

HASIL PENELITIAN

Hubungan antara Gangguan Depresi Ibu dengan Gangguan Mental Anaknya yang Berusia 12-47 Bulan dan Menderita Talasemia

Peony Suprianto, Lukas Mangindaan*, Irawati Marsubrin Ismail*, Iwan Ariawan**

PPDS,* Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/ RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

** Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia

ABSTRAK

Tujuan : Untuk mendapatkan hubungan antara gangguan depresi ibu dengan gangguan mental pada anaknya yang berusia 12-47 bulan dan menderita Talasemia. **Metode** : Penelitian ini merupakan penelitian potong lintang. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)* Versi Bahasa Indonesia digunakan untuk menentukan ada atau tidak adanya gangguan depresi dari 68 ibu dari anak yang berusia 12-47 bulan dan menderita Talasemia. Pada 68 anak dari 68 ibu tersebut dilakukan pemeriksaan klinis psikiatrik berpedoman pada kriteria diagnostik dari *Diagnostic of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-3)* untuk menentukan ada atau tidak adanya gangguan mental. **Hasil** : Anak dari ibu yang menderita gangguan depresi 3,6 kali kemungkinannya untuk menderita gangguan mental dibandingkan dengan anak dari ibu yang tidak menderita gangguan depresi. Anak yang berusia > 18-47 bulan; 0,06 kali kemungkinannya untuk menderita gangguan mental dibandingkan dengan anak yang berusia 12-18 bulan. Anak yang lama sakit Talasemianya >12 bulan; 0,14 kali kemungkinannya untuk menderita gangguan mental dibandingkan dengan anak yang lama sakitnya <12 bulan.

Simpulan : Gangguan depresi ibu merupakan faktor kontribusi bermakna terhadap timbulnya gangguan mental pada anak yang berusia 12-47 bulan dan menderita Talasemia. Makin besar usia anak dan makin lama sakit Talasemia merupakan faktor protektif.

Kata Kunci: Anak Talasemia, gangguan depresi, gangguan mental.

PENDAHULUAN

Penyakit Talasemia Mayor (selanjutnya disebut Talasemia saja) merupakan salah satu penyakit hereditas yang diturunkan menurut Hukum Mendel. Penyakit ini merupakan penyakit genetik yang paling sering ditemukan di dunia. Tidak kurang

dari 250 juta penduduk dunia merupakan pembawa sifat Talasemia, dan setiap tahun dilahirkan 300.000 bayi dengan Talasemia.¹

Terapi kausal untuk Talasemia belum ditemukan, sehingga pasien hanya mendapat terapi simptomatis. Terapi

simtomatis untuk Talasemia terdiri dari transfusi darah periodik dan terapi khelasi untuk membuang kelebihan zat besi (Fe) dari tubuh pasien.²

Humris-Pleyte dalam penelitiannya menemukan bahwa dari 192 kasus Talasemia yang diteliti; 59,4 % kasus diagnosis ditegakkan sebelum anak berusia 1 tahun, 33,3 % kasus pada saat anak berusia 1-2 tahun, dan 7,3 % kasus diagnosis ditegakkan pada waktu anak berusia 2-4 tahun.³ Dari populasi tersebut ditemukan 36,1% dari 108 ibu, dan 32,7 % dari 104 ayah yang diperiksa menderita gangguan mental; juga ditemukan hubungan antara gangguan mental ibu dengan gangguan mental anaknya, tetapi tidak ada hubungan antara gangguan mental ayah dengan gangguan mental anaknya.³

Lebih dari 90 % kasus Talasemia, diagnosis ditegakkan sebelum anak berusia 2 tahun. Pada masa bayi dan kanak awal terjadi hubungan ibu-anak yang khas, yang pertama kali dikenalkan oleh Bowlby dengan teori kelekatan (*attachment*) Menurut Erikson, perkembangan seorang anak adalah hasil interaksi antara anak dan lingkungannya (*nature dan nurture*)¹ Pada usia 12-47 bulan, anak sangat membutuhkan bantuan dari lingkungannya untuk berkembang. Tokoh utama dari lingkungan adalah orangtua, khususnya ibu. Apabila ibu menderita gangguan depresi, proses perkembangan anak mungkin akan mengalami gangguan.

Belum ada penelitian yang meneliti hubungan antara gangguan depresi pada ibu dengan gangguan mental pada anaknya yang berusia 12-47 bulan dan menderita Talasemia. Sehingga peneliti berminat untuk melakukan suatu penelitian tentang hubungan antara gangguan depresi pada ibu dengan gangguan mental pada anaknya yang berusia 12-47 bulan dan menderita Talasemia.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian potong lintang dan bersifat deskriptif analitik.⁶

Lokasi penelitian di Unit Talasemia, Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo Jakarta, dilakukan pada bulan Oktober 2003 sampai dengan Maret 2004.

Populasi terjangkau penelitian ini adalah ibu dari anak yang berusia 12-47 bulan dan menderita Talasemia yang terdaftar di Unit Talasemia Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo Jakarta, beserta dengan anak tersebut. Sampel yang dikehendaki dipilih dari populasi terjangkau dengan cara *consecutive sampling*⁷. Besar sampel adalah 68 ibu dari anak yang berusia 12-47 bulan dan

menderita Talasemia beserta dengan 68 anak tersebut.

Sampel anak merupakan penderita Talasemia yang berusia antara 12-47 bulan, baik laki-laki maupun perempuan, dibesarkan oleh ayah dan ibu kandung yang masih hidup dan masih tinggal bersama dalam ikatan perkawinan, dan diperiksa sesudah menerima transfusi darah, serta tidak sedang menderita keadaan organik akut yang berat, misalnya demam tinggi atau kesadaran menurun.

Sampel ibu merupakan ibu kandung dari sampel anak, pendidikan minimal tamat Sekolah Dasar, dan bersedia mengikuti penelitian dengan menandatangani *Informed Consent*, serta tidak menderita penyakit fisik berat dan skizofrenia atau gangguan psikotik lainnya.

KERANGKA KERJA

Peneliti melakukan seleksi terhadap ibu dari anak yang berusia 12-47 bulan dan menderita Talasemia, yang datang untuk berobat maupun kontrol di Unit Talasemia Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM, yaitu menilai apakah ibu dan anaknya tersebut memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Bila ibu dan anaknya tersebut memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, maka mereka menjadi sampel penelitian. Peneliti menjelaskan kepada sampel tentang maksud dan tujuan penelitian. Bila sampel menyetujui untuk ikut serta dalam penelitian, maka dilanjutkan dengan penandatanganan *Informed Consent*. Setelah itu dilanjutkan dengan pengisian kuesioner, wawancara terstruktur, dan pemeriksaan klinis psikiatrik.

Pengisian kuesioner biodata dan wawancara terstruktur pada ibu dilakukan setelah anak selesai menerima transfusi darah. Sebagian besar anak akan mendapatkan transfusi darah selama 2 hari. Selama 2 hari transfusi tersebut, peneliti berusaha mendekati ibu dan anak untuk membina *rapport*. Data demografi yang diambil adalah identitas anak (nama, usia, jenis kelamin, suku, agama, umur diagnosis, dan lama sakit) dan identitas ibu (nama, usia, pendidikan, pekerjaan, dan sosial ekonomi keluarga). Setelah itu dilanjutkan dengan wawancara terstruktur dengan instrumen *SCID-f* untuk menyingkirkan skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya. Kemudian dilakukan wawancara terstruktur dengan *SCID-I* untuk menegakkan diagnosis gangguan depresi. Kepada ibu juga ditanyakan riwayat psikiatrik dari anaknya (keluhan utama, riwayat gangguan psikiatrik, gangguan medik, kehamilan, persalinan, tumbuh kembang, keluarga, dan riwayat kehidupan sekarang).

Setelah anak selesai mendapatkan transfusi, peneliti melakukan pemeriksaan klinis psikiatri pada anak dengan berpedoman pada *DC:0-3*⁹ Hasil pemeriksaan yang

dikumpulkan adalah deskripsi umum (penampilan, kesadaran, perilaku, sikap), interaksi orangtua-anak, perpisahan dan penyatuan kembali, orientasi, pembicaraan, *mood*, bermain, dan perkiraan intelektual. Dari hasil pemeriksaan psikiatrik ini dapat disimpulkan ada atau tidak ada gangguan mental dan apa jenis gangguan mental tersebut.

Pada 7 sampel anak yang sudah diperiksa oleh peneliti, diajak ke poliklinik psikiatri di bagian IKA RSCM untuk menjalani pemeriksaan psikiatrik berpedoman *DC: 0-3* oleh psikiater yang sedang mengikuti *fellowship* Psikiatri Anak.

PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

Data dikumpulkan dan kemudian ditabulasi dan diolah. Analisis statistik menggunakan *chi-square*.

HASIL PENELITIAN

Sampel anak berusia rata-rata 32 ± 10 bulan (rentang, 13-47 bulan). Sampel ibu rata-rata berusia 29,29 ± 6,6 tahun (rentang, 18-48 tahun). Karakteristik lain dapat dilihat dalam **Tabel 1** dan **Tabel 2**.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Sampel Anak

Karakteristik	n = 68	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	35	51,5
Perempuan	33	48,5
Usia Anak		
12 – 18 bulan	8	11,8
> 18 – 47 bulan	60	88,2
Suku		
Sunda	25	36,7
Betawi	20	29,4
Jawa	15	22,1
Minang	1	1,5
Tionghoa	4	5,9
Lain-Lain	3	4,4
Agama		
Islam	64	94,1
Kristen/Katolik	3	4,4
Budha	1	1,5
Usia Diagnosis		
≤ 24 bulan	60	88,2
> 24 bulan	8	11,8
Lama Sakit		
≤ 12 bulan	17	25,0
> 12 bulan	51	75,0

Pada penelitian ini didapatkan lebih banyak sampel anak yang tidak mengalami gangguan mental (77,9 %). Jenis gangguan depresi pada ibu sebagian besar adalah episode depresi berat masa sebelumnya (94,1 %). Jenis gangguan mental pada anak semuanya adalah gangguan penyesuaian.

Dari analisis bivariat didapatkan hasil yang bermakna ($p < 0,05$) pada hubungan antara gangguan depresi pada ibu dan gangguan mental pada anak, kelompok usia anak dengan gangguan mental pada anak, dan lama sakit Talasemia dengan gangguan mental pada anak. (**Tabel 3**)

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Sampel Ibu dan Pengeluaran/Orang/Bulan

Karakteristik	n = 68	%
Usia Ibu		
18-40 tahun	64	94,1
> 40 tahun	4	5,9
Pendidikan Ibu		
Rendah	38	55,9
Sedang	30	44,1
Pengeluaran/ Orang/Bulan		
≤ 160.748	5	7,4
> 160.748	63	92,6

PEMBAHASAN

Penelitian ini membuktikan adanya hubungan antara gangguan depresi ibu dengan gangguan mental pada anaknya yang berusia 12-47 bulan dan menderita Talasemia ($p 0,048$). Selain itu, pada **Tabel 3** dapat dilihat pula variabel-variabel yang memiliki nilai p yang bermakna, yaitu usia anak (0,002), dan lama sakit (0,002).

Dari hasil analisis *chi-square* terlihat bahwa anak dari ibu yang menderita gangguan depresi 3,6 kali lebih besar kemungkinannya untuk menderita gangguan mental dibandingkan dengan anak dari ibu yang tidak menderita gangguan depresi. Hasil ini sesuai dengan penelitian Humris-Pleyte pada 192 penderita Talasemia yang berusia 1-17 tahun; salah satu hasilnya adalah apabila ibu menderita gangguan jiwa maka risiko anaknya menderita gangguan jiwa adalah 2,96 kali.³ Weissman dkk, (dikutip oleh Pound), meneliti 125 anak berusia 6-23 tahun dari orangtua depresi menemukan bahwa anak-anak dari orangtua yang depresi mempunyai risiko 1,6 kali untuk menderita depresi berat semasa hidup dan beberapa kali untuk menyalahgunakan zat psikoaktif dibanding kontrol.¹⁰

Menurut Erikson, perkembangan seorang anak adalah hasil interaksi antara anak dengan lingkungannya. Tokoh utama dari lingkungan pada masa bayi dan kanak awal adalah ibu. Apabila seorang ibu menderita gangguan depresi, maka proses perkembangan anak akan terganggu. Tidak semua anak dari ibu dengan gangguan depresi menderita gangguan mental. Pada penelitian ini semua ibu mendapat bantuan dari orang lain (ibu, ibu mertua, tante, kakak, adik, pembantu, *baby*

sitter, dan lain-lain) untuk mengasuh anaknya, saat ibu tersebut menderita gangguan depresi. Orang yang membantu pengasuhan anak saat ibu menderita depresi itulah yang berperan sebagai figur ibu, sehingga anak tetap dapat berkembang dengan baik.⁴ Walaupun demikian, anak dari ibu depresi lebih rentan terhadap gangguan pada perkembangannya. Anak yang berusia > 18-47 bulan 0,06 kali lebih kecil kemungkinannya untuk menderita gangguan mental dibandingkan dengan anak yang berusia 12-18 bulan. Jadi usia yang makin besar merupakan faktor protektif untuk terjadinya gangguan mental pada anak. Hasil ini berbeda dengan penelitian terdahulu yang tidak menemukan perbedaan bermakna dengan terdapatnya gangguan mental pada ketiga fase perkembangan yang diteliti (1-5 tahun, 6-10 tahun, dan 11-17 tahun).³ Perbedaan ini mungkin karena pada penelitian Humris-Pleyte tersebut kelompok usia 1-5 tahun disatukan, sedangkan tugas perkembangan antara anak usia 0-18 bulan dan anak yang lebih besar berbeda. Menurut Erikson, pada usia 0-18 bulan anak berada dalam fase *basic trust vs mistrust*, dan pada usia 18-36 bulan anak berada dalam fase *autonomy vs shame and doubt*. Tugas dan kebutuhan perkembangan pada kedua fase tersebut berbeda, sehingga gangguan perkembangan yang terjadi mungkin akan berbeda pula.

Anak yang lama sakit Talasemianya >12 bulan 0,14 kali lebih kecil kemungkinannya untuk menderita gangguan mental dibandingkan dengan anak yang lama sakitnya ≤12 bulan. Jadi lama sakit >12 bulan merupakan faktor protektif untuk terjadinya gangguan mental pada anak. Hasil ini sesuai dengan penelitian atas 92 anak usia sekolah dengan diabetes melitus, 38 anak mengalami gangguan psikiatrik sebagai respons dari diagnosis diabetes melitus tergantung insulin. Dari 38 anak tersebut, 33 anak (87 %) mengalami gangguan penyesuaian, semuanya sembuh paling lama setelah 247 hari (rerata 92 hari, rentang 7-247 hari).¹³ Seluruh gangguan mental yang ditemukan pada penelitian ini adalah gangguan penyesuaian. Gangguan penyesuaian adalah reaksi maladaptif jangka pendek terhadap stresor psikososial, dalam hal ini penyakit Talasemia. Gangguan penyesuaian diharapkan sembuh spontan segera setelah stresor dihilangkan atau, jika stresor menetap, setelah tercapai tingkat adaptasi yang baru.

Jenis gangguan depresi pada ibu sebagian besar adalah episode depresi berat masa sebelumnya (94,1 %). Reaksi orangtua apabila anak yang tadinya sehat kemudian menderita suatu penyakit kronis menurut Graham adalah melalui fase-fase kejutan, penyangkalan, kemarahan, depresi, dan penerimaan.¹² Sebagian besar ibu yang berada pada fase depresi menunjukkan gejala yang memenuhi kriteria episode

depresi berat masa sebelumnya menurut *SCID-I*, walaupun demikian sebagian besar ibu-ibu tersebut mampu melewati fase depresi dan akhirnya menerima keadaan anaknya yang menderita Talasemia. Hanya 5,9 % dari ibu-ibu tersebut yang masih tetap berada dalam fase depresi (memenuhi kriteria gangguan distimik).

Walaupun ibu-ibu itu memenuhi kriteria diagnostik episode depresi berat masa sebelumnya, tetapi pada ibu-ibu itu juga dipikirkan diagnosis banding gangguan penyesuaian, mengingat gejala-gejala tersebut timbul setelah stresor yang jelas dan sembuh sendiri setelah 4-6 bulan. Gejala-gejala tersebut berangsur berkurang sejak mereka menjalankan pengobatan untuk anaknya di Unit Talasemia bagian IKA RSCM, ketika mereka melihat bahwa jumlah penderita Talasemia ternyata banyak, dan juga karena hiburan dan dorongan dari keluarga yang mengantar pasien-pasien tersebut, Sampel anak lebih sedikit mengalami gangguan mental (22,1 %). Hasil ini sesuai dengan penelitian Humris-Pleyte, bahwa penderita Talasemia yang berusia 1-5 tahun lebih sedikit mengalami gangguan jiwa (33,8 %).³ Juga sesuai dengan penelitian Keren dkk. pada 113 anak yang dirujuk ke klinik kesehatan mental dan dibandingkan dengan 30 anak yang tidak dirujuk, yaitu sebesar 18%.¹⁴

Jenis gangguan mental pada penelitian ini semuanya adalah gangguan penyesuaian. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian atas 92 anak usia sekolah dengan diabetes melitus, yaitu 38 anak mengalami gangguan psikiatrik sebagai respons dari diagnosis diabetes melitus tergantung insulin. Dari 38 anak tersebut, 33 anak (87 %) mengalami gangguan penyesuaian.¹³

Perbedaannya mungkin karena usia sampel dan jenis penyakit fisik yang berbeda. Jenis gangguan mental pada penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Keren, Feldman, dan Tyano yang distribusi diagnosis adalah gangguan perilaku makan (30 %), gangguan penyesuaian (24 %), gangguan perilaku tidur (19 %), gangguan perlekatan (9 %), gangguan afek (7 %), perilaku menentang/agresi (7 %), gangguan regulasi (3 %), dan gangguan stres traumatik (2 %).¹⁴ Hal ini mungkin disebabkan adanya perbedaan masalah anak. Pada penelitian ini masalahnya adalah anak yang menderita Talasemia dan setiap bulan mendapatkan terapi yang menyakitkan (disuntik beberapa kali setiap bulan untuk periksa darah, transfusi darah). Pada penelitian Keren, Feldman dan Tyano terdapat 5 alasan utama untuk merujuk anak ke klinik kesehatan mental, yaitu : masalah makan (27 %), masalah tidur (19 %), perilaku agresif (18 %), iritabilitas (15 %), dan depresi pada ibu (8 %).¹⁴

Inter-rater reliability test dilakukan terhadap 7 sampel

anak oleh seorang psikiater yang sedang mengikuti *fellowship* di Bagian Psikiatri Anak FKUI/RSCM. Hasil *inter-rater reliability test* pada 7 sampel menunjukkan nilai *kappa-nya*. 0,85. Reliabilitas pengukuran gangguan mental pada penelitian ini baik.

KETERBATASAN

1. Sampel diambil dengan metode nonprobabilitas. Usaha untuk mengatasi keterbatasan ini adalah dengan memilih metode *sampling* non probabilitas yang terbaik, yaitu *consecutive sampling*.
2. Salah satu instrumen yang digunakan adalah *DC:0-3* yang merupakan klasifikasi diagnostik deskriptif dari gangguan mental. Usaha untuk mengatasi keterbatasan ini adalah dengan melakukan *inter-rater reliability test*.
3. Terdapat faktor-faktor lain yang tidak diteliti (misalnya faktor perkembangan anak, temperamen anak, neurokimiawi, genetik, komplikasi saat hamil, hubungan ibu anak, pola asuh, gangguan keseimbangan keluarga, dan talasemia) karena keterbatasan peneliti.

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menemukan adanya hubungan antara gangguan depresi pada ibu dengan gangguan mental pada anaknya yang berusia 12-47 bulan dan menderita Talasemia. Dari hasil analisis *chi-square* ditemukan bahwa anak dari ibu yang menderita gangguan depresi 3,6 kali lebih besar kemungkinannya untuk menderita gangguan mental dibandingkan dengan anak dari ibu yang tidak menderita gangguan depresi. Anak yang berusia > 18-47 bulan 0,06 kali lebih kecil kemungkinannya untuk menderita gangguan mental dibandingkan dengan anak yang berusia 12-18 bulan. Anak yang lama sakit Talasemianya >12 bulan 0,14 kali lebih kecil kemungkinannya untuk menderita gangguan mental dibandingkan dengan anak yang lama sakitnya sampai dengan 12 bulan.

Jadi usia anak yang makin besar dan lama sakit Talasemia yang makin lama merupakan faktor protektif untuk terjadinya gangguan mental pada anak.

Disarankan untuk melakukan penelitian lanjutan dengan desain berbeda atau variabel yang belum diteliti. Juga perlu melibatkan psikiater dalam penatalaksanaan pasien Talasemia

sejak awal (*Consultation Liaison Psychiatry*). Kegiatan yang dapat dilakukan adalah mendampingi, memberikan konsultasi atau psikoterapi, dan farmakoterapi jika perlu kepada keluarga pasien Talasemia, khususnya ibu dan anak penderita Talasemia; sehingga akhirnya mereka dapat menerima keadaan tersebut.

KEPUSTAKAAN

1. Cooley's Anemia Progress Review Committee. Cooley's Anemia : Progress in Biology and Medicine. Bethesda, 1995.
2. Sub-bagian Hematologi Bagian IKA FKUI/RSCM. Petunjuk Diagnosis dan Tatalaksana Kasus Talasemia. Jakarta: 1997.
3. Humris-Pleyte. Penyakit Talasemia Mayor sebagai Faktor Pencetus Psikopatologi pada Anak dan Orang-tuanya. Tesis diajukan untuk mendapat gelar Doktor dalam Ilmu Kedokteran pada Universitas Indonesia. Jakarta: 2001.
4. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol. I. Great Britain : Hazell Watson & Viney Ltd. 1981;221-57.
5. Prasetyo Y. Perkembangan Jiwa Anak. Dalam: Humris-Pleyte, Prasetyo Y, Darmabrata W, penyunting. Simposium Masalah Kejiwaan pada Proses Tumbuh Kembang Anak. Jakarta : PD Sistimatis, 1983; 1-36.
6. Ghazali MV dkk. Studi *Cross Sectional*. Dalam: Sastroasmoro S, Ismael S, penyunting. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta : Binarupa Aksara, 1995; 66-76.
7. Talogo RW. Sampel. Dalam: Tjokronegoro A, Sudarsono S, penyunting. Metodologi Penelitian Bidang Kedokteran. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1999; 127 - 34.
8. Grup Genetik Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders Versi Bahasa Indonesia V.I.01. Jakarta: 2000.
9. Zero to Three. National Center for Infants, Toddlers, and Families. Diagnostic Classification: 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington DC; 1999.
10. Pound A. Parental Affective Disorder and Childhood Disturbance. Dalam : Gopfert M, Webster J, Seeman MV, penyunting. Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and Their Families. Cambridge : Cambridge University Press, 1996; 2018.
11. Erikson EH. Identity : Youth and Crisis. New York : WW Norton & Company; 1968.
12. Graham P. Child Psychiatry – A Developmental Approach. Oxford: Oxford University Press, 1986;110-5.
13. Kovacs M, Ho V, Pollock MH. Criterion and Predictive Validity of the Diagnosis of Adjustment Disorder : A Prospective Study of Youths with New-Onset Insulin Dependent Diabetes Mellitus. Am J Psychiatry 152;4:523-8.
14. Keren M, Feldman R, Tyano S. Diagnoses and Interactive Patterns of Infants Referred to a Community-Based Infant Mental Health Clinic. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40 : 72-82.
15. Tumbelaka AR, dkk. Pengukuran. Dalam : Sastroasmoro S, Ismael S, penyunting. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Binarupa Aksara, 1995;27-41.

Tabel 3. Hubungan antara Variabel Bebas dengan Gangguan Mental pada Anak

Variabel bebas	Gangguan Mental Pada Anak					Nilai P	OR	95 % CI
	Tidak Ada (n=53)	%	Ada (n=15)	%	Total			
Gangguan Depresi Ibu						0,048		
Tidak Ada	30	88,2	4	11,8	34		1,000	
Ada	23	67,6	11	32,4	34		3,587	1,011;12,731
Usia Anak						0,002		
12 – 18 bulan	2	25,0	6	75,0	8		1,000	
>18 – 47 bulan	51	85,0	9	15,0	60		0,059	0,010; 0,339
Lama Sakit Talasemia						0,002		
≤ 12 bulan	9	53,0	8	47,0	17		1,000	
> 12 bulan	44	86,3	7	13,7	51		0,136	0,039; 0,480
Jenis Kelamin						0,188		
Laki – Laki	25	71,4	10	47,0	35		1,000	
Perempuan	28	84,8	5	13,7	33		0,446	0,134; 1,484
Saat Diagnosis Talasemia						0,658		
≤ 24 bulan	46	76,6	14	28,6	60		1,000	
> 24 bulan	7	87,5	1	15,2	8		0,824	0,349;1,944
Usia Ibu						0,999		
18 - < 40 tahun	48	76,2	15	23,4	63			
≥ 40 tahun	5	100,0	0	12,5	5			
Pendidikan Ibu						0,716		
Rendah	29	76,3	9	23,7	38		1,000	
Sedang - Tinggi	24	80,0	6	20,0	30		0,806	0,251;2,585
Pekerjaan Ibu						0,135		
Bekerja	14	93,3	1	6,7	15		1,000	
Tidak Bekerja	39	73,6	14	26,4	53		0,199	0,024;1,656
Sosial Ekonomi Keluarga						0,908		
>160.748	49	77,7	14	22,3	63		1,000	
< 160.748	4	80,0	1	20	5		1,143	0,118;11,066

KALENDER KEGIATAN ILMIAH PERIODE JUNI – JULI 2007

Bulan	Tanggal	Kegiatan	Tempat dan Informasi
JUNI	01 - 03	1st Indonesian Symposium on Colorectal Disease : A Multidisciplinary Approach	Hotel Borobudur Jakarta Ph. : 021-31900938, 3148705, 081510772557 Fax. : 31909382 ; E-mail : isma@pharma-pro.com
	01	15th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology	The Hotel InterContinental Berlin, Germany Ph./Fax. : +41 22 908 0488 / +41 22 732 2852 E-mail : info@esgo.org http://www.esgo.org/esgo15
	13 - 18	PERDICI 3rd National Congress of ISICM - Global Challenge in Intensive Care Medicine : Patient-Centered Solutions	Hotel Borobudur Jakarta Ph. / Fax.: 021-3149318, 3149319, 2305835 / 3153392 E-mail: marketing@geoconvex.co.id http://www.geoconvex.com
	21 - 24	5th Annual Clinical Care Options for Hepatitis Symposium	Santa Barbara, California, USA Ph. : 800.878.6260 ; Fax.: 646.674.9556 E-mail : CCOHepRegistration@clinicaloptions.com http://www.clinicaloptions.com
	28 - 30	VII International Congress on Traumatic Stress	Panamericano Hotel & Resort, Buenos Aires, Argentina Ph./Fax. : 005411-4903-0493 / 4903-0493 E-mail : info@psicotrauma.org.ar http://www.psicotrauma.org.ar/marcosi.htm
JULI	04 - 06	KONKER PDPI XI 2007 New Perspective of Respiratory Disorders: Identifying & Overcoming the Problems	Discovery Kartika Plaza Hotel, Bali Ph. / Fax.: 0361-418838, 0361-222142 / 418838 Email : konker11pdpibali@yahoo.com
	05 - 08	Biennial Scientific Meeting of Indonesian Psychiatry Association PIDT PDSKJI 2007	Aston Convention Centre, Palembang Ph. : 021-30041026, 4532202, 3147150 Fax. : 30041027, 4535833, 3147151 E-mail : globalmedica@cbn.net.id; pdsjkijakarta@telkom.net
	07 - 11	PIT POGI 2007	Hotel Grand Legi, Mataram, Lombok Ph. / Fax. : 0370-631975-641008 / 631975 E-mail : pitpogi16_mtr@telkom.net
Informasi terkini, detail dan lengkap (jadual acara/pembicara) bisa diakses di http://www.kalbe.co.id/calendar			