

Kematangan Sosial Pada Anak Dengan Obesitas Di Sekolah Dasar Bromantakan, Surakarta

Dwi Hidayah, Endang Dewi Lestari, Suci Murtikarini, Harsono Salimo

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret/RSUD Dr. Moenardi Surakarta

ABSTRAK

Latar belakang: Pada anak dan remaja dengan obesitas, konsekuensi yang paling luas adalah psikososial. Prevalensi tingkat kematangan sosial rendah pada anak dengan obesitas, tinggi; tetapi belum ada laporan tentang pengaruh obesitas terhadap kematangan sosial pada anak.

Tujuan: Mengetahui pengaruh obesitas terhadap kematangan sosial anak.

Metode: Penelitian ini dilakukan secara potong lintang pada SD Bromantakan Surakarta pada bulan Januari-Juli 2006. Kriteria obesitas ditentukan secara antropometris dengan metode pengukuran IMT persentil ke-95 berdasar umur dan jenis kelamin. Kematangan sosial diukur menggunakan skala kematangan sosial menurut Vineland. Faktor-faktor yang mungkin berpengaruh terhadap kematangan sosial yaitu obesitas, jenis kelamin laki-laki, riwayat pernah tinggal kelas, dan pengasuh bukan ibu kandung dianalisis dengan SPSS 12.0.

Hasil: Didapatkan 143 anak yang ikut dalam penelitian dengan prevalensi obesitas 9,8%. Prevalensi tingkat kematangan sosial rendah pada anak dengan obesitas 14,3%, anak tanpa obesitas 8,5% dan keseluruhan populasi 9,1%. Dari analisis regresi logistik didapatkan obesitas (OR=1,73, 95%CI 0,33-9,23), jenis kelamin (OR=2,39, 95%CI 0,67-8,47), kecerdasan (OR=4,59, 95%CI 0,70-29,98), sebagai faktor risiko kematangan sosial rendah tetapi secara statistik tidak bermakna.

Simpulan: Prevalensi tingkat kematangan sosial rendah pada populasi anak obesitas lebih tinggi dibandingkan dengan anak tanpa obesitas. Anak obesitas mempunyai tingkat kematangan sosial rendah 2 kali lebih sering dibandingkan yang lain.

Kata kunci: obesitas, kematangan sosial

PENDAHULUAN

Saat ini prevalensi obesitas pada anak dan remaja mengalami peningkatan, dan membutuhkan perhatian yang lebih besar. Data hasil survai nasional *Behavioral Risk Factor Surveillance System* di Amerika menunjukkan prevalensi obesitas pada remaja meningkat dari 12% pada tahun 1991 menjadi 17,9% pada tahun 1998.¹ Di DKI Jakarta, prevalensi obesitas meningkat dengan bertambahnya umur. Pada anak umur 6-12 tahun ditemukan obesitas sekitar 4%, pada remaja 12-18 tahun ditemukan 6,2%, dan pada umur 17-18 tahun 11,4%. Kasus obesitas pada remaja lebih banyak ditemukan pada wanita (10,2%) dibanding laki-laki (3,1%).² Di Yogyakarta, prevalensi obesitas pada anak-anak SD pada tahun 2004-2005 adalah 7,9% pada anak perempuan dan 12,6% pada anak laki-laki.³ Data yang diambil dari 58 SD di Surakarta pada tahun 2005 didapatkan prevalensi obesitas pada anak-anak SD adalah 2,1% dengan prevalensi tertinggi 6,2%.⁴

Obesitas mempunyai dampak terhadap tumbuh kembang anak terutama konsekuensinya terhadap aspek psikososial.^{5,6} Anak laki-laki maupun perempuan dengan obesi-

tas merasa dirinya berbeda dari orang pada umumnya karena kelebihan berat badannya dan merasa tidak puas dengan dirinya.⁷ Remaja dengan obesitas sering mengalami depresi dan tidak percaya diri sedangkan anak dengan obesitas usia prasekolah lebih sering mengalami distress emosional dan gejala psikiatrik.⁸

Kematangan sosial merupakan suatu evolusi perkembangan perilaku, sehingga nantinya seorang anak dapat mengekspresikan pengalamannya secara utuh dan dia belajar secara bertahap untuk meningkatkan kemampuannya untuk mandiri, bekerja sama dengan orang lain dan bertanggung jawab terhadap kelompoknya.⁹ Oleh karena itu kematangan sosial erat kaitannya dengan keberhasilan dan kebahagiaan pada masa anak dan masa kehidupan selanjutnya. Penelitian sebelumnya pada populasi anak dengan obesitas usia sekolah dasar di Surakarta mendapatkan prevalensi tingkat kematangan sosial rendah yang tinggi yaitu 32,5%,¹⁰ tetapi belum pernah dilaporkan pengaruh obesitas terhadap kematangan sosial anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh obesitas terhadap kematangan sosial pada anak.

METODE

Penelitian dilakukan setelah mendapat persetujuan dari Komite Medik RSUD Dr. Moewardi, Surakarta. Penelitian ini merupakan studi potong lintang yang dilakukan di Surakarta mulai bulan Januari sampai dengan Juli 2006. Populasi terjangkau adalah anak dengan obesitas dan tanpa obesitas kelas 4-6 di SD Bromantakan, Kecamatan Banjarsari, Kota Surakarta selama periode Januari-Juli 2006. Karena data prevalensi tingkat kematangan sosial rendah yang ada hanya pada populasi anak dengan obesitas saja maka penetapan besar sampel penelitian ini menggunakan *rule of thumb*.

Murid sekolah dimasukkan dalam penelitian jika orangtuanya telah memberikan pernyataan kesediaan secara tertulis. Kriteria inklusi adalah semua siswa kelas 4-6 yang masuk sekolah saat penelitian dilakukan. Kriteria eksklusi adalah anak yang mempunyai cacat fisik. Setiap anak yang diteliti mengisi formulir untuk mendapatkan informasi kuantitatif dan deskriptif tentang identitas diri dan keluarga.

Pengukuran tinggi badan menggunakan alat Mikrotise yang sudah ditera untuk mengukur tinggi badan dengan kapasitas maksimal 200 cm, dan ketelitian 0,1 cm. Anak diukur tanpa sepatu, tumit menempel dinding dan kepala tegak. Angka dibaca sampai dengan millimeter. Pengukuran dilakukan 2 kali, apabila selisih keduanya $>0,5$ cm maka dilakukan pengukuran ke-3. Hasilnya adalah rata-rata ketiganya. Pengukuran berat badan dengan menggunakan timbangan injak geser merek International produksi PT Medifortuna Farm Indonesia yang sudah ditera dapat menimbang dengan kapasitas maksimal 120 kg dan ketelitian 1 ons. Anak ditimbang dengan berpakaian seragam tanpa sepatu, kaos kaki dan ikat pinggang. Angka dibaca dalam kilogram. Pengukuran dilakukan 2 kali, apabila selisih keduanya $>0,5$ kg maka dilakukan pengukuran ke-3. Hasilnya adalah rata-rata ketiganya.

Obesitas ditentukan dengan indek massa tubuh (IMT) atau *body mass index* (BMI) yang merupakan petunjuk untuk menentukan kelebihan berat badan berdasarkan Indeks Quatelet yang didapatkan dengan menghitung berat badan dalam kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi badan (kg/m^2). Anak dikatakan obesitas jika $\text{IMT} \geq$ persentil 95 menurut umur dan jenis kelamin berdasar grafik pertumbuhan Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2000). Tingkat kematangan sosial diukur dengan panduan amatan skala kematangan sosial Vineland (*Vineland Social Maturity Scale*) yang meliputi 8 kategori yaitu: *self-help general, self-help eating, self-help dressing, self-direction, occupation, communication, locomotion dan socialization*. Kematangan sosial rendah (tidak matur) apabila skor $<$ skor yang sesuai umur subyek dan tinggi (matur) apabila skor \geq skor yang sesuai umur

subyek menurut skala kematangan sosial Vineland (**Tabel 1**). Kecerdasan ditentukan dengan riwayat pernah tinggal dan tidak pernah tinggal kelas sedangkan pengasuh dibedakan atas ibu kandung dan bukan ibu kandung.

Data diolah dengan bantuan program komputer SPSS 12.0. Metode analisis data yang digunakan adalah analisis statistik univariat dan regresi logistik multivariat.

HASIL

Jumlah subyek yang masuk sekolah saat dilakukan pengambilan data adalah 143 anak terdiri dari laki-laki 53,1% dan perempuan 46,9%. Umur subyek antara 9 tahun 2 bulan – 13 tahun 7 bulan dengan rata-rata 10 tahun 4 bulan. Riwayat tinggal kelas yang digunakan sebagai indikator kecerdasan hanya dialami oleh sebagian kecil subyek (4,2%). Begitu pula dengan anak yang diasuh bukan ibu kandungnya hanya 2,1%.

Pada penelitian ini didapatkan prevalensi obesitas yang cukup besar yaitu 9,8%. Prevalensi tingkat kematangan sosial rendah pada populasi anak dengan obesitas 14,3%, populasi tanpa obesitas 8,5% dan keseluruhan populasi adalah 9,1%.

Faktor-faktor risiko yang mungkin berpengaruh pada kematangan sosial dapat dilihat pada **tabel 3 dan 4**. Dari hasil analisis univariat maupun setelah dikontrol dengan analisis regresi multivariat didapatkan jenis kelamin laki-laki, riwayat pernah tinggal kelas, dan obesitas merupakan faktor risiko kematangan sosial rendah meskipun secara statistik tidak bermakna. Sedangkan pengasuh bukan ibu kandung merupakan faktor protektif terhadap kematangan sosial rendah tetapi secara statistik juga tidak bermakna.

DISKUSI

Pada penelitian ini didapatkan prevalensi obesitas keseluruhan populasi sebesar 9,8%. Temuan ini lebih besar daripada penelitian sebelumnya di DKI Jakarta,² dengan prevalensi obesitas anak umur 6-12 tahun sebesar 4% dan pada remaja umur 12-18 tahun sebesar 6,2%. Tetapi jauh lebih kecil jika dibandingkan dengan hasil yang didapat oleh Strauss yaitu sebesar 17%.¹¹

Prevalensi tingkat kematangan sosial rendah pada populasi anak dengan obesitas (14,3%) lebih tinggi dibanding pada populasi anak tanpa obesitas (8,5%). Tetapi prevalensi tingkat kematangan sosial rendah pada populasi anak dengan obesitas tersebut lebih rendah dibanding hasil penelitian Lestari ED dkk.¹⁰ Perbedaan prevalensi ini mungkin disebabkan oleh perbedaan karakteristik individu karena sampel yang digunakan pada penelitian ini hanya berasal dari sebuah sekolah dasar.

Hasil analisis univariat maupun setelah dikontrol dengan analisis regresi multivariat menunjukkan jenis kelamin laki-laki merupakan faktor risiko tingkat kematangan sosial rendah tetapi secara statistik tidak bermakna. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya¹⁰ - anak laki-laki dengan obesitas mempunyai risiko terjadinya tingkat kematangan sosial rendah 2,4 kali dibandingkan anak perempuan dengan obesitas. Hal ini dapat dipahami karena budaya Jawa khususnya di Surakarta seorang perempuan dituntut untuk dapat menyelesaikan tugas rumah tangga sehingga anak-anak perempuan lebih dibiasakan untuk menyelesaikan tugas rumah tangga oleh lingkungannya dibandingkan anak laki-laki. Tetapi Handayani¹² pada penelitiannya terhadap anak-anak SMP di Semarang mendapatkan hasil yang sebaliknya : jenis kelamin perempuan merupakan faktor risiko tingkat kematangan sosial rendah.

Riwayat tinggal kelas yang digunakan sebagai indikator tingkat kecerdasan yang rendah merupakan faktor risiko kematangan sosial rendah meskipun secara statistik tidak bermakna. Menurut Bayley¹³ kemampuan mental antara lain muncul dalam bentuk ketajaman persepsi sensoris, daya ingat, komunikasi verbal, dan abstraksi. Kematangan motoris sangat mendukung perkembangan kemampuan mental tersebut, karena dengan kemampuan untuk mengontrol tubuh, seseorang akan mempunyai peluang yang lebih besar untuk menemui obyek dan pengalaman baru serta memanipulasi obyek-obyek yang ditemui. Selanjutnya kematangan dan ketrampilan motoris tersebut ikut menentukan kualitas interaksi seseorang dengan lingkungannya. Mengingat kematangan motoris dan kemampuan mental seseorang melibatkan aspek lingkungan, maka kedua faktor tersebut juga tidak terlepas dari kaitan dengan proses sosialisasi secara umum atau kematangan sosial.¹⁴ Hal ini juga didukung oleh Hurlock¹⁵ yang menyebutkan bahwa perkembangan sosial dipengaruhi kecerdasan.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa pengasuh bukan ibu kandung justru merupakan faktor protektif terhadap tingkat kematangan sosial rendah. Pada akhir masa kanak-kanak atau usia sekolah dasar adalah merupakan usia berkelompok, suatu masa dengan perhatian utama tertuju pada keinginan diterima oleh teman-teman sebaya sebagai anggota kelompok.¹⁶ Pengasuh bukan ibu kandung justru merupakan motivasi bagi mereka untuk bisa mandiri dan diterima di kelompoknya. Tetapi pada penelitian sebelumnya pada populasi anak dengan obesitas usia 5-14 tahun didapatkan pengasuh bukan ibu kandung merupakan faktor risiko rendahnya kematangan sosial.¹⁰ Menurut Hurlock¹⁵ perkembangan sosial dipengaruhi oleh bimbingan orang tua dan guru sehingga pada kondisi keluarga yang bermasalah dapat menyebabkan gangguan pada afek, disiplin dan rutinitas rumah tangga, seperti makan dan waktu tidur. Kebanyakan anak dari orangtua

bermasalah lebih rentan terhadap masalah dibandingkan anak dari keluarga utuh.¹⁷ Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Costello EJ18 dan Racelli GP19 bahwa struktur keluarga dan lingkungan yang rentan mempunyai hubungan dengan obesitas dan psikopatologi pada anak.

Unsur penting dalam pembentukan kelekatan antara anak dan pengasuhnya adalah peluang untuk mengembangkan hubungan timbal balik yang nyata di antara anak dan pengasuhnya. Pembentukan interaksi yang *mutual* tersebut memang membutuhkan waktu dan banyak pengulangan. Di sinilah fungsi pengasuh, yaitu untuk memulai interaksi dan bukan sekedar memberikan respon terhadap kebutuhan anak pada perhatian. Tanggapan seorang pengasuh terhadap kebutuhan anak, bukan hanya ditentukan oleh apakah ia adalah ibu kandung dari anak tersebut tetapi lebih kepada ikatan emosional antara pengasuh dan anak yang tampak dalam bentuk sikap tanggap terhadap kebutuhan anak, dan kelekatan anak terhadap pengasuh, kehangatan kasih sayang, dan perawatan serta pemenuhan kebutuhan anak secara optimal.¹⁴

Pada penelitian ini didapatkan obesitas pada anak merupakan faktor risiko tingkat kematangan sosial rendah meskipun secara statistik tidak bermakna. Mustillo dkk²⁰ dari penelitian longitudinalnya terhadap anak-anak umur 9-16 tahun mendapatkan bahwa pada populasi umum, obesitas kronik berhubungan dengan psikopatologi. Beberapa penelitian lain menghubungkan obesitas dengan rasa tidak puas terhadap diri sendiri,⁷ kehidupan yang terisolasi,²¹ depresi²² dan rasa percaya diri yang rendah.^{11,23,24}

Richardson²⁵ mendapatkan bahwa anak-anak laki-laki dan perempuan usia 10-11 tahun lebih memilih anak tanpa obesitas sebagai teman. Satu konsekuensi potensial diskriminasi ini adalah anak dengan obesitas mungkin lebih memilih anak-anak yang lebih muda untuk menjadi temannya, yang tidak mendiskriminasi dan menghakimi berat badannya dan lebih berani untuk bermain dengan anak kecil yang gemuk juga. Rasa rendah diri dan tidak berani untuk bermain atau bergaul dengan teman sebaya atau yang lebih tua tersebut menghambat kemampuan komunikasi dan sosialisasinya sehingga dapat menyebabkan hambatan perkembangan kematangan sosialnya.

Demikian juga dalam hal kemampuan mengerjakan tugas sehari-hari dan kemampuan motoris anak dengan obesitas mungkin lebih banyak mengalami keterbatasan karena berat badannya dibanding anak tanpa obesitas. Sehingga, dalam mengerjakan tugas sehari-hari, anak tersebut lebih banyak mendapat bantuan. Bahkan penelitian Staffieri JR26 pada anak-anak usia 6-10 tahun, mendapatkan bahwa kelebihan berat badan berhubungan dengan karakter yang tidak baik seperti pemalas dan penidur.

Kelemahan penelitian ini menggunakan desain potong lintang sehingga meskipun menunjukkan obesitas pada masa anak merupakan faktor risiko terhadap tingkat kematangan sosial yang rendah, tetapi bukan merupakan hubungan sebab-akibat. Selain itu tidak diteliti faktor lain yang berhubungan dengan obesitas seperti peningkatan tingkat depresi, yang mungkin memberikan kontribusi pada rendahnya tingkat kematangan sosial pada anak. Penelitian ini juga tidak membedakan efek penurunan berat badan dan penambahan berat badan terhadap tingkat kematangan sosial.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa prevalensi obesitas anak usia sekolah dasar di Surakarta tinggi, dan prevalensi tingkat kematangan sosial rendah pada populasi anak dengan obesitas lebih tinggi dibandingkan dengan anak tanpa obesitas. Obesitas pada anak merupakan faktor risiko tingkat kematangan sosial rendah demikian juga dengan jenis kelamin laki-laki, dan riwayat tinggal kelas.

SARAN

Mengingat obesitas merupakan faktor risiko tingkat kematangan sosial rendah maka sangat perlu dilakukan deteksi dini dan intervensi dini terhadap dampak psiko-sosial yang mungkin terjadi sehingga anak mendapatkan tumbuh kembang optimal. Untuk selanjutnya, penelitian longitudinal dengan sampel yang lebih besar diperlukan untuk mengetahui pengaruh obesitas terhadap kematangan sosial anak.

Ucapan terimakasih

Terimakasih kepada Kepala Sekolah, guru-guru dan murid-murid SD Bromantakan, Kecamatan Banjarsari, Kota Surakarta atas partisipasinya pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH, Bowman BA, Marks JS, Koplan JP. The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *JAMA* 1999; 282:1519-22.
- Nasar SS. Obesitas pada anak. Aspek klinis dan pencegahan. Dalam: Samsudin, Nasar SS, Sjarif DR, penyunting. Naskah lengkap PKB-IKA XXXV. Masalah gizi ganda dan tumbuh kembang anak. Jakarta: Bina Rupa Aksara; 1995. h. 68-81.
- Himmah R, Paryanto E, Madarina, Yulian E, Ernawati. Perbandingan gambaran profil lemak antara anak sekolah dasar yang obesitas dengan non obesitas di Kotamadya Yogyakarta, pada suatu penelitian multicenter. Disampaikan pada Pertemuan Ilmiah Tahunan Ilmu Kesehatan Anak II, Batam, 12-14 Juli, 2004.
- Lestari ED, Hidayah D, Murtikarini S. Social maturity among obese children. *Pediatr. Res.* 2005; 58(2):329.
- Sjarif DR. Obesitas pada anak dan permasalahannya. Dalam: Trihono PP, S. Purnamawati, Sjarif DR, penyunting. PKB-IKA XLV. Hot topics in pediatrics II. Jakarta: Bina Rupa Aksara, 2002. h. 219-34.
- Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101(suppl):518-25.
- Striegel-Moore, RH, Silberstein LR, Rodin J. T. An understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychol* 1986; 41:246-63.
- Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. *J Psychol* 1993;127:547-51.
- Soetjningsih. Penilaian perkembangan anak. Dalam: Ranuh IGN, penyunting. Tumbuh kembang anak. Edisi ke-1. Jakarta: EGC;1995. h.63-79.
- Lestari ED, Hidayah D, Karini SM. Social maturity among obese children in Surakarta, Indonesia. *Paediatr Indon* 2006;46:174-8.
- Strauss RS. Childhood obesity and self-esteem. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/1>.
- Mulyani S. Hubungan antara kematangan sosial dan prestasi belajar. Tesis. Semarang: FK UNDIP, 2000.
- Bayley N. Manual of the Bayley scales of infant development. New York: The Psychologic Corp. 1969. Dikutip dari: Hadiyati FNR. Perkembangan perilaku adaptif anak ditinjau dari perilaku ibu saat bersama anak dan lama anak menerima ASI. Tesis. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, 1992.
- Hadiyati FNR. Perkembangan perilaku adaptif anak ditinjau dari perilaku ibu saat bersama anak dan lama anak menerima ASI. Tesis. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, 1992.
- Hurllock EB. Penyesuaian sosial. Dalam: Dhama A, penyunting. Perkembangan anak. Jilid I. Edisi ke-6. Jakarta: Erlangga; 1995. h. 285-316.
- Hurllock EB. Akhir masa kanak-kanak. Dalam: Sijabat RM, penyunting. Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan. Edisi ke-5. Jakarta: Erlangga;1994. h.146-82.
- Amato PR. Life-span adjustment of children to their parents' divorce. *Future of Children* 2004; 4:143-76.
- Costello EJ, Keeler GP, Angold A. Poverty, race/ethnicity and psychiatric disorder: a study of rural children. *Am J Public Health* 2001; 91:1494-8.
- Racelli GP, Belmont L. Obesity in nineteen year old men: family size and birth order association. *Am J Epidemiol* 1975; 109:66-77. Dikutip dari: Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, et.al. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics* 2003; 111:851-9.
- Mustillo S, Worthman C, Erkanli A et.al. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics* 2003; 111:851-9.
- Strauss RS, Pollack HA. Social marginalization of overweight children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:746-52.
- Pine DS, Goldstein RB, Wolk S et al. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001;107:1049-56.
- Franklin J, Denyer G, Steinbeck KS, Caterson ID, Hill AJ. Obesity and risk of low self-esteem: A statewide survey of Australian children. *Pediatrics* 2006; 118:2481-7.
- Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *ArchPediatr Adolesc Med* 2003;157:733-8.
- Ricardson SA, Goodman N,Hastraf AH, Dornbusch SM. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *Am Soc Rev* 1961;26:241-7. Dikutip dari Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101(suppl):518-25.
- Staffieri JR. A study of social stereotype of body image in children. *J Perspect Soc Psychol*.1967;7:101-4. Dikutip dari Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101(suppl):518-25.

Tabel 1. Skor kematangan sosial menurut vineland

Umur (tahun)	Skor kematangan sosial
5 – 6	57 – 61
6 – 7	62 – 65
7 – 8	66 – 70
8 – 9	71 – 74
9 – 10	75 – 77
10 – 11	78 – 81
11 – 12	82 – 84
12 – 15	85 – 89

Tabel 2. Karakteristik dasar subyek (n=143)

	N	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	67	46,9
Perempuan	76	53,1
Kecerdasan		
Pernah tinggal kelas	6	4,2
Tidak pernah tinggal kelas	137	95,8
Pengasuh		
Bukan ibu kandung	3	2,1
Ibu kandung	140	97,9
Pendidikan ibu		
SD-SMP	21	14,7
SMA-PT	122	85,3
Pekerjaan ibu		
IRT	64	44,8
Bekerja	79	55,2
Obesitas		
obes	14	9,8
non obes	129	90,2
Kematangan sosial		
Rendah	13	9,1
Tinggi	130	90,9

Tabel 3. Analisis univariat faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kematangan sosial anak (n=143)

Faktor risiko	OR	p	95%CI
Jenis kelamin (laki-laki)	2,79	0,10	0,82-9,53
Pernah tinggal kelas	5,73	0,06	0,94-34,85
Pengasuh bukan ibu kandung	0,01	0,82	0,00-7,6E+15
Obesitas	1,79	0,48	0,35-9,03

Tabel 4. Analisis multivariat faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kematangan sosial anak (n=143)

Faktor risiko	OR	p	95%CI
Jenis kelamin (laki-laki)	2,34	1,79	0,67-8,47
Pernah tinggal kelas	4,59	0,11	0,70-29,98
Pengasuh bukan ibu kandung	0,01	0,82	0,00-7,6E+15
Obesitas	1,73	0,52	0,33-9,23