklist* (PSC-35/Y) yang telah diisi responden. Data skunder adalah data yang didapatkan dari petugas TU (Tata Usaha) Pondok Pesantren Muhammadiyah Kwala Madu sebagai data pendukung, sekaligus untuk memperoleh data nama, kelas dan jumlah siswa-siswi di Pondok Pesantren Muhammadiyah Kwala Madu.

3.7.2 Alat dan Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat untuk pengukuran status gizi para siswa-siswi menggunakan timbangan untuk berat badan serta alat pengukur tinggi badan yang diukur menggunakan *microtoice*. Sementara instrument dalam penelitian ini adalah instrumen yang memiliki fungsi sebagai alat skrining psikososial yaitu *Pediatric Symptom Checklist* (PSC-35/Y). Intrumen *Pediatric Symptom Checklist* (PSC-35/Y) merupakan versi lengkap dari

versi PSC yang dapat dilakukan mandiri oleh remaja ataupun orangtua dengan jumlah keseluruhan pertanyaan sebanyak 35 pertanyaan, jenis PSC-Y ini ditunjukkan oleh remaja berusia 11 tahun keatas, dalam Instrumen PSC tersebut telah dikelompokkan pertanyaan menjadi 3 subskala, yaitu terdiri dari subskala internalisasi, eksternalisasi dan subskala perhatian, setiap subskala dirancang untuk mengenali masalah kognitif, emosional dan perilaku. Semua item pertanyaan dinilai menjadi “Tidak pernah” dengan nilai 0, “Kadang-kadang” dengan nilai 1, dan “Sering dengan nilai 2” sementara beberapa pertanyaan yang tidak dijawab boleh diabaikan atau diberi nilai 0 tetapi apabila terdapat lebih dari 4 pertanyaan tidak terjawab maka instrument PSC ini menjadi tidak valid. Skor pada PSC-Y berbeda dengan seri PSC lainnya, pada PSC-Y skor batas total seorang anak mengalami gangguan psikososial yaitu apabila sebesar ≥ 30 dari keseluruhan pertanyaan ketiga subskala dan skor tersebut hanya berlaku pada anak usia 11 hingga remaja usia 18 tahun, sementara usia dibawah 6 tahun direkomendasikan menggunakan PSC-17 atau apabila menggunakan versi PSC-Y skor batas adalah sebesar ≥ 24 . (Jellinek and Murphy, 1999).

3.7.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan observasi dan wawancara, subjek penelitian adalah siswa-siswi atau para santri Madrasah Tsanawiyah dan Madrasah Aliyah yang memenuhi syarat dari kriteria Inklusi dan eksklusi yang telah disusun sebelumnya. Selanjutnya dilakukan pengukuran status gizi dan melakukan wawancara untuk pengisian kuesioner PSC-35.

3.8 Analisis Data

Analisis data dilakukan setelah semua data dan data dari pengisian kuesioner yang telah diisi oleh responden dikumpulkan untuk kemudian data disederhanakan dalam bentuk tabel kemudian dilanjutkan dengan pengolahan data menggunakan sistem komputer dengan menggunakan analisis diantaranya adalah:

3.8.1 Analisis Univariat

Penelitian ini menggunakan analisis univariat untuk menganalisis data secara deskriptif dengan menggambarkan variabel-variabel tertentu dalam bentuk proporsi atau persentase. Mendeskripsikan hasil skrining psikososial dan karakteristik remaja yang merupakan parameter dari populasi yaitu Usia, Jenis Kelamin, Kelas, Status sosial ekonomi.

3.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mendapatkan gambaran hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan uji statistik untuk variabel bentuk kategorik adalah uji *Chi-Square* apabila syarat uji terpenuhi, apabila syarat uji tidak terpenuhi maka akan menggunakan uji *Fisher Exact Test* yang sama-sama bertujuan untuk menjelaskan hipotesis hubungan variabel bebas dengan variabel terikat. Untuk memutuskan apakah kejadian hubungan yang signifikan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan taraf kesalahan 5% dengan nilai *p-value* (0,05). Pengujian menggunakan

tingkat kepercayaan 95% dilakukan dengan program aplikasi uji statistik berbasis komputer. Apabila dari analisis adalah:

1. Jika nilai $p > 0.05$ berarti dinyatakan hubungan tidak signifikan secara statistik (tidak ada hubungan variabel bebas dengan variabel terikat)
2. Jika nilai $p < 0.05$ berarti dinyatakan hubungan signifikan secara statistik (ada hubungan variabel bebas dengan variabel terikat).

BAB IV

HASIL & PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Deskripsi Lokasi Penelitian

Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu terletak di Desa/Kelurahan Sidomulyo Kecamatan Binjai Kabupaten Langkat Sumatera Utara. Persisnya pesantren ini beralamatkan di jalan Tanjung Pura Km.32 Simpang Pabrik Gula Kwala Madu lebih kurang 250 meter dari jalan besar menuju kota Banda Aceh. Berdasarkan Surat Pimpinan Wilayah Muhammadiyah Sumatera Utara Nomor: 71/II.0/B/2013 tanggal 02 April 2013 tentang persetujuan perubahan nama pada kop surat, papan nama, dan stempel yang awalnya bertuliskan “Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Langkat Binjai” menjadi Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara.” Perubahan ini disesuaikan dengan letak pesantren yaitu di kwala madu kabupaten langkat. (Profil Ponpes Modern Muhammadiyah Kwala Madu, 2016).

Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara didirikan pertama kali pada tanggal 23 Februari 1988 oleh Pimpinan Daerah Muhammadiyah Langkat-Binjai. Peletakan batu pertamanya dihadiri dan disaksikan oleh keluarga besar Muhammadiyah dan Aisyiyah tingkat pimpinan daerah, cabang dan ranting se-Kabupaten Langkat dan Kotamadya Binjai, Kepala Kantor Wilayah Departemen Agama Provinsi Sumatera Utara, Kandepag tingkat II Langkat dan bapak Walikota Binjai, serta dihadiri juga oleh

Pimpinan Wilayah Muhammadiyah Sumatera Utara. Dengan harapan dan respon terhadap visi dari Pondok Pesantren Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara yaitu “Unggul dalam prestasi, terampil dalam aktivitas, Tauladan dalam moralitas.”

Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara memiliki proses pembelajaran yang berlangsung selama 24 jam dimana aktivitas pembelajaran dimulai dari waktu subuh sampai malam hari yang disusun dalam jadwal kegiatan dengan didampingi pembimbing oleh guru dan *musyrif*, sarana dan prasarana pondok pesantren modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat sejak berdiri hingga sampai saat ini telah memiliki sarana dan prasarana yang cukup memadai. Pondok Pesantren yang terdiri atas Madrasah Tsanawiyah dan Aliyah ini yang berdiri di atas tanah dengan luas $\pm 20.000 m^2$ yang telah memiliki berbagai fasilitas seperti gedung pendidikan permanen, gedung asrama santri dan santriah, gedung asrama *musyrif*, pos jaga, pelayanan kesehatan POSKESTREN, gedung rumah makan dan dapur, gedung tempat ibadah dan beberapa gedung tempat kerja lainnya. Ruang belajar serta jumlah murid yang berada pada Pondok Pesantren Muhammadiyah dalam kondisi baik dengan jumlah kelas yaitu Madrasah Tsanawiyah sebanyak 16 kelas dan Madrasah Aliyah sebanyak 8 kelas, yaitu madrasah Tsanawiyah terdiri atas 6 kelas VII, 5 kelas VIII, dan 5 kelas IX. Sementara untuk Madrasah Aliyah 3 merupakan kelas X, 3 untuk kelas XII dan sebanyak 2 untuk kelas XIII, dengan jumlah siswa/siswi madrasah tsanawiyah sebanyak 447 dan madrasah aliyah sebanyak 321. (Tata Usaha Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu, 2020)

4.1.2 Hasil Skrining *Pediatric Symptom Checklist (PSC-35/Y)* Remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat

Usaha untuk melakukan tindakan preventif pada permasalahan remaja terutama untuk menghadapi masalah psikososial serta agar tidak terjadinya penyimpangan dan gangguan pada remaja dikemudian hari ialah mengenalinya melalui usaha pengenalan sejak dini masalah remaja disebut juga deteksi dini atau tindakan skrining. Usaha tersebut dapat juga dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang khusus dirancang untuk mendeteksi masalah kesehatan mental melalui masalah psikososial pada anak-anak dan remaja salah satu alat tersebut adalah *Pediatric Symptom Checklist (PSC)* alat skrining berupa kuesioner singkat yang dapat membantu mengidentifikasi dan menilai perubahan dalam masalah emosional dan perilaku pada anak-anak. PSC mencakup berbagai masalah emosional dan perilaku dan dimaksudkan untuk memberikan penilaian fungsi psikososial. (Vogels *et al.*, 2009). Pada penelitian ini menggambarkan hasil skrining berupa deskripsi menggunakan analisis univariat dan bivariat masalah psikososial menggunakan kuesioner PSC-Y yang diklasifikasikan berdasarkan beberapa karakteristik, diantaranya adalah:

A. Karakteristik Demografi Individu Responden

Tabel 4.1. Distribusi karakteristik demografi responden remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Kelompok Usia		
Remaja Awal (10-14 tahun)	142	62,80%
Remaja Pertengahan (15-16 tahun)	53	23,50%
Remaja Akhir (17-19 tahun)	31	13,70%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	112	49,6%
Perempuan	114	50,4%
Tingkat Pendidikan		
Mts	146	64,6%
MA	80	35,4%
Status Sosial Ekonomi		
Rendah	50	22,1%
Tinggi	176	77,9%
Status Keluarga		
Memiliki kedua orang tua dan tinggal bersama	212	93,8%
Orang tua tunggal tinggal dengan salah satunya	12	5,3%
Tidak bersama orang tua	2	1%
Total	226	100%
Variabel	Mean (SD)	CI(95%)
Usia	14,14 (1,80)	13-90-14,37

Pada tabel 4.1 diidentifikasi sebanyak (n=226) berdasarkan kelompok usia remaja awal (10-14 tahun) didapatkan hasil sebesar 62,80% (142/226) menjadi responden terbanyak dalam penelitian ini dibandingkan dengan kelompok usia remaja pertengahan (15-16 tahun) 23,50% (53/226) dan kelompok usia remaja akhir (17-19 tahun) 13,7% (31/226). Dapat dilihat pula pada usia remaja dengan nilai rata-rata 14,14 pada rentang 13,90-14,37 yang artinya juga menunjukkan rata-rata usia remaja adalah pada kelompok usia remaja awal. Hal ini juga dikarenakan populasi tertinggi di pondok pesantren modern muhammadiyah kwala madu langkat sumatera utara adalah usia remaja pada kelompok remaja awal. Berdasarkan beberapa penelitian juga menyebutkan masalah psikososial pada remaja cenderung dialami oleh kelompok usia remaja awal. (Bhasin et al, 2010).

Sebanyak (n=226) berdasarkan jenis kelamin dalam penelitian ini hampir setara jumlah remaja laki-laki 49,6% (112/226) dengan perempuan 50,4% (114/226). Beberapa penelitian juga menyebutkan ada hubungan masalah psikososial remaja dengan jenis kelamin, dimana remaja perempuan lebih mungkin untuk mengalami gangguan psikososial seperti penelitian yang dilakukan oleh (Azizah et al, 2018) secara statistik remaja perempuan memiliki hubungan dengan masalah gangguan psikososial walaupun perbedaan resiko diantara keduanya tidak terlalu tampak. Tetapi beberapa penelitian lain juga menunjukkan hasil yang tidak selalu sama, seperti penelitian oleh (Bhasin et al, 2010) justru menunjukkan tidak ada perbedaan tingkat stress dan kecemasan atau psikososial pada remaja laki-laki maupun remaja perempuan. Meskipun begitu remaja

perempuan menunjukkan tingkat depresi lebih tinggi dibandingkan remaja laki-laki.

Tingkat pendidikan dalam penelitian ini menunjukkan hasil (n=226) remaja yang berada pada tingkat Madrasah Tsanawiyah atau setara dengan tingkat menengah pertama (SMP) menjadi responden terbanyak 64,6% (146/226) dibandingkan dengan responden pada tingkat pendidikan Madrasah Aliyah atau setara dengan tingkat menengah atas (SMA) yang hanya sebesar 35,4% (80/226). Hal ini dikarenakan siswa/i pada sekolah menengah pertama atau Mts di Pondok Pesantren Moderen Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara lebih banyak dibandingkan jumlah siswa Madrasah Aliyah. Masih pada penelitian yang dilakukan oleh (Azizah et al, 2018) tingkat pendidikan memiliki hubungan yang paling besar dan paling dominan terhadap masalah psikososial yang terjadi pada remaja, hasil menunjukkan bahwa remaja yang berada pada tingkat pendidikan setara sekolah menengah pertama atau SMP memiliki risiko sebesar empat kali lebih besar dibandingkan remaja pada tingkat pendidikan menengah atas atau SMA. Pada masa SMP kepribadian remaja mengalami perubahan serta mengalami proses pembentukan identitas diri seiring dengan tahap perkembangan individu. Dalam penelitiannya dilakukan terhadap remaja yang tinggal di wilayah bantaran Kali Code Kota Yogyakarta.

Status sosial ekonomi dalam penelitian ini dilihat dari pekerjaan orangtua responden dan dilihat pula dari hasil pendapatan yang diklasifikasikan menurut nilai UMP (Upah Minimum Provinsi) Sumatera Utara tahun 2017 kedalam Status rendah apabila pendapatan dibawah dari UMP dan pendapatan tinggi diatas nilai UMP. Hasil penelitian ini menunjukkan jumlah responden

tertinggi adalah dengan orangtuanya yang memiliki pendapatan diatas nilai UMP yaitu sebesar 77,9% (176/226) sementara respondenn dengan orangtuanya memiliki pendapatan dibawah UMP sebesar 22,1% (50/226). Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Azizah et al, 2018) menyebutkan bahwa remaja dengan status sosial ekonomi rendah berhubungan dengan masalah gangguan psikososial pada remaja dikarenakan dampak buruk dari keadaan keuangan orangtua atau keluarga berpengaruh pada kemampuan keluarga untuk mengurangi depresi pada orangtua dan menyebabkan kurangnya pengawasan orangtua terhadap remaja.

Status keluarga dalam penelitian ini menemukan remaja yang hanya memiliki orangtua tunggal dan tinggal dengan salah satu orangtuanya akibat dari perceraian ataupun telah meninggal dunia sebesar 5,3% (12/226) sementara remaja yang tidak tinggal bersama kedua orantuanya ataupun tidak memiliki kedua orangtua sebanyak 1% (2/226) jumlahnya lebih sedikit dibandingkan remaja yang status keluarganya dalam keadaan utuh yaitu memiliki kedua orangtua dan tinggal bersama sebanyak 93,8% (212/226). Meskipun dengan jumlah yang lebih kecil hal ini berhubungan dengan masalah psikososial, disebutkan dalam beberapa penelitian seperti dalam penelitian milik (Azizah et al, 2018) pada faktor sosial, dukungan orangtua dan lingkungan sosial memiliki hubungan yang signifikan dengan masalah psikososial remaja. Dalam sebuah keluarga kasih sayang ayah dan ibu memberikan hubungan yang signifikan pada tingkat kecemasan dan depresi pada remaja.

B. Status Gizi

Tabel 4.2 Distribusi menurut status gizi individu remaja di Pondok Pesantren

Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Status Gizi		
Obesitas	24	10,6%
Normal	154	68,1%
Kurus	48	21,2%
Total	226	100%
Variabel	Mean (SD)	CI(95%)
IMT	20,68 (3,48)	20,23-21,14

Pada tabel 4.2 menunjukkan distribusi dari status gizi remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu, jika dilihat berdasarkan nilai rata-rata IMT adalah 20,68 pada rentang antara 20,23-21,14 dan setelah diinterpretasi menurut aturan oleh *Centre for Disease Control* (CDC) didapatkan hasil terbanyak adalah remaja dengan status gizi normal 68,1% (154/226) sementara yang paling sedikit adalah remaja yang mengalami obesitas 10,6% (24/226) dan remaja dengan status gizi kurus 21,2% (48/226). Dalam beberapa penelitian sering ditemukan masalah status gizi terhadap gangguan psikososial pada remaja, seringkali ditemukan bahwa remaja yang mengalami obesitas kemungkinan lebih rentan untuk mengalami gangguan psikososial seperti penelitian oleh (Pujiastuti et al, 2013) yang menunjukkan hasil yang signifikan

remaja yang obesitas dengan remaja dengan gizi normal dengan nilai p-value (0,007). Penelitian sebelumnya yang serupa oleh (Riza et al, 2007) yang dilakukan di solo juga didapatkan hasil prevalensi gangguan psikososial pada anak yang mengalami obesitas 11,6%, lebih tinggi dibandingkan dengan anak status gizi normal.

C. Masalah Dermatologis

Tabel 4.3 Distribusi masalah dermatitis remaja di Pondok Pesantren Modern

Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Dermatitis		
Ya	66	29,2%
Tidak	160	70,8%
Skabies		
Ya	41	18,1%
Tidak	185	81,9%
Pernah mengalami penyakit kulit selama di Pesantren		
Ya	149	65,9%
Tidak	77	34,1%
Total	226	100%

Pada tabel 4.3 menunjukkan hasil dari masalah dermatologis di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu di antaranya adalah dermatitis dan

skabies yang sering terjadi pada para santri di pondok pesantren. Para remaja yang mengalami dermatitis sebesar 29,2% (66/226) sedangkan remaja yang mengalami masalah skabies sebesar 18,1% (41/226) dan remaja yang menyatakan pernah mengalami penyakit kulit setidaknya sekali selama di pondok pesantren sebesar 65,9% (149/226). Penemuan ini sejalan dengan penelitian lainnya yang menunjukkan hasil yang masih tinggi kejadian dermatitis maupun skabies di pondok pesantren, seperti penelitian yang dilakukan oleh (Ratnasari, et.al 2014) di pesantren kota Jakarta dengan prevalensi 51,6% dan (Hilma, et.al 2014) di pesantren Yogyakarta dengan prevalensi skabies (54,7%).

Penelitian oleh Hansen (1997) dalam studinya menunjukkan adanya angka positif PSC dua kali sampai tiga kali lebih umum terjadi pada anak-anak dengan kondisi kronis, dalam penelitiannya berhubungan dengan masalah dermatologis hal ini karena hampir 6% dari para remaja mempunyai penyakit kronis yang berhubungan dengan fungsi pada umumnya salah satunya masalah terkait dermatologis. Kondisi penyakit kronis pada remaja sendiri merupakan penyakit atau cacat yang diderita dalam waktu lama dan memerlukan perhatian dalam bidang dan perawatan khusus (IDAI, 2013). Selain itu penyakit kronis selalu berkaitan dengan kualitas hidup seseorang, sementara kualitas hidup seseorang yang rendah selalu berdampak dengan munculnya masalah gangguan psikososial, dalam penelitian oleh (Purwanto et al, 2016) mengenai tingkat kualitas hidup santri di pondok pesantren Al-Muayyad Surakarta yang mengalami masalah dermatologis seperti skabies didapatkan hasil yang signifikan santri yang sedang menderita penyakit skabies berhubungan dengan gangguan kualitas hidup ($p < 0,05$). Gangguan kualitas hidup ini diantaranya adalah terkait rasa keyamanan

dan rasa malu serta hubungan sosial, (Idoarjo, 2009) menyebutkan seseorang dengan ciri-ciri sehat jiwa diantaranya yaitu merasa nyaman dengan orang lain.

D. Masalah Psikososial

Tabel 4.4 Distribusi Masalah Psikososial remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Masalah Psikososial		
Ya	92	41%
Tidak	134	59%
Total	226	100%
Variabel	Mean (SD)	CI(95%)
Skor PSC	25,17 (10,53)	23,79-26,55
Skor Internalisasi	7,45 (3,89)	6,94-7,96
Skor Atensi	4,72 (2,41)	4,41-5,04
Skor Eksternalisasi	7,89 (3,84)	7,39-8,40

Pada tabel 4.4 menunjukkan hasil skrining pada remaja di pondok pesantren modern muhammadiyah kwala madu langkat menggunakan PSC-Y/35 sebanyak 226 remaja yang dilakukan skrining rerata skor PSC-Y/35 adalah 25,17 (SD = 10,53) dan didapatkan hasil 41% (92/226) remaja berada pada nilai atau diatas nilai titik potong dari masalah psikososial yang artinya menunjukkan remaja

mengalami masalah psikososial dan sebesar 59% (134/226) menunjukkan tidak memiliki masalah psikososial. Hasil skrining dalam penelitian ini menunjukkan jumlah yang lebih banyak remaja mengalami psikososial dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Azizah et al, 2018) dalam penelitiannya juga dilakukan pada kelompok remaja yang tinggal di bantaran kali code Yogyakarta menggunakan PSC-Y/35 sebanyak 173 remaja yang dilakukan skrining diketahui 20 remaja diantaranya mengalami masalah psikososial.

Usaha individu untuk menyesuaikan dan beradaptasi dengan pengalaman-pengalaman pribadinya terhadap lingkungan sekitar adalah proses perkembangan mental emosional. Berbagai permasalahan baik mental ataupun emosional bisa muncul apabila ada suatu penghambat yang menjadi penyebab seseorang individu dalam hal ini remaja untuk menghadapi proses penyesuaian dalam dirinya dengan lingkungan sekitarnya dan pengalaman-pengalaman pribadinya. (Dharmayanti, 2011). Biasanya konflik yang terjadi dan dialami para remaja akan semakin kompleks seiring adanya perubahan yang individu remaja jalani serta alami dari banyak dimensi ataupun sisi kehidupan dalam diri remaja seperti sisi biologis, kognitif, moral hingga sisi psikologis yang menimbulkan sedikit banyaknya masalah psikososial. (Dharmayanti, 2011). Dalam alat skrining PSC-Y/35 mendeteksi adanya masalah psikososial dengan penilain mencakup dari beberapa subskala yang penilainya disesuaikan dari berbagai dimensi permasalahan psikososial diantaranya subskala internalisasi yang menunjukkan rerata nilai 7,45 (SD=3,89) yang berada pada nilai titik potong ≥ 5 curiga seseorang mengalami masalah terkait internalisasi. Selanjutnya terdapat subsakala atensi dengan rerata nilai 4,72 (SD=2,41) dan subskala eksternalisasi dengan rerata nilai 7,89

(SD=3,84) yang sama-sama memiliki titik potong nilai ≥ 7 curiga seseorang mungkin mengalami masalah terkait atensi dan eksternalisasi. Berdasarkan dari nilai rata-rata terhadap skor tiap-tiap subskala pada PSC-Y/35 menunjukkan rata-rata remaja pondok pesantren muhammadiyah kwala madu langkat lebih banyak memiliki permasalahan terkait internalisasi dan eksternalisasi, sementara remaja yang mengalami permasalahan atensi nilainya lebih sedikit dibandingkan keduanya. Hasil ini mungkin saja sejalan dengan penelitian pedahulunya milik (Gall et al, 2000) dalam penelitiannya yang juga melakukan skrining menggunakan PSC-Y/35 terhadap 383 anak dan remaja pada sekolah di Boston, menunjukkan rerata hasil terbanyak mengalami permasalahan internalisasi yang lebih sering dialami pada anak perempuan dan juga rerata terbanyak berikutnya adalah masalah eksternalisasi yang lebih banyak dialami oleh remaja atau anak laki-laki

4.1.3 Hasil Analisis Bivariat

Tabel.4.5 Analisis Bivariat (n=226)

No	Variabel	Masalah		Total	OR	CI (95%)	p-value
		Psikososial					
		Ya	Tidak				
1	Usia						
	Remaja Awal	57	85	142	0.92	0.64 - 1.33	0.861
	Remaja Pertengahan	21	32	53			
	Remaja Akhir	14	17	31			

2	Jenis Kelamin						
	Laki-laki	44	68	112	0.89	0.52-1.51	0.767
	Perempuan	48	66	114			
3	Tingkat Pendidikan						
	Mts	61	85	146	1.13	0.65-1.98	0.674
	MA	31	49	80			
	Status Sosial						
4	Ekonomi						
	≤1.961.335 (Rendah)	18	32	50	0.77	0.40-1.48	0.545
	≥1.961.335 (Tinggi)	74	102	176			
5	Status Keluarga						
	Keluarga Utuh	82	130	212	0.25	0.07-0.83	0.033
	Keluarga tidak utuh	10	4	14			
6	Status Gizi						
	Obesitas	10	14	24	0.46	0.16-1.32	0.152
	Normal	70	84	154	0.40	0.19-0.82	0.013
	Kurus	12	36	48		Pembanding	0.042
7	Dermatitis						
	Ya	32	34	66	1.56	0.87-2.79	0.168
	Tidak	60	100	160			
8	Skabies						
	Ya	19	22	41	1.32	0.67-2.61	0.525
	Tidak	73	112	185			

Pada tabel 4.5 menunjukkan hasil analisis bivariat untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan masalah psikososial remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara. Berdasarkan analisis didapatkan bahwa faktor usia tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan masalah psikososial remaja ($p > 0,05$) hasil yang sama juga didapatkan untuk faktor jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi remaja yang tidak memiliki hubungan bermakna dengan masalah psikososial remaja dimana nilai ($p > 0,05$). Selanjutnya faktor status keluarga berhubungan dengan masalah psikososial pada remaja ($p < 0,005$, CI 95%: 0.07-0.83) dan status gizi dengan uji chi-square juga berhubungan dengan masalah psikososial remaja (p-value: 0,042). Sementara itu dalam penelitian ini masalah dermatologis dermatitis dan skabies justru tidak memiliki hubungan bermakna terhadap masalah psikososial remaja ($p > 0,05$).

4.2 Pembahasan

4.2.1 Masalah Psikososial Remaja Berdasarkan Hasil Skrining

Diagram.4.1 Masalah Psikososial Berdasarkan Subskala PSC (*Pediatric Symptom Checklist*)- 35/Y Pada Remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala

Madu Langkat (n=226)

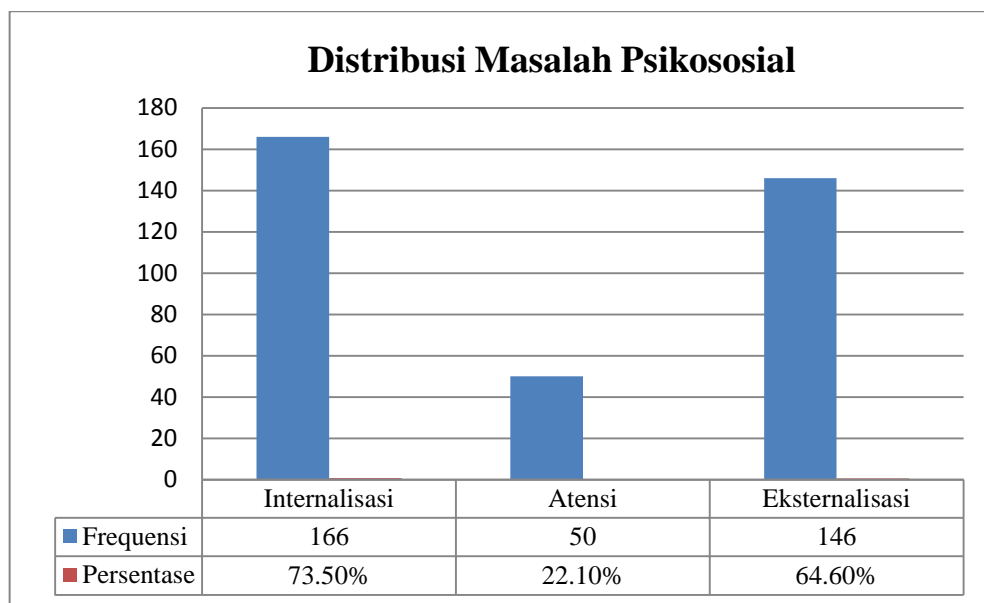
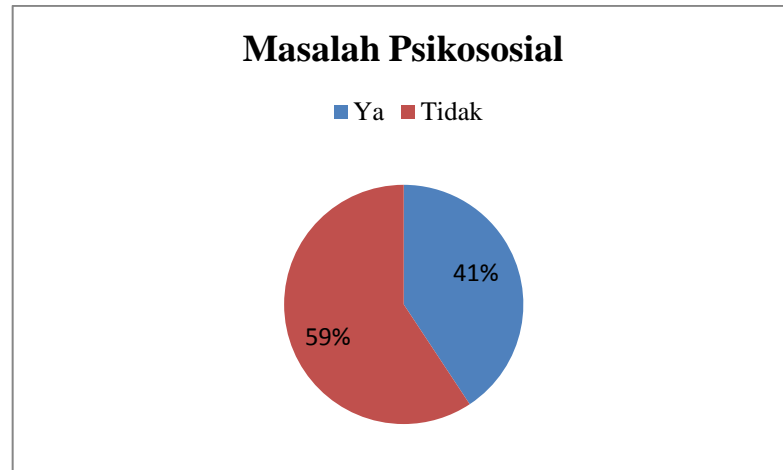


Diagram.4.2 Distribusi Masalah Psikososial Menggunakan Instrumen PSC (*Pediatric Symptom Checklist*)-35/Y Pada Remaja di Pondok Pesantren Modern

Muhammadiyah Kwala Madu Langkat (n=226)



Alat skrining masalah psikososial *Pediatric Symptom Checklist* sebagai alat deteksi dini gangguan psikososial pada anak-anak dan remaja menggunakan beberapa pendekatan dimensi perilaku yang di antara dimensi tersebut disebut dengan subskala. Menurut Achenbach (1991) masalah remaja juga terkait dengan masalah perilaku yang dapat diklasifikasikan diantaranya sebagai perilaku eksternal dan internal. Pada diagram 4.1 diatas menunjukkan distribusi dari permasalahan tiap-tiap subskala pada PSC-Y/35 yang merupakan bagian dari dimensi adanya permasalahan psikososial, pada remaja di Pondok Pesantren Modren Muhammadiyah Kwala Madu yang memiliki permasalahan diantaranya internalisasi sebesar 73,50 (166/226), kemudian atensi sebesar 22,10% (50/226) dan masalah eksternalisasi sebesar 64,60 (146/226). Sementara itu pada pada diagram 4.2 menunjukkan hasil skrining masalah psikososial menggunakan PSC-Y/35 pada remaja yang menunjukkan hasil skor remaja di pondok pesantren modern muhammadiyah kemungkinan mengalami masalah psikososial adala 41% (92/226) dan yang tidak mengalami masalah psikososial 59% (134/226). Hasil ini menunjukkan jumlah persentase yang lebih besar dibandingkan penelitian milik

(Azizah et al, 2018) dalam penelitiannya juga dilakukan pada kelompok remaja menggunakan PSC-Y/35 sebanyak 173 remaja yang dilakukan skrining diketahui 20 remaja diantaranya mengalami masalah psikososial.

Alat skrining *Pediatric Symptom Checklist* dalam penggunaannya dan untuk mendeteksi masalah psikososial dibentuk kedalam beberapa subskala yaitu diantaranya perilaku internalisasi adalah perilaku individu yang mengarah kedalam diri sendiri dan pengendalian oleh individu dalam dirinya dilakukan secara berlebihan, menyebabkan keadaan psikologis individu seseorang dalam keadaan tidak stabil, sebagai contoh beberapa perilakunya ialah dengan penarikan diri individu dari lingkungan sosial, merasa bersalah dan tidak berharga, keluhan somatik, kesepian, kecemasan, ketakutan, putus asa, sering mengeluh gejala fisik yang tidak jelas penyebabnya yang apabila tidak segera ditangani perasaan tersebut dapat mengarah pada depresi (Madigan, Atkinson, Laurin, Benoit, 2012). Masalah perilaku internalisasi ini bersifat terselubung, sehingga mereka yang mengalaminya sering tidak diperhatikan. Orang yang memiliki masalah internalisasi menjadi sulit untuk mengatasi situasi yang penuh stres atau emosi negatif dan cenderung mengarahkannya ke dalam diri sendiri. Contoh dari masalah internalisasi adalah depresi dan ansietas (kecemasan), yang merupakan salah satu jenis gangguan jiwa ringan. Masalah internalisasi memang lebih sering terjadi pada perempuan, karena perempuan memiliki sifat yang cenderung melakukan internalisasi terhadap emosinya. Sedangkan pada laki-laki lebih sering terjadi masalah eksternalisasi. (Rowan, 2011) Oleh sebab itu gejala internalisasi merupakan masalah yang luas dikalangan remaja. Diperkirakan 15-35% individu mengalami gejala depresi selama remaja, kemudian pada remaja juga tingkat

kecemasan dan depresi sangat tinggi, dengan persentase masing-masing 12,6% dan 32,4% (Kessler et al, 2012)

Masalah internalisasi merupakan salah satu peringatan yang sering muncul dalam penjelsan qur'an sebagai penyakit hati yang mengganggu ketenangan jiwa yang ada di dalam dada manusia Sifat-sifat permasalahan psikososial yang dapat menggagu jiwa manusia seperti sebelumnya dalam Q.S Yunus: 57

يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ

وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ .

“Wahai manusia! Sungguh, telah datang kepadamu pelajaran (Al-qur'an) dari Tuhanmu, penyembuh bagi penyakit yang ada dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang yang beriman.” (Q.S Yunus : 57).

Dijelaskan dalam Tafsir oleh Kementerian Agama bahwa dalam ayat tersebut disebutkan pedoman-pedoman hidup yang berguna bagi kehidupan manusia, fungsi al-quran diantaranya adalah memperbaiki jiwa atau disebut juga sebagai Syifa, penyembuh bagi penyakit yang bersarang di dada manusia seperti syirik, kufur dan munafik, termasuk pula semua penyakit yang berhubungan dengan permasalahan psikososial yang dapat mengganggu ketetraman jiwa manusia seperti putus harapan dan lemah pendirian yaitu emosi-emosi yang muncul dalam permasalahan internalisasi para remaja diantaranya seperti perasaan putus asa, cemas, takut dan Allah telah berfirman dalam Q.S Az-Zumar:(39)/53

﴿قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْعَفُورُ الرَّحِيمُ﴾

﴿قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْعَفُورُ الرَّحِيمُ﴾

Artinya: “wahai hamba-hambaku yang melampaui batas terhadap diri mereka sendiri! Janganlah kamu berputus asa dari ramhat Allah. Sesungguhnya Allah mengampuni dosa-dosa semuanya, Sungguh, dialah yang maha pengampun, Maha penyayang.

Kemudian dalam ayat lainya Allah juga berfirman dalam Q.S Yusuf (12)/87

﴿يَا بَنِيَّ اذْهَبُوا فَتَحَسَّسُوا مِن يُّوسُفَ وَأَخِيهِ وَلَا تَيَّأَسُوا مِن رَّوْحِ اللَّهِ ۗ إِنَّهُ لَا يَيَّأَسُ مِن رَّوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ﴾

﴿يَا بَنِيَّ اذْهَبُوا فَتَحَسَّسُوا مِن يُّوسُفَ وَأَخِيهِ وَلَا تَيَّأَسُوا مِن رَّوْحِ اللَّهِ ۗ إِنَّهُ لَا يَيَّأَسُ مِن رَّوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ﴾

Artinya : “....dan janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya yang berputus asa dari rahmat Allah, hanyalah orang-orang kafir.

Dalam kedua ayat tersebut menceritakan kisah yang bereda tetapi memiliki kesamaan tujuan yaitu agar tidak berputus asa, ayat tersebut meiliki makna kandungan menjelaskan bahwa kita sebagai umat muslim diajarkan agar kita percaya diri dan dilarang berputus asa dalam mencari rahmat dan hidayah Allah SWT. (Meldayati, 2010)

Perilaku Atensi menurut (Solo et al, 2008) adalah pemusatan pikiran dalam bentuk yang jernih terhadap sejumlah objek simultan atau kelompok pemikiran.

Salah satu permasalahan atensi adalah mengarah pada ADHD (*Attention deficit hyperactive disorder*) juga lebih sering dialami laki-laki daripada perempuan. ADHD adalah gangguan perilaku yang ditandai dengan perilaku hiperaktif, sulit berkonsentrasi yang dialami oleh anak dan remaja. (Motamedi, *et al.*, 2016). ADHD merupakan salah satu jenis kondisi berupa gangguan perkembangan dalam peningkatan aktivitas motorik anak-anak atau remaja hingga menyebabkan aktivitas motorik yang cenderung berlebihan dan ketidakmampuan untuk memfokuskan perhatian.

Menurut Achenbach (1991) Perilaku eksternalisasi yaitu perilaku yang bermasalah secara sosial, remaja bertindak negatif terhadap lingkungan sekitarnya, perilaku ini ditunjukkan dengan ketidakpatuhan, melanggar aturan, kemarahan, agresi verbal, kenakalan, penolakan atau perlawanan remaja terhadap lingkungan sosialnya. Masalah eksternalisasi adalah perilaku negatif yang diarahkan kepada lingkungan luar/ eksternal. Orang dengan masalah eksternalisasi mengekspresikan emosi negatif dengan mengarahkan perasaannya kepada orang lain misalnya melakukan perilaku-perilaku agresif dan impulsif seperti berkelahi, mencuri, merusak properti, dan menolak untuk mematuhi peraturan. Contohnya adalah *conduct disorder* yaitu gangguan perilaku menyimpang yang melanggar norma (Rini, 2010). Laki-laki lebih sering mengalami masalah eksternalisasi, karena pada laki-laki memiliki kecenderungan untuk mengeksternalisasi distress yang dialami seperti melakukan perilaku agresif. (Dingfelder, 2011)

Perilaku eksternalisasi tersebut diantaranya yaitu kemarahan adalah yang terjadi dalam diri, menurut Imam Ghazali marah ialah bentroknnya jiwa terhadap sesuatu yang tidak disukai, ia menjelaskan dalam bukunya *Ihya Ulumuddin* bahwa

Allah Ta'ala menjadikan sifat marah itu dari api. Seseorang yang marah mempunyai bekas-bekas tertentu pada bagian-bagian tertentu dari anggota (unsur) manusia. Kemarahan menimbulkan keluarnya perbuatan tanpa tertip dan teratur, kekacauan gerakan dan perkataan, sehingga bekasnya pada anggota badan adalah: melakukan pemukulan atau penyerangan, sementara bekasnya pada lidah ialah: lancarnya memaki dan berkata keji. (Meldayati, 2010) Suatu hadis yang di riwayatkan oleh Bukhari Muslim menyebutkan:

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ أَنَّ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ

لَيْسَ الشَّدِيدُ بِالصُّرْعَةِ إِنَّمَا الشَّدِيدُ الَّذِي يَمْلِكُ نَفْسَهُ عِنْدَ الْغَضَبِ

(رواه البخاري ومسلم)

Artinya: "Bukanlah bernama pemberani (kuat) orang yang mampu bergulat, tetapi dikatakan pemberani adalah orang yang mampu menguasai dirinya waktu ia marah. (H.R Bukhari dan Muslim).

Hadis diatas memberikan gambaran terhadap orang-orang yang pemberani dan kuat bukanlah orang yang berhasil bertarung dan mengalahkan orang lain dengan kekuatannya akan tetapi seseorang yang dapat menahan dan mengendalikan dirinya ketika sedang diliputi kemarahan, sehingga tidak mengeluarkan perilaku negatif yang diarahkan kepada lingkungan luar/ eksternalnya. (Meldayati, 2010).

4.2.2 Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Psikososial Remaja

Pada tabel 4.5 analisis bivariat sebelumnya menunjukkan hasil yang memiliki hubungan dengan masalah psikososial pada remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera utara adalah status keluarga ($p < 0,005$, CI 95%: 0.07-0.83) dan status gizi ($p < 0,005$, CI 95%: 0.98-2.62). Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh (Murpy et al 1992) penelitian menggunakan PSC menunjukkan prevalensi disfungsi psikososial anak menjadi dua kali lebih tinggi pada anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah dan hidup dengan orang tua tunggal. Meskipun begitu hasil ini tidak selalu sama sebagaimana dengan penelitian oleh (Azizah et al, 2018) terkait faktor sosial remaja yang berhubungan dengan kejadian masalah psikososial pada remaja bukan terletak pada struktur keluarga atau status keluarga melainkan dukungan orang tua yang memiliki hubungan dengan kejadian psikososial remaja. Selanjutnya status gizi yang menunjukkan hasil signifikan dengan masalah psikososial juga sejalan dengan penelitian oleh (Pujiastuti et al, 2013) status gizi menjadi faktor adanya masalah psikososial pada remaja dalam penelitiannya menunjukkan bahwa masalah psikososial remaja obesitas lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok remaja status gizi normal.

Pengaruh lingkungan terhadap perkembangan jiwa remaja sangat penting, terutama lingkungan keluarga. Kondisi keluarga dan dukungan keluarga menjadi sangat penting karena kondisi keluarga yang harmonis, hubungan orang tua yang harmonis akan menumbuhkan kehidupan emosional yang optimal terhadap perkembangan jiwa remaja. (Kusumawati, 2010). Dalam sebuah keluarga, kasih sayang ayah dan ibu memberikan hubungan yang signifikan

dengan tingkat kecemasan dan depresi pada remaja (Singh et al,2015) dalam (Raudino et al, 2013) juga mengungkapkan bahwa *parental bonding/attachment* pada remaja memberikan pengaruh yang signifikan pada penyesuaian psikososial di masa dewasa.

Masa remaja juga menjadi masa perkembangan kepribadian. Banyak remaja menggunakan standar kelompok sebagai dasar konsep mereka mengenai kepribadian yang ideal. Tidak banyak para remaja yang merasa diri mereka mencapai pada gambaran ideal, sehingga dampak ini menyebabkan mereka ingin mengubah kepribadian mereka. (Yusuf, 2010). Hal inilah yang mungkin mendasari para remaja diluar dari status gizi normal memiliki skor skrining psikososial lebih tinggi sebagaimana penelitian oleh (Pujiastuti dkk, 2013). Selain itu pada masa remaja pula, para remaja memiliki stigmatisasi atas dirinya, misalnya rasa tidak puas dengan penampilannya, bentuk tubuhnya, dan mulai merasa malu sehingga berkembang perasaan yang dapat mempengaruhi bagaimana mereka menilai dirinya. Hal tersebut dapat menyebabkan kecemasan, depresi, dan masalah somatic pada remaja. (Pujiastuti dkk, 2013).

Allah SWT menyebutkan dalam Q.S Ali-Imran: (03)/139:

وَلَا تَهِنُوا وَلَا تَحْزِنُوا وَأَنْتُمْ الْأَعْلَوْنَ إِنْ كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ ﴿١٣٩﴾

Artinya: “Dan janganlah kamu (merasa) lemah, dan jangan (pula) bersedih hati, sebab kamu paling tinggi (derajatnya,) jika kamu orang yang beriman.

Sebagai manusia terkadang sering sekali seseorang menganggap atau memandang diri sendiri rendah dan penuh kekurangan sehingga menurunkan rasa kepercayaan diri, begitu pula pada usia remaja, dimana dalam proses perkembangan psikososial diantaranya remaja terus menerus melakukan eksperimen untuk mendapatkan citra diri mereka dan kerap kali menimbulkan camas terhadap penampilan fisik mereka, hal ini karena adanya peningkatan kesadaran diri (*Self consciousness*). (Tarwoto, 2012). Dalam ayat tersebut Allah selalu memerintahkan agar manusia tidak merasa lemah dan bersedih hati, dan memberikan kabar gembira dengan menyebutkan bahwa seseorang yang berimanlah yang tinggi derajatnya dihadapan Allah.

4.2.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam penyusunan skripsi ini terdapat beberapa keterbatasan yaitu keterbatasan dalam penyusunan penelitiannya sendiri dan pelaksanaan penelitiannya yang mungkin kurang tepat. Berikut ini merupakan beberapa keterbatasan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keterbatasan dalam desain penelitian. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan desain *cross sectional* karena ingin mengetahui karakteristik dari populasi dengan sampel yang lebih besar sebagaimana

dalam pelaksanaan skrining. Tetapi desain *cross sectional* memiliki kelemahan dalam validitas penilaian hubungan kausal yang jelas antara paparan dan penyakit. Sehingga untuk menganalisa hubungan kausal paparan dan penyakit terbatas atau mengalami ketidakpastian mana yang lebih dulu muncul. (Murthi, 2003)

2. Kelemahan dalam pengumpulan data. Dalam pelaksanaan penelitian menggunakan data primer yang dikumpulkan menggunakan kuesioner serta observasi kemungkinan selama pengumpulan data adanya bias informasi, seperti untuk pada variabel skabies dan dermatitis dalam defenisi oprasional dermatitis dan skabies kronis apabila telah mengalami muncul gejala hingga sakit ≥ 12 bulan, responden sulit mengingat kapan pertama kali mulai mengalami gejala ataupun penyakit, tetapi hal ini diminimalisir dengan bantuan dari petugas poskestren dalam validasi.
3. Pengukuran status gizi remaja yang hanya dilakukan pada masa penelitian tanpa melihat status gizi remaja sebelum dilakukan penelitian sehingga tidak dapat mengetahui apakah status gizi remaja yang obesitas, kurus, dan normal sudah dialami oleh remaja sebelum berada di pesantren atau terjadi setelah berada di pesantren, hal ini mempengaruhi dalam penentuan kausalitas dalam penelitian ini status gizi memiliki hubungan dengan kejadian psikososial remaja.

BAB V

KESIMPULAN & SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Karakteristik responden (n=226) berdasarkan usia terdiri atas remaja awal 142 (62,8%), remaja pertengahan 53 (23,4%) dan remaja akhir 31 (13,7%) dengan remaja awal menjadi kelompok usia paling banyak mengalami masalah psikososial tetapi berdasarkan analisis statistik tidak ada hubungan usia dengan masalah psikososial remaja (*p-value* > 0,05) di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara.
2. Karakteristik responden (n=226) berdasarkan jenis kelamin terdiri atas laki-laki 112 (49%) dan perempuan 114 (51%) dengan remaja perempuan lebih banyak mengalami masalah psikososial tetapi berdasarkan analisis statistik tidak ada hubungan jenis kelamin dengan masalah psikososial remaja (*p-value* > 0,05) di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara.
3. Karakteristik responden (n=226) berdasarkan tingkat pendidikan yang ada di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu adalah terdiri atas Madrasah Tsanawiyah (Mts) 146 (64%) dan Madrasah Aliyah (MA) 80 (35%) dengan remaja dari Madrasah Tsanawiyah (Mts) lebih banyak mengalami masalah

psikososial tetapi berdasarkan analisis statistik tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan masalah psikososial remaja (*p-value* > 0,05) di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara.

4. Karakteristik responden (*n*=226) berdasarkan status sosial ekonomi terdiri atas rendah 50 (22%) dan tinggi 176 (77%) dengan kelompok status sosial tinggi lebih banyak mengalami masalah psikososial tetapi berdasarkan analisis statistik tidak ada hubungan antara status sosial ekonomi remaja dengan masalah psikososial remaja (*p-value* > 0,05) di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara.
5. Karakteristik responden (*n*=226) berdasarkan status keluarga terdiri atas keluarga utuh (memiliki kedua orang tua dan tinggal dengan keduanya) 212 (93%) dan keluarga tidak utuh (apabila tinggal dengan salah satu orangtua karena meninggal/bercerai atau tidak tinggal bersama kedua orang tua) 14 (6%) dan berdasarkan analisis statistik ditemukan adanya hubungan status keluarga dengan masalah psikososial remaja (*p-value* < 0,05) di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara.
6. Karakteristik responden (*n*=226) di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara. berdasarkan status gizi terdiri atas obesitas 24 (10%) Normal 154 (68%) dan kurus 48 (21%) dan berdasarkan analisis statistik

adanya hubungan status gizi dengan masalah psikososial remaja ($p\text{-value} < 0,05$) di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara.

7. Karakteristik responden ($n=226$) berdasarkan masalah dermatologis adalah terkait dermatitis dan skabies yaitu remaja yang mengalami dermatitis 66 (29%) dan yang tidak 160 (70%). Sedangkan remaja yang mengalami skabies 41 (18%) dan yang tidak mengalami skabies 185 (81%). Berdasarkan analisis statistik juga tidak ditemukan adanya hubungan masalah terkait dermatologis baik dermatitis maupun skabies dengan masalah psikososial remaja ($p\text{-value} > 0,05$) di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara
8. Remaja di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara. yang mengalami masalah psikososial dari hasil skrining menggunakan *Pediatric Symptom Checklist-Pediatric Symptom Checklist-35* adalah sebanyak 92 (41%) remaja dari 226 remaja yang diskruining dan yang tidak mengalami masalah psikososial 134 (59%). Dengan permasalahan tertinggi adalah internalisasi (71,50%) kemudian eksternalisasi (64,60%) dan yang paling kecil adalah masalah atensi (22,10%).

5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan diantaranya adalah sebagai berikut:

5.2.1 Instansi Terkait

1. Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara agar dapat melakukan kegiatan pencegahan beberapa diantaranya adalah sebagai berikut.
 - a. Mencari solusi preventif bagi para remaja yang diketahui mendapatkan skor positif PSC dengan membuat sesi konseling terjadwal pribadi bagi para remaja.
 - b. Sebagai dasar untuk pengadaan konseling di lingkungan pesantren sehingga pelaksanaan konseling di poskestren lebih maksimal.
 - c. Membuat skrining rutin menggunakan alat instrumen yang sama setiap dimulainya semester terbaru di sekolah, bahkan bisa meminta orang tua juga untuk memberikan laporan hasil skrining.
 - d. Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara melakukan mitra kerja posyandu remaja dengan puskesmas terdekat yang masih menjadi wilayah kerja puskesmas tersebut.
2. Puskesmas dengan wilayah kerja terdekat dengan Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera Utara juga dapat lebih menggalakan kegiatannya pada

usia remaja. Salah satu puskesmas terdekat adalah puskesmas karang rejo kecamatan stabat. Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut.

1. Memperluas jangkauan puskesmas terhadap pelayanan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) dengan dilakukannya sosialisasi mengenai kegiatannya.
2. Melakukan kegiatan posyandu remaja dan mengenalkan program skrining psikososial, memberikan konseling bagi para remaja yang membutuhkan perawatan.
3. Membentuk kegiatan konseling sebaya yang diambil dari para usia remaja dari sekolah-sekolah mitra untuk lebih aktif mempromosikan kesehatan pada usia remaja.

5.2.2 Praktisi Selanjutnya

Saran lainnya yang dapat diberikan adalah kepada praktisi selanjutnya yang ingin melakukan penelitian dengan tema terkait psikososial dan ingin fokus melakukan penelitian kesehatan pada usia remaja yaitu dapat melakukan penelitian skrining yang lebih luas di beberapa sekolah bukan hanya di sekolah pondok pesantren atau remaja dengan karakteristik tertentu di wilayah tertentu. Peneliti juga dapat mengembangkan penelitian dengan desain studi kasus lain untuk lebih mengetahui faktor-faktor apa saja yang menjadi permasalahan psikososial di usia remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- Achenbach, & Conaughy, M. (1997). *Empirically-based Assessment of Child and Adolescent Psychopatology (2nd end)*. Sage, Thousand Oaks, CA).
- Abdul Hamid Mursi. 1997. *SDM yang produktif pendekatan Al-Qur'an & Sains (terjemahan)*. Jakarta. Gema Insani Press
- American Academy of Pediatrics (2001). "American Academy of Pediatrics meninjau kembali morbiditas baru: komitmen baru untuk aspek psikososial perawatan anak. Komite Aspek Psikososial Kesehatan Anak dan Keluarga." *Pediatrics* **108** (5): 1227-30.
- Anisman and Zacharko. 1982. *Depression: the Predisposing Influence of Stress*. Behavioural and Brain Sciences. 1982; 5(1): 89-37. *Approaches*. London : Jones and Bartlett Publishers.
- Azizah, Ulfah, Fitri Haryanti dan Budi Wahyuni. (2018). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Psikososial Remaja di Wilayah Bantaran Kali Code Kota Yogyakarta*. BKM Journal Of Community Medicine and Public Health Vol. 34 Nomor 7 tahun 2018: 281-290
- Bustan, Najib Muh. 2008. *Tanya Jawab Epidemiologi*. Makasar: Putra Asaad Print.
- Cancecko-Llego, CD, NT Castillo-Carandang, dkk. (2009). *Validasi Daftar Periksa Gejala Pediatrik Pictoral-Versi Filipina untuk skrining psikososial anak-anak di masyarakat perkotaan berpenghasilan rendah* ." *Acta Medica Philippina* **43** (4): 62-68.
- Centers For Disease Control Prevation (CDC)*. 2000. *CDC Growth Chart: United States National Center For Health Statistic (NHCS)*: Hyayysville, Maryland
- Chaplin, J.P.. 2011. *Kamus Lengkap Psikologi*. Jakarta: Raja grafindo Persada.
- Dahlan, M. Sopiudin. 2009. *Penelitian Diagnostik: Dasar-dasar Teoritis dan Aplikasi dengan Program SPSS dan Stata*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dahlan, M. Sopiudin. 2009. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dhamayanti M. Masalah mental emosional pada remaja: deteksi dan intervensi. Dalam: *Majalah Sari Pediatri* 2011; 13(Supll): 45-51.
- Dingfelder, S., Study Uncovers A Reason Behind Sex Differences in Mental Illness. Vol 42, No. 10. American Psychological Association. *Monitor on Psychology*. November 2011.
- Eka Putra DKK, 2016. *Penelitian Uji Diacnostic dan Skrining*. FK-Universitas Udayana. Denpasar

- Flack, John.M. 1995. "Panel I :_Epidemiology of Minority Health"._ *Health Psychology*. Vol. 14, No.7, hal. 592-600
- Fuad, Ikhwan.2016. *Menjaga Kesehatan Mental Prespektif Al-qur'an dan Hadits*.Jurnal An-nafs: Kajian dan Penelitian Psikologi Vol.1 No.1 hlm. 31-50
- Gall, G., ME Pagano, MS Desmond, JM Perrin and JM Murphy (2000). "*Utilitas skrining psikososial di pusat kesehatan berbasis sekolah.*" *J Sch Health* **70** (7): 292-298.
- Gibson, Rosalind S. 2005. *Priciples of Nutritional Assesment Second Edition*. New York : Oxford University Press, Inc
- Goleman, Daniel. 2000. *Emotional Intellegence (terjemahan)*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama
- Hansen, R. C. (1997). "*Pediatric psychocutaneous disorders.*" *Current Opinion in Pediatrics* **9**(4): 367-371.
- Hasbi Ash-Shidiqy, *Ilmu Al-Qur'an Dan Tafsir*, (Semarang: Pustaka Rizki Putra, 2009), hlm. 6-7
- Hilma U.D AND Ghazali L. 2014. Faktor-faktor yang mempengaruhi skabies di pondok pesantren Mlangi Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta*.JKKI. 6(3).pp. 148-57
- Hoetomo. 2005. *Kamus Lengkap Bahasa Indonesia*. Jakarta: Mitra Pelajar Swadaya.
- Hude, Darwis. M. 2006. *Emosi: Penjelajah religio-psikologis tentang emosi manusia di dalam Al-Qur'an/Editor, Sayed Mahdi*. Jakarta:Erlangga.
- https://www.who.int/neglected_diseases/diseases/scabies/en/diakses pada 22 januari 2020
- Hungu, 2007. *Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Grasindo
- Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). (2013). *Mengenal Keterlambatan Perkembangan Umum Pada anak*.From:<http://idai.or.id/public-articles/seputar-kesehatan-anak.html>.
- Institute of Health Metrics & Evaluation (IHME)*. 2018. *Finding from the Global Burden Of Desease Study 2017*. Seattle, WA:IHME
- Irwan, 2017. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Yogyakarta. CV. Absolute Media
- Irwin CE Jr, Millstein SG. Biophysical correlates of risksteking behaviours during adolescence. *J Adolesc Health Care* 1986; 6:935.
- 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. *Archieve of Pediatric and Adolescent Medicine* 153(3):254-260.

- Kartono, Kartini. *Kenakalan Remaja*. Jakarta: PT Rajawali Persada; 2010. h. 3; 7.
- Kementrian Kesehatan RI. (2019b). *Tingkatkan Kesehatan Santri, Kemenkes Bina Pesantren Sehat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Retrieved from www.depkes.go.id/article/view/19010900002/tingkatkan-kesehatan-santri-kemenkes-bina-pesantren-sehat.html
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI.
- Komisi Penyakit Kronis AS (1951) dalam *A Dictionary of Epidemiology*
- Lazor, G., Joanna G., Seibel, J., Wheeler, A. PSC-Y. Laurel Pediatrics and Teen Medical Center. 2014.
- Martin Wijokongko. 2011 *Keajaiban Dan Kekuatan Emosi*, Yogyakarta: Kanisiun
- Marevia, Mayang Sukma, dkk. 2015. *Perbedaan Masalah Psikososial Antara Anak Obesitas dan Gizi Normal di SD Negeri 1 Banda Sakti Kota Lhokseumawe*. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*. hal:45-58
- Massachusetts Genaral Hospital. Information about PSC, visit the website at:<http://www.massgeneral.org/psychiatry/service/psc.home.aspx>. diakses pada maret 2020.
- Mobley C E & Johnson-Russel. 2005. Erikson's Theory of Psychosocial Development. In: Ziegler (ed.) *Theory Directed Nursing Practice-2nd ed*. Springer Publishing Company.
- Morton, Richard. 2009. *Panduan Studi Epidemiologi dan Biostatistik*. Jakarta: ECG.
- Muhamad Bin Jarir Bin Yazid Bin Katsir Bin Kholib Al-Amli, Abu Ja'far At-Thabari, *Jami'ul Bayan Fi Ta'wil Qur'an*, dari, *Al-Maktabah Al-Syâmilah*. Tafsir Surat An-Nahl Ayat: 89, (Muassasah Al-Risalah, 2000), Jilid. 17, hlm. 278-279.
- Murti, Bhisma. (2003). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi Edisi Kedua*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. ISBN 979-420-480-3
- Najmah. 2016. *Epidemiology Untuk Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT.Raja Grafindo Persada. hal 142.
- Noor, Nur Nasry. 2008. *Epidemiologi*. Jakarta:Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Sukidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak. 2014 . Hal.3
- Pilgrim NA, Blum RW. (2012). *Aldocent mental and physical health in the English-Speaking Caribbean*. Revpanam Salud Publica. 2013;32(1):62-9 Publishing Group.
- Pujiastuti, Endah, Eddy Fadlyana, dan Herry Garna. 2013. *Perbandingan Masalah Psikososial Pada Remaja Obes dan Gizi Normal Menggunakan Pediatric Symptom Checklist (PSC)-17*. FK Universitas Padjadjaran: Sari Pediatri, Vol.15, No. 4 Desember 2013.
- Rahmani, Ima Sri, 2005. *Analisis Psikologis Perkembangan dan Penanganan Penyakit Menular*. Buletin Psikologi, Vol.13, No.2, Desember 2005. ISSN: 0854-7108.
- Ratnasari A.F , AND Sungkar S. 2014. *Prevalensi skabies dan faktor-Faktor yang berhubungan di pesantren X. Jakarta Timur:Ejki*. Vol.2 (1)
- Reed-Knight, B., L.G, Hayutin, J.D. Lewis, R.L. Blount (2011). "Factor structure of the pediatric symptom checklist with a pediatric gastroenterology sample." *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* **18**(3): 299-306
- Rinaldi, Soni Faisal dan Bagya Mujiyanto. 2017. *Metodologi Penelitian dan Statistik*. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kemenkes RI
- Rowan K., (2011, Agustus 19). In Mental Illness, Women Internalize and Men Externalized. (Diakses tanggal 29 Okt 2020) Diperoleh dari: www.livescience.com/15658-mental-illness-women-men-difference.html
- Sarafino, & Smith. (2011). *Biopsychosocial Interactions*. (J. Wiley & Son, Eds.). New York).
- Sastroasmoro, S. dan Ismail, S. 2008. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi III*. Jakarta: CV Agung Seto.
- Satgas. (2010). *Masalah Mental Emosional Remaja dalam Bunga Rampai Kesehatan Remaja*. Badan Penerbitan Ikatan Dokter Anak Indonesia: Jakarta, 2010:hal.62-75.
- Satgas Remaja IDAI. *Bunga rampai kesehatan remaja*. Jakarta : Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2010.
- Sedyawan E.2012. *Evaluasi Program Pembinaan Remaja Melalui Pendekatan Biopsikososial di Sekolah Berasrama SMA Taksa*. [Master] Universitas Gadjah Mada.

- Soemiarti Padmonodewo. 2003. *Pendidikan Anak Prasekolah*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Soeroso, Santoso. 2001. *Masalah Kesehatan Remaja*. Sari Pediatri, Vol. 3, No. 3 Desember 2001:190-198.
- Soetjiningsih, 2010. *Buku Ajar Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta : Sagung Seto, Indonesia,
- Soraya, G . D . 2012 . *Perbedaan Masalah Mental dan Emosional Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan Agama*. Universitas Diponegoro, Indonesia, Semarang.
- Stanfield, Peggy dan Hui. 2010. *Nutrition and Diet Teraphy : Self-Instructional*
- Sugiyono, 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta: Bandung. Indonesia.
- Sulistiani, Karlina dkk. 2012. *Pelaksanaan Kegiatan Skrining/Deteksi Aktif Kasus PTM yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah
- Supariasa, I Dewa Nyoman, *et.al*. 2011. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC
- Tarwoto. 2012. *Kesehatan Remaja Problem dan Solusinya*. Salemba Medika, Indonesia: Jakarta.
- Truswell, A Stewart. 2003. *ABC of Nutrition, Fourth Edition*. London : BMJ
- Vogels, AG. Crone, MR., Hoekstra, F., Reijneveld, SA. Comparing Three Short Questionnaire to Detect Psychological Dysfunction among Primary School Children: A Randomized Method. BMC Public Health. 2009 Des 28;9:489.
- WHO. (2012). *The Global burden of Disease Update Retried From www.who.int/healthinfo/global_burden%0A_disease/GDB_REPORT_2014update_%0Afull.pdf*.
- Wong D.L., H.M.(2008). *Wong's Nursing Care of infants and children*. Mosby Company, St. Louis Missouri
- Yusuf, Syamsu. 2010. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya



**KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA MEDAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. IAIN No. 1 Medan Kode Pos 20235 Email : fkm@uinsu.ac.id

Nomor : B.360/Un.11/KM.V/PP.00.9/03/2020
Lamp : -
Hal : **Permohonan Izin Survey Pendahuluan**

16 Maret 2020

Kepada Yth.
**Kepala Madrasah Aliyah
Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu**
di


Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan hormat, kami mohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memberi izin untuk melakukan survey pendahuluan dengan judul "**Skrining Psikososial Menggunakan PSC (Pediatric Symptom Checklist)-35 pada Remaja di Pondok Pesantren Muhammadiyah kwala Madu**" kepada mahasiswa berikut:

Nama	NIM	Pelaksanaan/Lokasi
Dyah Retno Wulandari	0801163141	Maret 2020 / Ponpes Muhammadiyah Kwala Madu

Demikianlah surat permohonan ini kami sampaikan, atas perkenan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalam
a.n. Dekan
Kebag. Tata Usaha

Drs. Makmun Suaidi Harahap
NIP. 196212311987031013

Tembusan:
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara Medan.



**KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA MEDAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. IAIN No. 1 Medan Kode Pos 20235 Email : fkm@uinsu.ac.id

Nomor : B.360-a/Un.11/KM.V/PP.00.9/03/2020
Lamp : -
Hal : **Permohonan Izin Survey Pendahuluan**

16 Maret 2020

Kepada Yth.
**Kepala Madrasah Tsanawiyah
Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu
di**

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan hormat, kami mohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memberi izin untuk melakukan survey pendahuluan dengan judul "**Skrining Psikososial Menggunakan PSC (Pediatric Symtom Checklist)-35 pada Remaja di Pondok Pesantren Muhammadiyah kwala Madu**" kepada mahasiswa berikut:

Nama	NIM	Pelaksanaan/Lokasi
Dyah Retno Wulandari	0801163141	Maret 2020 / Ponpes Muhammadiyah Kwala Madu

Demikianlah surat permohonan ini kami sampaikan, atas perkenan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalam
a. r. Dekan
Kabag Tata Usaha

Drs. Makmun Suaidi Harahap
NIP. 196212311987031013

Tembusan:
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara Medan.

11/25/2020

<https://siselma.uinsu.ac.id/pengajuan/cetakaktif/MTc1OTk=>

KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA MEDAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Williem Iskandar Pasar V Medan Estate 20371
Telp. (061) 6615683-6622925 Fax. 6615683

Nomor : B.1898/Un.11/KM.I/PP.00.9/11/2020

25 November 2020

Lampiran : -

Hal : Izin Riset

Yth. Bapak/Ibu Kepala Kepala MTs Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat, diberitahukan bahwa untuk mencapai gelar Sarjana Strata Satu (S1) bagi Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat adalah menyusun Skripsi (Karya Ilmiah), kami tugaskan mahasiswa:

Nama	: Dyah Retno Wulandari
NIM	: 0801163141
Tempat/Tanggal Lahir	: Padang Brahrang, 29 Mei 1999
Program Studi	: Ilmu Kesehatan Masyarakat
Semester	: IX (Sembilan)
Alamat	: Dusun Sido Waras Desa Kwala Begumit Kec. Stabat Kelurahan - Kecamatan -Stabat

untuk hal dimaksud kami mohon memberikan Izin dan bantuannya terhadap pelaksanaan Riset di Madrasah Tsanawiyah Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu, guna memperoleh informasi/keterangan dan data-data yang berhubungan dengan Skripsi yang berjudul:

SKRINING PSIKOSOSIAL MENGGUNAKAN (PEDIATRICT SYMPTOM CHECKLIST)- 35/Y PADA REMAJA DI PONDOK PESANTREN MUHAMMADIYAH KWALA MADU

Demikian kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Medan, 25 November 2020
 a.n. DEKAN
 Wakil Dekan Bidang Akademik dan
 Kelembagaan



Digitally Signed

Dr. Nefi Darmayanti, M.Si
 NIP. 196311092001122001

Tembusan:

- Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara Medan

info : Silahkan scan QRCode diatas dan klik link yang muncul, untuk mengetahui keaslian surat



KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA MEDAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Williem Iskandar Pasar V Medan Estate 20371
Telp. (061) 6615683-6622925 Fax. 6615683

Nomor : B.1897/Un.11/KM.I/PP.00.9/11/2020
 Lampiran : -
 Hal : **Izin Riset**

25 November 2020

Yth. Bapak/Ibu Kepala Kepala MA Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat, diberitahukan bahwa untuk mencapai gelar Sarjana Strata Satu (S1) bagi Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat adalah menyusun Skripsi (Karya Ilmiah), kami tugaskan mahasiswa:

Nama	: Dyah Retno Wulandari
NIM	: 0801163141
Tempat/Tanggal Lahir	: Padang Brahrang, 29 Mei 1999
Program Studi	: Ilmu Kesehatan Masyarakat
Semester	: IX (Sembilan)
Alamat	: Dusun Sido Waras Desa Kwala Begumit Kec. Stabat Kelurahan - Kecamatan -Stabat

untuk hal dimaksud kami mohon memberikan Izin dan bantuannya terhadap pelaksanaan Riset di Madrasah Aliyah Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah KwalaMadu , guna memperoleh informasi/keterangan dan data-data yang berhubungan dengan Skripsi yang berjudul:

***SKRINING PSIKOSOSIAL MENGGUNAKAN (PEDIATRICK SYMPTOM CHECKLIST)- 35/Y PADA
REMAJA DI PONDOK PESANTREN MUHAMMADIYAH KWALA MADU***

Demikian kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Medan, 25 November 2020
 a.n. DEKAN
 Wakil Dekan Bidang Akademik dan
 Kelembagaan



Digitally Signed

Dr. Nefi Darmayanti, M.Si
 NIP. 196311092001122001

Tembusan:

- Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara Medan

info : Silahkan scan QRCode diatas dan klik link yang muncul, untuk mengetahui keaslian surat

11/25/2020

<https://siselma.uinsu.ac.id/pengajuan/cetakaktif/MTc4Nzg=>

**KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA MEDAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Willem Iskandar Pasar V Medan Estate 20371
Telp. (061) 6615683-6622925 Fax. 6615683**

Nomor : B.1915/Un.11/KM.I/PP.00.9/11/2020

Lampiran : -

Hal : Izin Riset

25 November 2020

Yth. Bapak/Ibu Kepala ^{Dampiran} Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu
Langkat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat, diberitahukan bahwa untuk mencapai gelar Sarjana Strata Satu (S1) bagi Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat adalah menyusun Skripsi (Karya Ilmiah), kami tugaskan mahasiswa:

Nama	: Dyah Retno Wulandari
NIM	: 0801163141
Tempat/Tanggal Lahir	: Padang Brahrang, 29 Mei 1999
Program Studi	: Ilmu Kesehatan Masyarakat
Semester	: IX (Sembilan)
Alamat	: Dusun Sido Waras Desa Kwala Begumit Kec. Stabat Kelurahan - Kecamatan -Stabat

untuk hal dimaksud kami mohon memberikan Izin dan bantuannya terhadap pelaksanaan Riset di Pondok Pesantren Modern Muhammadiyah Kwala Madu Langkat, guna memperoleh informasi/keterangan dan data-data yang berhubungan dengan Skripsi yang berjudul:

**SKRINING PSIKOSOSIAL MENGGUNAKAN (PEDIATRICT SYMPTOM CHECKLIST)- 35/Y PADA
REMAJA DI PONDOK PESANTREN MUHAMMADIYAH KWALA MADU**

Demikian kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Medan, 25 November 2020
a.n. DEKAN
Wakil Dekan Bidang Akademik dan
Kelembagaan



Digitally Signed

Dr. Nefi Darmayanti, M.Si
NIP. 196311092001122001

Tembusan:

- Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara Medan

info : Silahkan scan QRCode diatas dan klik link yang muncul, untuk mengetahui keaslian surat

Lampiran 1**LEMBAR PERSETUJUAN PESERTA PENELITIAN**
(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Jenis Kelamin :

Kelas :

Setelah mendapatkan penjelasan dan pengertian tentang penelitian yang akan dilakukan dengan judul “**SKRINING PSIKOSOSIAL MENGGUNAKAN *(PEDIATRICT SYMPTOM CHECKLIST)*- 35 PADA REMAJA DI PONDOK PESANTREN MUHAMMADIYAH KWALA MADU**”. Maka saya mempersilakan dilakukannya pengukuran berat badan dan tinggi badan serta pengisian kuesioner.

Pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran, maka dengan ini persetujuan saya izinkan dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun untuk saya yang berpartisipasi dalam penelitian ini.

Langkat/Desember 2021

Responden/Wali Responden

()

Lampiran 2

Identitas Informan


Tandai pilihan dibawah ini dengan memberi tanda (✓) pada kotak yang paling sesuai dengan jawabab anda.

Hari/Tanggal Pengisian	:...../.../.../2020	
Nama /Inisial	:	
Usia	:	
Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan
Kelas	: Mts MA
Status Gizi/IMT	TB:..... cm	BB:..... Kg
Pekerjaan Orang Tua	Ayah: <input type="checkbox"/> TNI/Polri <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Pedagang <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lainnya (.....)	Ibu: <input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga/Tidak memiliki penghasilan <input type="checkbox"/> TNI/POLRI <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Pedagang <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lainnya (.....)
Pendapatan orang tua. (Berilah tanda (✓) pada pilihan disamping atau anda dapat menuliskannya pada kolom yang dikosongkan.	<input type="checkbox"/> ≤Rp. 1.961.335	<input type="checkbox"/> ≥Rp. 1.961.335 <input type="checkbox"/> Lainnya (Rp.....)
Status Keluarga	<input type="checkbox"/> Orang tua tunggal karena (Meninggal/ber cerai). Tinggal dengan (beri tanda (✓) pada pilihan dibawah ini): a. Ayah b. Ibu c. Tidak bersama kedua orang tua.	<input type="checkbox"/> Memiliki kedua orang tua.

	(Nenek/paman atau keluarga lainnya)	
No. Telpon/HP /Whatsapps		

Riwayat Kesehatan Responden Terkait masalah Kulit

Tandai pilihan jawaban anda dibawah ini dengan memberi tanda (✓)

01	Apakah selama anda di pesantren, pernah mengalami penyakit Kulit.	:	1. Ya	2. Tidak
02	Jika Ya, kapan itu terjadi	:	1. Awal muncul : _____ 2. Masih bergejala 3. Sembuh (_____)	
03	Dermatitis :Apakah anda sering merasakan (Jawaban boleh lebih dari 1)			
			contoh riwayat sakit berdasarkan lampiran gambar apabila anda pernah mengalaminya	
04	Rasa gatal di area tertekuk (siku, depan leher, belakang lutut)	:	1. Ya	2. Tidak
05	Ruam	:	1. Ya	2. Tidak
06	Bercak merah	:	1. Ya	2. Tidak
07	Ruam merah / bentolan	:	1. Ya	2. Tidak
08	Lepuhan berisi air	:	1. Ya	2. Tidak
09	Kulit terasa gatal	:	1. Ya	2. Tidak
10	Kulit membengkak	:	1. Ya	2. Tidak
11	Sisik putih seperti ketombe di wajah/kulit kepala/dada bagian atas dan punggung	:	1. Ya	2. Tidak
12	Kontak dengan sumber alergi ataupun iritan	:	1. Ya	2. Tidak

SKABIES			
12.	Skabies (kudis): Apakah anda sering merasakan gatal (semakin gatal pada saat malam hari atau berkeringat).	:	1. Ya 2. Tidak
13.	Luka, kerak berwarna keabu-abuan di antara jari tangan, sekitar kuku, ketiak, sekitar pinggang, pergelangan tangan, atas siku bagian dalam, telapak kaki, sekitar payudara, pantat, lutut, area kulit yang ditutupi perhiasan.	:	1. Ya 2. Tidak
14.	Apakah di asrama (khususnya yang sekamar) ada yang mengalami sakit yang sama (skabies)	:	1. Ya 2. Tidak
 <p>Contoh gambar riwayat sakit berdasarkan lampiran gambar apabila anda pernah mengalaminya</p>			
15.	Apakah Selama anda di Pesantren pernah melakukan konseling? 1. Ya/Pernah 2. Tidak/belum pernah		

Lampiran 3

INSTRUMEN (*Pediatric Symptom Checklist*) PSC-35/Y

Tandai pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda (✓) yang paling sesuai dengan anda saat ini:

No.	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang	Sering
1.	Mengeluh sakit			
2.	Menyendiri			
3.	Mudah lelah, kurang energi			
4.	Selalu bergerak, sulit duduk dengan tenang			
5.	Bermasalah dengan guru disekolah			
6.	Kurang tertarik pada pelayanan sekolah			
7.	Beraktifitas seolah-olah dikendalikan oleh mesin			
8.	Terlalu banyak melamun			
9.	Perhatian mudah teralih			
10.	Takut pada situasi baru			
11.	Sedih dan Murung			
12.	Mudah Marah			
13.,	Capek merasa putus asa			
14.	Sulit berkonsentrasi			
15.	Tidak tertarik untuk berkawan			
16.	Berkelahi dengan remaja lain			
17.	Membolos sekolah			
18.	Penurunan prestasi di sekolah			
19.	Memandang rendah dirimu sendiri			
20.	Ke dokter tapi dokter tidak menemukan masalah			
21.	Gangguan tidur			
22.	Kecemasan yang berlebihan			
23.	Ingin bersama orang tua lebih dari sebelumnya			
24.	Merasa dirimu buruk			

25.	Mengambil resiko berlebihan yang tidak perlu			
26.	Sering terluka atau cedera			
27.	Kurang gembira			
28.	Kekanak-kanakan dibanding usiamu			
29.	Tidak mengikui aturan			
30.	Tidak menunjukkan perasaan			
31.	Tidak memahami perasaan orang lain			
32.	Mengejek orang lain			
33.	Menyalahkan orang lain untuk kesalahanmu			
34.	Mengambil barang yang bukan kepunyaanmu			
35.	Menolak untuk berbagi			

(Jellinek., *et.al.*, 2014)

Lampiran 4 (Kerangka Sampel)**KERANGKA SAMPEL TANPA DROUP OUT**

Keterangan :

MTS : 16 Kelas/ 447 Siswa/i Jumlah Sampel: 226/24 Kelas = 9,4**MA** : 8 Kelas/321 Siswa/I Hasil Sampel : MTS: 146

Total : 24 Kelas

MA: 80

NO	Kelas	Jumlah Sampel	Hasil Random
1	MTS-VII.1	9	ARZ, AMP, NAM, KR, AA, KIA, TR, ZA, AA
2	MTS-VII.2	9	IS, AYI, ZN, AW, FK, AK, RM, NNS, MLS
3	MTS-VII.3	9	MGE, AN, AL, RH, RNS, DA, AF, MD, ARI
4	MTS-VII.4	9	SR, MSA, AP, AF, AAD, MRA, RF, CN, KRS
5	MTS-VII.5	9	SFR, PM, FA, HG, VA, ADA, MFA, RW, HAB
6	MTS-VII.6	9	MNN, MFAH, NB, DS, KM, SKH, NS, AQA, AHS,
7	MTS-VIII.1	9	NS, JNAH, CL, MS, INN, AHA, SH, N, ZAP
8	MTS-VIII.2	9	RH, ML, MR, MRA, SDB, MFA, DR, MZA, MAAS
9	MTS-VIII.3	9	MS, FR, AD, AR, FAU, AHH, EA, JA,FAUP
10	MTS-VIII.4	9	FF, FR, AA, MFT, FRH, JNAH, RP, AZO, DRR
11	MTS-VIII.5	9	FSF, ARH, MKF, RA, VA, MR, MA, SS, YAN
12	MTS-IX.1	9	SC, NA, NF, AT, SS, SRA, RA, AHP, AS
13	MTS-IX.2	9	SI, KAN, SM, DM, DB, NS, SA, SY, DL
14	MTS-IX.3	9	RH, NAPM, NP, ANSP, NS, SY, WR, LZ, PR
15	MTS-IX.4	10	MJF, MFAH, SY, AP, LZR, MR, SRB, TA, WJA, WR
16	MTS-IX.5	10	MAN, AR, HR, FRD, DW, MA, ZKR, AWP, WW, DA
17	MA-X.1	10	SF, NE, FZ, OP, EL, SAN, ANZ, AN, NA, BRS
18	MA-X.2	10	MY, MS, AT, RJ, ZN, IAR, MJA, LV, MZA, ER
19	MA-X.3	10	AE, KDA, AN, DW, SA, MA, SP, YR, Z, PN
20	MA-XI.1	10	PF, SF, SM, AFS, KN, AD, SF, FF, FA, CWA
21	MA-XI.2	10	MK, SA, ARD, SR, MAM, DR, RH, IR, TH, YN
22	MA-XI.3	10	MN, MNA, MFA, KH, ZRA, RIP, RD, IR, MAI, MA
23	MA-XII.1	10	MAD, DAR, KM, SH, DABR, NS, FRD, NQA, HBB, MS
24	MA-XII.2	10	INH, THF, TFA, ARW, ZL, LR, FB, SS, AF, IS
TOTAL			226

Lampiran 5 (Normalitas Data)

NO	Variabel	Normalitas Data	Uji Normalitas
1	Psikososial	Normal	Deskriptif
2	Usia	Normal	Deskriptif
3	Jenis Kelamin	Normal	Deskriptif
4	Tingkat Pendidikan	Tidak Normal	Tidak Normal
5	Status Sosial Ekonomi	Normal	Deskriptif
6	Status Keluarga	Normal	Deskriptif
7	Status Gizi	Normal	Deskriptif
8	Dermatitis	Normal	Deskriptif
9	Skabies	Normal	Deskriptif

1. Psikososial

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Psikososial	Mean	1.59	.033
	95% Confidence Interval for Lower Bound	1.53	
	Mean Upper Bound	1.66	
	5% Trimmed Mean	1.60	
	Median	2.00	
	Variance	.242	
	Std. Deviation	.492	
	Minimum	1	
	Maximum	2	
	Range	1	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	-.381	.162
	Kurtosis	-1.872	.322

2. Usia

Usia	Mean	1.51	.048
	95% Confidence Interval for Lower Bound	1.41	
	Mean Upper Bound	1.60	
	5% Trimmed Mean	1.45	
	Median	1.00	
	Variance	.527	
	Std. Deviation	.726	
	Minimum	1	
	Maximum	3	
	Range	2	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	1.060	.162
	Kurtosis	-.310	.322

3. Jenis Kelamin

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Jenis Kelamin	Mean	1.50	.033
	95% Confidence Interval for Lower Bound	1.44	
	Mean Upper Bound	1.57	
	5% Trimmed Mean	1.50	
	Median	2.00	
	Variance	.251	
	Std. Deviation	.501	
	Minimum	1	
	Maximum	2	
	Range	1	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	-.018	.162
	Kurtosis	-2.018	.322

4. Tingkat Pendidikan

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Tingkat Pendidikan	Mean	1.35	.032
	95% Confidence Interval for Lower Bound	1.29	
	Mean Upper Bound	1.42	
	5% Trimmed Mean	1.34	
	Median	1.00	
	Variance	.230	
	Std. Deviation	.479	
	Minimum	1	
	Maximum	2	
	Range	1	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	.615	.162
	Kurtosis	-1.637	.322

5. Status Sosial Ekonomi

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Status Sosial Ekonomi	Mean	1.78	.028
	95% Confidence Interval for Lower Bound	1.72	
	Mean Upper Bound	1.83	
	5% Trimmed Mean	1.81	
	Median	2.00	
	Variance	.173	
	Std. Deviation	.416	
	Minimum	1	
	Maximum	2	
	Range	1	
	Interquartile Range	0	
	Skewness	-1.352	.162
	Kurtosis	-.173	.322

6. Status Keluarga

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Status Keluarga	Mean	1.07	.019
	95% Confidence Interval for Lower Bound Mean	1.03	
		Upper Bound	1.11
	5% Trimmed Mean	1.01	
	Median	1.00	
	Variance	.084	
	Std. Deviation	.290	
	Minimum	1	
	Maximum	3	
	Range	2	
	Interquartile Range	0	
	Skewness	4.416	.162
	Kurtosis	20.754	.322

7. Status Gizi

Status	Mean	2.11	.037
Gizi	95% Confidence Interval for Lower Bound Mean	2.03	
		Upper Bound	2.18
	5% Trimmed Mean	2.12	
	Median	2.00	
	Variance	.309	
	Std. Deviation	.556	
	Minimum	1	
	Maximum	3	
	Range	2	
	Interquartile Range	0	
	Skewness	.042	.162
	Kurtosis	.150	.322

8. Dermatitis & Skabies

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Dermatitis	Mean	1.71	.030
	95% Confidence Interval for Lower Bound	1.65	
	Mean Upper Bound	1.77	
	5% Trimmed Mean	1.73	
	Median	2.00	
	Variance	.208	
	Std. Deviation	.456	
	Minimum	1	
	Maximum	2	
	Range	1	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	-.921	.162
	Kurtosis	-1.162	.322
	Skabies	Mean	1.82
95% Confidence Interval for Lower Bound		1.77	
Mean Upper Bound		1.87	
5% Trimmed Mean		1.85	
Median		2.00	
Variance		.149	
Std. Deviation		.386	
Minimum		1	
Maximum		2	
Range		1	
Interquartile Range		0	
Skewness		-1.664	.162
Kurtosis		.777	.322

Lampiran 6 (Hasil Analisis Data)

No	Dependent	Independent	Hasil Uji
1	Psikososial	Usia	Chi-Square : Person Chi-Square
2		Jenis Kelamin	Chi-Square : Continuity Correction
3		Tingkat Pendidikan	Fisher: Fisher Exact test
4		Status Sosial Ekonomi	Chi-Square : Continuity Correction
5		Status Keluarga	Chi-Square (Tidak memenuhi syarat 3 Cell dengan nilai expected salah satu sel kurang dari 5): Solusi Penggabungan sel jadi 2x2: Continuity Correction
6		Status Gizi	Chi-Square: Person Chi-Square
7		Dermatitis	Chi-Square : Continuity Correction
8		Skabies	Chi-Square : Continuity Correction

1. Usia

Crosstab

			Psikososial		Total
			YA	TIDAK	
Usia <15	Count		57	85	142
	% within Usia		40.1%	59.9%	100.0%
15-16	Count		21	32	53
	% within Usia		39.6%	60.4%	100.0%
>16	Count		14	17	31
	% within Usia		45.2%	54.8%	100.0%
Total	Count		92	134	226
	% within Usia		40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.300 ^a	2	.861
Likelihood Ratio	.297	2	.862
Linear-by-Linear Association	.166	1	.683
N of Valid Cases	226		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.62.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Usia_1	-.076	.186	.167	1	.683	.927	.643	1.335
Constant	.491	.313	2.461	1	.117	1.634		

a. Variable(s) entered on step 1: Usia_1.

2. Jenis Kelamin

Crosstab

			Psikososial		Total
			YA	TIDAK	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	44	68	112
		% within Jenis Kelamin	39.3%	60.7%	100.0%
	Perempuan	Count	48	66	114
		% within Jenis Kelamin	42.1%	57.9%	100.0%
Total		Count	92	134	226
		% within Jenis Kelamin	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.186 ^a	1	.666		
Continuity Correction ^b	.088	1	.767		
Likelihood Ratio	.186	1	.666		
Fisher's Exact Test				.687	.384
Linear-by-Linear Association	.185	1	.667		
N of Valid Cases	226				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 45.59.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Laki-laki / Perempuan)	.890	.523	1.513
For cohort Psikososial = YA	.933	.681	1.279

For cohort Psikososial = TIDAK	1.049	.845	1.302
N of Valid Cases	226		

3. Tingkat Pendidikan

Crosstab

			Psikososial		Total
			YA	TIDAK	
Tingkat Pendidikan	MTS	Count	61	85	146
		% within Tingkat Pendidikan	41.8%	58.2%	100.0%
	MA	Count	31	49	80
		% within Tingkat Pendidikan	38.8%	61.3%	100.0%
Total		Count	92	134	226
		% within Tingkat Pendidikan	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.197 ^a	1	.657		
Continuity Correction ^b	.091	1	.763		
Likelihood Ratio	.197	1	.657		
Fisher's Exact Test				.674	.382
Linear-by-Linear Association	.196	1	.658		
N of Valid Cases	226				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32.57.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (MTS / MA)	1.134	.650	1.980
For cohort Psikososial = YA	1.078	.771	1.508
For cohort Psikososial = TIDAK	.951	.761	1.187
N of Valid Cases	226		

4. Status Sosial Ekonomi

Crosstab

			Psikososial		Total
			YA	TIDAK	
Status Sosial Ekonomi	≤Rp.1.961.335	Count	18	32	50
		% within Status Sosial Ekonomi	36.0%	64.0%	100.0%
	≥Rp.1.961.335	Count	74	102	176
		% within Status Sosial Ekonomi	42.0%	58.0%	100.0%
Total		Count	92	134	226
		% within Status Sosial Ekonomi	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.590 ^a	1	.443	.515	.274
Continuity Correction ^b	.366	1	.545		
Likelihood Ratio	.596	1	.440		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.587	1	.444		
N of Valid Cases	226				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.35.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Sosial Ekonomi (≤Rp.1.961.335 / ≥Rp.1.961.335)	.775	.405	1.486
For cohort Psikososial = YA	.856	.569	1.288
For cohort Psikososial = TIDAK	1.104	.866	1.408
N of Valid Cases	226		

5. Status Keluarga

Crosstab

		Psikososial		Total
		YA	TIDAK	
Status Keluarga	Memiliki kedua orang tua dan tinggal dengan keduanya	Count 82 38.7%	Count 130 61.3%	212 100.0%
	Orang tua tunggal	Count 8 66.7%	Count 4 33.3%	12 100.0%
	Tidak bersama orang tua	Count 2 100.0%	Count 0 0.0%	2 100.0%
Total		Count 92 40.7%	Count 134 59.3%	226 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.625 ^a	2	.036
Likelihood Ratio	7.244	2	.027
Linear-by-Linear Association	6.581	1	.010
N of Valid Cases	226		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .81.

Crosstab

		Psikososial		Total
		YA	TIDAK	
Status Keluarga	Keluarga Utuh	Count 82 38.7%	Count 130 61.3%	212 100.0%
	Keluarga tidak Utuh	Count 10 71.4%	Count 4 28.6%	14 100.0%
Total		Count 92 40.7%	Count 134 59.3%	226 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.836 ^a	1	.016	.023	.017
Continuity Correction ^b	4.558	1	.033		
Likelihood Ratio	5.768	1	.016		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.810	1	.016		
N of Valid Cases	226				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.70.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Keluarga (Keluarga Utuh / Keluarga tidak Utuh)	.252	.077	.831
For cohort Psikososial = YA	.542	.373	.786
For cohort Psikososial = TIDAK	2.146	.931	4.947
N of Valid Cases	226		

6. Status Gizi

Crosstab

			Psikososial		Total
			YA	TIDAK	
Status Gizi	Obesitas	Count	10	14	24
		% within Status Gizi	41.7%	58.3%	100.0%
	Normal	Count	70	84	154
		% within Status Gizi	45.5%	54.5%	100.0%
	Kurus	Count	12	36	48
		% within Status Gizi	25.0%	75.0%	100.0%
Total		Count	92	134	226
		% within Status Gizi	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.354 ^a	2	.042
Likelihood Ratio	6.651	2	.036
Linear-by-Linear Association	3.586	1	.058
N of Valid Cases	226		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.77.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a IMT_2			6.117	2	.047			
IMT_2(1)	-.762	.532	2.056	1	.152	.467	.165	1.323
IMT_2(2)	-.916	.371	6.115	1	.013	.400	.193	.827
Constant	1.099	.333	10.863	1	.001	3.000		

a. Variable(s) entered on step 1: IMT_2.

7. Dermatitis

Crosstab

				Psikososial		Total
				YA	TIDAK	
Dermatitis	YA	Count	32	34	66	
		% within Dermatitis	48.5%	51.5%	100.0%	
	TIDAK	Count	60	100	160	
		% within Dermatitis	37.5%	62.5%	100.0%	
Total	Count	92	134	226		
	% within Dermatitis	40.7%	59.3%	100.0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.336 ^a	1	.126		
Continuity Correction ^b	1.903	1	.168		
Likelihood Ratio	2.317	1	.128		
Fisher's Exact Test				.138	.084
Linear-by-Linear Association	2.326	1	.127		

N of Valid Cases	226			
------------------	-----	--	--	--

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26.87.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dermatitis (YA / TIDAK)	1.569	.879	2.799
For cohort Psikososial = YA	1.293	.940	1.779
For cohort Psikososial = TIDAK	.824	.634	1.072
N of Valid Cases	226		

8. Skabies

Crosstab

			Psikososial		Total
			YA	TIDAK	
Skabies	Ya	Count	19	22	41
		% within Skabies	46.3%	53.7%	100.0%
	Tidak	Count	73	112	185
		% within Skabies	39.5%	60.5%	100.0%
Total		Count	92	134	226
		% within Skabies	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.659 ^a	1	.417		
Continuity Correction ^b	.404	1	.525		
Likelihood Ratio	.652	1	.419		
Fisher's Exact Test				.483	.261
Linear-by-Linear Association	.656	1	.418		
N of Valid Cases	226				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.69.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Skabies (Ya / Tidak)	1.325	.671	2.618
For cohort Psikososial = YA	1.174	.807	1.708
For cohort Psikososial = TIDAK	.886	.652	1.205
N of Valid Cases	226		

Lampiran 7 (Dokumentasi Pelaksanaan Penelitian)

Gambar 1. Poskestren Ponpes Modren Muhammadiyah Kwala Madu Langkat Sumatera utara



Gambar 2. Proses Wawancara





Gambar 3. Pengukuran Status Gizi



Gambar 4. Pengukuran Status Gizi

