



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**APLIKASI REGRESI LOGISTIK PADA HUBUNGAN  
PENYAKIT KRONIS DENGAN GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL  
PADA USIA 15 TAHUN KE ATAS DI INDONESIA  
( ANALISIS DATA RISKESDAS TAHUN 2007 )**

**TESIS**

**GIRI WIDAKDO**

**NPM : 0806442960**

No. KLAS	:	
No. FAKULTAS	:	7404/10
Tgl. Pengantar	:	3/08/10

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JULI, 2010**

## HALAMAN PERNYATAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : GIRI WIDAKDO

NPM : 0806442960

Tanda Tangan : 

Tanggal : 1 Juli 2010

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Giri Widakdo

NPM : 0806442960

Mahasiswa Program : Pasca Sarjana (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2008/2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**APLIKASI REGRESI LOGISTIK PADA HUBUNGAN PENYAKIT KRONIS DENGAN GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL PADA USIA 15 TAHUN KE ATAS DI INDONESIA (ANALISIS DATA RISKESDAS TAHUN 2007)**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 1 Juli 2010



(Giri Widakdo)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Giri Widakdo  
NPM : 0806442960  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Aplikasi Regresi Logistik Pada Hubungan Penyakit Kronis dengan Gangguan Mental Emosional pada Usia 15 Tahun ke Atas di Indonesia

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Besral, SKM. M.Sc. (.....)

Pembimbing : DR.dr. Toha Muhaimin, M.Sc (.....)

Penguji : R.Sutiawan, S.Kom. M.Si (.....)

Penguji : dr. Diding Sawaludin, Sp.KJ. M.Kes (.....)

Penguji : dr. H.Rusdi Effendi, Sp.KJ. MARS (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 1 Juli 2010

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT , karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini.

Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Drs. Bambang Wispriyono, Apt, P.hd selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
2. DR. drg. Indang Trihandini, M.Kes selaku Kepala Departemen Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
3. Besral, SKM, M.Sc dan DR.dr.Toha Muhaimin, M.Sc selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini
4. R. Suriawan, S.Kom, M.Si, dr. Diding Sawaludin, Sp.KJ, M.Kes serta dr. H. Rusdi Effendi, Sp.KJ.MARS atas kesediaan menjadi penguji pada sidang tesis.
5. Balitbang Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang telah banyak membantu dalam memperoleh data yang saya perlukan
6. dr. Syafri Guricci, M.Sc dan seluruh civitas akademik Universitas Muhammdiyah Jakarta yang telah banyak memberikan dukungan
7. Orang tua dan keluarga besar saya yang telah memberikan bantuan, dukungan materil dan moral, serta
8. Teman - teman seperjuangan yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Depok, 1 Juli 201

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademika Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Giri Widakdo  
NPM : 0806442960  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Biostatistik dan Kependudukan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Noneksklusif ( *Non-exclusive Royalty Free Right* ) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**APLIKASI REGRESI LOGISTIK PADA HUBUNGAN PENYAKIT KRONIS DENGAN GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL PADA USIA 15 TAHUN KE ATAS DI INDONESIA (ANALISIS DATA RISKEDAS TAHUN 2007)**

Beserta perangkat yang ada ( jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 1 Juli 2010

Yang menyatakan



( Giri Widakdo )

## ABSTRACT

**Name** : Giri Widakdo  
**Study Program** : Public Health Sciences  
**Title** : Application of Logistic Regression in Relationship Between the Chronically Illness and Mental Emotional disorders at Age 15 Years and Over in Indonesia (Data Analysis of Riskesdas Year 2007)

Indonesia Basic Health Research (Riskesdas) year 2007 showed that the prevalence of mental emotional disorder in Indonesia estimated to 11.6 percents. The purpose of this study was to find out the relationship between chronic diseases with a mental emotional disorder. The study design was cross sectional, using data from Basic Health Research (Riskesdas) 2007. Total sample of 660 452 respondents aged 15 years and above with the criteria of not having a mental disorder. Results showed that the prevalence of mental disorder at 11.58 percent, the risk of mental disorder to be higher relative to those who have higher number of chronic diseases. Respondents who suffer from one chronic disease have risk 2.6 times, two chronic disease have risk 4.6 times, three chronic disease have risk 12.4 times, four chronic disease have risk 7.2 times higher mental disorder as compared with respondents who did not suffer from chronic diseases. We recommended to the Directorate of Community Mental Health Services Ministry of Health to create a guideline or standard care about the service-related chronic diseases mental emotional disorder and the establishment of the service team of technical guidance (*tim bimbingan teknis*) for local governments, health agencies, and hospitals.

**Keywords:** Chronic Diseases, Mental Emotional Disorders, Riskesdas 2007

## ABSTRAK

Nama : Giri Widakdo  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Aplikasi Regresi Logistik pada Hubungan Penyakit Kronis dengan Gangguan Mental Emosional pada Usia 15 Tahun ke Atas di Indonesia (Analisis Data Riskesdas Tahun 2007)

Hasil Riskesdas tahun 2007 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional di Indonesia (usia 15 tahun keatas) sebesar 11,6 persen. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahuinya hubungan antara penyakit kronis dengan gangguan mental emosional. Desain penelitian ini *crosssectional* yang menggunakan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Sampel penelitian sebanyak 660.452 responden yang berusia 15 tahun ke atas dengan kriteria tidak sedang mengalami gangguan jiwa. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional sebesar 11,58 persen, risiko untuk mengalami gangguan mental emosional menjadi lebih tinggi pada mereka yang memiliki jumlah penyakit kronis lebih banyak dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit kronis. Responden yang menderita satu penyakit kronis berisiko 2,6 kali, responden yang menderita dua penyakit kronis berisiko 4,6 kali, untuk responden yang menderita tiga penyakit kronis berisiko 12,4 kali dan responden yang menderita empat penyakit kronis atau lebih berisiko 7,2 kali lebih tinggi mengalami gangguan mental emosional dibandingkan dengan responden yang tidak menderita penyakit kronis. Disarankan kepada Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan untuk membuat pedoman atau standart pelayanan pelayanan tentang penyakit kronis yang terkait dengan gangguan mental emosional serta dibentuknya tim bimbingan teknis pelayanan tersebut bagi pemerintah daerah, dinas kesehatan dan rumah sakit.

Kata kunci : Penyakit Kronis, Gangguan mental emosional, Riskesdas 2007



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	iv
ABSTRAK .....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	ix
DAFTAR RUMUS.....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	5
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Gangguan Jiwa .....	7
2.1.1 Penyebab Umum Gangguan Jiwa.....	7
2.1.1.1 Somatogenik.....	7
2.1.1.2 Psikogenik.....	8
2.1.1.3 Sosio Budaya .....	8
2.1.2 Proses Terjadinya Gangguan Jiwa.....	15
2.1.3 Gejala Umum Gangguan Jiwa.....	16
2.1.4 Jenis Gangguan Jiwa .....	16
2.1.4.1 Psikosa.....	17
2.1.4.2 Neurosa.....	17
2.1.5 Pengukuran Gangguan Mental Emosional.....	27
2.2 Konsep Penyakit Kronis .....	27
2.2.1 Penyakit Jantung .....	28
2.2.2 Diabetes Melitus (DM) .....	30
2.2.3 Tumor/Kanker .....	31
2.2.4 Tuberculosis Paru (TB Paru) .....	32
2.2.5 Hepatitis .....	33

2.2.6 Stroke .....	34
2.3 Kerangka Teori .....	35
<b>BAB III KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESA</b>	
3.1 Kerangka Konsep.....	36
3.2 Definisi Operasional.....	37
3.2.1 Variabel Dependen.....	37
3.2.2 Variabel Independen.....	37
3.3 Hipotesa .....	41
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian.....	42
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	42
4.3 Populasi, Sampel dan Besar Sampel.....	42
4.3.1 Populasi dan Sampel Penelitian.....	42
4.3.2 Besar Sampel.....	43
4.4 Jenis dan Sumber Variabel.....	44
4.5 Analisa Data.....	45
4.5.1 Univariat.....	45
4.5.2 Bivariat.....	45
4.5.3 Multivariat .....	45
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Karakteristik Responden .....	47
5.2 Hubungan Penyakit Kronis dengan Gangguan Mental Emosional .....	50
5.3 Hubungan Variabel Kovariat dengan Gangguan Mental Emosional ..	51
5.4 Analisis Multivariat: Pemodelan Hubungan Penyakit kronis dengan Gangguan Mental Emosional .....	56
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
6.1 Keterbatasan Penelitian .....	60
6.2 Karakteristik Responden.....	60
6.3 Hubungan Penyakit Kronis dengan Gangguan Mental Emosional .....	61
<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Kesimpulan .....	65
7.2 Saran .....	66
<b>DAFTAR REFERENSI</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Hubungan Saudara/Karabat dengan Gangguan Jiwa Berat (Skizofrenia).	8
Tabel 2.2. Perbandingan antara Neurosa dan Psikosa .....	17
Tabel 2.3. Perbedaan antara Serangan Kejang Epilepsi dan Serangan Kejang Konversi Histerik.....	21
Tabel 2.4 Ringkasan Gangguan Neurotik.....	25
Tabel 4.1 Hasil Perhitungan Sampel Berdasarkan Hasil Penelitian Terdahulu .....	44
Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Variabel, Riskesdas 2007...	47
Tabel 5.2 Hasil Analisis Hubungan Penyakit Kronis (Berdasarkan Jumlah yang diderita) dan Kovariat dengan Gangguan Mental Emosional, Riskesdas 2007.....	50
Tabel 5.3 Hasil Analisis Hubungan Penyakit Kronis (Berdasarkan Jenis Penyakit) dengan Gangguan Mental Emosional Riskesdas 2007.....	51
Tabel 5.4 Pemodelan Awal Hubungan Penyakit Kronis dengan Gangguan Mental Emosional .....	56
Tabel 5.5 Pemodelan Akhir Hubungan Penyakit Kronis dengan Gangguan Mental Emosional .....	58

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Gangguan Mental Emosional .....	35
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	36



## DAFTAR RUMUS

Rumus 4.1 Besar Sampel Untuk Uji Hipotesis Beda Dua Proporsi .....	43
Rumus 4.2 Rumus untuk Mencari Perbedaan/ Perubahan OR .....	46



## **DAFTAR LAMPIRAN**

**Lampiran 1 : Kuesioner Riskesdas 2007 dan Susenas 2007**

**Lampiran 2 : Rangkuman Uji Konfounding**



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Salah satu efek dari proses modernisasi dan globalisasi adalah adanya pergeseran nilai-nilai/norma kehidupan, meningkatnya taraf dan kebutuhan hidup dengan segala tuntutan yang menyertainya. Bila tidak mampu memenuhinya maka akan banyak masyarakat yang mengalami stress, anxietas, konflik, masalah psikososial hingga yang akhirnya mengganggu kesehatan salah satunya adalah masalah kesehatan mental (jiwa).

Menurut WHO (2004) tentang hasil konsorsium World Mental Health Survey yang melibatkan survey di 14 negara dunia diperoleh informasi bahwa di Asia dalam 12 tahun terakhir menunjukkan tren prevalensi gangguan mental (mental disorder) yang cenderung meningkat meskipun lambat. Data terakhir menunjukkan prevalensi di Jepang sebesar 1,5 persen (95%, CI: 0,7 – 2,2) untuk kategori gangguan mental berat, 4,1 persen (95%, CI: 2,7 – 5,5) untuk kategori sedang, dan 3,2 persen (95%, CI: 1,7 – 4,7) untuk kategori gangguan ringan.

Selanjutnya menurut data dari Global Burden of Disease Study (WHO, 2008) menunjukkan gangguan kesehatan jiwa khususnya depresi merupakan penyebab tertinggi keempat (4,3%) tingginya beban umum penyakit diantara seluruh penyakit.

Penelitian Badan Kesehatan Dunia yang dilaporkan oleh Aide Medicales International (AMI) tahun 2008, di beberapa negara berkembang menunjukkan bahwa 30-50% pasien yang berobat ke sarana pelayanan kesehatan umum ternyata menderita gangguan atau masalah kesehatan yang berlatar belakang mental emosional.

Menurut hasil Survei Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) tahun 1995 oleh Balitbang Depkes RI terhadap 65.664 rumah tangga menunjukkan adanya gejala gangguan kesehatan jiwa pada penduduk rumah tangga dewasa di Indonesia, yaitu 264 kasus per 1.000 penduduk. Hasil SKMRT juga menyebutkan, gangguan mental

emosional pada usia 15 tahun ke atas mencapai 140 kasus per 1.000 penduduk, sedangkan, pada rentang usia 5-14 tahun ditemukan 104 kasus per 1.000 penduduk .

Berdasarkan laporan Riskesdas tahun 2007 menjelaskan prevalensi gangguan mental emosional pada 30 provinsi Indonesia (usia 15 tahun keatas) sebesar 11,6 persen dengan 9,0 persen pada laki-laki dan 14,0 persen pada perempuan. (Depkes, 2008).

Pada hakekatnya setiap orang berpotensi mengalami gangguan kesehatan jiwa yang salah satu faktor risikonya adalah penyakit fisik yang bersifat kronis sepanjang berinteraksi dengan lingkungan dan terus terlibat dalam kemajuan jaman (Koenig, 2003).

Penyakit ini berlangsung lama dan cenderung mengakibatkan kematian sebagai akibat adanya gangguan biologis pada fungsi sistem saraf pusat hingga mempengaruhi fungsi kognitif seseorang (Stuart, 2007).

Menurut Davies & Craig (2009), prevalensi pasien yang datang ke gawat darurat rumah sakit di Inggris 20-30 persen dari 250.000 populasi adalah mengalami gejala psikiatri penting yang menyertai gangguan fisik, seperti gangguan *mood* (terutama ansietas dan depresi) pada pasien kanker dimana sepertiganya tidak menunjukkan perbaikan kesembuhan bila tidak ditangani secara aktif dan khusus. Serta masalah yang terkait dengan gangguan konsep diri pada pasien amputasi, kecacatan, hepatitis, stroke atau lainnya dan juga gangguan makan, seperti pada pasien DM, anoreksia dan obesitas

Pasien dengan penyakit fisik yang serius memiliki angka gangguan psikiatri sedikitnya 2 kali lipat dibanding populasi umum. Dengan 20 – 40 persen dari semua pasien yang dirawat inap dan dirawat jalan di rumah sakit mengalami gangguan psikiatri yang penting (Davies & Craig, 2009)

Berdasarkan publikasi WHO, (2006) tentang "Prevent Chronic Disease: a Important Investmen" menjelaskan penyakit jantung, stroke, kanker dan penyakit kronis lainnya sering dianggap menjadi masalah kesehatan masyarakat hanya untuk negara-negara berpenghasilan tinggi. Pada kenyataannya, hanya 20 persen dari kematian penyakit kronis terjadi di negara-negara berpenghasilan tinggi - sementara



80 persen terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, di mana sebagian besar kehidupan penduduk dunia.

Menurut Lloyd and Guthrie (2007) dijelaskan bahwa 25 persen perempuan mengalami gangguan afektif setelah dilakukan pembedahan payudara. Sedangkan Parle et al. (1996) dalam Llyod and Guthrie, (2007), melakukan penelitian prospektif dari 600 pasien kanker selama dua tahun dan menemukan bahwa 20 persen memiliki gangguan afektif

Pada penelitian tentang konsekuensi kesehatan fisik dengan gangguan jantung melalui metode meta analysis menyimpulkan bahwa sifat ketidakpercayaan, kemarahan, dan agresif adalah faktor risiko untuk tidak hanya penyakit jantung koroner (PJK) tetapi juga untuk hampir semua penyakit fisik (Miller et al 1996). Selanjutnya Lloyd and Guthrie, (2007) menjelaskan sekitar 13-19 persen dari pasien dengan Infark Miocard (MI) menderita gangguan depresi Major

Menurut penelitian Dwight et all, (2000) dilaporkan hubungan yang kuat antara hepatitis kronis dengan depresi. Dimana terdiagnosis 28 persen pasien dengan depresi dari serangkaian pasien dengan hepatitis C dan menemukan bahwa tingkat keparahan depresi berkorelasi tinggi dengan derajat kelelahan.

Sedangkan menurut Yayasan Stroke Indonesia, (2007) akibat lain dari stroke adalah 80% penurunan parsial/total gerakan dari lengan atau tungkai, 80-90 persen dalam berpikir atau mengingat, 70 persen menderita depresi dan 30 persen mengalami kesulitan bicara, menelan, membedakan kanan dan kiri

.Masalah kesehatan jiwa adalah masalah yang sangat mempengaruhi produktivitas dan kualitas kesehatan perorangan maupun masyarakat, yang tidak mungkin ditangani oleh pemerintah saja, tapi harus ditangani oleh multisektor termasuk masyarakat. Pembangunan sumber daya manusia (SDM) tidak hanya memperbaiki asupan gizi seimbang saja tapi harus melihat bahwa manusia terdiri dari tiga aspek yang tidak terpisah yaitu aspek fisik/jasmani, mental/emosional/kejiwaan dan aspek sosial budaya/lingkungan, ketiga aspek tersebut harus seimbang dan terintegrasi jika tidak maka upaya membangun SDM yang utuh hanya harapan (Yosef, 2008).

Salah satu informasi yang menggambarkan keadaan kesehatan Indonesia adalah laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007, yang diantaranya adalah informasi tentang prosentase penyakit fisik yang bersifat kronis dan gangguan mental emosional pada penduduk usia 15 tahun keatas di Indonesia. Penelitian ini secara khusus ingin meneliti hubungan antara penyakit fisik (kronis) dengan kejadian gangguan mental emosional pada penduduk usia 15 tahun ke atas di Indonesia.

## **1.2. Perumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, adapun rumusan masalah penelitiannya adalah:

1.2.1. Gangguan mental emosional/gangguan jiwa masih merupakan masalah global karena kecenderungan prevalensi kasusnya meningkat baik di dunia maupun di Indonesia.

1.2.2. Berdasarkan penelitian sebelumnya terdapat beberapa variabel diduga kemungkinan keterkaitannya dengan penyakit kronis, tetapi belum diketahui secara jelas seberapa besar asosiasinya, perancu variabel dan signifikansinya terhadap kejadian gangguan mental emosional di Indonesia.

## **1.3. Pertanyaan Penelitian**

1.3.1. Bagaimana gambaran prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia 15 tahun ke atas di Indonesia?

1.3.2. Bagaimana hubungan antara penyakit kronis dengan gangguan mental emosional setelah dikontrol oleh variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, status ekonomi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan riwayat keturunan pada usia 15 tahun keatas di Indonesia?

## **1.4. Tujuan Penelitian**

### **1.4.1. Tujuan Umum**

Diketahuinya hubungan antara penyakit kronis dengan gangguan mental emosional setelah dikontrol oleh variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan,

status perkawinan, status ekonomi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan riwayat keturunan pada usia 15 tahun keatas di Indonesia

#### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1.4.2.1. Mengetahui gambaran prevalensi gangguan mental emosional pada usia 15 tahun ke atas di Indonesia

1.4.2.2. Mengetahui karakteristik dari variabel yang terkait dengan gangguan mental emosional pada usia 15 tahun ke atas di Indonesia

1.4.2.3. Mengetahui hubungan antara status penyakit kronis dengan gangguan mental emosional setelah dikontrol dengan variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, status ekonomi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan riwayat keturunan gangguan jiwa/mental

#### **1.5. Manfaat Penelitian. .**

Adapun manfaat penelitian yang diharapkan adalah :

1.5.1. Bagi penulis, dapat memberikan wawasan, pengetahuan, menambah pengalaman dan keterampilan serta pengembangan daya pikir serta penalaran dalam penelitian, menganalisa dan mengolah data dari hasil penelitian khususnya mengenai gangguan mental emosional

1.5.2. Sebagai bahan masukan bagi para pengambilan keputusan dibidang kesehatan khususnya dalam merencanakan atau mengambil kebijakan strategis untuk menanggulangi gangguan kesehatan mental emosional

1.5.3. Diharapkan dapat memberikan informasi tambahan pada peneliti lanjutan yang terkait dengan hubungan antara penyakit kronis dengan gangguan mental emosional

#### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini merupakan analisis terhadap data “Riset kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007” dengan variabel penelitian dibatasi pada: gangguan mental emosional, penyakit kronis (TB Paru, DM, hepatitis, Penyakit jantung, Stroke dan Kanker), umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, status

**ekonomi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan riwayat keturunan gangguan jiwa/mental pada usia 15 tahun ke atas di Indonesia**



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku atau psikologi seseorang yang secara klinik cukup bermakna dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderita (*distress* atau kendala *impairment / disability*) di dalam satu atau lebih fungsinya yang penting dari manusia sebagai tambahan, disimpulkan bahwa disfungsi itu adalah disfungsi dalam segi perilaku psikologis atau biologi dan gangguan jiwa ada semata-mata terletak di dalam hubungan antara orang itu dengan masyarakat (PPDGJ III, 2003).

Sedangkan menurut Yulizar, dkk (2004) gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yaitu menimbulkan penderitaan pada dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial .

Selanjutnya menurut Hawari (2008) gangguan jiwa adalah sindrom atau pola tingkah laku psikologis yang secara klinis bermakna dari seseorang dan berhubungan dengan penderita (*distress*) atau disabilitas atau meningkatnya risiko untuk penderita sakit, disabilitas, kematian atau kehilangan kebebasan.

#### **2.1.1. Penyebab Umum Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa ditentukan oleh ketiga faktor/ aspek yang saling berhubungan erat yaitu :

##### **2.1.1.1 Somatogenik**

Gangguan jiwa terkait dengan kondisi fisik/badan individu, yang meliputi: perubahan neuroanatomi, neurofisiologi, neurokimia, kematangan dan perkembangan organik serta faktor pre dan peri natal. Setiap faktor yang mengganggu perkembangan fisik dapat menyebabkan gangguan mental termasuk individu dengan penyalahgunaan zat, dimana terkait faktor genetik / keturunan (kelainan kromosom, kongenital, atau gangguan pada otak), fisiologi, komplikasi medik dan lainnya. Diawali dengan gangguan kesehatan yang bersifat fungsional dapat berpengaruh buruk pada sistem dan dapat berakibat pada kelainan organobiologik, seperti gangguan psikosomatik, penyakit fisik, infeksi atau lainnya yang selanjutnya dapat meningkatkan hormon

atau zat tertentu dalam tubuh yang dapat mengganggu keseimbangan jiwa (Maramis, 2009).

### 2.1.1.2 Psikogenik

Kemungkinan disebabkan oleh pola asuh keluarga yang tidak tepat/ salah dan masa remaja yang dilalui dengan tidak baik, termasuk didalamnya berupa kecemasan, kekecewaan dan rasa salah dapat menimbulkan gangguan jiwa, persaingan saudara kandung, terganggunya konsep diri, pola adaptasi dan lainnya. Daya tahan seseorang terhadap stress berbeda-beda, tergantung pada keadaan somato-psiko-sosialnya. Ada orang yang peka terhadap stress tertentu karena pengalaman masa lalu yang menyakitkan dan tidak dapat diatasi dengan baik (Maramis, 2009)

### 2.1.1.3. Sosio-budaya

Resiko terjadinya gangguan jiwa berbeda pada setiap individu, antara lain disebabkan oleh latar belakang sosial budaya, seperti: status sosial ekonominya, kondisi lingkungan individu dibesarkan dan bergaul, adat istiadat dan kebudayaan yang kaku, ataupun perubahan-perubahan yang cepat dalam dunia modern ini karena tidak semua individu mampu beradaptasi terhadap perubahan tersebut (Maramis, 2009)

Teori lain yang memungkinkan menjadi penyebab gangguan jiwa adalah:

#### a. Faktor genetik dan biologik

Faktor keturunan yang mempengaruhi kesehatan jiwa seseorang dimana pada kasus tertentu seperti retardasi mental terdapat kromosom trisomi pada pasangan kromosom no. 21. Berdasarkan teori neurologi serta adanya faktor konstitusi yang menunjukkan genetik keseluruhan ataupun yang diperolehnya kemudian (hasil interaksi genotip dan fenotip), disebutkan bahwa faktor genetik berperan dalam kemungkinan terjadinya gangguan jiwa depresi pada saudara kembar monozigot adalah 60-80%, sedangkan pada saudara heterozigot adalah 25-35% (Maramis, 2009).

Tabel.2.1 Hubungan saudara/karabat dengan gangguan jiwa berat (skizofrenia)

Hubungan dengan klien skizofrenia	Yang menderita skizofrenia
Kembar monozigot	86,20 %
Kembar heterozigot	14,50 %
Saudara kandung	14,20 %
Saudara tiri	7,10 %
Masyarakat umum	0,85 %

(Coleman, JC : Abnormal psycology and modern life, Bombay, 1970 yang dikutip Maramis, 2009)

## **b. Faktor Psikososial ( sosial dan psikologis ) dan demografi**

Pada faktor ini identik dengan faktor demografi seperti stres dalam kehidupan sebagai akibat dari : kehilangan orang yang dikasihi, kehilangan pekerjaan, penghasilan, pendidikan, perkawinan, kebiasaan/gaya hidup seseorang (mis: merokok, konsumsi alkohol) dan dukungan sosial atau lainnya yang sejalan dengan bertambahnya usia (Sumarmo, 2008).

### **a) Umur**

Gangguan mental emosional yang cenderung meningkat erat kaitannya dengan pertambahan usia karena menurut Maramis, (2009) terdapat 1 persen masyarakat populasi dunia mengalami gangguan jiwa dengan 5 – 15% diantaranya anak usia 3-15 tahun.

Menurut Koenig & Blazer (2003) menjelaskan resiko gangguan mental emosional (depresi) pada pasien sesudah usia 50 tahun hanya ½ sampai 1/3 dari pasien dengan usia kurang dari 50 tahun lebih disebabkan faktor biologik bukan karena faktor genetik. Hal ini mungkin disebabkan perubahan pada system syaraf pusat seperti meningkatnya aktifitas monoamine oksidase (terutama neurotransmitter katekolaminergik) yang mungkin berperan dalam terjadinya depresi pada usia lanjut.

Berdasarkan hasil SKMRT (1995) didapat pada rentang umur 5-14 tahun ditemukan 104 kasus gangguan mental emosional per 1000 penduduk dan pada umur 15 tahun keatas mencapai 104 kasus per 1000 penduduk. Selanjutnya menurut Balitbang Depkes dalam Riskesdas tahun 2007, dijelaskan bahwa kelompok umur lebih tua prevalensi kejadian gangguan mental emosional semakin meningkat dan dari hasil penelitian tersebut didapatkan prevalensi gangguan mental emosional pada kelompok umur 15-24 tahun sebesar 8,7 persen, kelompok umur 25-34 tahun sebesar 9,0 persen, kelompok umur 35-44 tahun sebesar 9,9 persen, kelompok umur 45-54 tahun sebesar 12,0 persen kelompok umur 55-64 tahun sebesar 15,4 persen, kelompok umur 65-74 tahun sebesar 23,2 persen dan 75 tahun keatas sebesar 33,7 persen (Depkes, 2008)

### **b) Jenis Kelamin**

Menurut Maramis, (2009) kemungkinan prevalensi resiko wanita mengalami gangguan jiwa depresi 1,5 - 2 kali dibandingkan pria namun tidak semua wanita mengalami hal tersebut, masalah perubahan hormonal sering dikaitkan dengan kecenderungan depresi dan perbedaan karakteristik keduanya. Ketika seseorang mengalami depresi, jumlah cairan kimia didalam otak berkurang, yang dapat

menyebabkan sel otak bekerja lebih lambat, cairan neurotransmitter tersebut adalah serotonin. Bila terjadi ketidakseimbangan akan menyebabkan depresi. Selain serotonin, ada zat penghantar syaraf lain yang berperan, seperti norepineprin, dopamine, histamine, dan estrogen. Estrogen yang merupakan hormon kaum wanita ini bertanggung jawab sebagai penyebab gangguan jiwa. Ketika jumlah estrogen menurun akan memunculkan gejala-gejala gangguan. Disamping itu estrogen juga akan memberi pengaruh secara langsung timbulnya depresi itu sendiri. Pada wanita terdapat dua hormon yaitu estrogen serta progesterone. Keduanya bekerja bergantian, misalnya dalam kondisi menstruasi jumlah estrogen menurun, sedangkan progesterone naik. Pada saat menstruasi atau pre-menstruasi syndrome (PMS), dalam kondisi ini wanita lebih mudah untuk sedih, sensitive, marah, serta mudah menangis. Bagi wanita yang menjelang menopause, tepatnya satu tahun sebelumnya, akan semakin berisiko mengalami gangguan. Kondisi ini disebut premenopause, kecenderungannya wanita lebih sensitive serta paranoid sehingga semakin berisiko. Penurunan estrogen pada aita akan berpengaruh pada emosi. Selain perubahan hormonal, karakteristik wanita yang lebih mengedapankan emosional daripada rasional juga berperan.

Pada penelitian keluarga dan genetik molekuler didapatkan bahwa kontribusi faktor genetik pada "*late life depression*" (depresi pada usia diatas 50 tahun ) lebih sedikit dibandingkan "*early onset disorder*" (depresi pada usia kurang dari 50 tahun) Resiko depresi pada pasien sesudah usia 50 tahun hanya  $\frac{1}{2}$  sampai  $\frac{1}{3}$  dari pasien dengan usia kurang dari 50 tahun lebih disebabkan faktor biologik bukan karena faktor genetik. Hal ini mungkin disebabkan perubahan pada sistem saraf pusat seperti meningkatnya aktifitas monoamine oksidase (terutama neurotransmitter katekolaminergik) yang mungkin berperan dalam terjadinya depresi pada usia lanjut.

### c) Status Perkawinan

Menurut Stuart dan Sundeen ( 2001), bahwa orang yang cerai, pisah, janda / duda atau belum kawin cenderung berisiko tinggi melakukan bunuh diri dibanding yang sudah kawin

Sedangkan menurut Frech, ( 2002) yang melakukan survey terhadap 3.066 responden pria dan wanita yang pernah menderita depresi di tahun 1997. Lima tahun kemudian mereka diwawancarai kembali tentang kualitas pernikahan mereka (jika menikah). Ternyata klien dengan gangguan depresi yang menikah dilaporkan mengalami peningkatan kualitas psikologi yang lebih baik dibandingkan dengan



responden yang tidak menikah. Secara umum pernikahan telah memberikan efek psikologi yang lebih besar pada seseorang

#### **d) Pendidikan**

Dari penelitian Darmojo, (1992) didapatkan informasi bahwa tingkat pendidikan seorang usia lanjut berbanding positif langsung dengan tingkat kesehatannya. (Darmojo, RB,2004)

Sedangkan menurut Gallo JJ, (1995) bahwa pendidikan rendah berhubungan dengan meningkatnya resiko untuk terjadinya demensia dan sebagian terjadinya depresi.

#### **e) Obat / Pengguna obat dan alkohol**

Menurut Soejono dkk, (2006), etiologi dan patogenesis tentang kejadian gangguan jiwa depresi pada usia lanjut berhubungan dengan polifarmasi yang berkaitan erat dengan multipatologi. Beberapa penyebab lain adalah kondisi medik seperti stroke dan hipotiroidisme. Obat-obatan yang berhubungan dengan depresi antara lain obat hipertensi ( *beta Bloker*, klonidin, reserpin) steroid (prednison, preparat estrogen), simetidin digitalis dan lain sebagainya. (Koenig & Blazer, 2003)

Pada kondisi seseorang yang menggunakan obat terlarang, menurut NIDA (National Institute on Drug Abuse) tahun 1991 dari 37 persen (75,1 juta) penduduk Amerika didapat 13 persen (25,8 juta) pernah menggunakan obat terlarang dengan kelompok usia 18 – 25 tahun sebanyak 4,4 juta. dan 7 juta pada tingkatan usia yang lebih tua serta dengan 7,4 juta laki-laki dan 5,4 juta perempuan ( Maramis,2009) Meski saat ini cenderung turun 10-20 persen tetapi secara statistik tidak bermakna karena penggunaan alkohol memimpin dalam kematian yang berhubungan dengan semua zat dan dapat menurunkan harapan hidup kira-kira 10 tahun (Kaplan.at.all, 2010)

Hal ini bertolak belakang dengan Indonesia khususnya berdasarkan jumlah klien yang dirawat di RSKO Jakarta antara tahun 1985 -1990 dimana terjadi kecenderungan meningkat mencapai 8 - 10 persen dimana tidak menutup kemungkinan terus akan meningkat sesuai dengan perubahan gaya hidup dan adaptasi (Hawari, 1990)

Menurut TKJ Craig, (2009) seseorang yang mengkonsumsi alkohol tergantung pada beberapa variabel, yaitu :

1. Usia dan jenis kelamin dengan rasio laki-laki lebih banyak 2 kali dibanding perempuan dengan kelompok usia 20 – 35 tahun (Maramis, 2010)

2. Pekerjaan, Penyalahgunaan alkohol lebih sering terjadi pada dengan profesi yang berhubungan dengan catering dan pembuatan minuman keras bahkan adanya yang terkait dengan kelas sosioekonomi rendah

Selanjutnya menurut data Institute of Alcohol Studies, (2007) pada pecandu alkohol mengakibatkan gangguan jiwa 2 kali lebih tinggi dari pada yang tidak mengkonsumsi alkohol, dengan 36,6 persen diantaranya adalah pecandu alkohol yang beralasan ingin relaks 75 persen, ingin mencari kesenangan 60 persen dan sisanya ingin merayakan kemenangan, ingin bebas dari masalah, terpengaruh teman dan lain-lain.

Hasil penelitian Hawari (1990) menunjukkan bahwa responden dengan penyalahgunaan zat memiliki risiko gangguan mental (kecemasan) sebesar 13,8 kali dan depresi sebesar 18,8 kali.

Etiologi yang berhubungan dengan pengguna alkohol adalah: genetika dan psikososial, yang meliputi: status sosial ekonomi dan riwayat kesulitan sekolah (Kaplan. at.all, 2010)

Seseorang akan terlibat dalam penyalahgunaan zat termasuk alkohol dan dapat sampai kepada ketergantungan zat bila sudah memiliki faktor predisposisi (pendukung yang ada sejak lahir), faktor kontribusi (pola asuh keluarga) dan faktor pencetus (yang dapat timbul akibat pengaruh dari teman sebaya)

#### f) Dukungan Sosial

Dukungan sosial dapat diartikan sebagai dorongan, sokongan atau bantuan yang diberikan kepada individu dari sanak saudara atau lingkungan yang terpercaya secara moril, materil dan perilaku untuk belajar dan mengembangkan diri (Purwadarminta, 1991).

Sedangkan menurut Stuart dan Sundeen (2001), salah satu faktor pengimbang (Balancing Factor) adalah dukungan situasi/support system yang bersama faktor persepsi dan koping yang digunakan individu berguna menyelesaikan krisis yang dapat menimbulkan stress yang dirasakan sebagai ancaman.

Menurut Depkes yang dikutip Marini (2008), beberapa teori yang berhubungan dengan psikososial, yaitu:

- i. Teori Kesenambungan, yaitu bahwa dalam memasuki usia lanjut, seseorang akan lebih berhasil bila tetap dapat mempertahankan interaksinya dengan masyarakat.maka dengan cara ini, usia lanjut dapat mempertahankan identitas diri dan peranannya dalam masyarakat.

2. Teori Aktifitas, yaitu bahwa usia lanjut yang berhasil adalah mereka yang dapat mempertahankan suatu tingkat kegiatan didalam masyarakat. Keterlibatannya didalam kegiatan dapat diasosiasikan dengan tingkat kepuasan hidup.

Adanya dukungan sosial yang tinggi diharapkan dapat melindungi dari kejadian depresi pada saat lanjut usia.

#### **g) Kegiatan keagamaan**

Kegiatan keagamaan yang rutin ada hubungannya dengan kesehatan jiwa dan dapat menurunkan tingkat gangguan depresi dan mempercepat kesembuhan gangguan depresi, usia lanjut identik dengan usia senja sehingga terjadi peningkatan aktifitas spiritual/keagamaannya. Menurut Larson DB dkk, (2000) dari beberapa penelitian yang dilakukan terhadap usila antara lain dapat disimpulkan :

1. Usia lanjut yang non religius angka kematiannya dua kali lebih besar dibandingkan usia lanjut yang religius
2. Bagi usia lanjut non religius yang kurang tabah, kurang kuat, dan kurang mampu, mengatasi stress dibandingkan usia lanjut yang religius sehingga lebih sering mengalami masalah gangguan jiwa.
3. Usia lanjut non religius yang kurang tenang dan kurang tabah menghadapi saat-saat akhir (kematian) dibandingkan usia lanjut yang religius (Marini, 2008).

#### **h) Pekerjaan**

Didalam pekerjaan, status tertentu mempunyai akibat suatu citra tertentu pula. Perubahan status sosial seseorang akan berakibat bagi yang bersangkutan dan perlu dihadapi dengan persiapan yang baik dalam menghadapi perubahan tersebut. Aspek social tidak dapat diabaikan dan sebaiknya diketahui sedini mungkin sehingga dapat mempersiapkan diri sebaik mungkin. Dan bagi seseorang yang memasuki usia lanjut yang pernah menduduki suatu jabatan atau pekerjaan formal. Mereka akan kehilangan semua perlakuan yang dahulu mereka peroleh, seperti penghormatan perhatian, dan perlakuan khusus, yang akhirnya memungkinkan berdampak buruk pada semangat, suasana hati dan kesehatan ( Depkes, 2004).

Menurut Stuart dan Sundeen (2001), faktor risiko tingkah laku bunuh diri pada pengangguran/tidak bekerja lebih tinggi dari pada profesional/pekerja karena bagi mereka yang tidak bekerja beranggapan, bahwa : tuntutan dan tanggung jawab sangat besar dalam menyelesaikan kewajibannya tidak sebanding dengan kebutuhan hidup

#### **i). Status Ekonomi**

Bagi seorang profesional, petani, pedagang dan lainnya selain memiliki sosial financial yang relatif jelas juga memiliki prestise, kewibawaan, peran-peran sosial dan sebagainya sehingga dapat meningkatkan harga dirinya (Stuart dan Sundeen, 2001) lalu ketika seseorang tersebut sakit maka tidak akan terlalu berdampak buruk karena masih ada jaminan dari hasil berkarya, namun bagi "non profesional" atau yang tidak memiliki penghasilan dapat menimbulkan guncangan ekonomi, hingga dapat mengakibatkan stress atau gangguan mental . Terganggunya kesehatan pada seseorang dapat menimbulkan dampak ganda, di satu sisi menjadi kendala untuk mencari nafkah, di sisi lain menambah beban pengeluaran. Kenyataan yang ada seringkali pendanaan tidak mencukupi untuk mengatasi gangguan kesehatan yang dihadapi (Depkes, 2004)

#### **j) Aktifitas Mandiri**

Kemandirian pada individu dinilai dari kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. (Activities of Daily Life =ADL),. tanpa bantuan dapat bangun, mandi dan lain sebagainya secara normal dilakukan (Depkes, 2001)

Sehingga jika terdapat faktor kehilangan fisik yang mengakibatkan hilangnya kemandirian akhirnya akan meningkatkan kerentanan terhadap gangguan jiwa (Soejono, 2006)

#### **k) Kebiasaan Merokok**

Penggunaan nikotin yang paling gawat adalah ketergantungan, dimana sekali seorang menjadi peokok maka akan sulit mengakhiri baik secara fisik maupun psikologis hingga akhirnya menjadi sebuah kebiasaan yang kompulsif. Rokok juga punya *dose-response effect*, artinya semakin muda usia merokok, akan semakin besar pengaruhnya. Apabila perilaku merokok dimulai sejak usia remaja, merokok sigaret dapat berhubungan dengan tingkat *arterosclerosis*. Risiko kematian bertambah sehubungan dengan banyaknya merokok dan umur awal merokok yang lebih dini (Yuliana, 2007).

Karena sifatnya adiktif, rokok dalam Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) dikelompokkan kedalam Nicotine Related Disorders. Nikotin memiliki sifat mempengaruhi dopamin otak dengan proses yang sama seperti obat-obatan heroin dan kokain, tetapi dalam urutan sifat ketagihan zat psikoaktif, nikotin lebih menimbulkan ketagihan dibanding heroin, kokain, alkohol, kafein dan marijuana. Lebih lanjut Fleming, Glyn dan Ershler dalam Wahyudi,

(2009) mengatakan merokok merupakan tingkatan awal untuk menjadi penyalahgunaan obat-obatan dan mencoba merokok secara signifikan berarti membuka peluang penggunaan obat-obat terlarang dimasa datang (gerbang narkoba).

Secara epidemiologi diketahui kurang lebih 20 persen dari perokok memiliki risiko 8 kali pengguna NAPZA dan berisiko 11 kali untuk menjadi peminum berat dibanding mereka yang tidak merokok. Menurut Hidayat yang dikutip Wahyudi (2009) remaja perokok yang berisiko tinggi terhadap penyalahgunaan narkoba memiliki sifat pemuasan segera, kurang mampu menunda keinginan, merasa kosong dan bosan, mudah cemas, gelisah dan depresi.

Dalam sebuah penelitian di Jerman (1997 – 1999) yang melibatkan 4181 responden disimpulkan bahwa responden nikotin memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dan hampir 50% dari perokok memiliki setidaknya 1 jenis gangguan kejiwaan, selain itu diketahui pula bahwa klien gangguan jiwa cenderung lebih sering menjadi perokok.

Sedangkan menurut penelitian CASA (Columbian University's National Center on Addiction and Substance Abuse) yang dikutip Wahyudi (2009) dikatakan remaja perokok memiliki 2 kali lipat mengalami gejala-gejala kecemasan dan depresi dibanding remaja yang tidak merokok serta perokok aktif lebih sering mengalami serangan panik dibanding yang tidak merokok.

Dampak rokok akan terasa setelah 10-20 tahun pasca digunakan dampak rokok bukan hanya untuk perokok aktif tetapi juga perokok pasif (RuliA, Mustafa, 2005:3). Menurut Irfan dalam Yuliana (2007:33) walaupun dibutuhkan waktu 10-20 tahun, tetapi terbukti merokok mengakibatkan 80% kanker paru dan 50% terjadinya serangan jantung, impotensi dan gangguan kesuburan, semua itu merupakan risiko awal timbulnya penyakit kronis atau terminal, yang akhirnya akan berpengaruh terhadap gangguan mental. (Irfan, 2006).

### 2.1.2 Proses terjadinya gangguan jiwa

Dimulai dari stress yang dihadapi individu yang diiringi dengan kondisi gejala penderita/distress selanjutnya individu akan menggunakan mekanisme penyesuaian atau pertahanan diri (*koping*), bila koping yang digunakan positif maka tidak akan berkembang lebih lanjut tetapi tetap akan mampu beradaptasi dengan baik terhadap adanya stress namun bila koping yang digunakan negatif maka berkembang menjadi salah satu gejala khas yang mungkin terjadi bisa berupa gangguan mental

ringan (*apakah depresi, phobia, anxiety atau lainnya*) atau bahkan memungkinkan terjadinya gangguan mental berat, seperti schizofrenia atau psikosa selanjutnya bila gangguan mental tidak tertangani dengan baik maka individu akan mengalami penurunan berbagai fungsi seperti fungsi sosial (Hawari, 2008)

### 2.1.3. Gejala umum gangguan jiwa

Menurut Maramis (2009), ada banyak gejala gangguan jiwa, yang antara lain dapat digambarkan sebagai berikut :

- a. Gangguan kesadaran sering terjadi kesadaran menurun dimana kemampuan persepsi, perhatian dan pemikiran individu berkurang secara keseluruhan kemudian timbul amnesia. Selain itu individu juga mengalami gangguan tidur atau sering mimpi buruk dan gangguan orientasi (disorientasi) yang dapat menyangkut orang, tempat dan waktu.
- b. Gangguan afek dan emosi depresi, anxietas, kegembiraan yang berlebihan (euphoria), ragu-ragu dalam mengambil suatu keputusan (ambivalen), apatis tau agresif.
- c. Gangguan psikomotor berupa aktivitas yang menurun (hipoaktif), aktivitas berlebihan (hiperaktif) atau mania yang ditandai dengan melakukan aktivitas apa saja tanpa mengenal lelah.
- d. Gangguan proses berpikir berupa pikiran autistic dimana individu hidup dalam dunianya sendiri, mempertahankan isi pikiran yang salah yang tidak sesuai dengan kenyataan meskipun telah dibuktikan kebenarannya (waham). Isi pembicaraannya kacau, tak dapat dimengerti maksudnya atau bila diajak bicara jawabannya tidak relevan. Sering kali juga muncul pikiran untuk bunuh diri atau perasaan curiga yang berlebihan terhadap orang lain.
- e. Gangguan persepsi berupa halusinasi yaitu penangkapan panca indera tanpa adanya rangsangan sensorik. Kemampuan individu untuk mengerti berbagai stimulus yang datang melalui panca inderanya terganggu, ia sering salah mengartikannya. Individu mengalami hal-hal yang tidak dialami oleh orang-orang sekitarnya serta tingkah lakunya juga menjadi kacau.

### 2.1.4. Jenis Gangguan Jiwa

Menurut Maramis (2009) klasifikasi gangguan jiwa terbagi dalam 2 golongan besar yaitu:

#### 2.1.4.1 Psikosa ( gangguan jiwa berat )

Psikosa adalah gangguan jiwa serius, yang timbul karena penyebab organik ataupun emosional dan menunjukkan gangguan kemampuan berpikir, bereaksi secara emosional, mengingat, berkomunikasi, menafsirkan kenyataan dan bertindak sesuai dengan kenyataan itu, sedemikian rupa sehingga kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari sangat terganggu (Maramis, 2009)

#### 2.1.4.2 Neurosa (Gangguan jiwa ringan )

Neurosa ialah suatu kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena tidak dapat diselesaikannya suatu konflik tak sadar (Maramis, 2009).

Kecemasan yang timbul dirasakan secara langsung atau diubah oleh berbagai mekanisme pembelaan psikologik dan munculah gejala-gejala subyektif lain yang mengganggu.

Tabel 2.2. Perbandingan antara Neurosa dan Psikosa

Faktor	Neurosa	Psikosa
Prilaku umum	Dekompensasi kepribadian ringan; kontak dengan kenyataan dan fungsi sosial terganggu.	Dekompensasi kepribadian hebat; kontak dengan kenyataan sangat terganggu ; penderita tidak dapat berfungsi sosial.
Gejala-gejala	Gejala-gejala psikologik dan somatik bervariasi luas, tetapi tidak terdapat halusinasi atau gangguan proses berpikir, emosi dan tindakan yang ekstrim.	Gejala-gejala bervariasi luas dengan waham, halusinasi, kedangkalan emosi dan gangguan perilaku yang hebat.
Orientasi	Penderita jarang kehilangan orientasi terhadap lingkungan	Penderita sering kehilangan orientasi terhadap lingkungan.
Pemahaman (Insight)	Penderita sering masih memahami bahwa ia terganggu	Penderita jarang sering kali memahami bahwa ia terganggu
Aspek sosial	Perilaku penderita jarang membahayakan diri sendiri atau masyarakat.	Perilaku penderita sering berbahaya bagi diri sendiri atau masyarakat.
Pengobatan	Jarang diperlukan pengobatan di rumah sakit.	Biasanya diperlukan pengobatan di rumah sakit.

Sumber: Coleman, J.C, *Abnormal. Psychology and Modern Life*. D.B. Taraporevala Son&Co, Bombay, 1970, hl.264, yang dikutip Maramis, (2009)

#### a. Diagnosa

Gejala-gejala neurosa hanya menunjukkan bahwa individu itu sedang terganggu karena tegang, cemas dan dapat menunjuk jalan ke jenis konflik, tapi bisa diusahakan yang tak sadar oleh individu, hendak dicapai dengan gejala-gejalanya.

### **b. Psikodinamika**

Untuk psikodinamika kita mencari semua sumber kecemasan, peristiwa atau keadaan yang dapat menimbulkan rasa cemas, karena yang mencetuskan neurosa ialah kecemasan.

Berbagai macam cara menghadapi kecemasan, mekanisme penyesuaian diri, umpamanya represi, rasionalisasi, menarik diri, agresi, salah pindah, proyeksi, identifikasi, pembentukan reaksi, kompensasi, fiksasi, regresi dan disosiasi. Semua ini terjadi secara tidak disadari atau secara samar-samar disadari.

Penyesuaian diri yang dipakai tergantung pada kepribadian orang itu, tetapi juga pada pengaruh lingkungan sosialnya (pandangan hidup, kepercayaan masyarakat, adat istiadat dalam keluarga, pengaruh teman dan sebagainya)

Bila stres dan konflik itu tidak dihadapi dan dikontrol secara sadar atau bila tidak terjadi represi yang baik, serta kecemasan dan ketegangan tetap ada, individu berusaha menghilangkan rasa cemasnya dengan mekanisme pembelaan/penyesuaian diri. Hal ini tidak akan memuaskan sepenuhnya sebab akan timbul rasa malu, rasa salah, dan tidak mampu, selanjutnya ketika minta bantuan ke ahli (dokter) maka ada 2 hal yang didiagnosa, yaitu; diagnosa psikodinamika dan diagnosa genetik .

Diagnosa psikodinamika maksudnya untuk mencari penyesuaian diri yang dipergunakan oleh penderita. Diagnosa genetik maksudnya untuk mengerti mengapa justru orang ini memilih penyesuaian diri ini, jadi sebetulnya merupakan diagnosa etiologik, karena kita akan mengetahui sebab utama gangguan tersebut.

Pada setiap individu penyesuaian dirinya berbeda-beda, ada yang terganggu/kesukaran, tetapi juga tidak mengalami kesukaran, hal ini disebabkan adanya " Predisposisi ". Predisposisi ditentukan oleh faktor keturunan dan badaniah, tapi sangat penting juga pendidikan dan pengalaman, adat istiadat, keluarga masyarakat serta pandangan hidupnya.

### **c. Penyebab**

Faktor yang menyebabkan gangguan ini terletak terutama pada bidang emosi. Tidak jarang sejak masa kanak-kanak terdapat sifat neurosa, tetapi yang sudah berakar di dalam kepribadian tidak dapat dipisahkan lagi dan dianggap sebagai sifat konstitusional. Gejala pada masa kanak-kanak yang menunjukkan adanya kecemasan seperti enuresis, jeritan-jeritan, waktu tidur, kelainan bicara, mudah marah, kekejaman, penarikan diri, menggigit kuku dan lain-lain.



Kebanyakan penyebab neurosa terdapat dalam perasaan yang direpresi, didesak lalu diubah atau dialihkan menjadi dorongan rasa kebencian, permusuhan, kebutuhan akan persetujuan dan keamanan, ketidakmampuan untuk mengadakan ketertiban dan keamanan dalam penghidupan dan sering menimbulkan konflik dan kecemasan yang menjadi sumber utama neurosa.

Kecemasan secara langsung, tidak terikat dan mengambang bebas, tiba-tiba cemas tanpa pencetus dari luar, hal ini terdapat pada neurosa cemas. Keinginan atau dorongan didesak yang telah menimbulkan kecemasan, diubah dan disalurkan ke dalam gangguan fungsional susunan saraf vegetatif, maka disebut gangguan psikosomatik.

Bila fungsi somatosensorik atau somatomotorik terganggu terjadilah reaksi konversi, bila rasa cemas membanjiri individu, maka kita melihat reaksi disosiasi, dengan gejala stupor, fugue (keadaan seperti mimpi) atau amnesia, karena mekanismenya penyesuaian diri yang dinamakan isolasi.

Pada fobia kecemasan dikuasai dilepaskannya pikiran, tapi hal ini sendiri menimbulkan kecemasan dengan salah pindah kepada benda lain atau keadaan lain. Sedangkan neurosa depresif biasanya berakar pada rasa salah yang tidak disadari.

#### **d. Reaksi Terhadap Kecemasan**

Neurosa juga lebih mudah menimbulkan perubahan dalam kehidupan manusia dan individu itu harus menyesuaikan diri dengan keadaan baru. Umpamanya pernikahan, pubertas, peralihan, ke umur pertengahan, inovasi, wanita yang telah melampaui umur untuk menikah, penyakit jasmani yang menahun. Perasaan cemas yang tidak dapat diterangkan secara rasional, tetapi hanya dapat dimengerti bila ditinjau psikodinamikanya.

#### **e. Klasifikasi**

Menurut gejala-gejala, neurosa didalam PPDGJ-III dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

##### **1. Neurosa Cemas**

Pada neurosa kecemasan tidak terikat pada suatu benda atau keadaan, tapi mengambang bebas. Bila kecemasan sudah mencapai panik, orang itu menjadi berbahaya dengan sikap yang agresif dan mengancam.

Gejala-gejala somatik berupa napas sesak, dada tertekan, kepala enteng seperti mengambang, linu-linu, epigastrium nyeri, lekas lelah, palpitasi, keringat dingin,

gejala yang lain seperti keluhan sistem pencernaan, pernapasan, sistem kardiovaskuler, genitourinaria atau susunan saraf pusat.

Gejala-gejala psikologik timbul rasa was-was khawatir akan terjadi sesuatu yang tidak menyesuaikan (umpamanya akan bepergian, tapi pikir-pikir nanti terjadi apa-apa ditengah jalan, terjadi di rumah, penderita tegang terus menerus dan tidak lagi mampu bersantai, kadang-kadang bicaranya cepat dan terputus-putus, hiperventilasi dengan keluhan-keluhan yang menyertainya gangguan psikosomatik, saluran pernapasan) kaki dan ringan dingin tremor pad jari-jari tangan reflex tendon yang meningkat.

Faktor pencetus jelas dan secara psikodinamika berhubungan dengan faktor-faktor yang menahun seperti amarah yang direpresi atau impuls untuk melampiaskan kebutuhan sex.

Biasanya urutan kejadian sebagai berikut :

Ketakutan (kecemasan akut) → represi dan konflik (tak sadar) → kecemasan menahun → stres pencetus → penurunan daya tahan dan mekanisme untuk mengatasinya → neurosa cemas

Prognosa pada umumnya tergantung pada kepribadian sebelumnya (bila relatif stabil, maka prognosa lebih baik) ; permulaannya (bila akut, maka prognosa lebih baik); bila stres yang menimbulkan neurosa cemas itu mudah diatasi, maka prognosa juga baik; tetapi bila gejala-gejala itu tidak menguntungkan si penderita (tidak mendapatkan kasih sayang, perhatian, simpati, pembebasan tanggung jawab ) maka prognosa jelek.

## 2. Neurosa Histerik

Gejala-gejala sering timbul dan hilang secara tiba-tiba, terutama bila penderita menghadapi keadaan yang menimbulkan emosi yang hebat dan yang mempunyai arti simbolik mengenai konflik. Gejala-gejala sering dapat dimodifikasi hanya dengan sugesti.

Neurosa histerik dibagimenjadi 2 (dua ) jenis, yaitu:.

### 1) Reaksi konversi (neurosa histerik, jenis konversi)

Pada reaksi konversi kecemasan dikonversikan, diubah, menjadi gangguan fungsional susunan saraf somatomotorik atau somatosensorik (yaitu saraf yang dapat dipengaruhi kemauan/ kehendak kita).

Gejala yang timbul adalah: kelumpuhan satu atau beberapa eksterimitas , kejang-kejang, anestesia, analgesia, buta atau tuli. Dengan timbulnya gejala ini maka

rasa cemas akan hilang. Hal ini disebut keuntungan primer (primary gain), tetapi dengan timbulnya gejala ini sering juga terdapat keuntungan sekunder, berupa keuntungan material atau emosional seperti menarik perhatian, lebih dilayani, mendapatkan cinta kasih, penggantian kerugian, hadiah dan sebagainya. Sikap pasien terhadap gangguannya juga acuh tak acuh; atau keacuhan yang indah dan merupakan gejala yang penting pada reaksi konversi.

Tabel 2.3. Perbedaan antara serangan kejang epilepsi dan serangan kejang konversi histerik

Indikator	Serangan kejang epilepsi	Serangan kejang konversi histerik
Tempat serangan lamanya serangan	Di sembarang tempat kira-kira 2 menit	Bila ada orang lain 5-15 menit atau lebih lama.
<b>Kedadaan selama serangan :</b>	Mungkin mulai dengan "teriakan epilepsi" lalu langsung tidak sadar dan diam	Sering selama serangan masih bersuara atau berbicara tidak jelas.
Kesadaran		
Reflex patologik	Positif	Negatif
Reflex cahaya pada pupil	Negatif	Positif
Extremitas	Extensi, spasme karpopedal	Sering flexi, tangan menggegam
Inkontinensia	Positif	Negatif
keluar buih dari mulut	Sering	Jarang
Kejang	Tonik, lalu klonik	Mungkin opistotonus atau kejang tak teratur atau diam saja.
<b>Sesudah serangan :</b>		
Kesadaran	Apnea, lalu sering tertidur	Pulih kembali pelan-pelan
Amnesia	Total	Sebagian
Penyebab	Gangguan fungsi otak	Stres psikologik
Pengobatan	Obat anti-epileptika (yang meninggikan nilai ambang konvulsi)	Psikoterapi dan obat-obat psiko-tropik bila perlu

Sumber: Maramis, (2009)

Kepribadian penderita reaksi konversi sering mempunyai sifat dramatis, exhibitionistik, cepat emosi, suka menggoda, dependen dan suka mempermainkan orang lain.

Biasanya diagnosa sukar timbul pada rasa nyeri dan keluhan lain menyerupai penyakit badaniah. Dalam hal ini perlu pemeriksaan intern, ditunjang dengan pemeriksaan psikologi dan dengan adanya hal-hal sebagai berikut ini:

1. Bermacam-macam penyakit, mungkin dengan pembedahan tetapi tidak ditemukan gangguan organik.
2. Ciri-ciri kepribadian histerik
3. Gejala paralisa dan anestesia
4. Gejala neurotic yang nyata seperti kecemasan, depresi, obsesi dan fobia
5. Gangguan seksual, terutama bila frigiditas dan kebencian pada hal-hal seksual menonjol.

Gejala-gejala dini gangguan susunan saraf pusat dapat dikira reaksi konversi (umpamanya parise atau gangguan penglihatan sepiintas lalu karena gangguan pembuluh darah atau sklerosa multiplex. Kadang-kadang dikira skizofrenia bila terdapat halusinasi, tetapi halusinasi pada skizofrenia biasanya akustik, aneh dan samar-samar, pada reaksi konversi halusinasi biasanya visual dan menggambarkan kejadian-kejadian yang kompleks secara terperinci, serta diulang-ulangi secara stereotip.

Selanjutnya reaksi koversi perlu dibedakan dari gangguan psikosomatik (yang disalurkan melalui susunan saraf vegetatif sehingga menunjukkan gejala-gejala vegetatif), dari simulasi (yang dilakukan secara sengaja) dan dari gangguan neurologik(gejala-gejala ssuai dengan anatomi susunan saraf). Bila cepat diobati, maka prognosa baik, yaitu gejala-gejala akan cepat hilang, tetapi konflik perlu diselesaikan agar gejala-gejala tidak timbul kembali. Bila sudah sering terjadi konversi, maka sudah lebih sukar dihilangkan, menurut teori belajar, karena sudah terjadi respon bersyarat atau reflex bersyarat.

## **2). Reaksi disosiasi (neurosa histerik, jenis disosiasi)**

Kecemasan begitu hebatnya dapat mengakibatkan pemisahan beberapa fungsi kepribadian satu dari yang lain. Umpamanya terjadi amnesia; hal-hal yang menimbulkan stres itu dilupakan, dapat dilihat dari sikap acuh terhadap amnesianya.

Gangguan kesadaran timbul; stupor atau keadaan senja (twilight state) yang dapat menyerupai psikosa. Tiba-tiba berubah kesadarannya dan dalam identitasnya berubah, dan berbuat lain dari pada biasa, pergi ketempat jauh. Setelah itu terdapat amnesia dan lupa segala terjadi sewaktu dalam fugue.

Disosiasi merupakan suatu proses psikofisiologik, informasi (yang masuk, yang disimpan atau yang keluar) dialami secara aktif sehingga tidak dapat terintegrasi dengan asosiasi yang diharapkan.

Reaksi disosiasi merupakan rangkaian pengalaman atau perilaku yang timbul di mana terjadi perubahan yang dapat diamati pada pikiran, perasaan atau tindakan seseorang, sehingga untuk beberapa waktu lamanya informasi tertentu tidak disosiasikan atau diintegrasikan. Gejala-gejala klasik ialah amnesia, somnambulisme, fugue dan kepribadian ganda.

Reaksi disosiasi timbul bersama dengan gangguan ringan otak yang dapat mencetuskan gejala disosiasi, terutama sudah ada kecenderungan untuk itu.

Prognosa bagi episode yang akut selanjutnya tergantung pada umur, intelegensi, kepribadian, lamanya gangguan dan keuntungan sekunder.

### 3. Neurosa fobik

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa ketiga (PPDGJ-III) neurosa fobik "ditandai oleh rasa takut yang hebat sekali terhadap benda atau oleh individu sebenarnya disadari sebagai bukan ancaman, dan dapat mengakibatkan perasaan seperti akan pingsan, masa lelah, palpitasi, berkeringat, mual, tremor dan panik.

Jadi terdapat dua mekanisme pertahanan yaitu salah pindah dan simbolisasi. Ada banyak macam fobia yang dinamakan menurut barang dan keadaan.

Fobia dapat menimbulkan kompulsi atau obsesi, umpamanya bakteriofobi dapat mengakibatkan kompulsi cuci tangan. Riwayat seorang penderita fobia sering menunjukkan adanya hambatan komunikasi mengenai sex dan hambatan agresi.

Diagnosa dan pengobatan pada neurosa ini berprinsip pada: 1) Psikoterapi suportif, pengertian psikodinamikanya ditambah dengan transquilazer dapat membantu menghilangkan sebagian besar ketakutan. Fobia yang ringan dan yang baru lebih mudah dihilangkan dengan tehnik suportif dan direktif, termasuk penerangan, pendidikan dan penjaminan kembali. 2) Terapi perilaku berguna dalam pengobatan penderita terutama dipakai "deconditioning" yaitu tiap kali penderita merasa takut diberi rangsang yang tidak menyenangkan (umpamanya : ia mencubit keras-keras tangannya) atau membanjiri penderita dengan ketakutan (penderita dibawa ke tempat yang ditakuti).

#### 4. Neurosa Obsesif kompulsif

Obsesi suatu idea yang mendesak ke dalam pikiran, sedangkan kompulsi menunjukkan dorongan atau impuls yang tidak dapat ditahan untuk melakukan sesuatu.

Terdapat beberapa persamaan antara obsesi dan kompulsi, yaitu :

- a) Pikiran atau dorongan mendesak ke alam sadar secara gigih dan terus menerus.
- b) Timbul perasaan takut yang hebat dan penderita berusaha untuk menghilangkan pikiran atau dorongan.
- c) Obsesi dan kompulsi dirasakan sebagai asing, tidak disukai, tidak dapat diterima dan tidak dapat ditekan.
- d) Penderita tetap sadar akan gangguan, tetap mengenal bahwa hal ini tidak wajar dan tidak rasional, walaupun obsesi sangat hebat.
- e) Penderita merasakan kebutuhan yang besar untuk melawan obsesi dan kompulsif.

Pikiran obsesif sering tidak menyenangkan yang bertentangan dengan norma sosial atau kesusilaan dan juga merupakan kesangsian tentang apa yang telah dikerjakan, umpamanya melihat apakah pintu dan jendela sudah dikunci dengan baik-baik. Sedangkan kompulsif ialah suatu tindakan dilakukan berkali-kali, umpamanya sering mencuci tangan, menghitung nomor rumah atau mengatur barang-barang tertentu ke dalam posisi tertentu.

#### 5. Neurosa depresif

Neurosa depresif ialah gangguan perasaan dengan ciri-ciri semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan makan.

Gejala-gejala psikologik ialah pendiam, rasa sedih, pesimistik, putus asa, nafsu bekerja dan bergaul kurang, tidak dapat mengambil keputusan, lekas lupa, timbul pikiran-pikiran bunuh diri.

Gejala badaniah ialah penderita kelihatan tak senang, cepat lelah tak bersemangat atau apatis. . Terdapat anorexia (kadang-kadang makan terlalu banyak sebagai pelarian), insomnia (sukar untuk tidur) dan konstipasi.

Neurosa depresif sering berakar pada rasa salah tak sadar dan biasanya hilang secara spontan tanpa pengobatan, dan penderita tetap peka terhadap episode depresi di hari kemudian

## 6. Neurosa nerastenik (nerastenia)

Menurut pedoman penggolongan diagnosa gangguan jiwa ketiga (PPDGJ-III), nerosa nerastenik atau nerastenia ditandai oleh keluhan yang menahun, mudah lelah dan kadang-kadang kehabisan tenaga. Kepribadian premorbid dengan neurosa nerastenik adalah terus menerus tidak puas dan merasa ditolak atau tidak diterima.

Penderita neurosa merastik lengan dan tungkainya tidak mampu menyelesaikan pekerjaannya. Tidur semalam tidak membawa kesegaran, karena tidur tidak nyenyak dan bangun pagi tak kuat dan tidak segar, sore hari rasa lelah sering berkurang.

## 7. Neurosa depersonalisasi

Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa ketiga (PPDGJ III) tahun 2003 memberikan neurosa depersonalisasi sebagai keadaan yang didominasi oleh rasa ketidakwajaran (unreality) dan keasingan (estrangement) terhadap dirinya, tubuhnya atau lingkungannya.

Penderita neurosa depersonalisasi terjadi kesadaran yang tidak menyenangkan terhadap dunia luar. Diri sendiri dirasakan lain, asing, seperti dalam mimpi atau mungkin berada di luar tubuhnya dan melihat tubuhnya dari atas.

Penderita merasa ditinggalkan sendirian, ditolak, tidak disukai, terkurung dari dunia luar. Ada empat kriteria untuk diagnosa depersonalisasi (Maramis,2009)

1. Kenyataan yang berubah
2. Perubahan yang tidak menyenangkan
3. Perubahan persepsi ini bukan suatu waham
4. Tidak adanya respon emosional

## 8. Neurosa Hipokondrik

Keadaan ini ditandai oleh pikiran yang terpaku (preoccupied) pada kesehatan fisik atau mentalnya, penderita takut akan adanya penyakit pada berbagai bagian tubuh.

Tabel: 2 4 Ringkasan Gangguan Neurotik

Neurosa	Gejala Utama	Dinamika Pasar
1. Cemas	Kecemasan yang mengambang bebas, biasanya dengan serangan serangan akut.	Menangani ancaman internal, dengan depersi yang sederhana. Kecemasan belum "terikat" atau terawasi oleh pembelaan ego.
2. Konversi	Menyerupai penyakit organik, dapat mencakup berbagai gejala sensorik	Menjadi sakit untuk melarikan diri dari keadaan Stres yang menimbulkan kecemasan.

3. Disosiasi	Amnesia, fugue, kepribadian ganda, somnambulism.	Melarikan diri dari konflik yang menimbulkan, dengan mengisolasi atau mendisosiasi ujung-ujung yang berlawanan mengenai konflik, umpamanya dalam reaksi fugue, konflik antara melawan dan menarik diri dipecahkan dengan menjadi amnesik dan melarikan diri.
4. Fobia	Ketakutan rasional yang disadari oleh individu, tetapi menimbulkan kecemasan bila tidak dituruti.	Reaksi defensif atau ketakutan bersyarat yang tetap untuk melindungi dirinya sendiri dari stres yang menimbulkan kecemasan, dengan melakukan salah-pindah kecemasan itu dari bahaya yang sebenarnya ke suatu aspeknya yang bertubuhan secara simbolik yang kemudian melindungi penderita terhadap keharusan menghadapi keadaan stres itu sendiri.
5. Obsesif Kompulsif	Impuls atau pikiran irasional yang tetap dan yang disadari oleh individu, tetapi tidak dapat dihindarkan olehnya.	Reaksi-reaksi pembelaan/penyesuaian diri yang melindungi individu terhadap ancaman intrnal dan external, dengan kegiatan, pembentukan reaksi, isolasi yang substitutif mengenai keinginan yang menimbulkan kecemasan dan lepas dari dasar efektifnya; melawan ketakutan, dengan tindakan-tindakan kompulsif dan dengan "mengatur" keadaan secara obsesif sedemikian rupa sehingga segala sesuatu dapat diawasi dan tidak akan terjadi kesalahan apa-apa.
6. Depresif	Perasaan kesal, putus asa, celaan diri sendiri	Putus asa yang hebat karena kegagalan di luar bersama sebagian kecemasan yang ditimbulkan oleh kegagalan di luar bersama sebagian kecemasan yang ditimbulkan oleh kegagalan itu dihilangkan oleh menghukum diri sendiri.
7. Nerastenik	Perasaan lemah, lelah, kurang minat, keluhan badaniah.	Melindungi diri sendiri terhadap kesamaan yang ditimbulkan oleh keadaan hidup yang tak menyenangkan dan individu merasa terperangkap. Menyatakan keputus-asaan, merasa terlalu lelah dan sakit untuk meneruskan perlawanan atau usaha.
8. Depersonalisasi	Perasaan ketidakwajaran dan keasingan terhadap dirinya, tubuh dan lingkungannya yang biasanya disadari oleh individu	Melindungi diri terhadap kecemasan yang ditimbulkan oleh pengalaman-pengalaman waktu kanak-kanak yang tidak dapat dikuasai oleh represi; suatu penyelesaian primitif dan darurat dengan kegoncangan kebiasaan tentang tubuhnya.
9. Hipokondrik	Perasaan cemas tentang adanya penyakit pada berbagai bagian tubuh	Rasa bermusuhan terhadap orang lain tidak dapat diselesaikan sehingga memfokuskan perhatiannya pada kelemahan tubuhnya sendiri.

Sumber: Maramis, (2009)



### 2.1.5. Pengukuran Gangguan Mental Emosional

Gangguan mental emosional pada penelitian ini diukur dengan menggunakan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) oleh WHO, yang terdiri dari 20 pertanyaan. Tujuannya untuk skrining kesehatan jiwa yang mengindikasikan *neurosis*.

SRQ adalah kuesioner yang biasa digunakan untuk skrining masalah kesehatan jiwa dimasyarakat yang memiliki jawaban "ya atau tidak" dengan maksud mempermudah masyarakat untuk menjawabnya.

Uji validasi terhadap SRQ, yaitu pada tahun 1995 yang dilakukan oleh Hartono. Beliau melakukan uji validasi terhadap penggunaan SRQ dengan cut of point/nilai batas pisah 6 yang kemudian digunakan pada Riskesdas 2007. Penggunaan SRQ pada Riskesdas 2007 bertujuan untuk mendapatkan gambaran status kesehatan mental/gangguan mental emosional yang ada di masyarakat Indonesia. Pertanyaan SRQ diberikan kepada anggota rumah tangga (ART) yang berusia  $\geq 15$  tahun. Ke-20 butir pertanyaan mempunyai jawaban "ya" dan "tidak", dengan cut of point 6, artinya jika responden menjawab  $\geq 6$  jawaban "ya" dari 20 pertanyaan yang diajukan maka responden tersebut diindikasikan mengalami gangguan mental emosional. SRQ memiliki keterbatasan karena hanya mengungkap status emosional individu sesaat ( $\pm 2$  minggu) dan tidak dirancang untuk diagnostik gangguan jiwa secara spesifik. (Depkes RI, 2008).

### 2.2. Konsep Penyakit kronis

Manusia yang utuh memiliki integrasi aspek bio-psiko-sosio-spiritual yang kokoh, bagi klien dengan penyakit fisik maka stressor utama pada fisik dan respon klien disemua aspek bio-psiko-sosio-spiritual.

Fokus utama penanganan klien ini adalah tanggap terhadap respon psikososial klien dengan gangguan fisik agar pola koping yang digunakan adekuat. Kurangnya harapan dapat meningkatkan stress, bila koping yang digunakan tidak tuntas/tidak tepat dapat menimbulkan masalah kesehatan jiwa, misalnya bunuh diri (Depkes, 1994).

Selanjutnya, ada beberapa faktor presipitasi yang mungkin menimbulkan terjadinya masalah kesehatan jiwa, yaitu :

#### a. Peralihan sehat ke sakit

Di mana terjadinya penyakit yang mendadak atau tidak diduga dapat menimbulkan stress

**b. Prognosis dari penyakit**

Pada beberapa diagnosis penyakit seperti AIDS, kanker, kecacatan dan lainnya dapat menimbulkan stress, depresi dan lainnya

**c. Tindakan yang diperlukan untuk pengobatan, seperti : operasi, dialysis, kemoteraphi dan lainnya**

Selanjutnya Penyakit kronis adalah Penyakit menular atau tidak menular yang diderita berlangsung sangat lama. Beberapa penyakit kronis yang sering menyebabkan kematian kepada si penderitanya.

Dalam penelitian ini yang termasuk penyakit kronis antara lain:

**2.2.1. Penyakit jantung**

Menurut Yayasan Jantung Indonesia (2009), Masalah pada jantung dibagi karena kegagalan organ jantung seringkali hampir menjadi dua bagian, yaitu:

**a. Penyakit jantung, adalah sebuah kondisi yang menyebabkan Jantung tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik. Hal-hal tersebut antara lain:**

- a) Otot jantung yang lemah. Ini adalah kelainan bawaan sejak lahir. Otot jantung yang lemah membuat penderita tak dapat melakukan aktivitas yang berlebihan, karena pemaksaan kinerja jantung yang berlebihan akan menimbulkan rasa sakit di bagian dada, dan kadangkala dapat menyebabkan tubuh menjadi nampak kebiru-biruan dan penderita lemah otot jantung ini mudah pingsan.
- b) Adanya celah antara serambi kanan dan serambi kiri, oleh karena tidak sempurnanya pembentukan lapisan yang memisahkan antara kedua serambi saat penderita masih di dalam kandungan. Hal ini menyebabkan darah bersih dan darah kotor tercampur. Penyakit ini juga membuat penderita tidak dapat melakukan aktivitas yang berat, karena aktivitas yang berat hampir dapat dipastikan akan membuat tubuh penderita menjadi biru dan sesak nafas, walaupun tidak menyebabkan rasa sakit di dada. Ada pula variasi dari penyakit ini, yakni penderitanya benar-benar hanya memiliki satu buah serambi.

**b. Serangan jantung, adalah sebuah kondisi yang menyebabkan jantung sama sekali tidak berfungsi. Kondisi ini biasanya terjadi mendadak, dan sering disebut gagal jantung. Penyebab gagal jantung bervariasi, namun penyebab utamanya biasanya adalah terhambatnya suplai darah ke otot-otot jantung, oleh karena pembuluh-pembuluh darah yang biasanya mengalirkan darah ke otot-otot jantung tersebut tersumbat atau mengeras, entah oleh karena lemak dan kolesterol, ataupun oleh zat-**

zat kimia seperti penggunaan obat yang berlebihan yang mengandung Phenol Propano Alanin (ppa) yang banyak ditemui dalam obat-obat seperti Decolgen, dan nikotin.

Namun tidak semua penyakit jantung disebabkan oleh terserangnya pembuluh darah, berikut ini adalah beberapa gangguan lain pada jantung :

a) Abnormal Heart Rhythms

Normalnya jantung berdetak 60 sampai 100 kali tiap menit (atau sekitar 100 ribu kali setiap harinya). Jantung yang berdetak tidak normal biasanya disebut arrhythmia (sering juga disebut dysrhythmia). Jantung yang berdetak terlalu lambat (dibawah 60 kali per menit) disebut bradyarrhythmias. Sedangkan yang berdetak di atas 100 per menit disebut tachyarrhythmias.

b) Heart Failure

Atau gagal jantung merupakan yang paling menakutkan. Bukan berarti jantung tidak dapat bekerja sama sekali, hanya saja jantung tidak berdetak sebagaimana mestinya

c) Heart Valve Disease

Rusaknya katup jantung. katup jantung terdapat pada setiap bilik jantung (jantung kita memiliki 4 buah bilik) yang berfungsi mengatur aliran darah searah menuju jantung.

d) Congenitas Heart Disease

Atau biasa disebut kelainan pada jantung. menyerang 8 sampai 10 anak dari tiap 1000 kelahiran. Gejala awal biasanya terdeteksi saat kelahiran atau pada masa kanak-kanak. Di Amerika sekitar 500 ribu orang mengalami kelainan jantung pada masa pertumbuhannya dan bertambah sekitar 20 ribu orang tiap tahunnya.

e). Cardiomyopathies

Menyerang pada otot jantung itu sendiri. Orang-orang yang terserang penyakit ini biasanya mengalami pembesaran, pengecilan jantung secara tidak normal dan atau bahkan menjadi kaku. Menyebabkan jantung memompa secara tidak normal (menjadi lebih lemah). Tanpa penanganan yang baik cardiomyopathies akan menyebabkan penyakit yang lebih buruk seperti gagal jantung atau menyebabkan jantung berdetak tidak normal.

f) Pericarditis

Adalah radang yang mengelilingi lapisan jantung. Jarang terjadi, biasanya disebabkan oleh infeksi.

Ada banyak faktor yang menyebabkan kerentanan terhadap penyakit jantung. Faktor utama adalah masalah gaya hidup yang menyebabkan seolah membangun penyakit di dalam tubuh. tapi ada beberapa faktor yang memang tidak dapat diubah, seperti bertambahnya umur atau faktor keturunan.

Menurut Balitbang Depkes RI, (2008) dalam laporan hasil Riskesdas tahun 2007 Prevalensi penyakit jantung di Indonesia sebesar 7,2% berdasarkan wawancara, sementara berdasarkan riwayat didiagnosis tenaga kesehatan hanya ditemukan sebesar 0,9persen.

Sedangkan menurut penelitian Roosihermati (2008) dijelaskan bahwa: penderita penyakit kronis untuk penyakit jantung: 4,584 kali lebih banyak yang mengalami gangguan emosional (terutama gejala-gejala depresi) dibandingkan dengan yang tidak menderita penyakit kronis dengan variabel sosio-ekonomi konstan

#### **2.2.2. Diabetes Mellitus (DM)**

Diabetes melitus (DM) adalah kumpulan gejala akibat peningkatan kadar gula darah (glukosa) akibat kekurangan hormon insulin baik absolut maupun relatif. Gejala khas DM antara lain poliuria (sering buang air kecil), polidipsi (banyak minum), polifagia (banyak makan), dan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas. Gejala tidak khas DM, antara lain: kesemutan, gatal di daerah kemaluan, keputihan, infeksi yang sulit sembuh, bisul yang hilang timbul, penglihatan kabur, cepat lelah, mudah mengantuk, gangguan ereksi dan lain-lain (Depkes RI, 2009).

Menurut laporan Riskesdas tahun 2007 dijelaskan prevalensi penyakit DM di Indonesia berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 0,7persen sedangkan prevalensi DM berdasarkan diagnosis dan adanya gejala sebesar 1,1persen. Terdapat kecenderungan prevalensi penyakit DM meningkat dengan bertambahnya umur namun prevalensi cenderung menurun kembali diantara umur 65-74 tahun (3,4%) dan >75 tahun sebesar 3,2%. untuk prevalensi jenis kelamin baik laki-laki sebanding dengan perempuan yaitu: 1,1%. Sedangkan prevalensi menurut tingkat pendidikan adalah 2,5% pada golongan tamat perguruan tinggi serta untuk pekerjaan prevalensi DM dan paling tinggi terdapat pada kelompok pegawai (2,1) dan lainnya sebesar 2,5persen dan kebanyakan bertempat tinggal dikota sebesar 1,5persen.

Berdasarkan studi Roosihermati, (2008) dengan judul penelitian: "Hubungan penyakit kronis dengan gangguan mental emosional di Indonesia" didapat hasil; Penderita penyakit kronis DM 2,295 kali lebih banyak mengalami gangguan mental

emosiona (untuk gejala depresi) dibanding yang tidak mengalami penyakit kronis untuk variabel sosio ekonomi konstan.

### 2.2.3. Tumor/Kanker

Kanker adalah istilah umum untuk pertumbuhan sel tidak normal. (yaitu, tumbuh sangat cepat, tidak terkontrol, dan tidak berirama) yang dapat menyusup ke jaringan tubuh normal dan menekan jaringan tubuh normal sehingga mempengaruhi fungsitubuh..

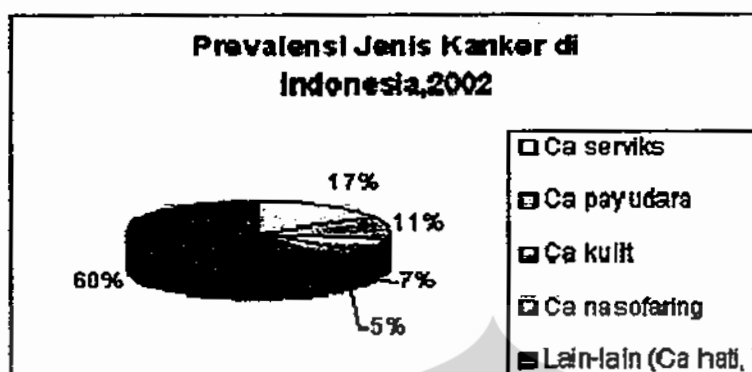
Di dunia, diperkirakan 7,6juta orang meninggal akibat kanker pada tahun 2005 (WHO,2005) dan 84 juta orang akan meninggal hingga 10 tahun ke depan.

Di Amerika Serikat dan beberapa negara berkembang lainnya, kanker sekarang ini bertanggung jawab untuk sekitar 25persen dari seluruh kematian. Dalam setahun, sekitar 0,5persen dari populasi terdiagnosa kanker (Jemal et.all, 2005)

Pada pria dewasa di Amerika Serikat, kanker yang paling umum adalah kanker prostat (33% dari seluruh kasus kanker), kanker paru-paru (13%), kanker kolon dan rektum (10%), kanker kandung kemih (7%), dan "cutaneous melanoma (5%). Sebagai penyebab kematian kanker paru-paru adalah yang paling umum (31%), diikuti oleh kanker prostat (10%), kanker kolon dan rektum (10%), kanker pankreas (5%) dan leukemia (4%) (Jemal. et all, 2005).

Untuk dewasa wanita di Amerika Serikat, kanker payudara adalah kanker yang paling umum (32% dari seluruh kasus kanker), diikuti oleh kanker paru-paru (12%), kanker kolon dan rektum (11%), kanker endometrium (6%, uterus) dan limfoma non-Hodgkin (4%). Berdasarkan kasus kematian, kanker paru-paru paling umum (27% dari kematian kanker), diikuti oleh kanker payudara (15%), kanker kolon dan rektum (10%), kanker indung telur (6%), dan kanker pankreas (6%) (Jemal. et all, 2005)

Di Indonesia kanker merupakan penyebab kematian nomor (Depkes, 2003), dan diperkirakan terdapat 100 penderita kanker baru untuk setiap 100.000 penduduk pertahunnya.



Berbagai faktor yang dapat mempengaruhi angka kejadian kanker adalah : geografis (misal kanker serviks lebih banyak di negara asia), suku bangsa, variasi genetik, jenis kelamin (misal kanker payudara lebih banyak pada wanita), dan pengaruh lingkungan (makanan, pola hidup).

Sedangkan menurut penelitian Roosihermati, (2008) dijelaskan bahwa: penderita penyakit kronis: tumor/kanker: 2,090 kali lebih banyak yang mengalami gangguan emosional (terutama gejala-gejala depresi) dibandingkan dengan yang tidak menderita penyakit kronis untuk variabel sosio-ekonomi konstan.

Selanjutnya menurut Depkes, (2008) dalam laporan Riskesdas tahun 2007 menunjukkan prevalensi penyakit tumor berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan di Indonesia sebesar 4,3%.

#### 2.2.4. Tuberkulosis Paru (TB Paru)

Tuberkulosis (TBC atau TB) adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mikobakterium tuberkulosa*. Bakteri ini merupakan bakteri basil yang sangat kuat sehingga memerlukan waktu lama untuk mengobatinya. Bakteri ini lebih sering menginfeksi organ paru-paru dibandingkan bagian lain tubuh manusia.

Insidensi TBC dilaporkan meningkat secara drastis pada dekade terakhir ini di seluruh dunia. Demikian pula di Indonesia, Tuberkulosis / TBC merupakan masalah kesehatan, baik dari sisi angka kematian (*mortalitas*), angka kejadian penyakit (*morbiditas*), maupun diagnosis dan terapinya. Dengan penduduk lebih dari 200 juta orang, Indonesia menempati urutan ketiga setelah India dan China dalam hal jumlah penderita di antara 22 negara dengan masalah TBC terbesar di dunia.

Hasil survei Kesehatan Rumah Tangga Depkes RI tahun 1992, menunjukkan bahwa Tuberkulosis / TBC merupakan penyakit kedua penyebab kematian, sedangkan

pada tahun 1986 merupakan penyebab kematian keempat. Pada tahun 1999 WHO Global Surveillance memperkirakan di Indonesia terdapat 583.000 penderita Tuberkulosis / TBC baru pertahun dengan 262.000 BTA positif atau insidens rate kira-kira 130 per100.000 penduduk.

Jumlah penderita TBC paru dari tahun ke tahun di Indonesia terus meningkat. Saat ini setiap menit muncul satu penderita baru TBC paru, dari setiap dua menit muncul satu penderita baru TBC paru yang menular. Bahkan setiap empat menit sekali satu orang meninggal akibat TBC di Indonesia. Penyakit TBC dapat menyerang siapa saja (tua, muda, laki-laki, perempuan, miskin, atau kaya) dan dimana saja. Setiap tahunnya, Indonesia bertambah dengan seperempat juta kasus baru TBC dan sekitar 140.000 kematian terjadi setiap tahunnya disebabkan oleh TBC. Bahkan, Indonesia adalah negara ketiga terbesar dengan masalah TBC di dunia (TBC Indonesia.or.id. 2010)

Survei prevalensi TBC yang dilakukan di enam propinsi pada tahun 1983-1993 menunjukkan bahwa prevalensi TBC di Indonesia berkisar antara 0,2 – 0,65%. Sedangkan menurut laporan Penanggulangan TBC Global yang dikeluarkan oleh WHO pada tahun 2004, angka insidensi TBC pada tahun 2002 mencapai 555.000 kasus (256 kasus/100.000 penduduk), dan 46% diantaranya diperkirakan merupakan kasus baru.

Berdasarkan laporan Riskesdas tahun 2007 (Balitbang Depkes RI, 2008) dijelaskan Prevalensi nasional Tuberkulosis Paru (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan responden) adalah 1,0 persen. Prevalensi TB paru cenderung meningkat sesuai bertambahnya umur dan prevalensi tertinggi pada usia lebih dari 65 tahun. Prevalensi TB paru 20 persen lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, tiga kali lebih tinggi di pedesaan dibandingkan perkotaan dan empat kali lebih tinggi pada pendidikan rendah dibandingkan pendidikan tinggi

#### **2.2.5. Hepatitis**

Penyakit Hepatitis adalah penyakit yang disebabkan oleh beberapa jenis virus yang menyerang dan menyebabkan peradangan serta merusak sel-sel organ hati manusia. Hepatitis dikategorikan dalam beberapa golongan, diantaranya hepatitis A,B,C,D,E,F dan G. Di Indonesia penderita penyakit Hepatitis umumnya cenderung lebih banyak mengalami golongan hepatitis B dan hepatitis C

Berdasarkan laporan Riskesdas tahun 2007 prevalensi hepatitis kronis diperoleh dengan menanyakan apakah pernah didiagnosis hepatitis oleh tenaga

kesehatan dalam 12 bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis hepatitis dalam 12 bulan terakhir, ditanyakan apakah dalam kurun waktu tersebut pernah menderita mual, muntah, tidak nafsu makan, nyeri perut sebelah kanan atas, kencing warna air teh, serta kulit dan mata berwarna kuning.

Semua kasus hepatitis klinis tanpa mempertimbangkan penyebabnya hingga akhirnya terdeteksi di seluruh provinsi di Indonesia dengan prevalensi sebesar 0,6% (rentang: 0,2% - 1,9%) dengan umur tertinggi > 55 tahun, hampir 2 kali lebih tinggi di pedesaan dibandingkan perkotaan, dan cenderung lebih tinggi pada pendidikan rendah serta prevalensi hepatitis klinis merata di semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita (Balitbang Depkes RI, 2008).

#### 2.2.6. Stroke

Stroke termasuk penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebral) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ini bisa dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah.

Menurut WHO, (2000) stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh yang lain dari itu. Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu: stroke iskemik dengan prevalensi 80 persen serta stroke hemoragik, dimana hampir 70 persen kasus stroke hemoragik terjadi pada hipertensi.

Selanjutnya menurut Yayasan Stroke Indonesia, (2007) akibat lain dari stroke adalah 80 persen penurunan parsial/total gerakan dari lengan atau tungkai, 80-90% dalam berpikir atau mengingat, 70 persen menderita depresi dan 30 persen mengalami kesulitan bicara, menelan, membedakan kanan dan kiri

Prevalensi stroke di Indonesia ditemukan sebesar 8,3 per 1000 penduduk, dan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 6 per 1000 penduduk. Dengan prevalensi penyakit stroke tertinggi pada pendidikan tidak sekolah ( $D=11,9$  per 1000 dan  $DG=18,0$  per 1000). Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi ditemukan lebih tinggi pada kelompok tidak bekerja ( $D=17,1$  per 1000 dan  $DG=22,6$  per 1000). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, stroke tampak tidak ada perbedaan yang mencolok, namun ada kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan tingkat pengeluaran rumah tangga, yaitu pada kuintil 5 sebesar ( $D=7,0$  per 1000 dan  $DG=9,3$  per 1000) (Balitbang Depkes, 2008)

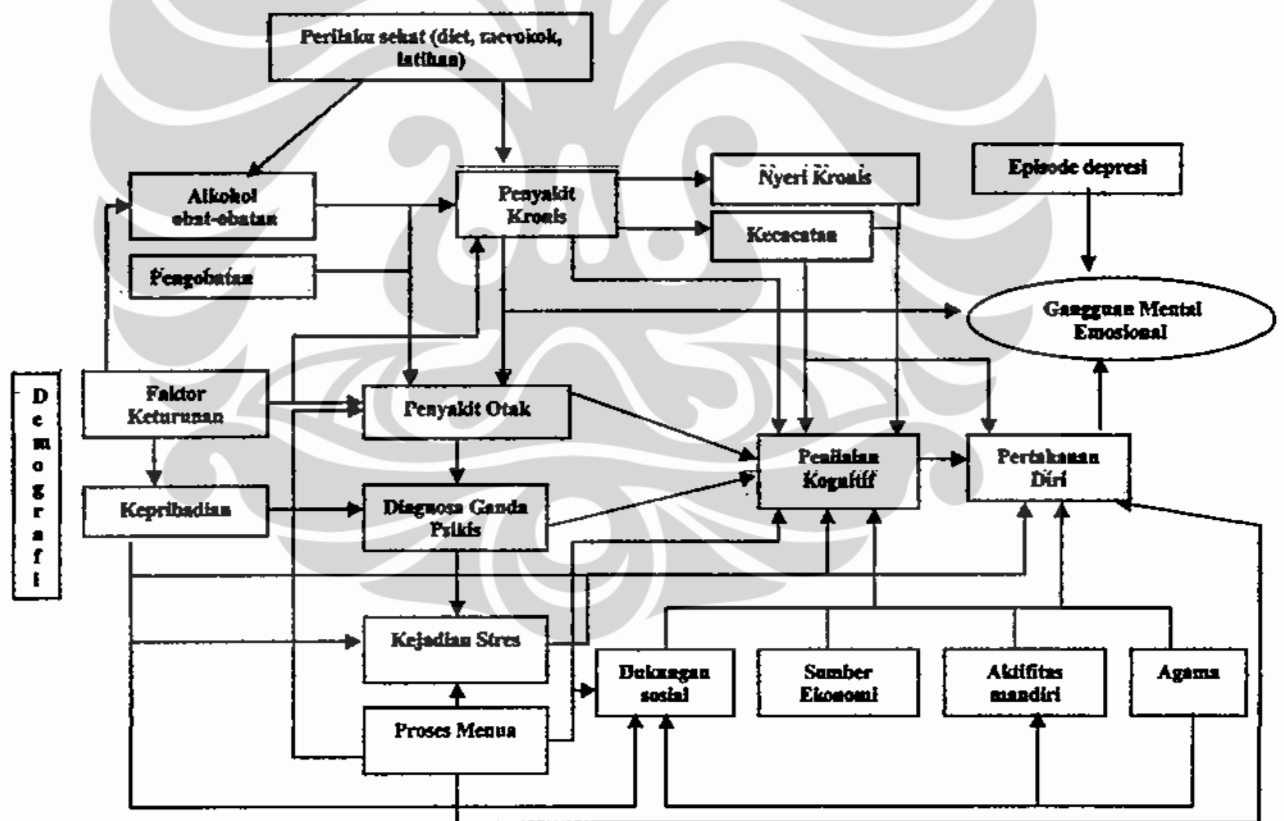


2.3. Kerangka teori

Gambar 2.1 di bawah menjelaskan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan mental emosional serta hubungan antara penyakit kronis dengan gangguan mental emosional, yang diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor demografi seperti: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, status ekonomi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan riwayat keturunan (Koenig,2003)

Pada faktor dukungan sosial (Depkes, 2004) aktifitas mandiri (Soejono,2006) dan kegiatan keagamaan (Marini,2008) merupakan faktor tambahan.

Gambar 2.1. Kerangka teori faktor - faktor yang berhubungan dengan gangguan mental emosional



Sumber : Modifikasi dari Depkes, (2004), Koenig, (2003), Soejono, (2006) dan Marini, (2008)

## BAB III

### KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

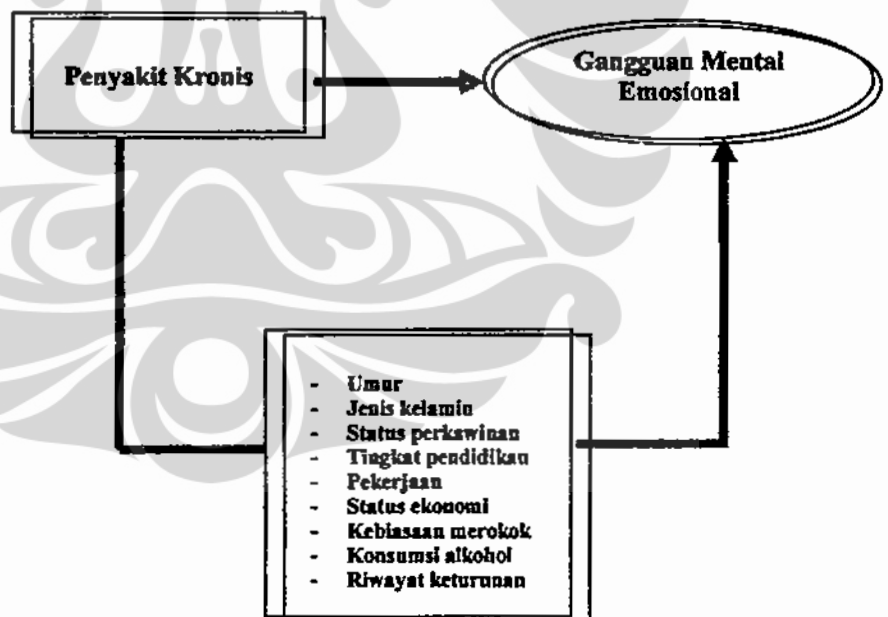
#### 3.1. Kerangka Konsep

3.1.1 Variabel terikat (dependen), adalah gangguan mental emosional pada usia 15 tahun keatas di Indonesia

3.1.2 Variabel bebas ( independen ), adalah:

1. Variabel bebas utama ( main independen variabel) : Penyakit kronis.
2. Variabel pengganggu (confounding variabel): umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, status ekonomi, kebiasaan merokok ,konsumsi alkohol dan riwayat keturunan gangguan jiwa/mental.

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



## 3.2. Definisi Operasional

### 3.2.1. Variabel Dependen

#### Gangguan Mental Emosional

**Definisi** : Suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan *emosional* yang dapat berkembang menjadi keadaan *patologis* apabila terus berlanjut (Balitbangkes Depkes, 2008).

Responden dikelompokan mengalami Gangguan mental emosional jika menjawab “ya” sebanyak 6 kali atau lebih pada kuesioner yang ditanyakan dan tidak mengalami gangguan jika menjawab kurang dari ketentuan tersebut (Balitbangkes Depkes, 2008).

**Alat ukur** : Kuesioner kesehatan mental no. RKD07.IND.X F01 s.d. 20

**Cara ukur** : Wawancara

**Hasil ukur** : 0 = Tidak ada gangguan  
1 = Ada gangguan

**Skala** : Nominal

### 3.2.2 Variabel Independent

#### a. Penyakit Kronis

**Definisi** : Sakit yang diderita responden berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (dokter/perawat/ bidan) dalam 12 bulan terakhir yang bersifat kronis

Terdiri dari : Penyakit TB paru, hepatitis/liver, jantung, DM, kanker dan atau stroke

**Alat ukur** : Kuesioner no. RKD07 IND. B15, B19, B33, B35, B37 dan B45

**Cara ukur** : Wawancara/transformasi data

**Hasil ukur** : 0 = Tidak

1 = Ya  
 Skala : Nominal

**b. Umur**

Definisi : Lama waktu hidup responden dihitung dalam tahun penuh sejak lahir sampai ulang tahun terakhir

Alat ukur : Kuesioner no. RKD07.RT.IV kolom 5

Cara ukur : Wawancara/transformasi data

Hasil ukur : 0 = 15-24 tahun

1 = 25-34 tahun

2 = 35-44 tahun

3 = 45-54 tahun

4 = 55-64 tahun

5 = 65-74 tahun

6 = >75 tahun

Skala : Interval

**c. Jenis kelamin**

Definisi : Pembagian klien berdasarkan jenis alat reproduksi

Alat ukur : Kuesioner no. RKD07.RT.IV kolom 4

Cara ukur : Wawancara/transformasi data

Hasil ukur : 0 = Laki-laki

1 = Perempuan

Skala : Nominal

**d. Status perkawinan**

Definisi : Ikatan yang diakui oleh negara dan agama diantara 2 orang yang berbeda jenis.

Status perkawinan dikategorikan 4 kelompok yaitu belum menikah, menikah dan cerai hidup dan cerai mati

Alat ukur : Kuesioner no. RKD07.RT.IV kolom 6

Cara ukur : Wawancara/ transformasi data

Hasil ukur : 0 = Kawin/menikah  
1 = Belum kawin/belum menikah  
2 = Cerai hidup  
3 = Cerai mati

Skala : Nominal

#### e. Tingkat Pendidikan

Definisi : Pendidikan formal terakhir yang telah ditamatkan responden

Alat ukur : Kuesioner no. RKD07.RT.IV kolom 7

Cara ukur : Wawancara/ transformasi data

Hasil ukur : 0 = pendidikan tinggi  
1 = tamat SLTA  
2 = tamat SLTP  
3 = tamat SD  
4 = tidak tamat SD  
5 = tidak pernah sekolah

Skala : Ordinal

#### f. Pekerjaan

Definisi : Jenis Pekerjaan yang menggunakan waktu terbanyak atau pekerjaan yang memberikan penghasilan terbesar

Alat ukur : Kuesioner no. RKD07.RT.IV kolom 8

Cara ukur : Wawancara / transformasi data

**Hasil ukur** : 0 = PNS/BUMN/Swasta/TNI/Polri/Sekolah  
 1 = Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan jasa  
 2 = Petani/Nelayan/Buru/Lainnya  
 3 = Tidak kerja/Ibu rumah tangga  
**Skala** : Nominal

**g. Status Ekonomi**

**Definisi** : Status pengeluaran untuk bahan makanandan bukan bahan makanan selama 1 bulan dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga yang dihitung berdasarkan kuintil yang sebelumnya dirangkum per tingkat kabupaten (Susenas, 2007)

**Alat ukur** : Kuesioner no. VSEN2007.kor:a & b7 r 25

**Cara ukur** : Wawancara/ transformasi data

**Hasil ukur** : 0 = Kuintil 5  
 1 = Kuintil 4  
 2 = Kuintil 3  
 3 = Kuintil 2  
 4 = Kuintil 1

**Skala** : Ordinal

**h. Kebiasaan merokok**

**Definisi** : Adanya perilaku merokok responden setiap hari yang digolongkan dalam 4 kelompok yaitu tidak merokok, pernah merokok, merokok 1-12 batang sehari dan merokok > 12 batang sehari (Goldstien, 2009)

**Alat Ukur** : Kuesioner no. RKD 07.IND. X D11 dan D13

**Cara Ukur** : Wawancara/ transformasi data

**Hasil ukur** : 0 = tidak pernah merokok  
 1 = pernah merokok

2 = merokok 1-12 batang/hari

3 = merokok >12 batang /hari

Skala : Ordinal

#### **i. Konsumsi alkohol**

Definisi : Riwayat mengkonsumsi minuman yang mengandung alkohol dalam 12 bulan terakhir (minuman alkohol contohnya bir, whiskey, vodka, anggur/ wine, dll dan minuman tradisional: contohnya tuak, poteng, sopi)

Alat ukur : Kuesioner no. RKD 07.IND. X D18

Cara ukur : wawancara/ transformasi data

Hasil ukur : 0 = Tidak mengkonsumsi

1 = Mengkonsumsi

Skala : Nominal

#### **j. Riwayat keturunan gangguan jiwa/mental**

Definisi : Riwayat keturunan gangguan jiwa/mental yang dimiliki oleh individu/anggota keluarga

Alat ukur : Kuewasioner no. RKD 07.IND. X B40

Cara ukur : wawancara/transformasi data

Hasil ukur : 0 = Tidak ada

1 = Ada

Skala : Nominal

### **3.3 Hipotesa**

3.3.1. Reponden yang menderita penyakit kronis akan mengalami gangguan mental emosional lebih tinggi dibanding yang tidak menderita penyakit kronis setelah dikontrol dengan variabel konfonder (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, status ekonomi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan riwayat keturunan gangguan jiwa/mental).

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional* non intervensi/observasi yaitu merupakan desain penelitian yang meneliti/ memotret suatu kejadian pada suatu titik waktu.

#### **4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Jakarta dengan menggunakan data sekunder, yaitu data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Sampel Riskesdas 2007 berasal dari 440 kabupaten/kota yang tersebar di 33 propinsi di seluruh Indonesia.

Permohonan pemakaian data Riskesdas 2007 untuk penelitian diajukan sesuai dengan prosedur yang ada di instansi terkait. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mempelajari kuesioner yang digunakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Balitbangkes Depkes RI) pada Riskesdas 2007, kemudian dipilih variabel-variabel yang tersedia untuk diambil dan disesuaikan dengan tujuan penelitian. Waktu penelitian akan dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan Juni 2010.

#### **4.3 Populasi, Sampel dan Besar Sampel**

##### **4.3.1 Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi penelitian ini adalah semua anggota rumah tangga dalam Riskesdas 2007 yang berusia lebih dari 15 tahun di Indonesia. Sedangkan sampelnya adalah semua anggota rumah tangga dalam Riskesdas 2007 berusia 15 tahun ke atas dengan kriteria tidak sedang mengalami gangguan jiwa, bisa baca dan tulis serta menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan.

Kerangka pengambilan sampel (*sampling frame*) menggunakan blok sensus dari Badan Pusat Statistik (BPS). Cara pengambilan sampel adalah *cluster sampling* dengan menggunakan blok sensus BPS. Rancangan sampel dua tahap di daerah



perkotaan dan tiga tahap di daerah pedesaan. Tahapan pengambilan sampel dapat dijelaskan sebagai berikut :

Pengambilan sampel daerah perkotaan :

1. Tahap pertama, dari kerangka sampel blok sensus dipilih sejumlah blok sensus secara *probability proportional to size* (PPS) menggunakan *linear systematic sampling* dengan *size* banyaknya rumah tangga hasil listing di setiap blok sensus hasil pendaftaran pemilihan dan pendataan penduduk berkelanjutan (P4B).
2. Tahap kedua, dari sejumlah rumah tangga hasil listing Susenas 2007 disetiap blok sensus terpilih dipilih sebanyak 16 rumah tangga secara *linear systematic sampling*.

Pengambilan sampel daerah pedesaan :

1. Tahap pertama, dari kerangka sampel blok sensus dipilih sejumlah blok sensus secara *probability proportional to size* menggunakan *linear systematic sampling* dengan *size* banyaknya rumah tangga hasil listing di setiap blok sensus hasil pendaftaran pemilihan dan pendataan penduduk berkelanjutan.
2. Tahap kedua, dari setiap blok sensus terpilih dibentuk sejumlah sub blok sensus, selanjutnya dipilih satu blok sensus secara *probability proportional to size* dengan *size* banyaknya rumah tangga hasil listing di setiap sub blok sensus hasil pendaftaran pemilihan dan pendataan penduduk berkelanjutan.
3. Tahap ketiga, dari sejumlah rumah tangga hasil listing di tiap blok sensus terpilih, dipilih 16 rumah tangga secara *linear systematic sampling*.

#### 4.3.2. Besar sampel

Besar sampel minimum ditentukan berdasarkan Besar Sampel pada Penelitian Kesehatan, dengan rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda dua proporsi (uji satu sisi) (Stanley Lemeshow, 1997) :

$$n = \frac{\{z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2} \quad (4.1)$$

- $n$  = jumlah sampel minimal  
 $z_{1-\alpha/2}$  = nilai z berdasarkan tingkat kesalahan 5% = 1,96  
 $z_{1-\beta}$  = nilai z berdasarkan kekuatan uji 80% = 0,84  
 $P_1$  = Proporsi kejadian gangguan mental emosional pada orang yang berpenyakit kronis  
 $P_2$  = Proporsi kejadian gangguan mental emosional pada orang yang tidak berpenyakit kronis  
 $\bar{P} = \frac{P_1+P_2}{2}$

Tabel 4.1

#### Hasil Perhitungan Sampel Berdasarkan Hasil Penelitian Terdahulu

Variabel	$P_2$	OR	$P_1$	Keterangan
Hubungan antara penyakit kronis dengan gangguan mental emosional	0,095	1,20	0,125	Dalton. et.al, 2004 American Journal Psychiatry Risk for Cancer in Parents of Patiens with Schizofrenia

Berikut adalah hasil perhitungan sampel minimal dengan menggunakan rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda dua proporsi dengan tingkat kepercayaan 95%, kekuatan uji 80% untuk uji satu sisi adalah 3836 orang (untuk satu kelompok) dengan total sampel minimalnya adalah 7672 orang (untuk dua kelompok).

#### 4.4 Jenis dan Sumber Variabel

Data diperoleh dari hasil Riset Kesehatan Dasar 2007 diambil dari kuesioner rumah tangga (RKD07.RT) yang meliputi pengenalan tempat dan keterangan anggota rumah tangga (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi dan status pernikahan). Sedangkan dari kuesioner individu (RKD07.IND) terdiri dari: penyakit fisik/kronis seperti TBC, DM, penyakit

jantung, hepatitis/liver, kanker/tumor dan stroke,serta kesehatan mental juga dari kuesioner kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan penyakit keturunan gangguan jiwa.

#### 4.5. Analisa Data

##### 4.5.1. Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mengetahui karakteristik data masing-masing variable variable independen maupun variable dependen. Analisa univariat dilihat dari nilai sentral (mean, median, atau persentase ) maupun dari nilai sebarannya.

##### 4.5.2. Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variable independen dengan variable dependen. Untuk mengetahui antara kedua variable tersebut digunakan uji kai kuadrat.

##### 4.5.3. Multivariat

Analisis multivariat digunakan analisis regresi logistik, dengan tahapan sebagai berikut :

- 1) Lakukan pemodelan lengkap, mencakup variabel utama, semua kandidat konfonding dan kandidat interaksi (interaksi dibuat antara variabel utama dengan semua variabel konfonding)
- 3) Lakukan penilaian interaksi, dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai P wald-nya (P value) tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan satu per satu dari nilai P wald-nya (P value) dengan metode ENTER ( Hastono, 2006 )
- 4) Lakukan penilaian konfonding, dengan cara mengeluarkan variabel kovariat/konfonding satu per satu dimulai dari yang memiliki nilai P wald (P value) terbesar, bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor (variabel utama) antara sebelum dan sesudah variabel kovariat dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai konfonding dan tetap harus berada dalam model

Rumus untuk mencari perbedaan OR adalah :

$$\text{Perbedaan OR} = \frac{\text{OR crude} - \text{OR adjust}}{\text{OR adjust}} \times 100 \% \quad (4.2)$$



**BAB V**  
**HASIL PENELITIAN**

**5.1. Karakteristik responden**

Dalam penelitian ini melibatkan 660.452 responden yang dianalisis. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional sebesar 11, 58 persen ( $n = 76.512$ ). Rata-rata gangguan mental emosional adalah 2.23 dengan standar deviasi  $\pm 3,33$ . Gangguan mental emosional minimal sebesar 0 dan maksimal sebesar 20. Umur reponden berkisar antara 15 - 97 tahun dengan rata-rata umur adalah 38,27 tahun dan standar deviasi  $\pm 16,21$  tahun.

**Tabel 5.1.**  
**Distribusi Responden menurut Karakteristik Variabel, Riskesdas 2007**

Karakteristik Variabel	Jumlah	
	N	%
<b>1. Penyakit kronis (Berdasarkan Jenis Penyakit)</b>		
a. TBC	Tidak menderita	657.427 99,54
	Ya	3.025 0,46
b. Diabetes Mellitus (DM)	Tidak menderita	654.203 99,05
	Ya	6.249 0,95
c. Tumor/ Kanker	Tidak menderita	656.548 99,41
	Ya	3.904 0,59
d. Stroke	Tidak menderita	656.480 99,40
	Ya	3.972 0,60
e. Hepatitis	Tidak menderita	660.087 99,94
	Ya	365 0,06
f. Jantung	Tidak menderita	652.451 98,79
	Ya	8001 1,21
<b>Penyakit kronis (Berdasarkan Jumlah yang diderita)</b>		
	Tidak	637.491 96,52
	Menderita 1 penyakit	20.743 3,14
	Menderita 2 penyakit	1.943 0,29
	Menderita 3 penyakit	228 0,03
	Menderita $\geq 4$ penyakit	47 0,01
<b>2. Umur</b>		
	15 – 24 tahun	152.235 23,05
	25 – 34 tahun	151.761 22,98
	35 – 44 tahun	139.702 21,15
	45 – 54 tahun	104.516 15,82
	55 – 64 tahun	59.493 9,01
	65 – 74 tahun	35.881 5,43

	75 tahun ke atas	16.864	2,55
3. Jenis kelamin	Laki-laki	317.699	48,1
	Perempuan	342.753	51,9
4. Status Perkawinan	Kawin	458.020	69,35
	Belum kawin	147.754	22,37
	Cerai hidup	11.754	1,78
	Cerai mati	42.924	6,50
5. Pendidikan	Perguruan tinggi	35.784	5,42
	Tamat SLTA	139.657	21,15
	Tamat SLTP	134.213	20,23
	Tamat SD	183.582	27,80
	Tidak tamat SD	109.325	16,55
6. Pekerjaan	Tidak pernah sekolah	57.891	8,77
	PNS/BUMN/swasta/TNI/Polri/sekolah	113.615	17,20
	Wiraswasta/pedagang/pelayanan jasa	88.658	13,42
	Petani/nelayan/buruh/lainnya	248.066	37,56
	Tidak kerja/ibu rumah tangga	210.113	31,81
7. Status ekonomi	Kuintil 5	114.110	17,28
	Kuintil 4	128.660	19,48
	Kuintil 3	134.562	20,37
	Kuintil 2	139.168	21,07
	Kuintil 1	143.952	21,80
8. Kebiasaan merokok	Tidak pernah merokok	413.467	62,60
	Pernah merokok	24.959	3,78
	Merokok 1 – 12 batang /hari	218.969	33,15
	Merokok >12 batang/hari	3.057	0,46
9. Konsumsi alkohol	Tidak	623.748	94,44
	Ya	36.704	5,56
10. Riwayat keturunan gangguan mental	Tidak	656.622	99,42
	Ya	3.830	0,58
11. Gangguan mental emosional	Tidak	583.940	88,42
	Ya	76.512	11,58

Tabel 5.1 menunjukkan distribusi responden menurut karakteristik variabel. Untuk variabel penyakit kronis, responden yang menderita penyakit kronis sebesar 3,48 persen (n=22.961).

Berdasarkan jenis penyakit yang diderita, didapat bahwa jenis penyakit kronis yang diderita responden terbesar adalah penyakit jantung, yaitu sebesar 1,21 persen (n=8001) dan yang terkecil adalah responden yang menderita penyakit hepatitis sebesar 0,06 persen (n=365).

Sedangkan yang berdasarkan jumlah penyakit kronis yang diderita responden didapat bahwa responden terbesar adalah responden yang menderita satu penyakit kronis sebesar 3,14 persen (n=20.743) dan yang terkecil, yaitu pada

responden yang berpenyakit kronis lebih atau sama dengan empat sebesar 0,01 persen (n=47). Menurut jenis kelamin diketahui bahwa persentase responden laki-laki (48,10%) hampir sama dengan perempuan (51,90%). Sedangkan dilihat dari status kawin/pernikahan diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu 69,35 persen sudah kawin/menikah.

Menurut tingkat pendidikan bahwa Menurut tingkat pendidikan bahwa responden terbesar berpendidikan tamat SD (27,80%), tidak pernah sekolah sebesar 8,77 persen dan 5,42 persen responden adalah perguruan tinggi serta sisanya tersebar hampir merata untuk tamatan SLTA, tamat SLTP dan tidak tamat SD .

Sedangkan dilihat dari jenis pekerjaan menunjukkan bahwa sebagian besar responden bekerja sebagai petani/buruh/nelayan/lainnya, yaitu sebesar 37,56 persen, serta responden tidak bekerja dan ibu rumah tangga sebesar 31,81 persen.

Berdasarkan status ekonomi diketahui bahwa prosentase responden yang tergolong dalam kuintil 5 (kategori kaya) hingga kuintil 1 ( kategori miskin) tersebar merata antara 17,28 persen hingga 21,80 persen.

Dari kebiasaan merokok, diketahui bahwa sebagian besar responden tidak merokok sebesar 62,60 persen (n=413.467) dan responden yang merokok sebanyak 1–12 batang perhari sebesar 33,15 persen (n=218.969). Selanjutnya menurut konsumsi alkohol, didapat bahwa sekitar 36.704 responden (5,56%) yang mengkonsumsi alkohol dan 623.748 responden yang tidak mengkonsumsi alkohol (94,44%). Sedangkan dilihat dari riwayat keturunan gangguan jiwa, didapat hanya sebagian kecil responden, yaitu sebesar 0,58 persen (n=3.830) yang memiliki riwayat gangguan jiwa, dan 99,42 persen (n=656.622) yang tidak memiliki riwayat keturunan gangguan jiwa.

## 5.2. Hubungan penyakit kronis dengan gangguan mental emosional

Tabel 5.2

Hasil Analisis Hubungan Penyakit Kronis (Berdasarkan Jumlah yang diderita) dan Kovariat dengan Gangguan Mental Emosional, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tidak ada gangguan		Ada gangguan		P Value	OR CI 95%
	N	%	N	%		
<b>1. Penyakit kronis</b>						
Tidak	567.849	89,08	69.642	10,92		
Menderita 1 penyakit	14.850	71,6	5.893	28,4	0.000	3,23 (3,13 – 3,33)
Menderita 2 penyakit	1.134	58,4	8.09	41,6	0.000	5,81 (5,31 – 6,36)
Menderita 3 penyakit	85	37,3	143	62,7	0.000	13,71 (10,48–17,94)
Menderita >= 4 penyakit	22	46,8	25	53,2	0.000	9,26 (5,22– 16,43)
<b>2. Umur</b>						
15 – 24 tahun	138.890	91,2	13.345	8,8		
25 – 34 tahun	138.089	91,0	13.672	9,0	0,019	1,03 (1,00 – 1,05)
35 – 44 tahun	125.877	90,1	13.825	9,9	0.000	1,43 (1,11 – 1,72)
45 – 54 tahun	92.029	88,1	12.487	11,9	0.000	1,41 (1,37 – 1,44)
55 – 64 tahun	50.105	84,2	9.388	15,8	0.000	1,95 (1,89 – 2,00)
65 – 74 tahun	27.743	77,3	8.138	22,7	0.000	3,05 (2,96 – 3,14)
75 tahun ke atas	11.207	66,5	5.657	33,5	0.000	5,25 (5,06 – 5,44)
<b>3. Jenis kelamin</b>						
Laki-laki	289.247	91,0	28.452	9,0		
Perempuan	294.693	86,0	48.060	14,0	0.000	1,65 (1,63 – 1,68)
<b>4. Status perkawinan</b>						
Kawin	406.888	88,8	51.132	11,2		
Belum kawin	135.127	91,5	12.627	8,5	0.000	0,74 (0,72 – 0,75)
Cerai hidup	9.685	82,4	2.069	17,6	0.00	1,70 (1,62 – 1,78)
Cerai mati	32.240	75,1	10.684	24,9	0.00	2,63 (2,57 – 2,70)
<b>5. Pendidikan</b>						
Perguruan tinggi	33.345	93,2	2.439	6,8		
Tamat SLTA	128.878	92,3	10.779	7,7	0.000	1,14 (1,09 – 1,19)
Tamat SLTP	122.150	91,0	12.063	9,0	0.000	1,35 (1,29 – 1,41)
Tamat SD	161.745	88,1	21.837	11,9	0.000	1,84 (1,76 – 1,92)
Tidak tamat SD	92.262	84,4	17.063	15,6	0.000	2,52 (2,41 – 2,64)
Tidak pernah sekolah	45.560	78,7	12.331	21,3	0.000	3,70 (3,53 – 3,87)
<b>6. Pekerjaan</b>						
PNS/BUMN/swasta/TNI/Polri/sekolah	105.678	93,0	7.937	7,0		
Wiraswasta/pedagang/pelayanan jasa	80.404	90,7	8.254	9,3	0.000	1,36 (1,32 – 1,41)
Petani/nelayan/buruh/lainnya	220.760	89,0	27.306	11,3	0.000	1,64 (1,60 – 1,69)
Tidak kerja/ibu rumah tangga	177.098	84,3	33.015	15,7	0.000	2,48 (2,419– 2,54)
<b>7. Status ekonomi</b>						
Kuintil 5	102.841	90,1	11.269	9,9		
Kuintil 4	114.491	89,0	14.169	11,0	0.000	1,12 (1,10 – 1,15)
Kuintil 3	119.044	88,5	15.518	11,5	0.000	1,19 (1,15 – 1,22)
Kuintil 2	122.106	87,7	17.062	12,3	0.000	1,27 (1,24 – 1,30)
Kuintil 1	125.458	87,2	18.494	12,8	0.000	1,34 (1,31 – 1,37)
<b>8. Kebiasaan merokok</b>						
Tidak pernah merokok	364.011	88,0	49.456	12,0		
Pernah merokok	20.780	83,3	4.179	16,7	0.000	1,48 (1,43 – 1,53)
Merokok 1 – 12 batang/hari	196.482	89,7	22.487	10,3	0.000	0,84 (0,82 – 0,85)
Merokok >12 batang/hari	2.667	87,2	3.90	12,8	0,177	1,07 (0,96 – 1,19)
<b>9. Konsumsi Alkohol</b>						



Tidak mengonsumsi	552.205	88,5	71.543	11,5		
Mengonsumsi	31.735	86,5	4.969	13,5	0.000	1,20 (1,17 – 1,24)
<b>10. Riwayat penyakit/gangguan mental</b>						
Tidak	581.400	88,5	75.222	11,5		
Ya	2.540	66,3	1.290	33,7	0.000	3,92 (3,66 – 4,19)

Dari tabel 5.2. di atas menunjukkan bahwa responden yang menderita 4 penyakit kronis atau lebih memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 9,26 kali (CI 95%: 5,22 – 16,43) dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit kronis. Adapun yang menderita 2 penyakit kronis memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 5,81 kali (CI 95%: 5,31 – 6,36) dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit kronis, dengan nilai p yang signifikan. Pada responden yang menderita satu penyakit kronis memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 3,23 kali (CI 95%: 3,13 – 3,33) dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit kronis. Adapun nilai p diperoleh sebesar 0,000 yang menunjukkan semakin banyak jumlah penyakit kronis yang diderita semakin besar kemungkinan untuk menderita gangguan mental emosional.

Tabel 5.3

Hasil Analisis Hubungan Penyakit Kronis (Berdasarkan Jenis Penyakit) dengan Gangguan Mental Emosional, Riskesdas 2007

Jenis penyakit	Tidak ada gangguan		Ada gangguan		P Value	OR CI 95%
	N	%	N	%		
<b>1. TBC</b>						
Tidak menderita	581.944	88,52	75.483	11,48		
Ya	1.996	65,98	1.029	34,02	0,00	3,97 (3,68 – 4,28)
<b>2. Diabetes Mellitus (DM)</b>						
Tidak menderita	579.215	88,54	74.988	11,46		
Ya	4.725	75,61	1.524	24,39	0,00	2,49 (2,35 – 2,64)
<b>3. Tumor/ kanker</b>						
Tidak menderita	580.983	88,49	75.565	11,51		
Ya	2.957	75,74	947	24,26	0,00	2,46 (2,28 – 2,65)
<b>4. Stroke</b>						
Tidak menderita	581.646	88,60	74.834	11,40		
Ya	2.294	57,75	1.678	42,25	0,00	5,68 (5,33 – 6,05)
<b>5. Hepatitis</b>						
Tidak menderita	583.748	88,44	76.339	11,56		
Ya	192	52,60	173	47,46	0,00	6,89 (5,60 – 8,46)
<b>6. Jantung</b>						
Tidak menderita	578.640	88,69	73.811	11,31		
Ya	5.300	66,42	2.701	33,76	0,00	3,99 (3,81 – 4,18)

Berdasarkan tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa responden yang menderita penyakit hepatitis memiliki peluang risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 6,89 kali (CI 95%: 5,60 – 8,42) dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit hepatitis dengan p value signifikan ( $<0,05$ ). Untuk responden menderita penyakit stroke memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 5,68 kali (CI 95%: 5,33 – 6,05) dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit stroke, dengan nilai p yang signifikan. Pada responden yang menderita penyakit jantung memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 3,99 kali (CI 95%: 3,81 – 4,18) dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit jantung dengan nilai p yang signifikan. Responden yang menderita penyakit TBC memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 3,97 kali (CI 95%: 3,68 – 4,28) dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit TBC. Selanjutnya responden yang menderita penyakit diabetes mellitus memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 2,49 kali (CI 95%: 2,35–2,64) dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit diabetes mellitus. Sedangkan untuk responden yang menderita penyakit tumor/kanker memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 2,46 kali (CI 95%: 2,28–2,65) dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit tumor/kanker. Semua jenis penyakit memiliki nilai p sebesar 0,000 yang menunjukkan bahwa semakin kronis penyakit yang diderita semakin besar kemungkinan untuk menderita gangguan mental emosional.

### **5.3. Hubungan variabel kovariat dengan gangguan mental emosional**

Berdasarkan Tabel 5.2. memperlihatkan variabel umur diketahui bahwa responden terbesar yang mengalami gangguan mental emosional adalah responden dengan umur 75 tahun ke atas, yaitu sebesar 33,5 persen, sedangkan responden terkecil yang mengalami gangguan mental emosionalnya adalah berumur 15 – 24 tahun, yaitu sebesar 8,8 persen. Pada kelompok umur 75 tahun ke atas memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 5,25 kali (CI 95%: 5,06 – 5,44) dibandingkan dengan responden yang berumur 15 - 24 tahun, untuk kelompok umur 65 – 74 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 3,05 kali (CI 95%: 2,96 – 3,14) dibandingkan dengan

responden yang berumur 15 - 24 tahun. Sedangkan untuk kelompok umur 55 – 64 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,95 kali (CI 95%: 1,89 – 2,00) dibandingkan dengan responden yang berumur 15 - 24 tahun. Selanjutnya kelompok umur 45 – 54 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,41 kali (CI 95%: 1,37 – 1,44) dibandingkan dengan responden yang berumur 15 - 24 tahun. Berdasarkan kelompok umur 35 – 44 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,14 kali (CI 95%: 1,11 – 1,17) dibandingkan dengan responden yang berumur 15 - 24 tahun. Sedangkan untuk kelompok umur 25 – 34 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,03 kali (CI 95%: 1,00–1,05) dibandingkan dengan responden yang berumur 15 - 24 tahun. Dari hasil analisis diperoleh nilai  $p < 0,05$  yang menunjukkan semakin tinggi umur semakin tinggi kemungkinan untuk mengalami gangguan mental emosional.

Variabel jenis kelamin (sex) diketahui bahwa persentase perempuan (14,0%) yang mengalami gangguan mental emosional lebih tinggi daripada persentase laki-laki (9,0%). Responden perempuan memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,65 kali (CI 95%: 1,63 - 1,68) dibandingkan responden laki-laki. nilai  $p < 0,05$  yang menunjukkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan gangguan mental emosional.

Menurut status perkawinan diketahui bahwa persentase gangguan mental emosional pada responden yang sudah bercerai ditinggal mati tiga kali lipat lebih tinggi dibandingkan responden yang belum kawin yaitu 6,5 %. Responden yang sudah bercerai ditinggal mati memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 2,63 kali (CI 95%: 2,57-2,70) dibandingkan responden yang sudah kawin, responden yang bercerai hidup memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,70 kali (CI 95%: 1,62 - 1,78) dibanding yang sudah kawin, dan bagi responden yang belum menikah memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 0,74 (CI 95%: 0,72 - 0,76) dibanding responden yang belum kawin ( dengan kata lain terjadi nilai protektif). Dari hasil uji hypotesis diperoleh nilai  $p < 0,05$  yang menunjukkan ada hubungan antara status perkawinan dengan gangguan mental emosional.

Variabel pendidikan diketahui bahwa persentase gangguan mental emosional cenderung berbanding terbalik seiring dengan tingginya tingkat pendidikan responden. Responden yang tidak pernah sekolah memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 3,70 kali (CI 95%: 3,53 – 3,87) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan perguruan tinggi. Dari responden yang tidak tamat SD memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 2,52 kali (CI 95%: 2,41 – 2,64) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan perguruan tinggi. Bagi responden yang tamat SD memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,84 kali (CI 95%: 1,76 – 1,92) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan perguruan tinggi. Sedangkan bagi responden yang berpendidikan tamat SLTP memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,35 kali (CI 95%: 1,29 – 1,41) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan perguruan tinggi. Selanjutnya responden yang berpendidikan tamat SLTA memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,14 kali (CI 95%: 1,09 – 1,19) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan perguruan tinggi. Dari hasil analisis diperoleh nilai  $p < 0,05$  yang menunjukkan semakin rendah tingkat pendidikan responden semakin tinggi kemungkinan untuk mengalami gangguan mental emosional.

Dilihat dari variabel pekerjaan tampak bahwa persentase gangguan mental emosional tertinggi terdapat pada responden yang tidak bekerja/ibu rumah tangga, yaitu sebesar 15,7 persen. Responden yang tidak bekerja/ibu rumah tangga memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 2,48 kali (CI 95%: 2,41 – 2,54) dibandingkan responden dengan pekerjaan PNS/pegawai BUMN/swasta/TNI/Polri/sekolah. Pada responden yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh/lainnya memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,64 kali (CI 95%: 1,60–1,69) dibandingkan responden dengan pekerjaan PNS/pegawai BUMN/swasta/TNI/Polri/sekolah. Sedangkan responden yang bekerja sebagai wiraswasta/pedagang/pelayanan jasa memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,36 kali (CI 95%: 1,32–1,41) dibandingkan responden dengan pekerjaan PNS/pegawai BUMN/swasta/TNI/Polri/sekolah. Nilai  $p$  diperoleh sebesar 0,00 ( $< 0,05$ ) yang artinya ada hubungan antara pekerjaan dengan gangguan mental emosional.

Pada variabel status ekonomi tampak bahwa persentase gangguan mental emosional tertinggi terdapat pada responden dengan status ekonomi kuintil 1, yaitu sebesar 12,8 persen. Responden dengan status ekonomi kuintil 1 memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,34 kali (CI 95%: 1,31–1,37) dibandingkan responden dengan status ekonomi kuintil 5. Pada responden dengan status ekonomi kuintil 2 memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,27 kali (CI 95%: 1,24–1,30) dibandingkan responden dengan status ekonomi kuintil 5. Sedangkan responden dengan status ekonomi kuintil 3 memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,19 kali (CI 95%: 1,15–1,22) dibandingkan responden dengan status ekonomi kuintil 5. serta untuk responden dengan status ekonomi kuintil 4 memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,12 kali (CI 95%: 1,10–1,15) dibandingkan responden dengan status ekonomi kuintil. Dari hasil analisis diperoleh nilai  $p$  0,00 ( $< 0,05$ ) yang menunjukkan semakin rendah tingkat status ekonomi responden semakin tinggi kemungkinan mengalami gangguan mental emosional.

Menurut kebiasaan merokok diketahui bahwa persentase gangguan mental emosional tertinggi terdapat pada responden yang pernah merokok, yaitu sebesar 16,7%. Responden yang pernah merokok memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,48 kali (CI 95%: 1,43–1,53) dibandingkan dengan responden yang tidak pernah merokok. Sedangkan untuk responden yang merokok lebih dari 12 batang perhari memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,07 kali (CI 95%: 0,96–1,19) dibandingkan dengan responden yang tidak pernah merokok, dan untuk responden merokok antara 1 - 12 batang perhari memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 0,84 kali (CI 95%: 0,82–0,85) dibandingkan dengan responden yang tidak pernah merokok. Dari hasil analisis uji statistik diketahui pada perokok  $> 12$  batang nilai  $p$ , 0,17 ( $< 0,05$ ) yang berarti tidak ada hubungan antara kebiasaan merokok  $> 12$  batang/hari dengan gangguan mental emosional sedangkan bagi responden yang pernah merokok dan merokok 1 - 12 batang/hari diperoleh nilai 0,000 ( $< 0,05$ ) yang berarti ada hubungan antara responden yang pernah merokok dan responden yang merokok 1 - 12 batang/ hari dengan gangguan mental emosional, tetapi peluang risiko gangguan mental

emosional dapat ditunjukkan bahwa semakin tinggi kebiasaan merokok responden maka semakin tinggi pula kemungkinan mengalami gangguan mental emosional.

Pada variabel konsumsi alkohol menunjukkan bahwa persentase gangguan mental emosional cenderung lebih tinggi pada responden yang mengkonsumsi alkohol, yaitu sebesar 13,5 persen. Responden yang mengkonsumsi alkohol memiliki risiko gangguan sebesar 1,20 kali (CI 95%: 1,17 – 1,24) dibandingkan dengan responden yang tidak mengonsumsi alkohol. Nilai p diperoleh sebesar 0,00 ( $< 0,05$ ) yang artinya ada hubungan antara konsumsi alkohol dengan gangguan mental emosional.

Pada riwayat keturunan mengalami gangguan mental emosional diperoleh persentase lebih besar (33,7 %) dibandingkan mereka yang tidak memiliki riwayat keturunan gangguan mental emosional (11,5 %). Adapun resiko mengalami gangguan mental emosional, mereka yang memiliki riwayat keturunan gangguan mental emosional sebesar 3,92 dibanding mereka yang tidak memiliki gangguan mental emosional. Hasil uji statistik diperoleh nilai p 0,00 ( $< 0,05$ ) yang menunjukkan ada hubungan antara riwayat keturunan dengan gangguan mental emosional.

#### 5.4. Analisis Multivariat: Pemodelan hubungan penyakit kronis dengan gangguan mental emosional

Dalam tahapan pemodelan lengkap untuk mengetahui hubungan penyakit kronis dengan gangguan mental emosional adalah membuat model yang mencakup variabel dan potensial konfonder tanpa menyertakan interaksi (tidak melakukan uji interaksi). Maka didapat pemodelan awal seperti dalam Tabel 5.4.

Tabel 5.4  
Pemodelan Awal Hubungan Penyakit Kronis dengan  
Gangguan Mental Emosional

Variabel	B	SE	z	p(z)	OR	CI: 95%
1. Penyakit kronis						
Tidak					1,00	
Menderita 1 penyakit	0,92	0,06	39,15	0,00	2,53	2,42 – 2,65
Menderita 2 penyakit	1,51	1,29	23,96	0,00	4,55	4,01 – 5,15
Menderita 3 penyakit	2,47	2,34	12,52	0,00	11,85	8,04 – 17,46
Menderita $\geq 4$ penyakit	1,99	3,71	3,96	0,00	7,37	2,74 – 19,82
2. Umur						

15 – 24 tahun					1,00	
25 – 34 tahun	- 0,05	0,02	- 2,39	0,01	0,94	0,91 – 0,09
35 – 44 tahun	- 0,02	0,02	- 0,97	0,33	0,97	0,93 – 1,02
45 – 54 tahun	0,04	0,02	1,66	0,09	1,04	0,99 – 1,09
55 – 64 tahun	0,17	0,35	5,80	0,00	1,18	1,12 – 1,25
65 – 74 tahun	0,42	0,48	13,36	0,00	1,53	1,43 – 1,63
75 tahun ke atas	0,80	0,08	2,75	0,00	2,23	2,07 – 1,85
3. Jenis kelamin (perempuan)	0,58	0,31	33,10	0,00	1,78	1,72 – 1,85
4. Status perkawinan						
Kawin					1,00	
Belum kawin	0,04	0,02	2,02	0,04	1,04	1,00 – 1,09
Cerai hidup	0,36	0,04	10,75	0,00	1,44	1,34 – 1,54
Cerai mati	0,21	0,02	10,35	0,00	1,23	1,18 – 1,28
5. Pendidikan						
Perguruan tinggi					1,00	
Tamat SLTA	0,09	0,03	2,67	0,00	1,09	1,02 – 1,17
Tamat SLTP	0,27	0,47	7,63	0,00	1,31	1,22 – 1,41
Tamat SD	0,48	0,58	13,27	0,00	1,61	1,50 – 1,73
Tidak tamat SD	0,68	0,75	17,88	0,00	1,97	1,83 – 2,12
Tidak pernah sekolah	0,69	0,81	16,82	0,00	1,99	1,84 – 2,16
6. Pekerjaan						
PNS/BUMN/swasta/TNI/Polri/sekolah					1,00	
Wiraswasta/pedagang/pelayanan jasa	0,10	0,02	4,10	0,00	1,10	1,05 – 1,16
Petani/nelayan/buruh/lainnya	0,01	0,02	0,45	0,65	1,01	0,96 – 1,06
Tidak kerja/ibu rumah tangga	0,34	0,03	15,85	0,00	1,41	1,35 – 1,47
7. Status ekonomi						
Kuintil 5					1,00	
Kuintil 4	0,08	0,23	3,74	0,00	1,08	1,03 – 1,13
Kuintil 3	0,14	0,26	6,12	0,00	1,15	1,10 – 1,20
Kuintil 2	0,18	0,28	7,85	0,00	1,20	1,14 – 1,26
Kuintil 1	0,21	0,03	8,35	0,00	1,20	1,17 – 1,30
8. Kebiasaan merokok						
Tidak pernah merokok					1,00	
Pernah merokok	0,50	0,05	16,77	0,00	1,66	1,56 – 1,76
Merokok 1 – 12 batang/hari	0,28	0,02	15,68	0,00	1,33	0,96 – 1,37
Merokok >12 batang/hari	0,28	0,11	3,31	0,00	1,33	1,35 – 1,47
9. Konsumsi alkohol (ya)	0,58	0,04	21,07	0,00	1,79	1,69 – 1,89
10. Ada riwayat keturunan gangguan mental	1,29	0,20	23,22	0,00	3,65	3,27 – 4,07
Constant	- 3,28	0,04	- 74,76	0,00		- 3,36 – - 3,19

Model di atas (Tabel 5.4) merupakan model baku emas (*gold standart*) dari hubungan antara penyakit kronis dengan gangguan mental emosional yang dikontrol oleh potensial konfonder, dengan responden yang:

1. Menderita 1 penyakit kronis memiliki OR sebesar 2,53
2. Menderita 2 penyakit kronis memiliki OR sebesar 4,54
3. Menderita 3 penyakit kronis memiliki OR sebesar 11,85

#### 4. Menderita lebih atau sama dengan 4 penyakit kronis memiliki OR sebesar 7,37

Meski model di atas dapat dikatakan model yang paling sah untuk menilai hubungan penyakit kronis dengan gangguan mental emosional tetapi belum dapat dikatakan model yang paling sederhana dan paling baik presisinya (Ariawan, 2008).

Maka tahapan berikutnya adalah menyederhanakan model melalui uji konfounding, yaitu dengan cara melihat perubahan nilai OR pada variabel penyakit kronis (utama) terhadap nilai baku emas dengan cara mengurangi/eliminasi variabel potensial konfonder yang pengaruhnya tidak terlalu besar, dimulai dari yang memiliki nilai p terbesar (atau nilai z terkecil) satu persatu, bila perubahannya lebih dari 10 persen, maka variabel tersebut dianggap sebagai konfonder (Hasil uji konfounding pada lampiran 2)

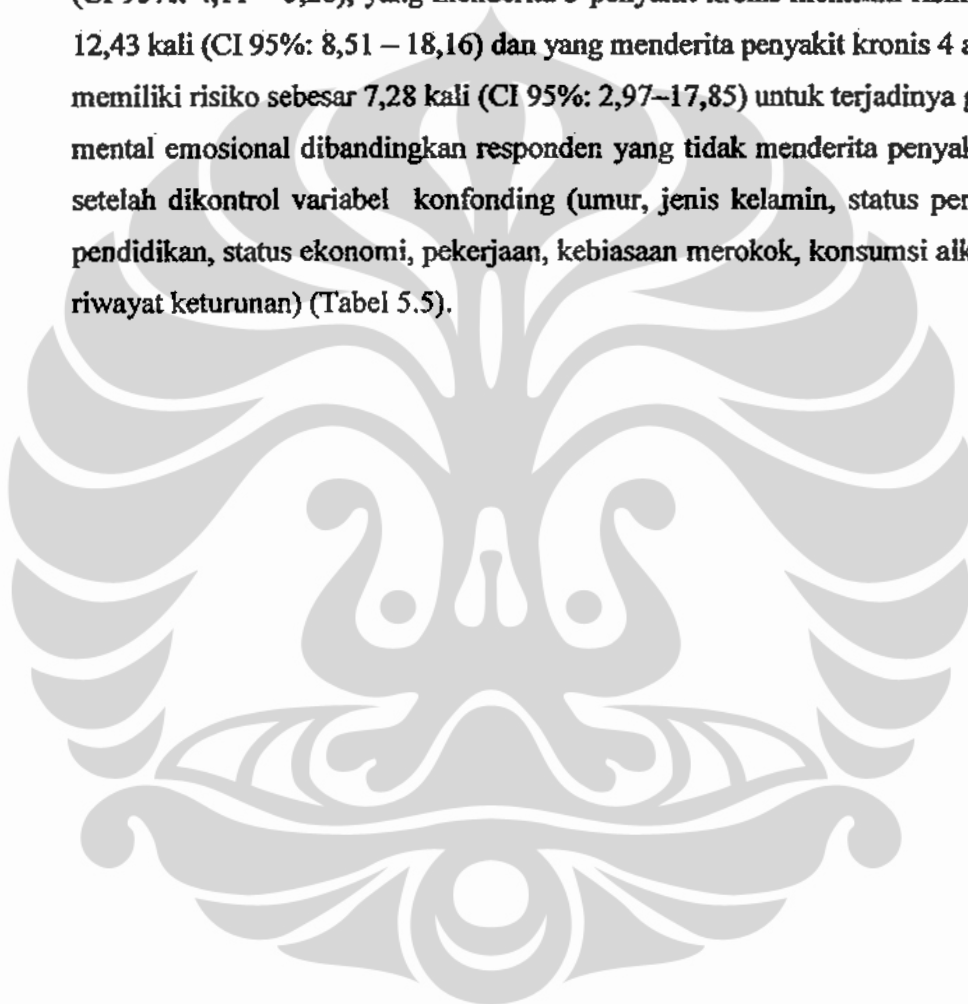
Dari hasil analisis uji konfounding diperoleh hasil model akhir seperti dalam tabel berikut :

**Tabel 5.5**  
Pemodelan Akhir Hubungan Penyakit Kronis dengan Gangguan Mental Emosional

Variabel	B	SE	z	p(z)	OR	CI: 95%
1. Penyakit kronis						
Tidak					1,00	
Menderita 1 penyakit	0,96	0,06	41,31	0,00	2,63	2,51 – 2,75
Menderita 2 penyakit	1,53	0,29	24,29	0,00	4,65	4,11 – 5,26
Menderita 3 penyakit	2,52	2,40	13,03	0,00	12,43	8,51 – 18,16
Menderita $\geq$ 4 penyakit	1,98	3,33	4,34	0,00	7,28	2,97 – 17,85
2. Umur						
15 – 24 tahun					1,00	
25 – 34 tahun	-0,00	0,01	-0,19	0,84	0,99	0,96 – 1,03
35 – 44 tahun	-1,01	0,01	-1,04	0,30	0,98	0,94 – 1,01
45 – 54 tahun	0,01	0,20	0,76	0,44	1,01	0,97 – 1,05
55 – 64 tahun	0,16	0,02	7,17	0,00	1,18	1,13 – 1,24
65 – 74 tahun	0,50	0,04	19,68	0,00	1,65	1,56 – 1,73
75 tahun ke atas	0,95	0,07	31,09	0,00	2,58	2,43 – 2,74
3. Pendidikan						
Perguruan tinggi					1,00	
Tamat SLTA	0,21	0,04	6,42	0,00	1,24	1,16 – 1,32
Tamat SLTP	0,43	0,05	12,11	0,00	1,54	1,43 – 1,65
Tamat SD	0,67	0,07	18,63	0,00	1,95	1,82 – 2,10
Tidak tamat SD	0,89	0,09	23,92	0,00	2,45	2,28 – 2,64
Tidak pernah sekolah	1,01	0,10	25,33	0,00	2,75	2,54 – 2,97
4. Ada riwayat keturunan gangguan mental	1,32	0,20	24,64	0,00	3,76	3,38 – 4,17
Constant	-2,69	0,03	-73,05	0,00		-2,76 – -2,62



Berdasarkan pemodelan akhir analisis hubungan penyakit kronis dengan kejadian gangguan mental emosional pada responden didapatkan bahwa responden yang menderita 1 penyakit kronis memiliki risiko 2,633kali (CI 95%: 2,51 - 2,74), yang menderita 2 penyakit kronis memiliki risiko sebesar 4,65 kali (CI 95%: 4,11 - 5,26), yang menderita 3 penyakit kronis memiliki risiko sebesar 12,43 kali (CI 95%: 8,51 - 18,16) dan yang menderita penyakit kronis 4 atau lebih memiliki risiko sebesar 7,28 kali (CI 95%: 2,97-17,85) untuk terjadinya gangguan mental emosional dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit kronis setelah dikontrol variabel konfonding (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, status ekonomi, pekerjaan, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol dan riwayat keturunan) (Tabel 5.5).



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1. Keterbatasan penelitian**

##### **6.1.1. Desain penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan status penyakit kronis dengan kejadian gangguan mental emosional pada usia 15 tahun ke atas di Indonesia dengan menggunakan desain *cross-sectional* dimana memiliki kelemahan yaitu urutan waktu kejadian (*time sequence*) yang tidak dapat diketahui dengan pasti karena semua variabel (*independen dan dependen*) pengukurannya dilakukan pada saat yang bersamaan, sehingga antara gangguan mental emosional dan variabel prediktornya dapat saling mendahului yang berakibat aspek kausalitasnya menjadi tidak jelas/kabur. Namun desain ini sangat cocok untuk mengetahui prevalensi gangguan mental emosional secara nasional karena lebih efisien dan efektif dibandingkan dengan desain lainnya

#### **6.2. Karakteristik responden**

##### **6.2.1. Prevalensi gangguan mental emosional di Indonesia**

Dalam penelitian yang melibatkan 660.452 responden ini diperoleh bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada usia 15 tahun ke atas di Indonesia adalah 11,58 persen. Angka ini secara poin estimate tidak berbeda dengan laporan Riskesdas 2007 yang melaporkan prevalensi gangguan mental emosional sebesar 11,6 persen. Walaupun angka ini relatif sedang tetapi secara fisik maupun sosial dapat mengakibatkan gangguan penyakit fisik maupun hubungan individu dengan lingkungannya. Sebagaimana menurut Hawari (2008) bahwa gangguan jiwa adalah sindrom atau pola tingkah laku psikologis yang secara klinis bermakna dari seseorang dan berhubungan dengan penderita (*distress*) atau disabilitas atau meningkatnya risiko untuk penderita sakit, disabilitas, kematian atau kehilangan kebebasan dan menurut Yulizar, dkk (2004) gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi

jiwa yaitu menimbulkan penderitaan pada dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial .

### **6.3. Hubungan penyakit kronis dengan gangguan mental emosional**

Berdasarkan hasil penelitian setelah dikontrol oleh variabel konfonder didapat bahwa: responden yang menderita 1 penyakit kronis memiliki risiko sebesar 2,63 kali terjadinya gangguan mental emosional dibandingkan dengan responden yang tidak menderita penyakit kronis.

Untuk responden yang menderita 2 penyakit kronis memiliki risiko sebesar 4,65 kali terjadinya gangguan mental emosional dibandingkan dengan responden yang tidak menderita penyakit kronis. Selanjutnya bagi responden yang menderita 3 penyakit kronis memiliki risiko sebesar 12,43 kali terjadinya gangguan mental emosional dibandingkan dengan responden yang tidak menderita penyakit kronis, sedangkan bagi responden yang menderita 4 penyakit kronis atau lebih memiliki risiko sebesar 7,28 kali untuk terjadinya gangguan mental emosional dibandingkan dengan responden yang tidak menderita penyakit kronis.

Hal ini sesuai penelitian sebelumnya dari Roosihermati, (2008) yang menyimpulkan bahwa masing-masing responden yang berpenyakit kronis asma memiliki risiko 3,127 kali, kejadian gangguan mental emosional dibandingkan yang tidak berpenyakit kronis asma , penyakit jantung memiliki risiko 4,584 kali kejadian gangguan mental emosional dibandingkan dengan yang tidak berpenyakit jantung, penyakit diabetes mellitus memiliki risiko 2,295 kali dibandingkan dengan yang tidak berpenyakit diabetes mellitus dan penyakit kronis tumor/kanker memiliki risiko 2,090 kali dibandingkan yang tidak berpenyakit tumor/kanker.

Menurut Koenig, (2003) yang menjelaskan bahwa salah satu faktor risiko terjadinya gangguan mental adalah penyakit fisik (kronis), Hal ini juga sesuai model Medis menurut Meyer et.all yang dijelaskan bahwa perubahan perilaku dalam gangguan mental emosional disebabkan oleh penyakit biologis. Perilaku yang menyimpang berhubungan dengan toleransi responden terhadap stres (Stuart, 2007)

Selanjutnya menurut Stuart, (2007) salah satu sebab terjadinya gangguan mental adalah penyakit fisik yang bersifat kronis, dimana penyakit ini berlangsung lama baik dalam patofisiologis dan proses pengobatan serta pemulihannya yang cenderung mengakibatkan kematian sebagai akibat adanya gangguan biologis pada sistem syaraf pusat sehingga akan mempengaruhi fungsi kognitif seseorang dalam memutuskan mekanisme penyesuaian (*adaptation*) atau pertahanan dirinya (*defence mechanism*) terhadap masalah yang dihadapinya.

Adanya peningkatan risiko gangguan mental emosional pada responden yang menderita hingga 3 penyakit kronis dimungkinkan terjadi karena individu atau responden merasa integritas fisik terancam sebagai akibat gangguan atau disabilitas fisiologis dan penurunan fungsi sosial, maka individu atau responden cenderung menggunakan penyesuaian/pertahanan diri (*mekanisme coping*) untuk mengatasi kecemasan tetapi karena mekanisme tersebut berlangsung secara relatif tidak disadari maka dapat menjadi respon maladaptif terhadap stres berupa peningkatan risiko gangguan mental emosional (Stuart, 2007).

Sedangkan untuk responden yang menderita 4 penyakit kronis atau lebih relatif mengalami penurunan risiko gangguan mental emosional yang penyebabnya mungkin secara prinsip sama dengan responden yang menderita hingga 3 penyakit kronis tetapi ada hal lain yang memungkinkan, yaitu disamping secara substansi responden yang menderita 4 penyakit kronis atau lebih tersebut berarti sudah pasrah sebagai akibat penyakit kronis yang diderita terlalu banyak (komplikasi) namun juga dimungkinkan responden tersebut dapat dikategorikan memiliki tingkatan ansietas yang berat hingga ke panik dalam mengatasi stresnya dimana kondisi responden sudah mengalami penurunan respon, tidak mampu berkonsentrasi lagi dalam melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahannya, hingga akhirnya tanpa disadari justru menurunkan risiko gangguan mental emosional (Stuart, 2007).

Berdasarkan hasil pemodelan akhir hubungan umur dengan gangguan mental emosional memperlihatkan adanya trend yang meningkat dimana semakin tinggi umur semakin besar risiko untuk terjadinya gangguan mental emosional yang didukung oleh nilai odds rasio usia 75 tahun ke atas sebesar 2,589 dan nilai  $p < 0,05$ . Kondisi ini sesuai dengan Koenig & Blazer (2003) menjelaskan resiko

gangguan mental emosional (depresi) pada pasien sesudah usia 50 tahun hanya 0,5 – 0,3 dari pasien dengan usia kurang dari 50 tahun lebih disebabkan faktor biologik bukan karena faktor genetik. Hal ini mungkin disebabkan perubahan pada sistem saraf (neurotransmitter katekolaminergik) yang mungkin berperan dalam terjadinya depresi pada usia lanjut.

Sedangkan untuk hubungan pendidikan dengan gangguan mental emosional didapat bahwa semakin rendah pendidikan responden maka semakin tinggi risiko yang dimiliki responden untuk terjadinya gangguan mental emosional. Hal ini didukung oleh pendidikan tinggi responden sebagai nilai referensi hingga responden yang tidak pernah sekolah memiliki nilai odds ratio tertinggi, yaitu sebesar 2,75, yang berarti responden yang tidak pernah sekolah memiliki risiko sebesar 2,75 kali terjadinya gangguan mental emosional dibandingkan responden yang berpendidikan tinggi. Kondisi ini sesuai dengan penelitian Darmojo, (1992) didapatkan informasi bahwa tingkat pendidikan seorang usia lanjut berbanding positif langsung dengan tingkat kesehatannya. (Darmojo, 2004)

Sedangkan menurut Gallo JJ, (1995) bahwa pendidikan rendah berhubungan dengan meningkatnya resiko untuk terjadinya demensia dan sebagian terjadinya depresi. Hal ini dimungkinkan bagi mereka yang berpendidikan rendah memiliki keterbatasan dalam pola koping terhadap permasalahan-permasalahan yang dialami, sedangkan mereka yang pendidikannya lebih tinggi seiring dengan kemampuan dan pengetahuannya memiliki dampak terhadap kemampuan dalam mengatasi persoalan hidup sehingga mereka lebih cenderung mampu mengatasi permasalahannya yang pada akhirnya resiko gangguan mental emosional menjadi lebih rendah.

Untuk hubungan riwayat keturunan dengan gangguan mental emosional itu sendiri didapat nilai odds ratio sebesar 3,67, yang berarti responden dengan riwayat keturunan gangguan jiwa memiliki risiko sebesar 3,67 kali terjadinya gangguan mental emosional dibandingkan responden yang tidak memiliki riwayat keturunan gangguan mental.

Hal ini sesuai dengan teori Maramis, (2009) yang menjelaskan bahwa faktor keturunan akan mempengaruhi kesehatan jiwa seseorang termasuk bagi

anggota keluarga yang lain dimana pada kasus tertentu seperti retardasi mental terdapat kromosom trisomi pada pasangan kromosom no. 21. Berdasarkan teori neurologi serta adanya faktor konstitusi yang menunjukkan genetik keseluruhan ataupun yang diperolehnya kemudian (hasil interaksi genotip dan fenotip), disebutkan bahwa faktor genetik berperan dalam kemungkinan terjadinya gangguan jiwa depresi pada saudara kembar monozigot adalah 60-80%, sedangkan pada saudara heterozigot adalah 25-35%.

Sedangkan bagi individu atau responden itu sendiri yang mengalami gangguan jiwa/mental memiliki masalah dengan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor serta hubungan sosial, meski prognosis terakhir dikatakan sembuh (sepanjang koping yang digunakan positif) tetapi pada dasarnya individu tersebut masih memiliki gejala sisa. Jadi pasca sakit/gangguan yang pertama faktor genetik tetap memiliki peran dalam kemungkinan terjadinya gangguan jiwa berikutnya (kambuh).

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian tentang hubungan status penyakit kronis dengan kejadian gangguan mental emosional, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Prevalensi gangguan mental emosional pada usia 15 tahun ke atas di Indonesia adalah sebesar 11,58 persen.
2. Responden yang menderita penyakit kronis memiliki risiko untuk mengalami gangguan mental emosional dibanding yang tidak menderita penyakit kronis setelah dikontrol oleh variabel konfunder umur, pendidikan dan riwayat keturunan gangguan jiwa/mental.
3. Risiko untuk mengalami gangguan mental emosional semakin tinggi pada mereka yang memiliki jumlah penyakit kronis lebih banyak, terlihat dari peningkatan nilai OR. Responden yang menderita satu penyakit kronis memiliki risiko sebesar 2,63 kali, yang menderita dua penyakit kronis memiliki risiko sebesar 4,65 kali, yang menderita tiga penyakit kronis memiliki risiko sebesar 12,43 kali dan yang menderita penyakit kronis empat atau lebih memiliki risiko sebesar 7,28 kali.

#### **7.2. Saran**

1. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan bagi Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan dalam membuat kebijakan program pembinaan pelayanan kesehatan jiwa terkait dengan upaya promotif maupun preventif dalam pencegahan terjadinya gangguan mental emosional di Indonesia berupa pembuatan pedoman atau standart pelayanan tentang penyakit kronis yang terkait dengan gangguan mental emosional serta dibentuknya tim bimbingan teknis pelayanan tersebut bagi pemerintah daerah, dinas kesehatan dan rumah sakit.
2. Bagi praktisi kesehatan yang merawat responden dengan penyakit kronis, diharapkan juga dapat memperhatikan aspek mental dalam pemberian

pelayanan kesehatan dan bila ditemukan gangguan mental yang lebih berat agar segera merujuk kepada ahli yang lebih kompeten.

3. Bagi peneliti, diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk penelitian lanjutan terkait dengan penyakit kronis dan gangguan mental emosional. Penggunaan disain cohort mungkin dapat mengetahui lebih jelas tentang risiko penyakit kronis terhadap gangguan mental emosional.





## DAFTAR REFERENSI

- Ariawan, Iwan.(1998), *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*, Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan, Universitas Indonesia, Depok
- \_\_\_\_\_ (2006), *Analisis Data Kategorik*, Departemen Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Australian Bureau of Statistics (2008) *2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results (4326.0)*, Canberra, ABS.
- Balitbang, Departemen Kesehatan.(2008). *Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS Indonesia-tahun 2007)* .Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Clarke, D.M., & Currie, K.C. (2009). 'Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence'. MJA Sup
- Dalton. et.all, (2004 May 14) *Risk for Cancer in Parents of Patients with Schizophrenia American Journal Psychiatry*,.161: 903 – 908.
- Darmojo RB.(2004). ' *Teori Proses Menua' dalam Geriatri ( Ilmu Kesehatan Usia lanjut)*, ed R.B.Darmojo & H.H, Martono, Edisi ke-3.Balai Penerbit FKUI, Jakarta, pp.3-13
- \_\_\_\_\_.(2004), *Gerontologi Sosial: Masalah Sosial dan Psikologik Golongan Lanjut Usia ' dalam Geriatri ( Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*,ed.R.B Darmojo &H.H. Martono,Edisi ke-3.Balai Penerbit FKUI, Jakarta,pp.14-34
- \_\_\_\_\_ (2004), *Demografi dan Epidemiologi Populasi lanjut Usia'dalam Geriatri ( Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*,ed R.B Darmojo &.H Martono, Edisi ke-3 Balai Penerbit FKUI, Jakarta,pp 35-55
- \_\_\_\_\_ (2006), *Gerontologi dan Geriatri di Indonesia ' dalam Buku Ajar ilmu Penyakit Dalam*, Edisi keempat-Jilid III, Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit dalam FKUI, Jakarta, pp. 1450 1456.
- Davies,Teifion and TKJ Craig. (2009). " *ABC Kesehatan Mental* " ( Alifa Dimanti, Penerjemah). Jakarta :Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Kesehatan (2005).*Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*, Edisi Keenam.Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta.

- (1994). *Pedoman Perawatan Psikiatrik (Intervensi Keperawatan)*. Jakarta : Direktorat Kesehatan Jiwa dan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- (2005). *Kebijakan dan Strategi Pembangunan upaya Kesehatan Jiwa 2001*. Jakarta : Direktorat Kesehatan Jiwa. Departemen Kesehatan, Kesejahteraan dan Sosial Republik Indonesia.
- Dwight, M. M., Kowdley, K. V., Russo, J. E., et al. (2000). Depression, fatigue and functional disability in patients with chronic hepatitis C. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 311017.
- Fallowfield, L., Hall, A., Maguire, G. P., et al. (1990). *Psychological outcomes in women with early breast cancer. British Medical Journal*, 301, 1394.
- Gallo J.J. 1995, 'Epidemiology of Mental Disorder in middle age and Late life' *Epidemiology Review*, vol 17, no.1, pp.83-90
- Goldstein, B.J. & Muller, D. (2008). *Type 2 Diabetes principles and Practice Second Edition*. New York: Informa Healthcare
- Hawari, Dadang. (2001). *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Edisi ke-1, Cetakan ke-2.
- (1990). *Pendekatan Psikiatri Klinis Pada Penyalahgunaan Zat ( Hubungan Antara Penyalahgunaan Zat Dengan gangguan Kepribadian Anti sosial, Kecemasan, Depresi dan Kondisi Keluarga*. Disertasi. Jakarta : FK UI
- Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, Feuer EJ, Thun MJ. (2005). *Cancer statistics, . CA Cancer J Clin* 2005;55:10-30. Fulltext. PMID 15661684
- Kalman D, Morissette SB, George TP.(2005) *American Journal on Addictions. ;14,106-123*
- Kaplan, Harold I, Benjamin J. Sadock, and Jack A. Grebb. (2010). *SINOPSIS PSIKIATRI (Ilmu Pengetahuan Jilid I & II Prilaku Psikiatri Klinis)*. ( Widjaya Kusuma dan I Made Wiguna S, Penerjemah). Tangerang, Bina Rupa Aksara.
- Koenig, HG and Blazer DG.( 2003). *Depression, Anxiety and other Mood Disorders in Geriatric Medicine An Evidence Base Approach*.
- Internationale, Aide Medicale. (2008). *Mental Health The Health Magazine for Indonesian Health Workers*. Six Edition, Americares

- Lasser K, Wesely BJ, Woolhandler S, et.al.(2000). *Smoking and mental illness population based prevalence study*. JAMA. ;284:2606-2610.
- Lemeshow et al 1997, *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta
- Lloyd, Geoffrey and Guthrie, Elspeth.(2007). *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge University Press
- Maramis, Willy F dan Albert A Maramis. (2009). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga Press, Edisi ke-2, Cetakan Pertama.
- Marini. (2008). *Faktor-Faktor Yang berpengaruh Terhadap Kejadian Depresi Pada Usia lanjut di Poli Geriatri Rumah Sakit Umum Pusat Cipto Mangunkusumo Tahun 2006-Tahun 2008*.Tesis. FKM UI, Jakarta
- Maslim R.(2003),*Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ III*, ed, Jakarta.
- Miller, T. Q., Smith, T. W, Turner, C. W., et al. (1996). *A Meta-Analytic Review of Research on Hostility and Physical Health*. *Psychological Bulletin*, 119, 322048.
- Nancy, C. Andreasen (2001), *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*. New York, Oxford University Press,368
- Parle, M., Jones, B. and Maguire, P. (1996). *Maladaptive coping and affective disorders in cancer patients*. *Psychological Medicine*, 26, 735044.
- Pratiknya, Ahmad Watik, (2001). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Raja Grafindo Persada.
- Prayitno, A (2007 October 8). *50.000 Orang Indonesia Bunuh Diri*. Diunduh pada Mei 8, 2010. <http://www.vhrmedia.com/vhr-news/berita-detail.php?g=news&.s=berit...>
- Hastono, Sutanto P. (2006). *Basic Data Analysis For Health Research (Modul Ketiga Dualisis Multivariat)*. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia Universitas Indonesia.
- Rahajeng, Ekowati. (1996). *Faktor-Faktor Pada Pasien Gangguan Mental Emosional Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencarian Pengobatan di Kelurahan Pulo Gadung kecamatan Pulo Gadung Jakarta Timur Tahun 1996*. Tesis. FKM UI, Jakarta
- Riyanto, Agus. (2009). *Penerapan Analisis Multivariat dalam Penelitian Kesehatan*. Bandung : Niftra Media Press.

- Roosihermati, Betty. (2008). *Penyakit Kronis dan Gangguan Emosional di Indonesia. Pulitbang System dan Kebijakan Kesehatan*, Surabaya
- Soejono C.H., Probosuseno, Sari N. K. (2006). *Depresi pada Pasien Usia Lanjut dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Edisi keempat-Jilid III, Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp. 1379 – 1382.
- Sallah, David dan Michael Clark. (2005). *Research and Development in Mental Health Theory, Framework and Models*. England, London : Elsevier Churchill Living.
- Slade,T.,Johnston, A., Teesson, M., Whiteford, H., Burgess, P., Pirkis, J. & Saw, S. (2009).*The Mental Health of Australians 2. Report on the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. Department of Health and Ageing, Canberra.*
- Stuart, Gail. (2007). *Keperawatan Jiwa* (Ramona P.K dan Egi Komara Y, Penerjemah). Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Stuart, G Wiscarz and Sundeen, Sandra J. (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. USA, St louis, Mosby
- The Intitute of Alcohol Studies. (2007). *Alcohol and Mental Health*. [http:// www.ias.org.uk](http://www.ias.org.uk)
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok : Universitas Indonesia.
- Wahyudi, Ahyar. (2009, Februari 22 ). *Bahaya Merokok Bagi Kesehatan*. Diunduh pada April 19, 2010. <http://wodpress.com>
- WHO, (2008).*The Global Burden of DiseaseUpdate 2004*.
- \_\_\_\_\_, (2006).*Prevent Chronic Disease: a Important Investmen*. diunduh pada Mei 8, 2010. [www.who.int/chp](http://www.who.int/chp)
- \_\_\_\_\_, (2004). *Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. Diunduh pada Mei 7, 2010. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/21/2581>
- Widianti, Efri (2007).*remaja dan permasalahannya: Bahaya Merokok, Penyimpangan Seks Pada Remaja dan Bahaya Penyalahgunaan Minuman Keras/Narkoba. (Disampaikan dalam penyuluhan sosial mengenai remaja dan permasalahannya DiBanuraja dan tsanawiyah Al Ihsan Batujajar Kabupaten Bandung)*. FIK Unpad.
- Widyantoro, Anindito. (2003). *Faktor-Faktor Yang berhubungan Dengan Kepatuhan Keluarga Penderita Schizofrenia Membawa Keluarganya Yang Sakit Berobat*

*Jalan di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung Tahun 2003.* Tesis, FKM UI, Jakarta

William, and Wilkins. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* ( vol.2, 8<sup>th</sup> ed). USA, Lipincot, Philadelphia.

William.,Linda S. (Editor), Paula D. Hopper (Editor). (January 2003). *Understanding Medical Surgical Nursing* F. A. Davis Company; 2 edition

Yayasan Depresi Indonesia. (2002). *Anxietas dan Depresi Modul Pelatihan Bagi Dokter Umum.* Jakarta : Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Yayasan Depresi Indonesia.

Yosep, Iyus. (2008, January 20). *Proses Terjadinya Gangguan Jiwa.* (Disampaikan Pada: Penyuluhan Kesehatan Jiwa dan Bahaya NAPZA di Desa Legok Kidul Kecamatan Paseh Kabupaten Sumedang Jawa Barat, FIK Unpadploment, 190, S54-S60.

Yayasan Stroke Indonesia. (2007). *Seri Gaya Hidup Sehat: Cara Bijak Hadapi Stroke, Jantung & Pembuluh Darah,* Agustus 2007, PT Gramedia.

Yayasan Jantung Indonesia, (2009) [http :/home/t26537/public\\_html/id\\_inaheart.or.id/wp-include/comment-functions.php](http://home/t26537/public_html/id_inaheart.or.id/wp-include/comment-functions.php) on line 30



REPUBLIK INDONESIA  
DEPARTEMEN KESEHATAN  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN



RISET KESEHATAN DASAR 2007

PERTANYAAN RUMAH TANGGA DAN INDIVIDU

RAHASIA

RKD07. RT

I. PENGENALAN TEMPAT			
1	Provinsi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Kabupaten/Kota <sup>*)</sup>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Kecamatan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Desa/Kelurahan <sup>*)</sup>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan    2. Perdesaan	<input type="checkbox"/>
5	a. Nomor blok sensus		
	b. Nomor sub blok sensus		
7	Nomor Kode Sampel		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Nomor unit sampel rumah tangga		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Alamat rumah		
II. KETERANGAN RUMAH TANGGA			
1	Nama kepala rumah tangga:		
2	Banyaknya anggota rumah tangga:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Banyaknya anggota rumah tangga yang diwawancarai:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Jumlah balita (umur di bawah 5 tahun):		<input type="checkbox"/>
5	Jumlah kematian ART di m periode 12 bulan sebelum survei dan dilakukan verbal otopsi:		<input type="checkbox"/>
6	Apakah Rumah tangga menyimpan garam?	1. Ya    2. Tidak → Blok III	<input type="checkbox"/>
7	Lakukan tes cepat Iodium dan calat kandungan Iodiumnya	1. Cukup (biru/ungu tua) 2. Tdk cukup (biru/ ungu muda) 3. Tidak ada Iodium (Tidak berwarna)	<input type="checkbox"/>
SAMPel GARAM DIAMBIL HANYA UNTUK 30 KAB/ KOTA TERPILIH (LIHAT DAFTAR KAB/ KOTA DI PEDOMAN PENGISIAN)			
8	STIKER NOMOR GARAM (RUMAH TANGGA)	TEMPEL STIKER DI SINI	
III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA			
1	Nama Pengumpul Data:		4 Nama Ketua Tim:
2	Tgl. Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 Tgl. Pengecekan: (tgl-bln-thn)
3	Tanda tangan Pengumpul Data		6 Tanda tangan Ketua Tim:

\*) coret yang tidak perlu

**IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA**

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga  [KODE]	Jenis Kelamin  1. Laki2 2. Perempuan	Umur (tahun)  Jika umur < 1thn isikan "00" Jika umur ≥ 97 thn isikan "97"	Status Kawin  [KODE]	Khusus ART ≥ 10 tahun		Khusus ART perempuan 10-54 tahun  Apakah sedang Hamil?  1. Ya 2. Tidak	ART semalam tidur di dalam kelambu?  1. Ya 2. Tidak → kol.12 8. Tdk Tahu → kol.12	Jika ya, apakah kelambu berinsektisida?  1. Ya 2. Tidak Tahu	Verifikasi
						Pendidikan Tertinggi  [KODE]	Pekerjaan utama  [KODE]				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1.		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 15 ORANG**

Kode kolom 3 Hubungan dengan kepala rumah tangga	Kode kolom 6 Status Kawin	Kode kolom 7 Pendidikan Terungg	Kode kolom 8 Pekerjaan Utama	Kode kolom 12 Verifikasi
1 = Kepala rumah tangga 2 = Istri/suami 3 = Anak 4 = Menantu 5 = Cucu 6 = Orang tua/ mertua 7 = Famili lain 8 = Pembantu rumah tangga 9 = Lainnya	1 = Belum kawin 2 = Kawin 3 = Cerai hidup 4 = Cerai mati	1 = Tidak pernah sekolah 2 = Tidak tamat SD 3 = Tamat SD 4 = Tamat SLTP 5 = Tamat SLTA 6 = Tamat Perguruan Tinggi	01 = Tidak kerja 02 = Sekolah 03 = Ibu rumah tangga 04 = TNI/Polri 05 = PNS 06 = Pegawai BUMIL 07 = Pegawai swasta 08 = Wiraswasta/ Pedagang 09 = Pelayanan Jasa 10 = Petani 11 = Nelayan 12 = Buruh 13 = Lainnya	1 = Tidak ada perubahan 2 = Ada perubahan 3 = Meninggal 4 = Pindah 5 = Lahir 6 = Anggota baru 7 = Tdk pernah ada dlm RT sampel

RAHASIA

RISRET KESEHATAN DASAR (RISKESDAS 2007)

RKD07.IND

PENGENALAN TEMPAT											
Prov	Kab/ Kota	Kec	Desa/Kel	D/K	No. Blok Sensus	No. Sub Blok Sensus	No Kode Sampel			No. urut sampel RT	

Kutip dari Blok I PENGENALAN TEMPAT RKD07.RT

IX. KETERANGAN WAWANCARA INDIVIDU			
1.	Tanggal kunjungan pertama: Tgl -Bln-Thn	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	3. Nama Pengumpul data
2.	Tanggal kunjungan akhir: Tgl -Bln-Thn	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	4. Tanda tangan Pengumpul data

X. KETERANGAN INDIVIDU

A. IDENTIFIKASI RESPONDEN

A01	Tuliskan nama dan nomor urut Anggota Rumah Tangga (ART)	Nama ART .....	Nomor urut ART: <input type="text"/> <input type="text"/>
A02	Untuk ART pada A01 < 15 tahun/ kondisi sakit/ orang tua yang perlu didampingi, tuliskan nama dan nomor urut ART yang mendampingi	Nama ART .....	Nomor urut ART: <input type="text"/> <input type="text"/>

TUBERKULOSIS PARU (TB PARU)			
B15	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita TB Paru oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B17 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B16	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita batuk ≥ 2 minggu disertai dahak atau dahak bercampur darah/ batuk berdarah dan berat badan sulit bertambah/ menurun?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

HEPATITIS/ SAKIT LIVER/ SAKIT KUNING			
B19	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Hepatitis oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B21 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B20	Dalam 12 bulan terakhir apakah [NAMA] pernah menderita demam, lemah, gangguan saluran cerna, (mual, muntah, tidak nafsu makan), nyeri pada perut kanan atas, disertai urin wama seperti air teh pekal, mata atau kulit berwarna kuning?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

PENYAKIT JANTUNG			
B33	Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis menderita penyakit jantung oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B35 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B34	Apakah [NAMA] pernah ada gejala/ riwayat: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Bibir kebiruan saat menangis atau melakukan aktifitas <input type="checkbox"/>	c. Jantung berdebar-debar tanpa sebab <input type="checkbox"/>	e. Tungkai bawah bengkak <input type="checkbox"/>
	b. Nyeri dada/ rasa tertekan berat/ sesak nafas ketika berjalan terburu- buru/ mendaki/ berjalan biasa di jalan dalam/ kerja berat/ jalan jauh <input type="checkbox"/>	d. Sesak nafas pada saat tidur tanpa bantal <input type="checkbox"/>	

PENYAKIT KENCING MANIS (DIABETES MELLITUS)			
B35	Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya → B37 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B36	Apakah [NAMA] selama ini pernah mengalami gejala banyak makan, banyak kencing, banyak minum, lemas dan berat badan turun atau menggunakan obat untuk kencing manis?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

TUMOR / KANKER			
B37	Apakah [NAMA] selama ini pernah didiagnosis menderita penyakit tumor/ kanker oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya 2. Tidak → B40	<input type="checkbox"/>
B38	Sejak kapan [NAMA] didiagnosis tumor tersebut? Tahun.....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B39	Dimana lokasi tumor/ kanker tersebut. (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN m) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 7=TIDAK BERLAKU		
	a. Mata, otak, dan bagian susunan syaraf pusat <input type="checkbox"/>	f. Saluran cerna (usus, hati) <input type="checkbox"/>	k. Jaringan lunak <input type="checkbox"/>
	b. Bibir, rongga mulut dan tenggorokan <input type="checkbox"/>	g. Saluran kemih <input type="checkbox"/>	l. Tulang, tulang rawan <input type="checkbox"/>
	c. Kelenjar gondok dan kelenjar endokrin lain <input type="checkbox"/>	h. Alat kelamin wanita: ovarium, cervix uteri <input type="checkbox"/>	m. Darah <input type="checkbox"/>
	d. Saluran pernafasan (paru, esofagus) <input type="checkbox"/>	i. Alat kelamin pria: Prostat <input type="checkbox"/>	



PENYAKIT KETURUNAN/GENETIK			
B40	Apakah [NAMA] ada riwayat keluhan menderita sebagai berikut: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN h) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Gangguan jiwa (schizophrenia)(observasi) <input type="checkbox"/>	d. Bibir sumbing (observasi) <input type="checkbox"/>	g. Talasemia <input type="checkbox"/>
	b. Butawarna <input type="checkbox"/>	e. Alergi dermatitis <input type="checkbox"/>	h. Hemofilia <input type="checkbox"/>
	c. Glaukoma <input type="checkbox"/>	f. Alergi rhinitis <input type="checkbox"/>	

STROKE			
B45	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1.Ya → B47 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B46	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah mengalami kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau pada otot wajah, atau gangguan pada suara (pefo) secara mendadak?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

PENGUNAAN TEMBAKAU			
D11	Apakah [NAMA] merokok/ mengunyah tembakau selama 1 bulan terakhir? (BACAKAN PILIHAN JAWABAN) 1. Ya, setiap hari 2. Ya, kadang-kadang → D13 3. Tidak, sebelumnya pernah → D16 4. Tidak pernah sama sekali → D18		
D12	Berapa umur [NAMA] mulai merokok/ mengunyah tembakau setiap hari? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D13	Rata-rata berapa batang rokok/ cerutu/ cangklong (buah)/ tembakau (susur) yang [NAMA] hisap perhari?	.....batang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ALKOHOL			
Catatan (GUNAKAN KARTU PERAGA): 1 satuan minuman standar yang mengandung 8 – 13 g etanol, misalnya terdapat dalam: 1 gelas/ botol kecil/ kaleng (285 – 330 ml) bir 1 gelas kerucut (60 ml) aperitif 1 sloki (30 ml) whiskey 1 gelas kerucut (120 ml) anggur			
D16	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol (minuman alkohol bermerk: contohnya bir, whiskey, vodka, anggur/ wine, dll dan minuman tradisional: contohnya tuak, poteng, sopi)?	1. Ya 2. Tidak → D22	<input type="checkbox"/>
D19	Apakah dalam 1 bulan terakhir [NAMA] pernah mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol?	1. Ya 2. Tidak → D22	<input type="checkbox"/>
D20	Dalam 1 bulan terakhir seberapa sering [NAMA] minum minuman beralkohol? (BACAKAN PILIHAN JAWABAN) 1. 5 hari atau lebih tiap minggu 2. 1 – 4 hari tiap minggu 3. 1 – 3 hari tiap bulan 4. < 1x tiap bulan		
D21a	Jenis minuman beralkohol yang paling banyak dikonsumsi:	1. Bir 2. Whiskey/ Vodka 3. anggur/wine 4. minuman tradisional	<input type="checkbox"/>
D21b	Ketika minum minuman beralkohol, biasanya berapa rata-rata satuan minuman standar [NAMA] minum dalam satu hari? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK TAHU	.....satuan (GUNAKAN KARTU PERAGA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

F. KESEHATAN MENTAL (SEMUA ART UMUR ≥ 15 TAHUN)					
DITANYAKAN UNTUK KONDISI 1 BULAN TERAKHIR					
Untuk lebih mengerti kondisi kesehatan [NAMA] kami akan mengajukan 20 pertanyaan yang memerlukan jawaban "Ya" atau "Tidak". Kalau [NAMA] kurang mengerti kami akan membacakan sekali lagi, namun kami tidak akan menjelaskan/ mendiskusikan. Jika [NAMA] ada pertanyaan akan kita bicarakan setelah selesai menjawab ke 20 pertanyaan.					
ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK					
F01	Apakah [NAMA] sering menderita sakit kepala?	<input type="checkbox"/>	F11	Apakah [NAMA] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	<input type="checkbox"/>
F02	Apakah [NAMA] tidak nafsu makan?	<input type="checkbox"/>	F12	Apakah [NAMA] sulit untuk mengambil keputusan?	<input type="checkbox"/>
F03	Apakah [NAMA] sulit tidur?	<input type="checkbox"/>	F13	Apakah pekerjaan [NAMA] sehari-hari terganggu?	<input type="checkbox"/>
F04	Apakah [NAMA] mudah takut?	<input type="checkbox"/>	F14	Apakah [NAMA] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	<input type="checkbox"/>
F05	Apakah [NAMA] merasa tegang, cemas atau khawatir?	<input type="checkbox"/>	F15	Apakah [NAMA] kehilangan minat pada berbagai hal?	<input type="checkbox"/>
F06	Apakah tangan [NAMA] gemetar?	<input type="checkbox"/>	F16	Apakah [NAMA] merasa tidak berharga?	<input type="checkbox"/>
F07	Apakah pencernaan [NAMA] terganggu/ buruk?	<input type="checkbox"/>	F17	Apakah [NAMA] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	<input type="checkbox"/>
F08	Apakah [NAMA] sulit untuk berpikir jernih?	<input type="checkbox"/>	F18	Apakah [NAMA] merasa lelah sepanjang waktu?	<input type="checkbox"/>
F09	Apakah [NAMA] merasa tidak bahagia?	<input type="checkbox"/>	F19	Apakah [NAMA] mengalami rasa tidak enak di perut?	<input type="checkbox"/>
F10	Apakah [NAMA] menangis lebih sering?	<input type="checkbox"/>	F20	Apakah [NAMA] mudah lelah?	<input type="checkbox"/>



SUSENAS

BADAN PUSAT STATISTIK

VSEN2007.K

# SURVEI SOSIAL EKONOMI NASIONAL 2007

## KETERANGAN POKOK RUMAH TANGGA DAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

RAHASIA

I. KETERANGAN DEMONSTRASI			
1	Provinsi		<input type="text"/>
2	Kabupaten/(kota*)		<input type="text"/>
3	Kecamatan		<input type="text"/>
4	Desa/Kelurahan*)		<input type="text"/>
5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan      2. Perdesaan	<input type="checkbox"/>
6	a. Nomor blok sensus		<input type="text"/>
	b. Nomor sub blok sensus (nomor segmen)		
7	Nomor kode sampel		<input type="text"/>
8	Nomor urut rumah tangga sampel		<input type="text"/>

II. KETERANGAN POKOK RUMAH TANGGA			
1	Nama kepala rumah tangga		<input type="text"/>
2	Jumlah anggota rumah tangga	0-4 tahun	<input type="text"/>
		5-9 tahun	
		10 + tahun	
	Jumlah anggota rumah tangga	<input type="text"/>	
3	Jumlah anggota rumah tangga 0-6 tahun yang pernah/sedang mengikuti pendidikan pra sekolah:		<input type="checkbox"/>
4	Jumlah anggota rumah tangga yang menigggal sejak Januari 2004:		<input type="checkbox"/>

III. KETERANGAN ETUDES			
1	Kode Pencacah	<input type="text"/>	
2	Nama Pencacah:	Tanggal Pencacahan:	Tanda Tangan:
	.....	.....	.....
3	Nama Koordinator:	Tanggal Pemeriksaan:	Tanda Tangan:
	.....	.....	.....

\*) Coret yang tidak perlu

VII. PENGELUARAN RUMAH TANGGA (LANJUTAN)		
VII.B. PENGELUARAN BUKAN MAKANAN (BERASAL DARI PEMBELIAN, PRODUKSI SENDIRI DAN PEMBERIAN)	Sebulan Terakhir (Rp)	12 bulan Terakhir (Rp)
16. Perumahan dan fasilitas rumah tangga		
a. Sewa, kontrak, perkiraan sewa rumah (milik sendiri, bebas sewa, dinas), dan lain-lain		
b. Pemeliharaan rumah dan perbaikan ringan		
c. Rekening listrik, air, gas, minyak tanah, kayu bakar, dll.		
d. Rekening telepon rumah, pulsa HP, telepon umum, wartel, benda pos, dll.		
17. Aneka barang dan jasa		
a. Sabun mandi/tuci, kosmetik, perawatan rambut/muka, sissue dll		
b. Biaya kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dokter praktik, dukun, obat-obatan, dan lainnya)		
c. Biaya pendidikan (uang pendaftaran, SPP, POMG/BP2, uang pangkal/daftar ulang, pramuka, prakarya, kursus, dan lainnya)		
d. Transportasi, pengangkutan, bensin, solar, minyak pelumas		
e. Jasa lainnya (gaji sopir oemban rumah tangga, hotel, dll)		
18. Pakaian, alas kaki, dan tutup kepala (pakaian jadi, bahan pakaian, sepatu, topi, dan lainnya)		
19. Barang tahan lama (alat rumah tangga, perkakas, alat dapur, alat hiburan (elektronik), alat olahraga, perhiasan, kendaraan, payung, arloji, kamera, HP, pasang telepon, pasang listrik, barang elektronik dll.)		
20. Pajak, pungutan, dan asuransi		
a. Pajak (PBB, pajak kendaraan)		
b. Pungutan/retribusi		
c. Asuransi kesehatan		
d. Lainnya (Asuransi lainnya, utang, PPh, dll)		
21. Keperluan pesta dan upacara/kenduri tidak termasuk makanan (perkawinan, ulang tahun, khitanan, upacara keagamaan, upacara adat, dan lainnya)		
22. Jumlah bukan makanan (Rincian 16 s.d. Rincian 21)		
23. Rata-rata pengeluaran makanan sebulan (Rincian 15 x $\frac{30}{7}$ )		
24. Rata-rata pengeluaran bukan makanan sebulan (Rincian 22 dikom 3) $\frac{12}{12}$		
25. Rata-rata pengeluaran rumah tangga sebulan (Rincian 23 + Rincian 24)		
26. Sumber penghasilan terbesar rumah tangga (pilih dari art dengan penghasilan terbesar):		
a. Lapangan usaha [Kode lihat Blok V.D Rincian 27]		
b. Status pekerjaan:		
0. Penerima pendapatan    1. Buruh/karyawan    2. Pengusaha		

Lampiran : 2

Rangkuman Uji Konfounding:

No	Variabel	OR Crude	OR Adjust	Perubahan OR (%)	Keputusan
1.	Penyakit kronis <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Penyakit</li> <li>• 2 Penyakit</li> <li>• 3 Penyakit</li> <li>• 4 Penyakit</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,53</li> <li>• 4,54</li> <li>• 11,85</li> <li>• 7,37</li> </ul>		
2.	Pekerjaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,59</li> <li>• 4,68</li> <li>• 12,31</li> <li>• 7,31</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,45</li> <li>• 2,92</li> <li>• 3,90</li> <li>• 0,74</li> </ul>	Dikeluarkan dari model
3.	Status Perkawinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,59</li> <li>• 4,66</li> <li>• 12,33</li> <li>• 7,22</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,24</li> <li>• 2,66</li> <li>• 4,05</li> <li>• 1,99</li> </ul>	Dikeluarkan dari model
4.	Umur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,79</li> <li>• 5,27</li> <li>• 13,57</li> <li>• 7,45</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10,45</li> <li>• 15,92</li> <li>• 14,48</li> <li>• 1,09</li> </ul>	Dimasukan kembali ke dalam model
5.	Status ekonomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,57</li> <li>• 4,60</li> <li>• 12,12</li> <li>• 7,19</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,42</li> <li>• 1,16</li> <li>• 2,30</li> <li>• 2,34</li> </ul>	Dikeluarkan dari model
6.	Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,45</li> <li>• 4,20</li> <li>• 10,83</li> <li>• 6,52</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3,03</li> <li>• 7,52</li> <li>• 8,65</li> <li>• 11,5</li> </ul>	Dimasukan kembali ke dalam model