

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Garis kemiskinan di Indonesia pada Maret 2020 meningkat 0,56% dari bulan September 2019, dimana garis kemiskinan pada Maret 2020 tercatat sebesar Rp. 454.652 perbulan (BPS Indonesia, 2020). Kemiskinan merupakan masalah sosial (Nurnaningsih, 2017). Rumah tangga di Indonesia dikatakan miskin jika pendapatan rumah tangga dibawah Rp. 2.200.000 (BPS Indonesia, 2020). Kalimantan Timur merupakan daerah dengan tingkat kemiskinan yang memprihatinkan. Daerah dengan sumber daya alam yang cukup melimpah ternyata hanya mampu menurunkan angka kemiskinan kurang dari satu persen setiap tahunnya (Humas DPRD Prov, 2018). Ketika kemiskinan meningkat, maka angka kriminalitas juga akan meningkat. Dampak lain dari kemiskinan adalah memicu timbulnya ketidakberdayaan mikro yang menjadi cikal-bakal kehancuran ekonomi suatu negara (Narendra, 2019). Dengan demikian kajian terkait kemiskinan perlu dilakukan sebagai upaya meminimalisir dampak-dampak negatif yang ditimbulkan.

Selain berdampak pada kriminalitas dan perekonomian negara, kemiskinan dapat memberi pengaruh negatif pada perkembangan anak. Anak yang dibesarkan dalam keluarga miskin rentan mengalami masalah saat usia remaja (Gunn & Duncan, 1997 dalam Krisnayanti, Rahmatika, & Listiyandini, 2018). Remaja yang hidup dalam kemiskinan rentan mengalami gangguan kesehatan fisik, misalnya ditemukan remaja usia 15 tahun yang kerap kali sakit (demam, pilek dan flu) karena harus bekerja sebagai pengamen di perempatan jalan (Suharto, 2016). Temuan penelitian Astri (2014) menunjukkan remaja miskin rentan mengalami gangguan saluran pernapasan karena kebiasaan merokok atau terbiasa dengan menghirup asap rokok. Kemudian, remaja yang hidup dalam kemiskinan pada umumnya identik tinggal diwilayah yang kumuh, lingkungan kumuh dan memiliki sanitasi kotor akan menghantarkan beberapa penyakit yang menyebabkan kondisi kesehatan menjadi buruk (Adine, Rahmatika, & Listiyandini, 2018). Berbagai pemaparan di atas menunjukkan remaja miskin mengalami kerentanan dalam dimensi kesehatan fisik.

Remaja yang hidup dalam kemiskinan rentan pula mengalami gangguan psikologis seperti depresi, dan gangguan kepribadian (Noviawati & Narendri, 2017). Kondisi kurangnya sumber ekonomi dapat mengarahkan peningkatan kemungkinan depresi dan stres (Sumara, Humaedi, & Santoso, 2017). Remaja yang hidup dalam kemiskinan rentan pula mengalami gangguan emosional yang ditandai rasa minder yang berlebihan (Brebahama, Akmal, Rahmatika, & Ranakusuma, 2018). Berbagai pemaparan di atas menunjukkan remaja miskin mengalami kerentanan dalam dimensi psikologis.

Remaja yang hidup dalam kemiskinan akan memiliki ruang pergaulan yang rentan terhadap eksploitasi, kekerasan, kecanduan obat dan juga pelecehan seksual (Tjandraningsih, 1995 dalam Astri, 2014). Selain itu, remaja miskin mengalami gejala patologi sosial, salah satunya kenakalan remaja (Sumara, Humaedi, & Santoso, 2017). Berbagai pemaparan di atas menunjukkan remaja miskin mengalami kerentanan dalam dimensi hubungan sosial.

Remaja yang hidup dalam kemiskinan juga sulit untuk mengakses lingkungan pendidikan yang bermutu karena tidak mampu dalam hal finansial (Krisnayanti, Rahmatika, & Listiyandini, 2018). Ketika mengikuti pembelajaran di sekolah, remaja miskin tak jarang mendapatkan perilaku diskriminasi dari pihak sekolah, umumnya, pihak sekolah mengidentifikasi mereka sebagai “anak nakal” yang tidak tahu aturan (Astri, 2014). Berbagai pemaparan di atas menunjukkan remaja miskin mengalami kerentanan dalam dimensi lingkungan sekolah.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa remaja miskin memiliki kerentanan dalam dimensi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan pendidikan (sekolah). Kerentanan ini semakin meningkat karena seorang remaja dalam tahap perkembangannya menurut Erikson sedang mengalami lonjakan emosional untuk mencari identitas (Papalia, Old, & Feldman, 2008). Jahja (dalam Putro, 2017) menyebutkan, masa remaja sebagai *masa storm and stress* yaitu masa kritis dalam tahap perkembangan manusia. Kerentanan dalam berbagai dimensi tersebut mengindikasikan bahwa remaja miskin berpeluang lebih besar memiliki kualitas hidup terkait kesehatan atau *health-related quality of life* (HRQOL) yang rendah. Remaja akan memasuki tahap perkembangan dewasa awal yang merupakan usia

produktif, sehingga remaja miskin yang mengalami kualitas hidup terkait kesehatan yang rendah akan menurunkan kualitas sumber daya manusia yang produktif, yang dibutuhkan untuk pembangunan bangsa. Dengan demikian, penelitian atau kajian kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin penting untuk dilakukan agar mengetahui faktor-faktor apa saja yang dapat berkontribusi sehingga dapat digunakan sebagai landasan kebijakan untuk menyusun program yang dapat meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin.

Health Related Quality of Life (HRQOL) atau kualitas hidup terkait kesehatan ialah sebuah konsep multidimensional yang mengukur persepsi individu terkait kesejahteraan psikologis, *self-esteem*, citra tubuh, fungsi kognitif, mobilitas, energi/vitalitas, hubungan sosial dan fungsi keluarga/rumah (Ravens Sieberer, dkk., 2005). Pada remaja, kualitas hidup terkait kesehatan dilihat sebagai adanya kesejahteraan fisik, kesejahteraan psikologis, suasana hati dan emosi, teman kelompok (sebaya) dan dukungan sosial, hubungan dengan orangtua dan kemandirian, persepsi diri dan otonomi, lingkungan sekolah, penerimaan sosial dan sumber daya keuangan (Rueden, dkk., 2006).

Sejumlah peneliti telah meneliti tentang faktor-faktor yang berkorelasi dengan kualitas hidup terkait kesehatan. Faktor-faktor tersebut ialah *self-compassion*, status pendidikan orang tua, kekayaan orangtua, resiliensi, peran kebersyukuran, *social support*, dan faktor psikososial antara lain, status ekonomi, pola asuh orangtua dan pengalaman hidup (Adine, Rahmatika, & Listiyandini, 2018; Von Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger, Ravens-Sieberer, 2006; Krisnayanti, Rahmatika & Listiyandini, 2018; Hasibuan, Rahmatika, & Listiyandini, 2018; Novita & Novitasari, 2017; Bronfenbrenner, dalam Gaspar, Ribeiro, Matos, Jose, & Ferreira, 2009). Berbagai penelitian tersebut lebih banyak mengkorelasikan faktor personal dengan kualitas hidup terkait kesehatan. Masih sedikit peneliti yang mengkaji bagaimana dinamika dalam keluarga dapat mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan. Sementara itu, penting untuk melihat pengaruh keluarga terhadap perkembangan remaja, karena keluarga merupakan mikrosistem atau lingkungan paling dekat dengan individu (Bronfenbrenner, 2005).

Keluarga merupakan unit dasar sosial terkecil di suatu masyarakat yang menentukan suatu kelompok masyarakat menjadi kelompok yang kuat, artinya segala aspek kehidupan masyarakat tidak lepas dari pengaruh keluarga. Penguatan fungsi-fungsi keluarga memungkinkan keluarga membangun anggotanya menjadi sejahtera, mandiri, dan sanggup menghadapi tantangan (Dewi & Widayanti, 2011). Dengan demikian, mengacu pada hal ini, kondisi keluarga turut mempengaruhi remaja miskin dalam mencapai atau tidak mencapai kualitas hidup terkait kesehatan yang optimal. Sejumlah hasil penelitian menunjukkan dinamika yang terjadi dalam keluarga dapat mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan dalam dimensi psikologis dan sosial. Sebagai contoh, kualitas hubungan antar keluarga mempengaruhi tingkat atau rasa kesepian yang dialami remaja (Hidayati, 2018). Selain itu, ketidakhadiran orangtua dalam hidup remaja dapat menimbulkan rasa tidak percaya diri, sulit bersosialisasi dan resiko mengalami psikotik (Yandri & Juliawati, 2018), kemudian, konflik keluarga yang ekstrim dan kurangnya komunikasi antar anggota keluarga dapat menyebabkan timbulnya kenakalan remaja (Sumara, Humaedi, & Santoso, 2017).

Kualitas hubungan keluarga maupun komunikasi yang buruk, serta adanya konflik seperti contoh diatas mengindikasikan keluarga tidak menjalankan fungsinya secara optimal (Sumara, Humaedi, & Santoso, 2017). Dengan demikian, salah satu kondisi keluarga yang berpengaruh terhadap ketercapaian kualitas hidup terkait kesehatan yang optimal pada remaja miskin adalah keberfungsian keluarga. Keluarga yang memiliki keberfungsian baik, cenderung mengacu pada bagaimana seluruh anggota keluarga dapat berkomunikasi satu sama lain, melakukan pekerjaan bersama-sama dan saling bahu membahu (Lubow, Beevers, Bishop & Miller, 2009, dalam Herawaty & Wulan, 2013). Menurut Beavers dan Hampson (1990) keberfungsian keluarga merupakan seberapa baik keluarga sebagai unit interaksional yang mampu melakukan tugas-tugas yang diperlukan dalam mengasuh dan mengatur serta mengelola 'keluarga' itu sendiri. Keberfungsian keluarga mengacu pada struktur kesatuan keluarga yang berfungsi secara efektif pada situasi yang penuh tekanan, dimana hal ini dilihat pada kemampuan orang dewasa dalam keluarga ketika bernegosiasi dan berbagi kepemimpinan, bersifat

fleksibel, adaptif, serta keluarga mampu menetapkan batasan yang jelas terkait apa-apa yang menjadi larangan dalam keluarga. Terdapat lima dimensi keberfungsian keluarga yang dipaparkan oleh Beavers dan Hampson (1990) yakni, (1) dimensi kesehatan/kompetensi, (2) dimensi kohesivitas, (3) dimensi konflik, (4) dimensi kepemimpinan, dan (5) dimensi ekspresi emosi. Selain itu, keluarga yang dianggap optimal dan berfungsi dengan baik ialah mereka yang mau terbuka untuk menyadari bahwa mereka membutuhkan sebuah interaksi dan relasi yang intens, sehingga adalah penting untuk membangun interaksi yang berkualitas di dalam sebuah keluarga agar terciptanya keseimbangan (VanKatwyk, 2001). Karakteristik tersebut dapat membantu remaja miskin menghadapi berbagai hambatan yang ada untuk mencapai kualitas hidup terkait kesehatan yang baik ditengah berbagai keterbatasan (Beavers & Miller, 2009).

Dalam kaitannya dengan kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi fisik, keluarga yang berfungsi dengan baik akan memberikan pengaruh kesehatan fisik yang positif pada individu (Safriani, 2010). Dimensi-dimensi keberfungsian keluarga dapat membantu mewujudkan tercapainya kesehatan fisik remaja miskin. Dimensi kesehatan/kompetensi dalam keberfungsian keluarga mencerminkan rasa tanggung jawab keluarga dalam menghidupi anggotanya (Beavers & Hompson, 2000), seperti menjadi penyedia sumber perawatan pertama apabila ada yang terserang penyakit fisik, dan penyedia sumber pangan bagi masing-masing anggota keluarga. Berbagai kompetensi keluarga tersebut akan membantu kesehatan fisik remaja miskin.

Dimensi kohesivitas dan dimensi kepemimpinan dalam keberfungsian keluarga juga dapat membantu mencapai kesehatan fisik remaja miskin. Keluarga yang kohesif akan saling bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan pokok (Harisuci, 2014). Sementara itu, menurut Crogan dan Wright (dalam Harisuci, 2014) memaparkan bahwa kepemimpinan ialah komunikasi yang dibangun secara positif untuk mempengaruhi suatu kelompok dalam bergerak kearah tujuan kelompok tersebut. Ketika pola kepemimpinan dengan komunikasi yang positif terbangun dalam sebuah keluarga, maka keluarga akan mudah bernegosiasi untuk saling melengkapi kebutuhan primer anggota keluarga (Beavers & Hompson, 2000).

Dimensi kohesivitas dalam keberfungsian keluarga dapat membantu mencapai kesehatan psikologis remaja miskin. Keluarga memainkan peran penting dalam perkembangan emosional seorang anak (Retnowati, Widhiarso, & Rohmani, 2003). Keluarga yang kohesif mampu menunjukkan respon afektif yang positif dengan intensitas yang seimbang (Gunawan & Setianingrum, 2018). Dengan demikian, kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi psikologis akan tercapai.

Dimensi konflik dalam keberfungsian keluarga dapat membantu mencapai kesehatan psikologis remaja miskin. Dimensi konflik mencerminkan keterbukaan keluarga dalam menghadapi sebuah masalah (Beavers & Hompson, 2000). Ketika anggota keluarga memiliki keterbukaan dalam sebuah masalah, ini akan menghantarkan pada kemampuan pemecahan masalah yang baik (Tavitian, Lubiner, Green, Grebstein, & Velicer, 1987). Dengan kemampuan pemecahan masalah yang baik, remaja dapat beradaptasi terhadap tekanan yang dihadapi (Abdollahi, Talib, Carlbring, Harvey, Yacoob, Ismail, 2016). Dengan demikian, kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi psikologis akan tercapai.

Dimensi kesehatan/kompetensi dalam keberfungsian keluarga dapat membantu mencapai kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi sosial. Dimensi kesehatan/kompetensi keberfungsian keluarga mencerminkan rasa optimis yang dirasakan oleh keluarga (Beavers & Hompson, 2000). Penelitian Seligman (2008) menyebutkan optimisme berpengaruh terhadap kesuksesan seseorang dalam membangun relasi sosial. Dengan demikian, kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi sosial akan tercapai.

Dimensi ekspresi emosi dalam keberfungsian keluarga dapat membantu mencapai kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi sosial. Keluarga dengan ekspresi emosi yang positif memiliki rasa peduli antar sesama (Beavers & Hompson, 2000). Temuan penelitian Kurniawan (2019) menyebutkan rasa peduli mampu menjadi indikator individu dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan baru, selain itu, ketika individu mampu menjalin interaksi yang baik maka individu akan jauh dari eksploitasi, kekerasan, kecanduan obat dan juga pelecehan seksual. Dengan demikian, kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi sosial akan tercapai.

Dimensi kepemimpinan dalam keberfungsian keluarga dapat membantu mencapai kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi hubungan anak dengan orang tua dan kemandirian. Dimensi kepemimpinan dalam keberfungsian keluarga mengandung konsistensi pola kepemimpinan orang dewasa dalam keluarga, termasuk komunikasi positif dalam keluarga (Beavers & Hampson, 2000). Adanya kepemimpinan dan komunikasi yang positif ini memudahkan anggota keluarga untuk saling bernegosiasi atau berdiskusi (Beavers & Hampson, 2003). Hal ini menjadikan hubungan remaja dengan orang tua menjadi harmonis karena adanya iklim komunikasi yang positif antar anggota keluarga. Adanya kepemimpinan dan komunikasi yang positif dalam keluarga mencerminkan PULA pola asuh demokratis yang diterapkan orang tua pada anak (Asiyah, 2013). Pola asuh yang demokratis berkorelasi signifikan dengan kemandirian remaja (Asiyah, 2013). Dengan demikian, dapat dikatakan dimensi kepemimpinan dalam keberfungsian keluarga berperan terhadap hubungan anak dengan orang tua dan kemandirian anak, yang merupakan salah satu dimensi kualitas hidup terkait kesehatan.

Dimensi kohesivitas dalam keberfungsian keluarga mencerminkan adanya kedekatan antar keluarga, kebersamaan dan kecenderungan untuk menikmati waktu bersama (Beavers & Hampson, 2003). Keluarga yang kohesif dapat menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif dan saling mendukung, hal ini akan membantu remaja mencapai kinerja akademis yang baik dan kepuasan dalam belajar (Herawaty & Wulan, 2013). Dengan demikian, dimensi kohesivitas dalam keberfungsian keluarga berperan terhadap dimensi lingkungan sekolah dalam kualitas hidup terkait kesehatan.

Dalam perspektif Islam, keberfungsian keluarga dalam pandangan Islam dilihat secara komprehensif dari tiap dimensi keberfungsian keluarga itu sendiri, yakni memahami peran, hak dan kewajiban suami, istri serta anak dalam membangun keluarga yang saling menyetatkan, kohesif, adanya keterbukaan konflik, pola kepemimpinan yang konsisten dan ekspresi emosi yang empatik dan hangat agar tercapainya hubungan yang penuh interaksi, bersifat fleksibel, adaptif, dan mampu menetapkan batasan yang jelas terkait apa-apa yang menjadi larangan dalam sebuah keluarga (Beavers & Hampson, 1990). Konsep sehat dalam Islam dapat diartikan

seperti yang dipaparkan WHO, yakni terkait dengan dimensi kesejahteraan fisik yang melibatkan sejauhmana individu sehat secara fisik, kesejahteraan psikologis yang melibatkan sejauhmana individu sehat secara mental, dan hubungan sosial yang melibatkan sejauhmana individu membangun relasi yang sehat dengan lingkungannya. Namun konsep sehat dalam Islam ditambahkan penanaman unsur tauhid dimana di dalamnya terdapat pengajaran akidah Islamiyah, dan pencapaian hari akhir yang terletak dalam pembelajaran ataupun pendidikan Fiqh-Sunnah (Haneem, Yusoff, Amin, Wan Chik, & Mohamad, 2017). Allah SWT berfirman:

وَأذْ قَالِ لَأَقْمُنْ لِأَبْنِي وَهُوَ يَعِظُهُ لِيُنَبِّئَ لَأ تَشْرِكْ بِأَللَّهِ إِنَّ الشِّرْكَ لَظُلْمٌ عَظِيمٌ

Artinya: *“Dan (ingatlah) ketika Lukman berkata kepada anaknya, ketika dia memberi pelajaran kepadanya “Wahai anakku! Janganlah engkau mempersekutukan Allah, sesungguhnya mempersekutukan (Allah) adalah benar-benar kezaliman yang besar.” (QS. Lukman (31): 13).*

Pada ayat ini dijelaskan bahwa pendidikan pertama yang diberikan oleh orang tua di dalam keluarga yakni pengajaran akidah kepada anak, dimana anak diajarkan konsep bahwa Allah adalah satu, dan mempersekutukan Allah adalah hal yang teramat melanggar batas (Shohifah, 2016).

Penelitian-penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa keberfungsian keluarga memiliki korelasi dengan kualitas hidup terkait kesehatan (atau kualitas hidup saja) (Herzer, Denson, Baldassano, & Hommel, 2011; Oktowaty, Setiawati, & Arisanti, 2018; Artini, Prihandhani, & Martini, 2017). Meski demikian, belum diketahui seberapa besar kontribusi keberfungsian keluarga terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin di Kalimantan Timur. Dengan demikian, dalam penelitian ini, peneliti ingin meneliti tentang hal tersebut. Dari pemaparan-pemaparan yang telah diuraikan sebelumnya, peneliti menduga bahwa dimensi-dimensi dalam keberfungsian keluarga berperan secara simultan terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin. Di Indonesia sendiri, penelitian mengenai kualitas hidup terkait kesehatan telah dilakukan oleh Adine, Rahmatika, dan Listiyandini (2018), Krisnayanti, Rahmatika, dan Listiyandini (2018), Hasibuan, Rahmatika, dan Listiyandini (2018), Wijayanti, Listiyandini, dan Rahmatika (2018), Nurtsani dan Listiyandini (2018), Yudha (2014) serta Palu dan

Nurdin (2014). Penelitian tersebut dilakukan pada populasi remaja miskin, remaja panti asuhan, remaja dengan orangtua bercerai, ibu hamil, dan penderita kanker payudara, serta mengkaitkan kualitas hidup terkait kesehatan dengan variabel *self-compassion*, resiliensi, peran kebersyukuran, dan potensi yang hilang. Penelitian tersebut cenderung meneliti kualitas hidup terkait kesehatan dalam kaitannya dengan variabel personal, dan belum meneliti kualitas hidup terkait kesehatan dengan variabel keluarga. Penelitian skripsi ini merupakan bagian dari penelitian payung kualitas hidup dan keluarga

1.2 Pertanyaan Penelitian

1. Apakah terdapat peran yang signifikan dari dimensi-dimensi keberfungsian keluarga secara simultan terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin?
2. Bagaimana peran dimensi-dimensi keberfungsian keluarga secara simultan terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin dalam perspektif Islam?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dilakukannya penelitian ini ialah untuk mengetahui peran dimensi-dimensi keberfungsian keluarga secara simultan terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin serta mengetahui tinjauannya dalam perspektif Islam.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari dilakukannya penelitian ini ialah sebagai berikut:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi informasi yang berguna dan bermanfaat bagi keilmuan psikologi serta dapat menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya dikemudian hari.

1.4.2 Manfaat Praktis

Diharapkan hasil dari penelitian ini berguna dan dapat menjadi landasan ataupun masukan bagi pihak-pihak terkait (pemerintah, penyelenggara pendidikan, tenaga kesehatan, dan lain sebagainya) dalam menyusun program untuk meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin.

1.5 Kerangka Berpikir

Ketika kemiskinan mulai merambah atau bertambah banyak, maka angka kriminalitas akan meningkat. Rumah tangga di Indonesia dikatakan miskin jika pendapatan rumah tangga dibawah dibawah Rp. 2.200.000 (BPS Indonesia, 2020). Anak yang dibesarkan dalam keluarga miskin rentan mengalami masalah saat ia remaja (Gunn & Duncan, 1997 dalam Krisnayanti, Rahmatika, & Listiyandini, 2018).

Keberfungsian keluarga menurut Beavers dan Hampson (1990) merujuk pada penekanan seberapa baik keluarga sebagai unit interaksional yang mampu melakukan tugas-tugas yang diperlukan dalam mengasuh dan mengatur serta mengelola 'keluarga' itu sendiri. Keberfungsian keluarga mengacu pada struktur kesatuan keluarga yang berfungsi secara efektif pada situasi yang penuh tekanan, dimana hal ini dilihat pada kemampuan orang dewasa dalam keluarga bernegosiasi dan berbagi kepemimpinan, bersifat fleksibel, adaptif, serta keluarga mampu menetapkan batasan yang jelas terkait apa-apa yang menjadi larangan dalam keluarga.

Kualitas hidup terkait kesehatan dipandang sebagai sebuah persepsi individu dan evaluasi subjektif dari kesehatan beserta kesejahteraan diri dalam lingkungan budaya mereka yang unik (Sieberer, dkk., 2010).

- Kualitas hubungan keluarga maupun komunikasi yang buruk, serta adanya konflik mengindikasikan keluarga tidak menjalankan fungsinya secara optimal (Sumara, Humaedi, & Santoso, 2017).
- Salah satu kondisi keluarga yang berpengaruh terhadap ketercapaian kualitas hidup terkait kesehatan yang optimal pada remaja miskin adalah keberfungsian keluarga.

Hipotesa: Terdapat peran yang signifikan dari dimensi-dimensi keberfungsian keluarga secara simultan terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin.

Apakah terdapat peran yang signifikan dari dimensi-dimensi keberfungsian keluarga secara simultan terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin?