

**HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS
HIDUP PADA DAERAH BENCANA PASCA GEMPA
BUMI DI KABUPATEN SLEMAN TAHUN 2008**

Tesis

Minat Utama Epidemiologi Lapangan
(*Field Epidemiology Training Program – FETP*)
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan



Diajukan oleh :

NURHASANAH
NIM : 18973/IKM/PS/06

Kepada
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA
2008

Tesis

HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS HIDUP
PADA DAERAH BENCANA PASCA GEMPA BUMI
DI KABUPATEN SLEMAN TAHUN 2007

dipersiapkan dan disusun oleh

Nurhasanah, SKM

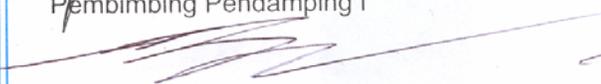
telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada tanggal 16 Oktober 2008

Susunan Dewan Penguji

Pembimbing Utama

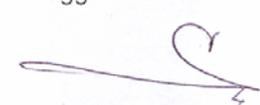

dr. Haripurnomo K, MPH, DrPH

Pembimbing Pendamping I


dr. Carla R. Marchira, SpKJ

Pembimbing Pendamping II

Anggota Dewan Penguji Lain


Prof. Dr. dr. Soebijanto


dr. Bambang Hastha Yoga, SpKJ


dr. Silas Henry Ismanto, SpKJ

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister

Tanggal 21 Oktober 2008


Prof. dr. Hari Kusnanto, DrPH

Pengelola Program Studi : IKM

DAFTAR ISI

	Hal
LEMBAR JUDUL	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR GAMBAR	
SURAT PERNYATAAN	
KATA PENGANTAR	
INTISARI	
ABSTRACT	
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Keaslian Penelitian	6
E. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	8
1. Bencana	8
2. Program Pencegahan dan penanggulangan Kesehatan jiwa	15
3. Depresi	19
4. Kualitas Hidup	28
5. Hubungan depresi dengan kualitas hidup	32
B. Landasan Teori	33
C. Kerangka Konsep Penelitian	35
D. Hipotesis Penelitian	35
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	36
B. Lokasi Penelitian	36

C. Populasi dan Sampel Penelitian	36
D. Instrumen Penelitian	38
E. Variabel Penelitian	40
F. Definisi Operasional	40
G. Pengolahan dan Analisis Data	42
H. Etika Penelitian/Inform consent	44
I. Cara Penelitian	44
J. Jalannya Penelitian	45
K. Keterbatasan Penelitian	45
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	47
1. Gambaran umum lokasi penelitian	47
2. Kegiatan program kesehatan jiwa yang dilaksanakan di Kabupaten Sleman	50
3. Reliabilitas kuesioner	56
4. Analisis univariabel	60
5. Analisis bivariabel	66
6. Analisis multivariabel	71
7. <i>Exploratory data analysis</i> (EDA)	76
B. Pembahasan	78
1. Hubungan antara depresi dengan kualitas hidup	78
2. Hubungan antara faktor lain dengan kualitas hidup ..	79
3. Interaksi antara depresi, faktor lain dengan kualitas hidup	82
4. Faktor pendukung kegiatan program yang berhubungan dengan hasil penelitian	83
5. Hasil penentuan batas kualitas hidup	84
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	85
B. Saran	86
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
1. Jumlah korban meninggal akibat bencana gempa bumi Yogyakarta tanggal 26 Mei 2007	8
2. Kerusakan fisik akibat bencana gempa bumi Yogyakarta tanggal 27 Mei 2006	9
3. Sarana Kesehatan pada 3 kecamatan di Kabupaten Sleman tahun 2008	48
4. Tenaga kesehatan pada 3 kecamatan di Kabupaten Sleman tahun 2008	48
5. Data kerusakan rumah pada bencana gempa bumi di daerah bencana Kabupaten Sleman tahun 2006	49
6. Data korban meninggal akibat bencana alam gempa bumi di daerah bencana Kabupaten Sleman tahun 2006	50
7. Nilai estimasi reliabilitas (Cronbach's α) masing-masing item pertanyaan pada kuesioner <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> di Kecamatan Piyungan Kabupaten Bantul tahun 2008	57
8. Nilai Cronbach's α masing-masing item pertanyaan pada kuesioner <i>Medical outcomes study short form-36 (MOS SF-36)</i> di Kecamatan Piyungan Kabupaten Bantul tahun 2008	59
9. Karakteristik subyek penelitian di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008	61
10. Peristiwa traumatik subyek penelitian di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008	62
11. <i>Mean/median/mode</i> , Standar deviasi dan nilai <i>min-max</i> pada umur, interaksi sosial, depresi, dan kualitas hidup subyek penelitian di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008	63
12. Nilai Skewness, Standar error dan uji kolmogorov-smirnov pada umur, depresi, interaksi sosial, depresi, dan kualitas hidup subyek penelitian di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008	64
13. Deskripsi hasil analisis korelasi regresi depresi dengan kualitas hidup subyek penelitian pada daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008	67
14. Deskripsi hasil analisis bivariabel hubungan antara faktor-faktor dengan kualitas hidup subyek penelitian pada daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008	68

15. Deskripsi hasil analisis multivariabel Hubungan antara depresi dan faktor lain dengan Kualitas hidup pada daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008 72
16. Distribusi nilai *odds ratio* dan koefisien determinasi nilai skor kualitas hidup pada masyarakat daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008 77

DAFTAR GAMBAR

	Hal
1. Kasus gangguan mental pada 3 kecamatan yang terkena gempa bumi tanggal 27 Mei 2006 di Kabupaten Sleman	4
2 Bencana menurut penyebabnya	12
3 Landasan teori dari berbagai sumber	34
4 Kerangka konsep penelitian	35
5 Diagram histogram distribusi umur pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008	64
6 Diagram histogram distribusi interaksi sosial pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008	65
7 Diagram histogram distribusi nilai skor depresi pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008	65
8 Diagram histogram distribusi nilai skor kualitas hidup pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008	66
9 Diagram <i>Scatterplot</i> persamaan garis regresi pada analisis multivariabel	74
10 Diagram <i>Normal P-P plot</i> persamaan garis regresi pada analisis multivariabel	75
11 Diagram histogram persamaan garis regresi pada analisis multivariabel	75

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, September 2008

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Nurhasanah

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan pertolonganNya yang dilimpahkan pada penulis selama menjalani pendidikan sampai pada tahap akhir penyusunan tesis.

Tesis ini merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi oleh penulis untuk mencapai derajat sarjana S-2 di Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan Masyarakat minat utama Epidemiologi Lapangan.

Dengan selesainya penulisan laporan tesis ini, penulis menyampaikan penghargaan dan rasa terimakasih setulus-tulusnya kepada :

1. Dr. Haripurnomo Kushadiwijaya, MPH, DrPH selaku pembimbing utama, dr. Carla Marchira R, SpKJ selaku pembimbing pendamping I yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran mulai dari penyusunan proposal hingga selesainya penyusunan laporan tesis ini. Semoga kebaikan beliau mendapatkan Berkat dan balasan dari Allah SWT.
2. Seluruh staf pengajar di lingkungan Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan khususnya minat utama Epidemiologi Lapangan yang telah membekali penulis dengan ilmu pengetahuan selama menjalani pendidikan.
3. Pengelola minat utama Epidemiologi Lapangan yang telah memberikan motivasi dan bantuannya hingga penyusunan tesis ini dapat diselesaikan.
4. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur yang telah memberikan rekomendasi pada penulis untuk mengikuti pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada serta memfasilitasi pelaksanaan penulis selama pendidikan dengan memberikan bantuan beasiswa untuk kelancaran pendidikan.

5. Pemerintah Daerah Kabupaten Sleman yang telah memberikan ijin dalam pelaksanaan penelitian ini.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman beserta Staf yang telah memberikan bantuan dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan.
7. Semua responden yang telah membuka diri dan memberikan kontribusi dalam penelitian ini hingga penelitian dapat berjalan sesuai yang diharapkan.
8. Kepala puskesmas Berbah, Kalasan dan Prambanan Kabupaten Sleman beserta staf yang telah membantu dalam investigasi di wilayah kerja masing-masing kecamatan.
9. Camat Berbah, Kalasan dan Prambanan beserta staf dan kepala dukuh di lokasi penelitian yang telah membantu dalam kegiatan penelitian ini.
10. Suami tercinta Ir. Joko Pitoyo, anak-anakku tersayang Nugroho Adi Prabowo dan Cahyo Wibisono serta ibuku terkasih Hj. Siti Aminah yang rela memberikan pengorbanan, doa, pengertian, kesabaran dan dorongan semangat demi kelancaran dalam menyelesaikan pendidikan. Tanpa kalian aku tidak akan bisa begini.
11. Rekanaku Mas Althaf S, yang tidak bosan-bosannya telah meluangkan waktunya untuk memberikan bantuan dalam proses pembuatan tesis ini. Terimakasih teman, hanya Allah lah yang mampu memberikan balasannya kelak.
12. Semua pihak yang telah bekerjasama dan memberikan bantuan mulai dari awal penelitian hingga dalam pembuatan laporan.

Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dan keterbatasan dalam penyusunan laporan ini. Oleh karena itu masukan dan saran yang bersifat membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan laporan ini. Semoga laporan ini bermanfaat bagi kita semua

Yogyakarta, September 2008

Penulis

INTISARI

Latar belakang: Masalah kesehatan jiwa di masyarakat sangat luas dan kompleks, tidak hanya meliputi yang sudah terganggu jiwanya, tetapi juga meliputi berbagai problem psikososial, kualitas hidup dan keharmonisan hidup. Gempa bumi tidak hanya berakibat pada kerusakan fisik namun juga menyebabkan terjadinya trauma psikologis seperti masalah emosional, masalah ekonomi, masalah sosial dan masalah hubungan interpersonal apabila jauh melebihi kapasitas coping masyarakat yang terkena. Prevalensi gangguan kejiwaan pada masyarakat yang mampu bertahan hidup berkisar antara 0,2%-7,2% dengan depresi mayor 6,4%. Kualitas hidup pada masyarakat yang mengalami depresi mayor lebih rendah dibandingkan orang yang sehat dan gangguan kejiwaan lain. Kecamatan Berbah, Kalasan dan Prambanan merasakan getaran gempabumi yang dahsyat dan mengalami kerusakan yang sangat parah.

Tujuan: Mengetahui hubungan tingkat depresi dengan kualitas hidup pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman.

Metode: Rancangan penelitian adalah *cross sectional study*. Subyek penelitian sebanyak 721 orang. Data dikumpulkan melalui wawancara dan observasi. Instrumen yang digunakan *Medical outcomes Short Form 36 (SF-36)* untuk mengukur kualitas hidup dan *Beck Depression Inventory (BDI)* untuk mengukur tingkat depresi. Data dianalisis secara bivariabel dan multivariabel dengan persamaan regresi linier.

Hasil: Hasil analisis bivariabel menunjukkan variabel yang secara statistik berhubungan terhadap kualitas hidup di Kabupaten Sleman adalah tingkat depresi ($r=0,561$, $R^2=0,314$), jenis kelamin ($r=0,042$, $R^2=0,002$), status perkawinan ($r=0,126$, $R^2=0,016$), pendapatan ($r=0,092$, $R^2=0,008$) dan interaksi sosial ($r=0,171$, $R^2=0,029$). Hasil analisis multivariabel terdapat 3 variabel yang bermakna secara statistik yaitu tingkat depresi, interaksi sosial dan jenis kelamin ((Adjusted $R^2 = 0,334$)).

Kesimpulan: Tingkat depresi, sosial interaksi dan jenis kelamin berperan sebagai faktor risiko terhadap kualitas hidup masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman dan bermakna secara statistik ($p<0,05$).

Kata kunci: Kualitas hidup, tingkat depresi, faktor risiko

ABSTRACT

Background: The problem of mental health in the community is greatly varied and complex. It does not only include mental disorder but also numerous psychosocial problems, quality of life and harmony in life. Earthquake brings both physical damages and psychological trauma such as emotional, economical, social and interpersonal relationship if it goes far beyond coping capacity of the community that becomes the victim. The prevalence of mental disorder of the community that can survive is about 0.2% - 7.2% with major depression 6.4%. Quality of life of the community that suffers from major depression is lower than that of healthy people and those that have other mental disorder. Sub-district of Berbah, Kalasan and Prambanan feel the magnitude of earthquake and serious damages.

Objective: To identify the relationship between level of depression and quality of life of the community at the disaster area post earthquake at District of Sleman.

Method: The study used cross sectional design. Subject of the study consisted of 721 people. Data were obtained through interview and observation. Instruments of medical outcomes Short Form 36 (SF-36) were used to measure quality of life and Beck Depression Inventory (BDI) were used to measure level of depression. Data were analyzed using bivariable and multivariable method with simple linear regression and multivariate linear regression.

Result: The result of bivariable analysis showed that variables statistically had relationship with quality of life at District of Sleman were level of depression ($r=0.561$, $R^2=0.314$), sex ($r=0.042$, $R^2=0.002$), marital status ($r=0.126$; $R^2=0.016$), income ($r=0.092$, $R^2=0.008$) and social interaction ($r=0.171$, $R^2=0.029$). The result of multivariable analysis showed that there were three variables statistically significant, i.e. level of depression, social interaction and sex (Adjusted $R^2=0.334$).

Conclusion: Level of depression, social interaction and sex were risk factors of quality of life of the community post earthquake in the District of Sleman and they were statistically significant ($p<0.05$).

Keywords: quality of life, level of depression, risk factors

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Masalah kesehatan jiwa di masyarakat sangat luas dan kompleks, tidak hanya meliputi gangguan jiwa, tetapi juga meliputi berbagai problem psikososial, kualitas hidup dan keharmonisan hidup (Depkes, 2005). Prevalensi gangguan mental dan perilaku dapat terjadi pada lebih dari 25% pada semua orang dalam seumur hidup mereka. Hal ini berlaku pada masyarakat, individu pada seluruh negara di dunia, apakah dia laki-laki atau perempuan, kaya atau miskin dari lingkungan pedesaan atau perkotaan. Keadaan tersebut berpengaruh pada status ekonomi dan kualitas hidup pada individu maupun dalam keluarga (WHO, 2001).

Pasien yang berkunjung ke pelayanan kesehatan yang mempunyai tenaga profesional, rata-rata didiagnosis mempunyai satu atau lebih gangguan mental dan perilaku. Satu dari empat keluarga kemungkinan terdapat satu anggota keluarga yang mempunyai gangguan kejiwaan dan perilaku. Mereka yang mempunyai anggota Keluarga tersebut tidak hanya membutuhkan dukungan fisik maupun emosional, tetapi juga perlu dipikirkan dampak negatif yang terjadi oleh karena merasa disisihkan dan mempunyai disabilitas. Berdasarkan estimasi tahun 1990, gangguan mental dan neurologi tercatat 10% menunjukkan terdapat hari-hari produktif yang hilang atau *Disability Adjusted Life Years (DALYs)* dibandingkan seluruh penyakit maupun trauma kecelakaan, tahun 2000 akan meningkat menjadi 12% dan tahun 2020 diproyeksikan beban akibat gangguan mental dan perilaku ini akan menjadi 15% (WHO, 2001). Angka ini lebih tinggi dari dampak yang disebabkan penyakit TB Paru (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%) maupun malaria (2,6%). Tingginya estimasi prevalensi tersebut menunjukkan bahwa masalah

kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan yang ada di masyarakat. (Depkes RI, 2005).

Penyebab terjadinya gangguan kejiwaan dan perilaku antara lain adalah bencana baik itu bencana alam maupun buatan manusia, yang mengakibatkan terjadinya trauma psikologis bagi semua orang yang mengalaminya. Gejala trauma ini dapat dirasakan segera, beberapa hari, hingga beberapa bulan sesudah terjadinya bencana. Keadaan ini tentu saja menjadi salah satu hambatan bagi seseorang untuk melakukan fungsinya seperti beraktifitas sehari-hari, bekerja, melanjutkan pendidikan dan lain sebagainya.

Salah satu bencana yang akhir-akhir ini sering terjadi di Indonesia adalah gempa bumi, dimana efeknya dapat menyebabkan gangguan secara ekologis dan psikososial, yang jauh melebihi kapasitas coping dari masyarakat yang terkena. Bencana tidak hanya mengakibatkan permasalahan fisik, namun juga permasalahan emosional, ekonomi, sosial dan hubungan interpersonal (WHO, 2006).

Mayoritas orang yang terkena bencana akan mengalami reaksi kejiwaan dalam menghadapi situasi yang abnormal, namun hal itu tergantung pada masing-masing individu untuk membentuk mekanisme pertahanan diri secara alamiah sehingga kondisi kejiwaan mereka berangsur-angsur menjadi normal kembali. Yang tidak mampu akan berkembang menjadi gangguan kejiwaan seperti *acute stress disorder* (ASD), *post traumatic stress disorder* dan gangguan jiwa lainnya yang berhubungan dengan depresi (Fullerton *et al.*, 2005).

Gangguan kejiwaan pasca bencana dibagi dalam 3 kelompok besar yaitu: penderita dengan gangguan kejiwaan ringan (*mild psychological distress*) dengan prevalensi 20%-40% dari semua populasi yang terkena bencana; penderita dengan gangguan kejiwaan sedang atau berat (*Moderate or severe psychological distress*) dengan prevalensi 30%-50% dari seluruh populasi yang terkena; dan kelompok orang dengan

gangguan jiwa (*mental disorders*), dimana 10% diantara mereka yang menderita gangguan kejiwaan ringan (*mild psychological distress*) 2-3% akan masuk dalam kelompok orang yang menderita gangguan kejiwaan sedang (*moderate psychological distress*), sedangkan 20% mereka yang menderita gangguan kejiwaan sedang 3-4% akan menjadi gangguan kejiwaan berat/*severe psychological distress* (WHO, 2005). Namun estimasi prevalensi ini tergantung pada jenis bencana dan tingkat paparannya (Davidson, 2006).

Menurut Kilic *et al.* (2003), akibat bencana dapat mempengaruhi keluarga secara keseluruhan. Anggota keluarga dapat memperlihatkan gejala-gejala yang mengarah pada traumatis sekunder, hal ini terjadi terutama pada anak-anak. Hasil penelitiannya yaitu apabila orangtua mengalami *Posttraumatic stress disorder* (PTSD) setelah terjadi gempa bumi akan berpengaruh terhadap kondisi kejiwaan anaknya. Anak perempuan lebih rentan terkena PTSD dibanding laki-laki, namun tidak ada perbedaan pada kasus depresi dan anxietas. Pada orang dewasa terdapat perbedaan PTSD perempuan (44,1%) dibanding laki-laki (34,5%), namun perbedaan ini tidak signifikan.

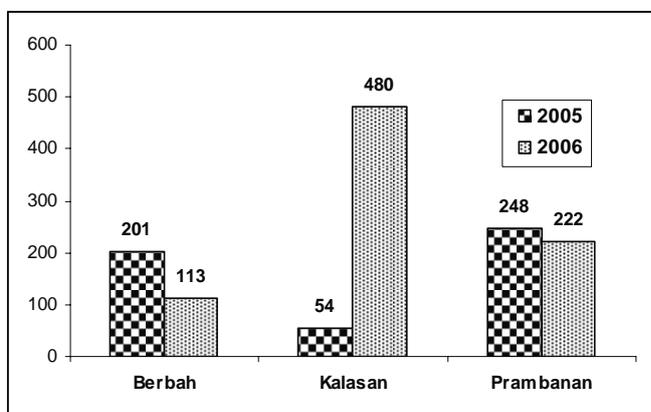
Suatu penelitian di kota Zhangbei China pada desa yang berbeda, bencana gempa bumi berhubungan dengan kualitas hidup masyarakat yang selamat pasca gempa bumi, dan ada hubungan yang signifikan terhadap gangguan kejiwaan terutama depresi, somatisasi dan anxietas (Wang *et al.*, 2000).

Adanya gangguan kejiwaan dan perilaku akan mempengaruhi kualitas hidup dari seseorang yang mengalami bencana dan gangguan kejiwaan. Penelitian di Taiwan (*Chi-Chi earthquake*) yang dilakukan 3 tahun setelah terjadi gempa bumi (1999), prevalensi gangguan kejiwaan pada masyarakat yang mampu bertahan hidup berkisar antara 0,2%-7,2% dengan depresi mayor 6,4% dan PTSD 4,4%, Kualitas hidup masyarakat yang menderita depresi mayor dan PTSD lebih rendah dibandingkan

orang yang sehat dan gangguan kejiwaan lainnya. Pada perempuan, semua golongan umur, masalah ekonomi, trauma fisik, aktifitas sosial yang kurang, depresi mayor dan PTSD mempunyai kualitas hidup yang sangat buruk (Wu *et al.*, 2006).

Kabupaten Sleman termasuk salah satu kabupaten yang ada di propinsi DI Yogyakarta yang ikut merasakan getaran gempa bumi yang dahsyat tersebut. Daerah yang terkena dan mengalami kerusakan yang sangat parah diantaranya adalah Kecamatan Berbah, Kecamatan Kalasan dan Kecamatan Prambanan.

Walaupun cakupan kunjungan pelayanan kesehatan jiwa Kasus gangguan jiwa di Kabupaten Sleman berdasarkan laporan bulanan (LB1) di Puskesmas masih jauh dari target yang diharapkan (<5%), namun kasus gangguan mental dan perilaku selama dua tahun meningkat dari 8.612 kasus (tahun 2005) dengan *Prevalence Rate* 9,68‰ menjadi 11.198 kasus (akhir Oktober tahun 2006) dengan *Prevalence Rate* 12,44‰.



Sumber : Laporan Bulanan Puskesmas di Kab. Sleman

Gambar 1. Kasus gangguan mental pada 3 kecamatan yang terkena gempa bumi di Kabupaten Sleman

Pada gambar diatas dapat dilihat bahwa kasus gangguan mental di 3 (tiga) lokasi yang terkena bencana gempa bumi masing-masing

kecamatan berfluktuasi namun di Kecamatan Kalasan terjadi peningkatan kasus dari 54 menjadi 480 kunjungan di puskesmas yang didiagnosa mengalami gangguan kejiwaan.

Dari hasil skrining terhadap masyarakat pada 3 (tiga) kecamatan yang terkena bencana gempa bumi paling parah prevalensi gangguan jiwa sebesar 48,1%, sebagian besar diantaranya didiagnosa menderita depresi. Namun sampai saat ini belum diketahui berapa besar dampak bencana terhadap gangguan kejiwaan terutama depresi dan akibatnya terhadap kualitas hidup pada masyarakat yang terkena bencana tersebut.

Berdasarkan hal tersebut diatas, gempa bumi yang terjadi di Yogyakarta khususnya di Kabupaten Sleman, memberikan pengalaman yang berharga untuk melihat dampak dari bencana tersebut berupa kualitas hidup masyarakat akibat bencana yang dihubungkan dengan gangguan kejiwaan (depresi) pada masyarakat yang terkena gempa bumi di Kabupaten Sleman.

B. Rumusan masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

“Apakah ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup masyarakat pasca gempa bumi tanggal 27 Mei 2006 pada lokasi yang terkena bencana di Kabupaten Sleman tahun 2007”.

C. Tujuan Penelitian

1. Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup masyarakat pada daerah yang terkena bencana di Kabupaten Sleman setelah mengalami peristiwa gempa bumi yang terjadi pada tahun 2006.

2. Khusus

- a. Untuk mendeskripsikan kualitas hidup pada masyarakat yang terkena bencana di Kabupaten Sleman pasca gempa bumi.
- b. Untuk mendeskripsikan faktor risiko yang berhubungan dengan kualitas hidup (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pendapatan, trauma fisik, interaksi sosial) pada masyarakat yang terkena bencana di Kabupaten Sleman pasca gempa bumi.
- c. Untuk mendeskripsikan tingkat depresi menurut *Beck Depression Inventory* (BDI) pada masyarakat yang terkena bencana di Kabupaten Sleman pasca gempa bumi.
- d. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada masyarakat yang terkena bencana di Kabupaten Sleman.
- e. Untuk mengetahui hubungan faktor risiko lain (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, Pendapatan, trauma fisik dan interaksi sosial) dengan kualitas hidup pada masyarakat yang terkena bencana di Kabupaten Sleman.

D. Keaslian Penelitian

1. Hung Chi Wu, dkk (2003), melakukan survei kualitas hidup dan faktor risiko yang berhubungan pada masyarakat desa di Taiwan setelah 3 tahun terjadinya gempa bumi, rancangan studi yang digunakan adalah *cross sectional*
2. Emine Zinnur Kilic, dkk (2003), meneliti tentang efek psikologi dari kesehatan mental orangtua pada anak yang mengalami bencana gempa bumi di Bolu, Turki. Rancangan studi yang digunakan adalah *cross sectional*.
3. Xiangdong Wang, dkk (1999) melakukan penelitian kualitas hidup pasca gempa bumi dan gangguan psikologis suatu evaluasi

longitudinal pada masyarakat perkotaan di Cina Utara, menggunakan rancangan studi *case control*.

Adapun perbedaan penelitian yang dilakukan sebelumnya adalah :

1. Melakukan survei kualitas hidup dengan menggunakan SF-36, kemudian dilihat tingkat depresi dengan teknik skor pada masyarakat yang terkena bencana gempa bumi dengan instrumen Beck *Depression Inventory (BDI)*. Rancangan yang dipakai dalam penelitian ini adalah studi *cross sectional*.
2. Hanya dilakukan pada masyarakat yang terkena bencana gempa bumi di Kabupaten Sleman.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi program
Diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi pengelola program kesehatan jiwa sebagai intervensi dalam melakukan tindakan pencegahan maupun pengendalian serta mengatasi dan memberikan tindakan kuratif maupun preventif pada masyarakat pasca gempa Kabupaten Sleman terutama di daerah yang terkena bencana gempa bumi.
2. Bagi fakultas
Sebagai bahan tambahan keustakaan untuk pengembangan kesehatan masyarakat terutama yang berkaitan dengan penyakit gangguan kejiwaan.
3. Bagi penulis
Menambah wawasan dan pengalaman peneliti dalam menghadapi dan memecahkan suatu permasalahan secara ilmiah serta dapat mengaplikasikannya berdasarkan kondisi yang ada di lapangan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Bencana

Gempa bumi yang terjadi di Yogyakarta dan Jawa Tengah pada pukul 5.54 pagi hari tanggal 26 Mei 2006 dengan skala Richter 6,2 (hasil survei Tim Geologi Amerika Serikat) pada episentrum 15-20 km sebelah tenggara dari Yogyakarta (kedalaman 17,1 km/10,6 mil) telah merusak >60.000 bangunan, >300.000 korban dengan perkiraan 200.000-650.000 orang kehilangan tempat tinggal dan menewaskan 5.773 orang 4.748 orang diantaranya berasal dari yogyakarta (WHO, 2006). Namun laporan terakhir dari Departemen Sosial RI pada tanggal 7 Juni 2006, jumlah korban meninggal akibat bencana terlihat pada Tabel 1 (Badan Infodapemkot Yogyakarta, 2007)

Tabel 1. Jumlah korban meninggal akibat bencana gempa bumi Yogyakarta tanggal 26 Mei 2007

KABUPATEN/KOTA	JUMLAH (Orang)
Yogyakarta	184
Kulon Progo	26
Gunung Kidul	69
Sleman	326
Bantul	4.143
Purworejo	5
Magelang	3
Boyolali	3
Sukoharjo	1

Sumber : Badan Infodapemkot Yogyakarta, 2007

Disamping itu juga terdapat kerusakan fisik seperti rusaknya rumah penduduk dan bangunan yang lain seperti gedung perkantoran, jalan dan lainnya. Berikut ini rincian kerusakan fisik akibat dari gempa bumi :

Tabel 2. Kerusakan fisik akibat bencana gempa bumi Yogyakarta tanggal 26 Mei 2006

KATEGORI	STATUS DAN KERUSAKAN
Perumahan	71.763 rumah rusak, >39.000 diantaranya rata dengan tanah. Pasukan tentara dan pemerintah setempat mendirikan tenda sebagai tempat perlindungan sementara.
Jalan	Beberapa jalan rusak berat dan jembatan putus.
Bandara	Bandara Adi Sutjipto ditutup sehubungan dengan gangguan komunikasi, kerusakan bangunan dan keretakan pada landas pacu, sehingga untuk sementara transportasi udara dialihkan ke Bandara Achmad Yani Semarang dan Bandara Adisumarmo Solo.
Rumah Sakit dan Sekolah	Beberapa struktur bangunan rumah sakit dan sekolah rusak serta retak.
Kebudayaan	Candi Prambanan mengalami kerusakan yang cukup parah dan ditutup sementara untuk diteliti lagi tingkat kerusakannya. Makam Imogiri mengalami kerusakan yang cukup parah. Salah satu bangsal di Kraton Yogyakarta, yaitu bangsal Trajumas yang menjadi simbol keadilan ambruk. Candi Borobudur yang terletak tak jauh dari lokasi gempa tak mengalami kerusakan berarti.
Air Bersih	Beberapa instalasi air bersih terutama di daerah Kabupaten Bantul rusak, sehingga distribusi air bersih terganggu

Sumber :ADB, 2007

a. Pengertian bencana

Bencana adalah peristiwa atau serangkaian peristiwa yang menyebabkan gangguan serius pada masyarakat sehingga menyebabkan korban jiwa serta kerugian yang meluas pada kehidupan manusia baik dari segi materi, ekonomi maupun lingkungan dan melampaui kemampuan masyarakat tersebut untuk mengatasi menggunakan sumberdaya yang mereka miliki (Yayasan IDEP, 2007). Dari pengertian tersebut, bencana merupakan sebuah peristiwa yang terjadi karena bertemunya ancaman dari luar terhadap kehidupan manusia dengan kerentanan, yaitu kondisi yang melemahkan masyarakat untuk menangani bencana. Singkatnya ketika ancaman berdampak merugikan manusia dan lingkungan, dan tidak adanya kemampuan masyarakat untuk menanggulangnya maka peristiwa itu disebut dengan bencana.

Sedangkan menurut *International Strategy for disaster reduction /ISDR* (2004), bencana adalah suatu gangguan serius terhadap fungsinya suatu kegiatan di masyarakat sehingga dapat menyebabkan kerugian yang meluas pada kehidupan manusia dari segi materi, ekonomi atau lingkungan dan yang melampaui kemampuan (masyarakat) tersebut untuk mengatasi dengan menggunakan sumberdaya mereka sendiri.

Definisi standar internasional ini tidak terlalu mempersoalkan perbedaan bencana alam dari bencana sosial atau bencana teknologi, selama suatu kejadian menimbulkan dampak seperti yang didefinisikan, maka kejadian itu disebut sebagai bencana. Maka hal ini dapat disimpulkan oleh Noji (2005) bahwa bencana adalah suatu akibat dari suatu gangguan/uraian ekologis yang sangat banyak di dalam hubungan antara manusia dan lingkungan mereka, suatu peristiwa mendadak atau yang serius di skala seperti itu yang masyarakat yang melanda memerlukan usaha-

usaha luar biasa untuk mengatasinya, sering kali dengan bantuan yang luar atau bantuan internasional.

b. Karakteristik bencana

Berdasarkan penyebabnya, bencana dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Bencana Alam (*natural disaster*)

Bencana Alam merupakan fenomena atau gejala alam yang disebabkan oleh keadaan geologi, biologis, seismis, hidrologis atau disebabkan oleh suatu proses dalam lingkungan alam mengancam kehidupan, struktur dan perekonomian masyarakat serta menimbulkan malapetaka. Bencana yang termasuk bencana alam antara lain: wabah penyakit, hama dan penyakit tanaman, gempa bumi, letusan gunung berapi, tanah longsor, gelombang laut pasang, banjir, erosi, angin topan, badai tropis, kekeringan dan kebakaran hutan.

2) Bencana Akibat Ulah Manusia (*man-made disaster*)

Bencana karena ulah manusia merupakan peristiwa yang terjadi karena proses teknologi, interaksi manusia terhadap lingkungannya serta interaksi antara manusia itu sendiri yang dapat menimbulkan dampak negatif terhadap kehidupan dan penghidupan masyarakat.

Bencana yang termasuk akibat ulah manusia antara lain: bencana akibat perang, kebakaran, ledakan industri/instalasi listrik, pencemaran lingkungan, kecelakaan.

3) Bencana Kombinasi

Bencana ini dapat disebabkan oleh ulah manusia maupun oleh alam itu sendiri. Bencana ini dapat disebabkan oleh keadaan geologi, biologis, seismis, hidrologis atau disebabkan oleh suatu proses dalam lingkungan alam maupun oleh teknologi, interaksi manusia terhadap lingkungannya serta interaksi antara manusia

itu sendiri. Contoh dari bencana yang mungkin timbul dari kombinasi ini ialah banjir, kebakaran hutan, longsor, erosi dan abrasi.



Sumber : Bidang Penataan Ruang,2007

Gambar 2. Bencana menurut penyebabnya

c. Akibat Bencana

Walaupun semua bencana memiliki ciri khasnya sendiri dan memberikan pengaruh dalam tingkat kerentanan yang berbeda pada daerah dengan kondisi sosial, kesehatan dan ekonomi tertentu. Menurut *Pan American Health Organization/PAHO*

(2006), Ada beberapa masalah kesehatan umum akibat bencana antara lain :

1) Reaksi sosial

Setelah suatu bencana alam yang besar terjadi, sikap penduduk jarang mencapai tingkatan panik atau berdiri diam. Tindakan individual yang spontan tetapi sangat terkelola bermunculan saat mereka yang selamat pulih dengan cepat dari syok dan mulai bersiap diri untuk mencapai tujuan personal yang jelas. Korban yang selamat kerap memulai upaya pencarian dan penyelamatan segera setelah bencana berlangsung dan dalam hitungan jam mereka mungkin telah membentuk kelompok untuk membawa korban yang cedera ke pos pengobatan. Perilaku anti sosial yang aktif, misalnya penjarahan besar-besaran, hanya terjadi dalam kondisi tertentu.

2) Penyakit menular

Bencana alam tidak biasa menimbulkan KLB penyakit menular secara besar-besaran walaupun pada keadaan tertentu bencana alam dapat meningkatkan potensi penularan penyakit. Dalam jangka waktu yang singkat, peningkatan insidensi penyakit yang paling sering terlihat terutama disebabkan oleh kontaminasi feses manusia pada makanan dan minuman. Dengan demikian, penyakit semacam itu umumnya adalah penyakit enterik (perut).

Risiko KLB penyakit menular sebanding dengan kepadatan penduduk dan perpindahan penduduk. Kondisi ini meningkatkan desakan terhadap suplai air dan makanan serta risiko kontaminasi (seperti dalam kamp pengungsian), gangguan pelayanan sanitasi yang ada seperti sistem suplai air bersih dan sistem pembuangan air kotor.

3) Perpindahan penduduk

Jika terjadi perpindahan penduduk secara besar-besaran, spontan atau terkelola, suatu kebutuhan mendesak akan pemberian bantuan kemanusiaan terbentuk. Penduduk mungkin akan pindah ke daerah kota jika layanan umum tidak dapat menangani dan akibatnya adalah peningkatan angka kesakitan dan kematian. Jika banyak rumah yang hancur, perpindahan penduduk besar-besaran akan berlangsung dalam suatu wilayah perkotaan karena mereka mencari tumpangan baik di rumah teman maupun kerabat dekat.

4) Pengaruh cuaca

Bahaya kesehatan dari pajanan terhadap unsur-unsur cuaca tidak besar, bahkan setelah terjadi bencana di daerah beriklim sedang. Asalkan populasi tetap dalam kondisi kering, berpakaian layak pakai, dan dapat menemukan perlindungan terhadap angin, kematian akibat pajanan cuaca tampaknya bukan risiko utama pada penduduk Amerika Latin dan Karibia. Dengan demikian, kebutuhan untuk mendirikan tempat perlindungan darurat sangat beragam bergantung pada keadaan setempat.

5) Makanan dan gizi

Kekurangan bahan pangan segera setelah bencana dapat muncul dalam dua cara, yang pertama kekurangan pada cadangan makanan di wilayah bencana dapat menyebabkan penurunan tajam jumlah makanan yang tersedia atau yang kedua adalah terputusnya sistem distribusi dapat menghalangi akses ke makanan walaupun kelangkaan yang sangat parah tidak terjadi.

6) Penyediaan air dan sanitasi

Sistem penyediaan air minum dan pembuangan air kotor sangat rentan pada bahaya bencana alam, gangguan yang terjadi

biasanya menimbulkan risiko kesehatan yang serius. Kekurangan dalam kuantitas dan kualitas air minum, kesulitan dalam pembuangan ekskreta serta limbah lainnya dapat mengakibatkan memburuknya sanitasi sehingga ikut memberikan sumbangan terhadap kondisi yang memudahkan penyebaran penyakit gastroenteritis dan penyakit lainnya.

7) Kesehatan jiwa

Kecemasan, neurosis dan depresi akan menjadi masalah akut dan utama dalam kesehatan masyarakat yang terjadi setelah bencana. Apapun kemungkinannya, harus dilakukan upaya untuk melindungi keluarga dan struktur sosial masyarakat. Pada daerah industri atau metropolitan di negara maju, masalah kesehatan jiwa dilaporkan cukup bermakna selama masa rehabilitasi jangka panjang dan selama masa rekonstruksi dan masalah itu harus dihadapi selama fase tersebut.

8) Kerusakan infrastruktur

Bencana alam dapat menyebabkan kerusakan serius pada fasilitas kesehatan dan sistem penyediaan air bersih serta sistem pembuangan air kotor, disamping dapat berdampak langsung pada kesehatan masyarakat yang mengandalkan layanan tersebut. Jika bangunan rumah sakit dan pusat kesehatan strukturnya tidak aman, bencana alam dapat membahayakan kehidupan penghuni gedung dan membatasi kapasitas pemberian layanan kesehatan bagi korban bencana.

2. Program Pencegahan dan Penanggulangan Kesehatan Jiwa (Depkes, 2004)

Tujuan dari upaya kesehatan jiwa adalah :

- a. Meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat Indonesia sebagai bagian dari derajat kesehatan masyarakat.
- b. Mencegah berkembangnya masalah psiko-sosial dan gangguan jiwa terhadap individu, keluarga dan masyarakat.

- c. Menjamin terwujudnya hak-hak individu yang mengalami masalah/gangguan kesehatan jiwa.
 - d. Melindungi tenaga kesehatan jiwa dalam meningkatkan profesionalisme dan pengembangan IPTEK bidang kesehatan jiwa.
- Maka untuk mencapai tujuan tersebut, kebijakan pembangunan kesehatan jiwa adalah sebagai berikut :
- a. Upaya kesehatan jiwa paripurna (satu kesatuan yang utuh antara upaya kesehatan jiwa masyarakat, pelayanan kesehatan jiwa dasar dan rujukan */electic-holistic*).
 - b. Kemandirian masyarakat dan kemitraan.
 - c. Perwujudan perilaku sehat jiwa.
 - d. Manajemen pembangunan kesehatan.
 - e. Pengembangan tenaga kesehatan jiwa.
 - f. Peningkatan derajat kesehatan jiwa masyarakat (prevalensi gangguan jiwa tidak meningkat, insidensi gangguan jiwa menurun, beban gangguan jiwa terhadap individu, keluarga dan masyarakat tidak bertambah), terutama kepada kelompok masyarakat yang berisiko tinggi dan rentan terhadap masalah kesehatan jiwa.

Strategi yang dipakai agar kebijakan pembangunan kesehatan jiwa bisa ditindak lanjuti :

- a. Advokasi kebijakan publik yang memperhatikan aspek kesehatan jiwa masyarakat.
- b. Peningkatan jumlah dan mutu institusi pendidikan tenaga kesehatan jiwa.
- c. Integrasi pembiayaan pelayanan kesehatan melalui pola asuransi kesehatan.
- d. Desentralisasi program kesehatan jiwa.
- e. Pemantapan kerjasama lintas sektor dan kemitraan dengan swasta, Pemberdayaan masyarakat melalui pendidikan dan penyuluhan tentang kesehatan jiwa secara terintegrasi dengan program kesehatan pada umumnya.

- f. Upaya kesehatan jiwa masyarakat dengan program di Puskesmas maupun RS dan pelayanan kesehatan swasta.

Secara garis besar program kesehatan jiwa dapat dibagi dalam program pokok dan program penunjang

a. Program Pokok

Program pokok dirumuskan dalam motto “Tri Upaya Bina Jiwa”, yang berarti terbinanya kesehatan jiwa perlu dijalankan 3 upaya pokok yaitu :

- 1) Upaya promotif & preventif
- 2) Upaya kuratif
- 3) Upaya rehabilitatif

b. Program penunjang dan pengembangan

- 1) Pendidikan dan pelatihan tenaga
- 2) Penyempurnaan administrasi dan manajemen
- 3) Penyempurnaan sistem informasi kesehatan jiwa
- 4) Penelitian (riset, survei, dll)
- 5) Kerjasama lintas sektor

Sedangkan sub program kesehatan jiwa dibagi menjadi 3 bagian :

- a. Pembinaan kesehatan jiwa masyarakat, atau *community mental health* yang difokuskan pada masyarakat dengan prioritas promotif dan preventif.
- b. Peningkatan pelayanan kesehatan jiwa atau *psychiatric-medical-care*, yang difokuskan pada masalah klinis individual dengan prioritas kuratif dan rehabilitatif.
- c. Kegiatan penunjang dan pengembangan, yang difokuskan pada kegiatan :
 - 1) Pendidikan dan pelatihan tenaga
 - 2) Penyempurnaan administrasi dan manajemen
 - 3) Penyempurnaan sistem informasi kesehatan jiwa
 - 4) Penelitian (riset, survei, dll)
 - 5) Kerjasama lintas sektor

Pelayanan kesehatan jiwa merupakan upaya kesehatan jiwa yang langsung ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Sistem yang ada di Indonesia dikembangkan dengan 3 prinsip :

a. mediko-psiko-sosial

Yaitu pelayanan yang memperhatikan dan menerapkan prinsip ilmu kedokteran (kedokteran jiwa), prinsip ilmu psikologi atau perilaku dan juga ilmu sosial, baik dalam menegakkan diagnosis dan memberikan pengobatan dan perawatan.

b. komprehensif

Adalah jenis pelayanan yang meliputi upaya yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif-preventif bertujuan meningkatkan taraf kesehatan jiwa dan mencegah terjadinya gangguan jiwa berupa kegiatan penyuluhan dan kegiatan pembinaan hidup sehat, agar dapat hidup produktif dan harmonis. Upaya kuratif merupakan pelayanan yang bertujuan merawat dan mengobati agar pasien yang terganggu jiwanya dapat disembuhkan atau dipulihkan kesehatannya, berupa berbagai macam kegiatan terapi, baik yang bersifat fisik, psikologis maupun sosial. Sedangkan upaya rehabilitatif merupakan berbagai kegiatan baik yang bersifat medis, edukatif, vokasional dan sosial yang bertujuan memulihkan kemampuan fungsional seseorang yang cacat (*impairment*, *disability* dan *handicap*) seoptimal mungkin, sehingga dapat hidup produktif dan berintegrasi kembali di masyarakat.

c. paripurna

Adalah pelayanan yang lengkap jenjang pelayanannya yang terdiri dari :

- a. Pelayanan kesehatan jiwa spesialistik, yang dilakukan oleh psikiater yang dilaksanakan di RSJ, RSKO, RSU kelas A dan B.
- b. Pelayanan kesehatan jiwa integratif, yang dilakukan oleh dokter umum yang dilaksanakan di puskesmas dan RS kelas C dan D.

- c. Pelayanan kesehatan jiwa yang bersumber daya masyarakat (*community based service*) yang dilakukan oleh masyarakat itu sendiri yang dilaksanakan di Posyandu, PKK, UKS, Saka Bhakti Husada, PMR,dll.

Adapun kegiatan program kesehatan jiwa adalah sebagai berikut :

- a. Deteksi dini kasus jiwa, melalui skrining yang dilakukan pada anak dan orang dewasa dengan menggunakan kuesioner yang telah ditetapkan oleh Depkes. RI.
- b. Pengamatan kasus, setiap kasus yang ada di puskesmas dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/kota melalui format pelaporan yang telah disepakati setiap bulan.
- c. Penatalaksanaan penderita, dilakukan dengan rawat jalan maupun rawat inap (RS) sesuai dengan prosedur diagnosa, pengobatan/perawatan dan sistem rujukan yang sesuai dengan standar yang berlaku.
- d. Koordinasi lintas sektor/program, dengan membentuk TP-KJM (Tim Pembina, Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat) yang berisikan para pemegang kebijakan, tokoh masyarakat dan tokoh agama, sehingga kegiatan kesehatan jiwa dapat terintegrasi dan komprehensif.
- e. Advokasi dan sosialisasi kepada pemegang kebijakan, mengingat anggaran yang disediakan dalam kegiatan kesehatan jiwa sangat sedikit.

3. **Depresi (Depression)**

- a. Epidemiologi depresi

Depresi bukanlah gangguan yang homogen, tetapi merupakan merupakan fenomena yang kompleks. Bentuknya sangat bervariasi, sehingga kita mengenal depresi dengan gejala yang ringan, berat dengan atau tanpa ciri psikotik, berkormoditas dengan gangguan psikiatrik lain atau tanpa gangguan fisik lain. Biasanya bentuk keluhan-keluhan umum yang dialami masyarakat biasa

maupun penderita yang berobat di sarana pelayanan kesehatan (Amir, 2005).

Dari penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat dan Eropa, diperkirakan 9-26% wanita dan 5-15% pria pernah menderita depresi yang gawat dalam kehidupan mereka. Setiap saat, diperkirakan bahwa 4,5-9,3% wanita dan 2,3-3,2% pria akan menderita karena gangguan ini, dengan demikian dapat dikatakan bahwa wanita dua kali lebih banyak menderita depresi daripada laki-laki pada setiap saat, perbandingan ini terlihat pada masyarakat yang mencari pelayanan kesehatan/berobat. (Blackburn *et al.*, 1994).

Beberapa penelitian yang dilakukan terhadap sejumlah penderita umum memperkirakan penyebaran depresi yang berat sekitar 5%, hal ini berarti bahwa gangguan depresi merupakan satu dari masalah-masalah klinis yang paling sering terjadi dalam praktek umum. Diperkirakan bahwa hanya 10% dari pasien umum yang menderita depresi dikirim ke pelayanan penyakit jiwa (Blackburn *et al.*, 1994).

Hasil di Amerika Serikat, *prevalence rate* depresi yang berasal dari surveilans berbasis masyarakat (*community based surveillance*) menunjukkan peningkatan dari 1,8%-3,3% menjadi 4,9%-17,1%. Pada pelayanan kesehatan primer, *point prevalence* mayor depresi berkisar antara 4,8%-8,6% dan diproyeksikan gangguan depresi akan menjadi penyebab disabilitas nomer 2 pada tahun 2020. Hal ini tentu saja mempunyai dampak dari segi ekonomi selain membutuhkan biaya untuk pengobatan juga akan kehilangan waktu kerja (Pignone *et al.*, 2002).

b. Psikopatologi Depresi

1) Etiologi

Sampai saat ini belum ada etiologi yang pasti sebagai penyebab depresi. Para ahli berpendapat bahwa depresi terjadi karena

adanya stresor psikososial berat yang menimpa individu dan ia tak mampu untuk mengatasinya. Karena depresi merupakan gangguan emosi, sedangkan emosi merupakan respons seseorang terhadap segala sesuatu yang terjadi di lingkungannya. Banyak orang menduga bahwa gangguan depresi hanya disebabkan oleh pengalaman-pengalaman pribadi yang buruk dan sangat sedikit orang menduga bahwa depresi terjadi karena terdapat gangguan neurobiologik otak (Amir, 2005).

Beberapa faktor penyebab depresi yaitu (Kaplan *et al.*, 1997; Amir, 2005) :

a) Faktor biologis

Beberapa unsur neurotransmitter dari amin biogenik diduga terkait dengan depresi. Penurunan kadar serotonin diduga berperan dalam terjadinya depresi. Dari hasil penelitian yang menggunakan alat pencitraan otak didapatkan penurunan jumlah reseptor pascasinap 5-HT_{1A} dan 5-HT_{2A}. Juga terdapat penurunan 5-HIAA (*hidroxyindolacetic-acid*), hasil metabolisme serotonin, di cairan serebrospinal. Kadar norepinefrin terutama di *forebrain medial* juga menurun. Serta terdapat defisiensi MHPG (*3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol*) yang merupakan hasil metabolisme norepinefrin.

Beberapa neurotransmitter lain seperti dopamine, GABA dan glutamate juga mengalami penurunan pada depresi.

Disregulasi *hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA)* dapat pula terjadi. Depresi dapat menyebabkan terjadinya hiperaktivitas aksis HPA. Akibat peningkatan aktivitas aksis HPA terjadilah kenaikan kadar glukokortikoid. Kelebihan glukokortikoid menyebabkan aneogenesis atau berhentinya siklus sel. Hipokampus merupakan region yang sangat rentan terhadap kelebihan hormone glukokortikoid. Retraksi dendrit,

penurunan neurogenesis di girus sentata, serta rusaknya sel glia dapat pula terjadi. Akibatnya terjadi kematian sel-sel hipokampus sehingga mengurangi volume hipokampus.

Hipokampus merupakan salah satu daerah di otak yang sering diteliti dalam kaitannya dengan stresor psikososial, depresi dan obat-obat anti depresan. Hipokampus terdiri dari 3 lapis sel yaitu molekuler, piramid dan polimorfik. Fungsinya antara lain adalah mempertahankan kerterjagaan atau atensi, belajar, memori, emosi dan mengatur endokrin, dan berperan pula dalam memori, belajar, atensi dan emosi. Patofisiologi gangguan memori yang terjadi pada depresi dikaitkan pula dengan berkurangnya volume hipokampus. Gangguan memori tidak hanya dijumpai ketika pasien sedang menderita depresi, tetapi juga setelah ia sembuh dari depresi.

Stresor yang terjadi pada awal perkembangan (masa kanak-kanak) dapat menyebabkan perubahan yang menetap dalam sistem neurobiologik atau dapat membuat jejak pada sistem syaraf yang berfungsi merespon stresor. Salah satu sistem neurobiologik yang paling sering dipengaruhi oleh stresor adalah aksis HPA. Hiperaktivitas ini dapat menyebabkan rentannya seseorang terhadap penyakit-penyakit yang berkaitan dengan stresor setelah ia dewasa, misalnya depresi.

b) Faktor Genetik

Faktor penting dalam perkembangan gangguan depresi adalah genetika. Tetapi pola penurunan genetika melalui mekanisme yang kompleks dan tidak mungkin mampu menyingkirkan efek psikososial, dan faktor non genetik yang memainkan peran kausatif dalam perkembangan gangguan depresi terhadap sekelompok orang.

Beberapa penelitian membuktikan bahwa keluarga yang sederajat menderita depresi berat kemungkinan 1,5-2,5 kali lebih besar menderita depresi daripada keluarga yang sehat. Begitu pula keluarga sederajat yang menderita bipolar I kemungkinan 8-18 kali lebih besar daripada keluarga yang sehat.

c) Faktor psikososial

Peristiwa kehidupan dan faktor lingkungan yang tidak mendukung sehingga akan menyebabkan stres yang merupakan faktor pencetus pada episode pertama terjadinya depresi. Satu teori yang diajukan untuk menjelaskan pengamatan tersebut bahwa stres yang menyertai episode pertama menyebabkan perubahan biologi otak yang bertahan lama, perubahan tersebut dapat menyebabkan perubahan keadaan fungsional berbagai neurotransmitter dan sistem pemberi sinyal intraneuronal. Perubahan mungkin termasuk hilangnya neuron dan penurunan besar dalam kontak sinaptik. Hasil akhir dari perubahan tersebut adalah menyebabkan seseorang berada pada risiko yang lebih tinggi untuk menderita episode gangguan depresi selanjutnya.

Faktor kepribadian pramorbid, Tidak ada sifat atau tipe kepribadian tunggal yang secara unik mempredisposisikan seseorang kepada depresi. Semua manusia, apapun pola kepribadiannya, dapat dan memang menjadi depresi dalam keadaan yang tepat, tetapi tipe kepribadian tertentu mungkin berada dalam risiko yang lebih besar untuk mengalami depresi daripada yang antisosial, paranoid dan lain sebagainya.

Faktor psikoanalitik dan psikodinamik, dalam upaya untuk mengerti depresi sebagai suatu contoh Sigmund Freud

mengendalikan suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankolia. Ia menyatakan bahwa kekerasan yang dilakukan pasien depresi diarahkan secara internal karena identifikasi dengan objek yang hilang. Freud percaya bahwa introspeksi mungkin merupakan salah satu cara bagi ego untuk melepaskan suatu objek.

2) Definisi

Depresi adalah suatu sindrom yang terdiri dari beberapa gejala yang mencerminkan suatu kesedihan atau suasana hati yang berlebihan atau duka cita yang diatas normal, yang ditandai oleh suatu intensitas yang berkepanjangan sehingga gejala-gejala tersebut lebih parah akibatnya akan menimbulkan disabilitas. Gejala yang berupa tekanan tersebut ditandai tidak hanya oleh pikiran yang negatif, suasana hati dan perilaku tetapi juga disertai dengan perubahan yang spesifik dari fungsi fisik seperti makan, tidur dan aktifitas seksual. (Panzarino *et al.*, 2007).

Sedangkan menurut Depkes (2004), depresi kelompok gangguan neurotik yang ditandai rasa sedih yang berlebihan dan berkepanjangan disertai dengan gangguan fungsi pekerjaan, fungsi sosial dan perawatan diri.

3) Diagnosis

Diagnosis depresi menurut PPDGJ-III (2002) dibagi menjadi 2 yaitu :

a) Gejala utama

- Afek defresif (rasa sedih, murung, merasa putus asa, rendah diri)
- Kehilangan minat dan kegembiraan
- Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas

b) Gejala lainnya

- Konsentrasi dan perhatian berkurang
- Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- Tidur terganggu
- Nafsu makan berkurang

3) Klasifikasi

Klasifikasi gangguan depresi telah lama menjadi sumber perdebatan, terpusat pada persoalan apakah gejala yang ditimbulkan oleh depresi itu berbeda secara kuantitatif dalam arti tingkat keparahannya atau secara kualitatif dalam arti wujudnya dalam berbagai penyakit.

Menurut PPDGJ-III (2002), depresi atau episode depresif dibagi menjadi beberapa klasifikasi yaitu :

d) Episode depresif ringan

Yaitu minimal harus ada 2 gejala utama ditambah dengan sekurang-kurangnya 2 gejala lainnya, dan tidak boleh ada gejala yang berat hanya sedikit kesulitan dalam menghadapi pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan.

e) Episode depresif sedang

Yaitu minimal mempunyai 2 gejala utama ditambah dengan 3 atau lebih baik 4 dari gejala lainnya. Ciri-ciri dari depresi sedang ini adalah menghadapi kesulitan yang nyata dalam meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

f) Episode depresif berat tanpa gejala psikotik

Yaitu harus mempunyai 3 gejala utama ditambah dengan sekurang-kurangnya 4 gejala lainnya dan beberapa

diantaranya harus berintensitas berat. Biasanya pada depresi tingkat sedang terdapat gejala penting yaitu seperti agitasi atau retardasi psikomotor yang mencolok sehingga penderita tidak bisa melakukan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga kecuali dalam taraf yang terbatas.

g) Episode depresif berat dengan gejala psikotik

Yaitu harus memenuhi semua gejala yang ada pada episode depresif berat tanpa gejala psikotik, yang disertai dengan waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.

Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan efek (*mood congruent*).

h) Episode depresif lainnya

i) Episode depresif yang tidak tergolongkan

Menurut Panzarino (2007), Depresi dibagi menjadi 3 jenis yang paling umum yaitu :

a) Depresi Mayor

Yaitu suatu kombinasi dari gejala-gejala depresi seperti suasana hati yang sedih dan murung yang mengakibatkan mengurangi kemampuan untuk bekerja, tidur, makan dan rasa senang ketika menjalani aktivitas yang menyenangkan. Biasanya peristiwa depresi ini dapat terjadi berulang-ulang dalam seumur hidup.

b) Disthimia

Yaitu mempunyai gejala depresi yang agak berat, biasanya terjadi dalam jangka panjang (kronis) namun gejala-gejala tersebut dapat mengurangi penderita untuk beraktifitas . Kadang-kadang orang yang menderita disthimia juga mengalami depresi mayor. Kombinasi jenis ini dikenal dengan istilah “*double depression*”.

c) Bipolar disorder (Depresi manik)

Yaitu suatu gangguan nerotik yang tidak dapat merubah suasana, energi dan kemampuan untuk berfungsi. Jenis depresi ini termasuk kategori berat, bahkan dapat mengganggu hubungan dalam pekerjaan, sekolah atau merasa lemah (bahkan ingin bunuh diri). Namun dari segi positifnya penderita dapat bertahan hidup dan produktif.

d. Pengukuran Depresi

Ada beberapa pengukuran yang dipakai untuk menentukan tingkat depresi, salah satu diantaranya adalah *Beck Depression Inventory (BDI)* atau yang lebih dikenal dengan kuesioner Beck yang dikembangkan oleh Aaron T. Beck pada tahun 1961 yang sekarang sudah mengalami beberapa perkembangan dan modifikasi isi dari kuesioner tersebut namun tidak mengurangi maksud dari kuesioner sebelumnya.

Kuesioner BDI terdiri dari pertanyaan pilihan ganda yang merupakan *self rating*, setiap gejala diranking 4 butir skala intensitas yaitu 0–3. Dan mengevaluasi 21 gejala dari depresi yaitu ; dimensi emosi terdiri dari 11 item pertanyaan, dimensi perubahan perilaku terdiri dari 4 item pertanyaan, dimensi gejala somatik terdiri dari 6 item pertanyaan (Mc Dowell *et al.*, 1996).

Seseorang digolongkan depresi apabila mengalami perasaan sedih, berkecil hati, gagal, bersalah dan tidak puas, dugaan merasa dihukum, kecewa pada diri sendiri, mempunyai pikiran bunuh diri,

menangis, tidak peka, kurang berminat pada orang lain, sulit mengambil keputusan, tampak dari penampilan tubuh, kemampuan bekerja menurun, mengalami gangguan tidur, kelelahan, gangguan nafsu makan, perubahan berat badan, kecemasan fisik dan penurunan gairah seks.

Asosiasi *mood disorder* Manitoba Inc (2005) membagi masing-masing pertanyaan diberi skor 0-3 dengan interpretasi hasil sebagai berikut :

- 1) Nilai 1 – 5 (tingkat depresi rendah)
- 2) Nilai 6 – 14 (tingkat depresi sedang)
- 3) Nilai >14 (tingkat depresi berat)

Kuesioner BDI mempunyai reliabilitas dengan $\alpha = 0.86$ atau $0,93$ dengan koreksi *Spearman-Brown*. Apabila dibandingkan dengan kuesioner yang sejenis BDI mempunyai validitas dan reliabilitas paling baik. (Mc Dowell *et al.*, 1996).

Turner dan Romano melakukan test terhadap BDI menghasilkan tingkat sensitivitas 83% dan spesifisitas 89% dengan internal konsistensi $\alpha = 0.78 - 0,86$ untuk format pertanyaan yang pendek dan $\alpha = 0.89 - 0,97$ untuk format pertanyaan yang panjang (Mc Dowell, 1996).

4. Kualitas Hidup

a. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan sesuatu yang berbentuk multidimensi dan sampai saat ini belum didapatkan suatu defenisi yang dapat diterima secara universal, namun WHO (1996) mencoba mendefinisikan sebagai suatu persepsi individu pada posisinya dalam kehidupan dalam konteks kebudayaan dan sistem yang berlaku dimana mereka tinggal, dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standart dan kepedulian (Brennan, 1999).

Menurut Donald (2003) kualitas hidup adalah sesuatu yang dideskripsikan untuk mengukur emosional, sosial dan kondisi fisik

seseorang serta kemampuan mereka untuk melakukan tugas dan fungsinya dalam kehidupan sehari-hari.

b. Pengukuran kualitas hidup

Hampir seluruh penelitian tentang kualitas hidup menggunakan kuesioner, dan data yang terkumpul menggunakan kuesioner yang terstruktur. Biasanya mengandung beberapa item yang dapat memilih ukuran variasi dari kualitas hidup.

Instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup sangat banyak sekali, salah satu diantaranya adalah *Medical Outcomes study Short Form-36* atau yang lebih dikenal dengan SF-36. (Donald, 2003).

Lebih dari 50 negara yang tergabung dalam *International Quality Life Assessment* (IQOLA) memakai SF-36 untuk mengukur kualitas hidup, dan mempunyai reliabilitas dan validitas yang cukup tinggi, hal ini terbukti lebih dari 1000 penerbitan yang dimulai pada tahun 1998 menggunakan SF-36 dalam penelitiannya (Ware, 2000).

Short Form 36 atau lebih dikenal dengan *SF-36* suatu alat ukur berupa kuesioner dengan format yang ringkas yang berisi 36 pertanyaan dengan mengukur kesehatan fisik dan mental dengan cara yang berbeda. Instrumen ini dapat dipakai untuk membandingkan status kesehatan populasi dengan kondisi yang berbeda (Fayers *et al.*, 2000).

SF-36 terdiri dari dua komponen yaitu kesehatan mental /*mental health* dan kesehatan fisik/*physical health* (Ware, 2000) yang terdiri dari delapan dimensi dengan 36 item pertanyaan yaitu (McDowell *et al.*, 1996) :

1) Kesehatan Mental (*mental health*)

- c) Vitalitas, energi atau kelelahan (*vitality, energy or fatigue* atau V) terdiri dari 4 item yaitu pada pertanyaan 9a, c,g dan i.

- b) Fungsi sosial (*social functioning* atau SF)) pada pertanyaan 6 dan 10.
- c) Keterbatasan peran yang disebabkan oleh masalah emosional (*role limitation due to emotional problems* atau RE) pada pertanyaan nomer 5a, b dan c.
- d) Kesehatan mental secara umum yang mencakup gangguan psikologi dan kesejahteraan (*general mental health, covering psychological distress & well-being* atau MH) terdiri dari 5 item yaitu pada pertanyaan nomer 9b, c, d, f dan h.

2) Kesehatan fisik (*physical health*)

- a) Fungsi Fisik (*physical functioning* atau PF) terdiri dari 10 item pada pertanyaan nomer 3
- b) Keterbatasan peran yang disebabkan oleh masalah kesehatan (*role limitation due to physical health problems* atau RP) terdiri dari 4 item pada pertanyaan nomer 4.
- c) Nyeri tubuh (*bodily pain* atau BP) pada pertanyaan nomer 7 dan 8.
- d) Persepsi sehat secara umum (*general health perception* atau GH) terdiri dari 5 item pada pertanyaan 1 dan 11.

Sebagai tambahan, pertanyaan 2 merupakan gambaran perubahan pada status kesehatan 1 tahun yang lalu, ini tidak termasuk penghitungan skoring pada 8 dimensi pertanyaan diatas, tetapi digunakan untuk mengestimasi perubahan status kesehatan secara *cross sectional* dari SF-36.

c. Validitas

Menurut Ware (2000), penelitian-penelitian yang menggunakan SF-36 untuk mengukur kualitas hidup dengan berbagai macam aplikasi yang telah diterjemahkan dalam berbagai bahasa tetap relevan untuk diinterpretasikan. Validitas yang dibuktikan pada penelitian-penelitian yang sudah ada berupa validitas isi, konkuren, kriteria, konstruk dan validitas prediktif.

Para pemakai SF-36 tidak memasukkan evaluasi konsep untuk memudahkan penggunaan, namun mereka memakai tabel korelasi antara 8 dimensi dan 2 komponen pada 32 item pertanyaan yang terdiri dari 19 gejala yang spesifik ($r \geq 0,40$) dimana konsep kesehatan secara umum banyak yang dihilangkan dan dengan frekuensi dan keadaan yang menyentuh dari gejala dan permasalahan yang spesifik. Kecuali fungsi seksual, mempunyai hubungan yang lemah apabila diukur dengan SF-36.

Karena skala SF-36 mempunyai konstruksi untuk skala reproduksi yang lebih panjang, maka pengukuran yang menggunakan SF-36 mempunyai validitas 80-90% sehingga bukti-bukti empiris menunjukkan bahwa alat ini mampu mengukur kesehatan mental dan fisik.

Apabila dilihat dari isinya, SF-36 berisikan 2 komponen yang akan diukur yaitu komponen fisik (PF,RP,BP, GH) dan komponen mental (MH,RE,SF,V). Pada komponen fisik tidak diragukan lagi validitasnya, sedangkan pada komponen mental menurut beberapa penelitian dapat menyaring gangguan mental dengan sensitivitas 74% dan spesifisitas 81% untuk mendeteksi pasien dengan gangguan depresi, sekitar 80-85% hasil penelitian mempunyai validitas yang dapat dipercaya dengan mengukur 8 dimensi dari SF-36 dari komponen fisik dan mental.

d. Reliabilitas

Menurut Ware (2000), reliabilitas pada 8 dimensi dari 2 komponen apabila diukur sudah dapat diperkirakan hasilnya dengan menggunakan konsistensi internal dan metode test-retest. Reliabilitas dari 25 penelitian yang sudah dipublikasikan mempunyai standart minimum 0,70 dengan rata-rata 0,80. Estimasi reliabilitas untuk mengukur kondisi fisik dan mental mempunyai hasil lebih tinggi yaitu 0,90. Suatu kajian terhadap 15 penelitian mengungkapkan bahwa median koefisien reliabilitas pada tiap

dimensi sama atau lebih besar dari 0,80 kecuali SF, yang mempunyai median koefisien reliabilitas 0,76. Tren dalam reliabilitas koefisien untuk SF-36 mampu mengukur 24 pasien yang berbeda karakteristik sosio-demografi dan diagnosa penyakit yang berbeda pula.

Standard error dari dari pengukuran, dengan selang kepercayaan 95% pada skor individu dan distribusi perubahan skor dari test-retest pada penelitian bersifat jauh lebih kecil karena mengukur seluruh komponen dari SF-36.

Pada survei kesehatan tentang program kesehatan, pemerintah melakukan upaya yang sangat besar untuk memonitor *output* indikator kesehatan untuk melakukan rencana kegiatan selanjutnya.

Patokan yang dipakai untuk mengukur standart psikometrik dasar memakai SF-36 karena dapat mengetahui apakah lebih baik, lebih buruk atau sama dalam pengukuran secara fisik, mental dan komponen lainnya.

4. **Hubungan depresi dengan kualitas hidup**

Kesehatan jiwa salah satu bentuk fungsi mental yang dapat mendukung produktivitas kinerja yang berhasil dan sukses mulai dari masa kanak-kanak sampai meninggal. Seperti kita ketahui gangguan jiwa adalah suatu kondisi kesehatan yang ditandai oleh perubahan dalam berfikir, suasana hati atau perilaku yang dihubungkan dengan ketidakmampuan melakukan fungsi sehari-hari secara maksimal, sehingga tentu saja akan menimbulkan disabilitas (U.S. Department of health and human services, 2007).

Suatu penelitian yang dilakukan oleh Demura, dkk (2002) tentang hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pada lansia, dilihat dari jenis kelamin dan kelompok umur menunjukkan bahwa depresi akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Kaum tua yang terlihat muda mempunyai kualitas hidup yang lebih baik dan

mampu berinteraksi (banyak teman dan mempunyai dukungan moril) dibanding kaum tua yang terlihat tua.

Michalak *et al.* (2005) melakukan studi literatur terhadap 28 artikel yang melihat kualitas hidup pada penderita *bipolar disorder*, mayoritas mempunyai kualitas hidup yang buruk bahkan ketika mereka secara klinis didiagnosa menderita *euthymic*.

Penelitian yang dilakukan terhadap 28 orang yang menderita depresi mempunyai variasi terhadap dimensi pengukuran kualitas hidup dan mempunyai hubungan yang bermakna dengan umur dan jenis kelamin. Faktor umur mempunyai hubungan yang sangat bermakna terhadap beberapa dimensi dalam skala pengukuran kualitas hidup, dimana pada perempuan mempunyai kualitas hidup yang tinggi terhadap dimensi interaksi sosial pada komponen pengukuran kualitas hidup (Kuehner *et al.*, 2005). Penderita *amyotrophic lateral sclerosis* yang depresi mempunyai korelasi yang sangat signifikan terhadap penurunan kualitas hidupnya, hal ini terlihat pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Chìò, *et al.* (2004).

Hasil penelitian terhadap penderita depresi dan anxietas mempunyai kualitas hidup yang bervariasi tergantung jenis gangguan dan tingkat keparahannya. Pada penderita yang didiagnosa sebagai *double depression* mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibanding penderita depresi lainnya (Rapaport *et al.*, 2005).

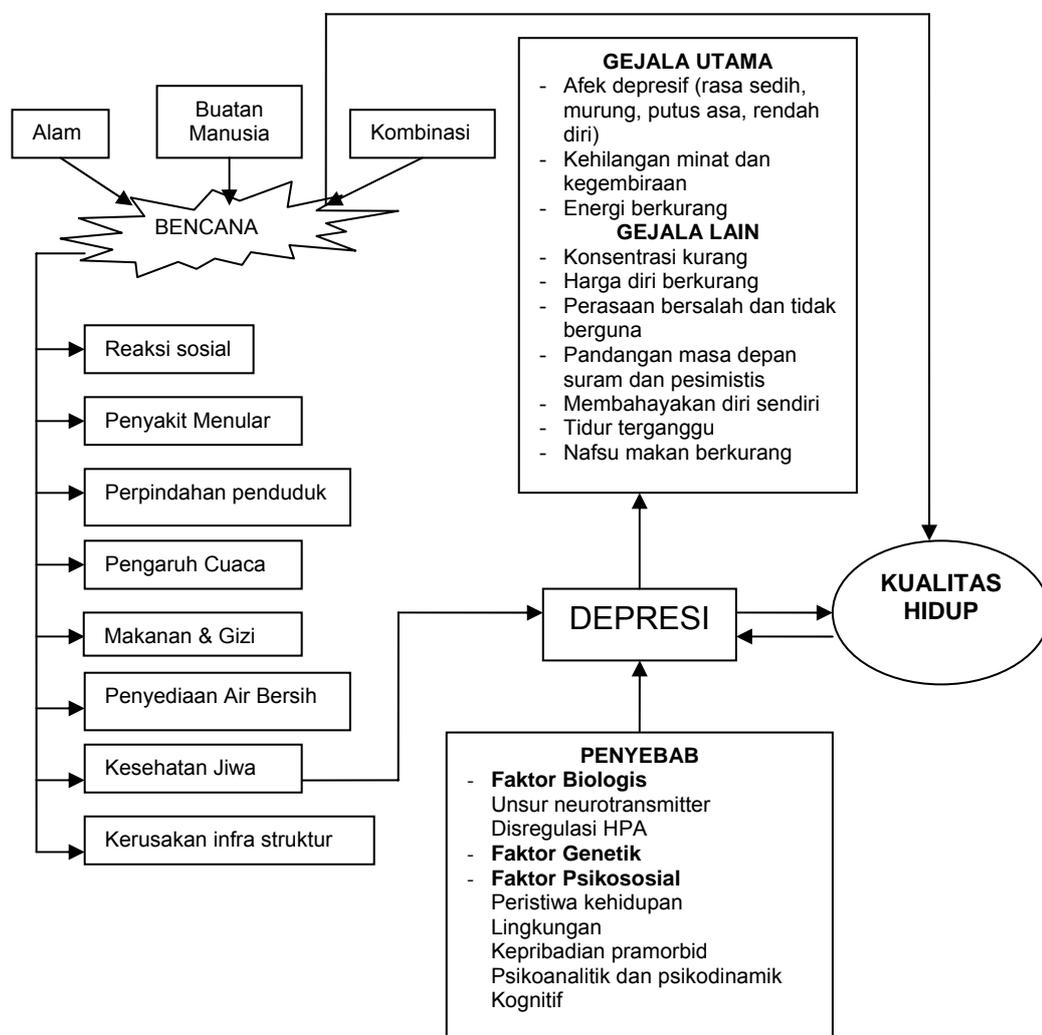
Dari beberapa penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa apabila seseorang yang menderita gangguan jiwa tentu akan mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibanding mereka yang sehat.

B. Landasan Teori

Seseorang akan menderita depresi tergantung pada berbagai sebab, diantaranya adalah faktor biologis (unsur transmitter, disregulasi HPA), faktor genetik (riwayat keluarga) dan faktor psikososial (kondisi

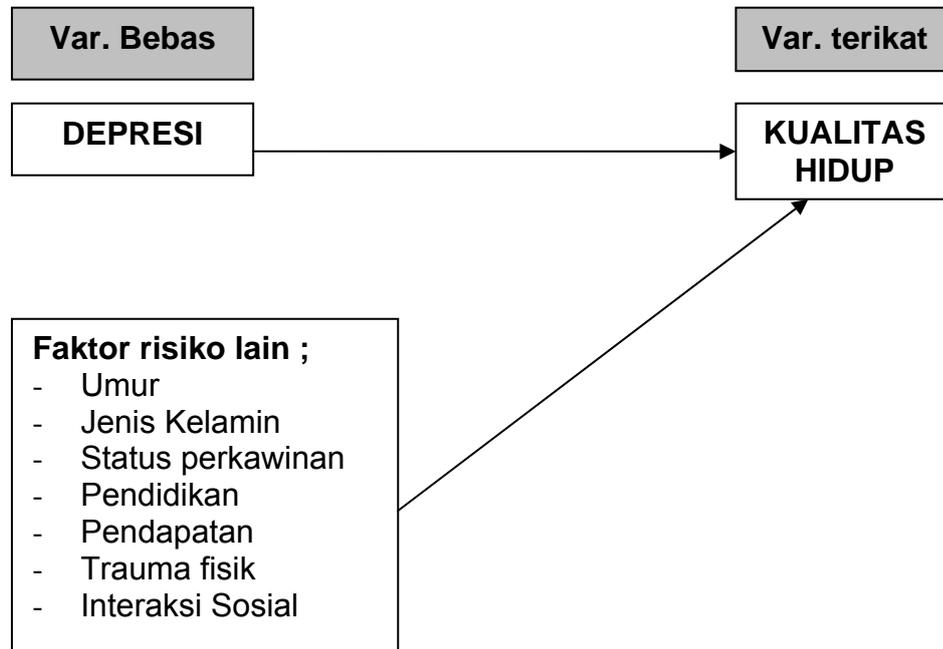
lingkungan, peristiwa kehidupan, kepribadian pramorbid, psikoanalitik dan psikodinamik, kognitif, dll). Hal ini diperparah dengan adanya bencana gempa bumi sebagai faktor yang berperan dalam kausatif terjadinya depresi.

Sesuai dengan konsep sehat menurut WHO, bahwa kualitas hidup harus mengukur tiga fungsi yaitu fungsi fisik, sosial dan mental. Maka Ware (2000) menjabarkannya kedalam konsep komunitas yang berpusat pada penyakit yang dikenal dengan *MOS SF-36*.



Gambar. 3. Landasan teori dari berbagai sumber

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 4. Kerangka konsep penelitian

D. Hipotesis Penelitian

- Ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008.
- Ada hubungan antara faktor risiko lain (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pendapatan, trauma fisik dan interaksi sosial) dengan kualitas hidup pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk melihat kualitas hidup kemudian dinilai tingkat depresinya berdasarkan nilai skor yang dialami oleh penduduk yang selamat pasca gempa bumi. Sehingga jenis yang dipakai dalam penelitian ini adalah penelitian observasional yaitu suatu penelitian yang berusaha mencari hubungan suatu sebab (*cause*) dengan akibat (*effect*) tanpa adanya perlakuan yang sengaja diberikan pada kelompok yang diteliti (Schlesselman, 1982). Sedangkan rancangan penelitian potong lintang (*cross sectional study*) yaitu suatu rancangan studi yang mempelajari hubungan penyakit (*outcome*) dan paparan (*exposure*) dengan cara mengamati status paparan dan penyakit serentak pada individu-individu dari suatu populasi/penduduk (Gordis, 2004).

B. Lokasi Penelitian

Penelitian difokuskan pada daerah yang terkena bencana gempa bumi di Kabupaten Sleman pada tanggal 26 Mei 2006 yaitu Kecamatan Berbah, Kecamatan Kalasan dan Kecamatan Prambanan.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Batasan populasi

Populasi target pada penelitian ini adalah penduduk yang selamat ketika mengalami bencana gempa bumi terjadi pada tanggal 26 Mei 2006 yang lalu di 3 (tiga) kecamatan yang terkena bencana gempa bumi, yaitu Kecamatan Berbah, Kalasan dan Prambanan.

Sedangkan subjek penelitian yang diambil dalam penelitian ini adalah masyarakat yang berada di Kecamatan Berbah, Kalasan dan Prambanan dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Bersedia menjadi subjek penelitian dengan menandatangani surat persetujuan yang telah disediakan (*informed consent*).
- b. Anggota keluarga dalam rumah tangga.
- c. minimal berusia 18 (delapan belas) tahun.
- d. Tinggal di daerah penelitian minimal 2 tahun.
- e. Mengalami peristiwa gempa bumi yang terjadi pada tanggal 26 Mei 2006.

Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Mempunyai penyakit kronis seperti hipertensi, jantung, diabetes mellitus, kanker dan lain-lain.
- b. Tidak berada ditempat (berada diluar daerah penelitian).

2. Besar sampel

Besar sampel penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus (Lemeshow *et al*, 1997) :

$$n = Z_{1-\alpha/2}(1-P) / \epsilon^2.P$$

dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$) , presisi yang diinginkan 20% ($\epsilon = 0,2$) dan proporsi orang yang mempunyai kualitas hidup dengan gangguan kejiwaan (P) di Provinsi Yogyakarta adalah 16,4% (FETP, 2007), maka diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak 718 sampel di daerah penelitian.

3. Cara pengambilan sampel

Penentuan survei tentang kualitas hidup dilakukan menggunakan metode *purposive sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dengan

teknik proporsional pada 14 desa di 3 (tiga) kecamatan daerah penelitian dengan unit analisis terkecil adalah individu dalam rumah tangga yang diambil dengan cara *systematic random sampling*. Setelah ditentukan kualitas hidupnya dengan menggunakan kuesioner SF-36, kemudian dilihat tingkat depresinya yang diukur dengan BDI berdasarkan hasil skor.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang dipakai dalam penelitian ini adalah menggunakan :

1. Untuk mengukur kualitas hidup menggunakan *Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF 36)* yang telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia.

Kualitas hidup diukur dengan 2 komponen dengan 8 dimensi yaitu komponen fisik (*physical functioning, role limitation due to physical health problem, Bodily pain, general health perception*) dan komponen mental (*mental health,role limitation due to emotional problem, social functioning, vitality energy or fatigue*).

Kualitas hidup dinilai baik apabila memenuhi kriteria :

- a. Dapat melakukan semua aktifitas fisik terbanyak yang berat tanpa keterbatasan yang disebabkan kesehatan,
- b. Tidak ada masalah dalam bekerja atau aktifitas keseharian lainnya sebagai akibat masalah kesehatan fisik,
- c. Dapat melakukan aktifitas sosial normal tanpa kendala yang siebalkan masalah fisik dan emosi,
- d. Tidak ada nyeri atau keterbatasan akibat nyeri,
- e. Merasa damai, bahagia dan tenang setiap saat,
- f. Tidak ada masalah dalam bekerja atau aktifitas keseharian lainnya sebagai akibat masalah emosi,
- g. Merasa penuh gairah dan energik setiap saat,

h. Kepercayaan terhadap kesehatan pribadi amat baik.

Kualitas hidup dinilai buruk jika memenuhi kriteria :

- a. Banyak keterbatasan dalam melakukan keseluruhan aktifitas fisik termasuk mandi dan berpakaian,
 - b. Bermasalah dalam bekerja atau aktifitas keseharian lainnya sebagai akibat dari keseharian fisik,
 - c. Kendala yang ekstrim dalam aktifitas sosial normal yang disebabkan oleh emosi dan fisik,
 - d. Keterbatasan akibat nyeri yang sangat berat dan ekstrim,
 - e. Merasa tegang dan dan depresi setiap saat,
 - f. Bermasalah dalam bekerja atau aktifitas keseharian lainnya sebagai akibat dari masalah emosi,
 - g. Merasa lelah, tidak bertenaga setiap saat,
 - h. Kepercayaan terhadap kesehatan pribadi jelek dan sepertinya memburuk.
2. Formulir yang digunakan untuk melakukan penyaringan/*screening* depresi terhadap penduduk yang terkena bencana gempa bumi yaitu dengan menggunakan kuesioner dari *The Beck Depression Inventory (BDI)* yang telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia.
- BDI terdiri dari pertanyaan pilihan ganda, dimana setiap gejala dirangking 4 butir skala intensitas (0 – 3). Kuesioner ini mampu mengevaluasi 21 gejala depresi yang mencakup 11 item dimensi emosi, 4 item dimensi perubahan perilaku dan 6 item dimensi gejala somatik. Masing-masing pertanyaan berisi skor 0 – 3, dengan ketentuan 0 berarti tidak ada gejala depresi ; 1 berarti gejala depresi ringan ; 2 berarti gejala depresi sedang dan 3 berarti gejala depresi berat.

3. Untuk mendeskripsikan faktor risiko (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pendapatan, trauma fisik dan interaksi sosial) diukur dengan kuesioner yang terstruktur.

E. Variabel Penelitian

1. Variabel terikat adalah kualitas hidup
2. Variabel bebas adalah kualitas depresi dan faktor risiko lain (Jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan, pendapatan, trauma fisik dan interaksi sosial).

F. Definisi Operasional

1. Kualitas hidup adalah kemampuan seseorang untuk melakukan tugas dan fungsi sehari-hari baik secara emosional, fisik maupun sosial yang diukur dengan menggunakan instrumen *SF-36*.

Kategori :

Kualitas hidup mempunyai nilai 0 - 100

Skala : Rasio

2. Tingkat depresi adalah suatu sindrom yang terdiri dari beberapa gejala yang mencerminkan suatu kesedihan atau suasana hati yang berlebihan atau duka cita yang diatas normal, yang ditandai oleh suatu intensitas yang berkepanjangan sehingga gejala-gejala tersebut lebih parah akibatnya akan menimbulkan disabilitas, yang diukur dengan menggunakan kuesioner *Beck Depression Inventory (BDI)* yang telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia.

Kategori :

Normal : Nilai skor 0

Depresi ringan : Nilai skor 1 - 5

Depresi sedang : Nilai skor 6 - 14

Depresi berat : Nilai skor > 14

Skala : Ordinal

3. Umur adalah ulang tahun responden yang terakhir dan dikasifikasikan menurut kelompok umur tertentu.

Kategori :

- a. 18 – 49 tahun : orang muda dan dewasa
- b. > 50 tahun : orangtua

Skala : Ordinal

4. Pendidikan adalah pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh oleh responden

Kategori :

- a. Rendah, apabila responden tidak pernah sekolah, dan pendidikan terakhir tamat/tidak tamat SD dan SMP
- b. Tinggi, apabila pendidikan yang ditempuh oleh responden selesai menempuh pendidikan terakhir tamat/tidak tamat SMA/S1 sederajat atau diatasnya

Skala : Ordinal

5. Interaksi sosial adalah hubungan responden dengan orangtua, pasangan, anak, keluarga, lingkungan /masyarakat sekitarnya dan lingkungan kerja yang diukur dengan instrumen/kuesioner.

Kategori

- a. Baik, apabila mempunyai nilai skor 0 – 3,99
- b. Buruk apabila mempunyai nilai skor ≥ 4

Skala : Nominal

6. Pendapatan adalah jumlah penghasilan yang diperoleh keluarga perbulan yang dikonversikan dalam bentuk uang (rupiah), kemudian dibandingkan dengan standar Upah Minimum Regional (UMR) propinsi DIY.

Kategori :

- a. < Rp. 500.000,00 per bulan, berpenghasilan dibawah standar
- b. > Rp. 500.000,00 per bulan, berpenghasilan diatas standar

Skala : Nominal

7. Trauma fisik adalah kondisi fisik responden yang mempunyai luka atau kecacatan akibat bencana gempa bumi yang terjadi pada tanggal 26 Mei 2006 dan atau mempunyai gangguan dalam beraktifitas sehari-hari.

Kategori :

- a. Ya
- b. Tidak

Skala : Nominal

G. Pengolahan dan Analisis Data

Data yang telah diperoleh dilakukan pengolahan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Editing, yaitu meneliti kelengkapan dan kejelasan data.
2. Koding, yaitu melakukan klasifikasi dan pengkodean atas jawaban responden untuk memudahkan pengolahan data.
3. Entri data, yaitu memasukkan data kedalam format yang telah dibuat sesuai dengan maksud dan tujuan penelitian.
4. Tabulasi data, yaitu mengelompokan data kedalam tabel yang dibuat sesuai dengan maksud dan tujuan penelitian.

Setelah pengolahan selesai dilakukan, data kemudian analisis data dengan menggunakan komputer dengan langkah sebagai berikut :

1. Analisis univariabel
 - a. Mendeskripsikan kualitas hidup pada masyarakat daerah bencana di Kabupaten Sleman pasca gempa bumi dengan menggunakan distribusi frekuensi.

- b. Mendeskripsikan faktor risiko depresi pada masyarakat daerah bencana di Kabupaten Sleman pasca gempa bumi dengan menggunakan distribusi frekuensi.
 - c. Mendeskripsikan faktor risiko lain (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pendapatan, trauma fisik dan interaksi sosial) pada masyarakat daerah bencana di Kabupaten Sleman pasca gempa bumi dengan menggunakan distribusi frekuensi.
2. Analisis bivariabel
- a. Untuk melihat hubungan antara kondisi kejiwaan (depresi) dengan kualitas hidup pada masyarakat daerah bencana di Kabupaten Sleman pasca gempa bumi. Analisis statistik yang digunakan adalah uji statistik regresi linier sederhana (*simple linear regression*).
 - b. Untuk melihat hubungan antara faktor risiko lain (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pendapatan, trauma fisik dan interaksi sosial). Analisis statistik yang digunakan adalah uji statistik regresi linier sederhana (*simple linear regression*).
3. Analisis multivariabel
- Untuk melihat kekuatan hubungan antara kondisi kejiwaan (depresi) dan faktor lain dengan kualitas hidup pada masyarakat daerah bencana di Kabupaten Sleman pasca gempa bumi
- Analisis statistik yang digunakan adalah regresi linier ganda (*multiple linear regression*).
4. *Exploratory data analysis*
- Untuk melihat batas antara kualitas hidup yang baik dan buruk dengan melihat nilai odds ratio (OR) dan koefisien determinasi (R^2).

H. Etika Penelitian/Informed Consent

Subyek penelitian akan diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian. Semua informasi dan data yang akan diperoleh dari subyek penelitian hanya akan dipergunakan untuk keperluan penelitian dan akan dijaga kerahasiaannya, dan subyek penelitian akan diberikan lembar persetujuan kesediaan mengikuti penelitian (*informed consent*).

I. Cara Penelitian

1. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh beberapa orang surveyor untuk melakukan melakukan penilaian kualitas hidup. Sebagai tahap awal dilakukan persamaan persepsi antara peneliti dengan surveyor tentang jalannya penelitian, kuesioner, cara skrining termasuk responden yang diambil harus sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.
2. Uji validitas dan reliabilitas instrumen
Kedua instrumen diuji validitas dan reliabilitasnya dengan menggunakan uji Cronbach's α dengan r tabel ($df = n - 2$, $CI = 95\%$), jika r hasil positif, serta r hasil $>$ r tabel, maka item tersebut reliable (Azwar, 2007).
Apabila dalam uji tersebut ada beberapa pertanyaan yang gugur (r hasil $<$ r tabel) peneliti tetap menggunakan item-item yang gugur tersebut tetapi kalimat dalam item tersebut dimodifikasi dan memperjelas pertanyaan serta pilihan jawaban.
3. Penelitian dilakukan dengan cara survei dengan menggunakan surveyor yang sudah diberikan pengarahan terlebih dahulu, kemudian turun kelapangan untuk mendapatkan subyek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Subyek penelitian akan diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian, dan selanjutnya bersedia menandatangani *informed consent*.

J. Jalannya Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan tahap - tahap sebagai berikut :

1. Tahap persiapan
 - a. Mengurus izin penelitian
 - b. Mengumpulkan data sekunder yang berhubungan dengan maksud dan tujuan penelitian yang meliputi data tentang gambaran umum lokasi penelitian di BPS Kabupaten Sleman, kegiatan yang berhubungan dengan gangguan kejiwaan pasca gempa bumi di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dan lain sebagainya.
 - c. Melakukan rekrutmen surveyor untuk membantu melakukan wawancara terhadap subjek penelitian
 - d. Melakukan pelatihan terhadap surveyor yang terpilih untuk menyamakan persepsi tentang tatacara penelitian dan teknik pengisian kuesioner.
 - e. Melakukan ujicoba kuesioner untuk validasi kuesioner
 - f. Menyiapkan dan menggandakan kuesioner
2. Tahap pelaksanaan

Ada 2 kegiatan dalam tahap pelaksanaan :

 - a. Melakukan kegiatan di lapangan berupa pengumpulan data primer yang meliputi identitas responden dan data yang terkait dengan variabel penelitian melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan observasi langsung terhadap jalannya penelitian.
 - b. Melakukan pengolahan dan analisis data.

K. Keterbatasan Penelitian

1. Tidak dilakukan uji reliabilitas dan validitas ulang pada item pertanyaan yang telah di dimodifikasi ulang sehingga tidak diketahui apakah item tersebut reliabel atau tidak.

2. Kesulitan dalam memperoleh informasi mengenai penghasilan yang diperoleh kepala keluarga tiap bulannya, sehingga informasi yang diperoleh hanya $< \text{Rp. } 500.000,-$ atau $\geq \text{Rp. } 500.000,-$.
3. Kelemahan penelitian adalah adanya bias terutama *recall bias* dalam pengukuran faktor risiko karena hanya mengandalkan informasi yang bersumber dari ingatan subyek penelitian. Untuk mengurangi adanya bias informasi setiap pertanyaan responden diingatkan bahwa penelitian ini berlatar belakang bencana gempa bumi yang terjadi pada tanggal 26 Mei 2006.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran umum lokasi penelitian

Kecamatan Berbah, Kalasan dan Prambanan merupakan bagian dari Kabupaten Sleman dengan luas wilayah sebagai berikut :

Kecamatan Berbah : 2.298,5010 Ha

Kecamatan Kalasan : 3.584,0000 Ha

Kecamatan Prambanan : 4.136,9200 Ha

Dari luas wilayah pada 3 kecamatan tersebut dimanfaatkan untuk tanah sawah seluas 4.433,9300 Ha (48,6%), tanah kering (tanah pekarangan, tegalan, kebun, ladang, dll) seluas 3.466,8275 Ha (38,1%), tanah basah (tambak, kolam, empang, dll) seluas 48,4000 Ha (0,5%), tanah hutan produksi seluas 35 Ha (0,4%), tanah untuk keperluan fasilitas umum seluas 320,3500 Ha (3,5%) dan tanah yang tandus/tanah pasir seluas 815,635 Ha (8,9%). Jarak desa terjauh dengan dengan pusat pemerintahan kecamatan 4-18 Km. Terletak dengan ketinggian 124-149 meter dari permukaan laut, beriklim tropis musim kemarau terjadi pada bulan Mei sampai dengan Oktober dan musim hujan terjadi pada bulan Nopember sampai dengan April.

Secara geografis, batas-batas wilayah pada 3 kecamatan tersebut adalah sebagai berikut :

Sebelah utara : Kecamatan Ngemplak

Sebelah selatan : Kabupaten Bantul

Sebelah barat : Kecamatan Depok dan Kabupaten Bantul

Sebelah timur : Kabupaten Klaten (Jawa Tengah)

Jumlah sarana kesehatan di 3 kecamatan dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3. Sarana Kesehatan pada 3 kecamatan di Kabupaten Sleman tahun 2008

Sarana Kesehatan	Kecamatan		
	Berbah	Kalasan	Prambanan
Rumah Sakit/ RSK :			
- Pemerintah	0	2	0
- Swasta	0	1	0
Puskesmas	1	1	1
BP/RB	5	7	7
Dokter Praktek :			
- Umum	4	20	7
- Gigi	2	7	0
- Spesialis	2	2	0
Bidan Praktek	2	2	3
Apotek	2	5	1
Toko Obat Berijin	0	4	2
Praktek bersama	0	0	0
Posyandu	63	90	84

Sumber : Monografi kecamatan Kab. Sleman tahun 2008

Sedangkan jumlah tenaga kesehatan yang terdapat di wilayah kerja masing-masing puskesmas di 3 kecamatan adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Tenaga kesehatan pada 3 kecamatan di Kabupaten Sleman tahun 2008

Tenaga Kesehatan	Puskesmas		
	Berbah	Kalasan	Prambanan
Dokter Umum	4	3	6
Dokter Spesialis	0	0	0
Dokter Gigi	1	2	0
Bidan	18	12	28
Tenaga Kesehatan (non medis)	14	18	13
Paramedis	17	8	20

Sumber : Profil Puskesmas Berbah, Kalasan, Prambanan tahun 2007

Dari Tabel 5 dapat dilihat bahwa kerusakan rumah yang paling banyak terdapat di Kecamatan Prambanan sedangkan yang paling sedikit terdapat di Kecamatan Kalasan. Sedangkan kondisi rumah yang paling parah (rusak berat) lebih banyak terdapat di Kecamatan Berbah.

Tabel 5. Data kerusakan rumah pada bencana gempa bumi di daerah bencana Kabupaten Sleman tahun 2006

Kecamatan	Rusak Berat	Rusak sedang	Rusak Ringan
	(KK)	(KK)	(KK)
Berbah			
- Tegaltirto	1.449	570	643
- Sendangtirto	1.502	381	1.200
- Kalitirto	1.554	999	857
- Jogotirto	2.107	811	242
Kalasan			
- Tamanmartani	180	1.717	1.399
- Tirtomartani	30	1.035	1.754
- Selomartani	0	29	1.475
- Purwomartani	115	2.561	94
Prambanan			
- Madurejo	1.127	1.055	904
- Bokoharjo	1.169	786	991
- Gayamharjo	521	484	428
- Wukirharjo	432	198	128
- Sambirejo	563	245	194
- Sumberharjo	631	819	2.316

Sumber : Rekapitulasi Data kerusakan rumah akibat gempa bumi di kecamatan Berbah, Kalasan dan Prambanan tahun 2006

Sedangkan jumlah korban meninggal akibat bencana gempa bumi paling banyak terdapat di Kecamatan berbah dan paling sedikit terdapat di Kecamatan Kalasan (lihat Tabel 6).

Tabel 6. Data korban meninggal akibat bencana alam gempa bumi di daerah bencana Kabupaten Sleman tahun 2006

Kecamatan	Meninggal
Berbah	
- Tegaltirto	13
- Sendangtirto	23
- Kalitirto	19
- Jogotirto	42
Kalasan	
- Tamanmartani	8
- Tirtomartani	4
- Selomartani	0
- Purwomartani	7
Prambanan	
- Madurejo	18
- Bokoharjo	12
- Gayamharjo	5
- Wukirharjo	5
- Sambirejo	2
- Sumberharjo	66
Total	224

2. Kegiatan program kesehatan jiwa yang dilaksanakan di Kab. Sleman

a. Pembinaan kesehatan jiwa masyarakat

1) Bantuan stimulan berupa pojok bermain dan *family gathering*

Bantuan stimulan berupa pengadaan perlengkapan pojok bermain bertujuan untuk meningkatkan sarana dan prasarana layanan puskesmas dan menambah kenyamanan bagi pengunjung puskesmas terutama anak-anak meskipun mereka tidak sakit.

Kegiatan bantuan stimulan pojok bermain ini telah diberikan di Puskesmas Ngemplak I (tahun 2006), Mlati 2 dan Gamping I (tahun 2007). Diharapkan dengan adanya bantuan stimulan tersebut terus dikelola secara rutin oleh pihak puskesmas yang telah menerima bantuan.

Sedangkan *family gathering* telah dilaksanakan di Tempel Idan Godean I (tahun 2006), Ngemplak I dan Ngaglik I (tahun 2007), bertujuan untuk memberikan motivasi kepada masyarakat dalam hal ini kepala keluarga baik yang mempunyai keluarga yang mengidap gangguan jiwa maupun yang tidak. Sehingga mereka tidak berkecil hati dan mau berkonsultasi ke puskesmas apabila ada keluhan-keluhan secara fisik maupun psikologis. Kegiatan *family gathering* ini dilaksanakan setahun sekali dengan lokasi yang berbeda setiap tahunnya.

- 2) Pembinaan kesehatan jiwa bagi PNS (40 orang), sasaran dari kegiatan ini adalah pegawai di lingkungan dinas kesehatan yang terkait secara lintas program. Selain pembinaan dengan diskusi, ceramah dan tanya jawab juga dilakukan pembinaan dengan metode *outbond*, yaitu melakukan pembinaan dengan teknik permainan di lapangan.
- 3) Bimbingan teknis program kesehatan jiwa di puskesmas dan RSUD yang bertujuan untuk meningkatkan kuantitas kunjungan pelayanan kesehatan jiwa dan melakukan monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan program yang diatur dalam pedoman teknis pelaksanaan program kesehatan jiwa. Kegiatan ini dilaksanakan di seluruh puskesmas dan rumah sakit yang ada di wilayah Kabupaten Sleman.
- 4) Pembinaan kesehatan jiwa bagi pengelola, penghuni dan warga sekitar panti, pondok pesantren dan rumah singgah. Kegiatan ini dilakukan di rumah singgah Pambudi Gamping, pondok pesantren Hidayatussolikin Sleman dan panti Nurul Huda Sleman yang dihadiri sebanyak 30 orang untuk masing-masing lokasi.

a. Peningkatan pelayanan kesehatan jiwa

1) Pengembangan pelayanan kesehatan jiwa oleh psikolog di Puskesmas

Yaitu dengan menempatkan tenaga psikolog diharapkan dapat memberikan nilai tambah terhadap pasien yang mempunyai gejala yang mengarah pada gangguan jiwa. Jumlah tenaga psikolog sebanyak 12 orang yang tersebar di 24 puskesmas yang ada di Kabupaten Sleman. Tujuan dari penempatan tenaga psikolog di puskesmas adalah untuk menunjang diagnosis gangguan kejiwaan terutama berkenaan dengan pengukuran-pengukuran psikologis yang hanya dapat dilakukan oleh tenaga psikolog.

2) Pelacakan kasus gangguan jiwa

Pelacakan kasus gangguan jiwa dilakukan di seluruh puskesmas di Kabupaten Sleman dengan tujuan agar pengelola program di puskesmas mampu mendeteksi kasus gangguan jiwa dan sebagai bentuk *Public Health nursing* (PHN).

1) Penyuluhan kesehatan jiwa melalui penyebaran leaflet, billboard dan banner pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan (P3) NAPZA

Salah satu upaya melindungi mereka yang belum terjebak dalam penyalahgunaan napza dengan menyampaikan informasi yang benar dan tepat tentang dampak negatif dari penyalahgunaan napza dalam bentuk leaflet, billboard dan banner sehingga diharapkan mereka terhindar dari penyalahgunaan napza dan ikut berpartisipasi dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan napza.

Partisipasi yang diharapkan adalah mulai dari individu sampai dengan seluruh lapisan masyarakat, sehingga upaya pencegahan

dan penanggulangan penyalahgunaan napza dapat dilakukan oleh masyarakat dan untuk masyarakat atas dasar kesadaran yang mendalam, mengingat resiko yang ditimbulkan dari penyalahgunaan napza cukup besar.

Selain itu, kegiatan selanjutnya yang merupakan bagian dari bentuk penyuluhan adalah dengan melakukan sosialisasi pencegahan dan pananggulangan penyalahgunaan NAPZA di sekolah dan masyarakat serta pelatihan fasilitator tentang keterampilan interpersonal untuk P3 NAPZA dikalangan remaja.

b. Kegiatan penunjang dan pengembangan

- 1) Koordinasi dan sosialisasi kesehatan jiwa kepada lintas sektor terkait, kader dan tokoh masyarakat. Kegiatan ini dilakukan di Puskesmas Ngaglik I dengan tujuan untuk memberikan motivasi terhadap masing-masing puskesmas untuk melaksanakan kegiatan serupa yang didukung oleh Subsidi Operasional Puskesmas (SOP) masing-masing.
- 2) Koordinasi dan evaluasi kesehatan jiwa bagi pengelola program kesehatan jiwa di puskesmas, kegiatan ini bertujuan untuk melakukan monitoring dan evaluasi bagi seluruh puskesmas dan untuk mengetahui masalah yang terdapat pada masing-masing puskesmas kemudian melakukan pemecahan masalah/solusi terhadap masalah tersebut. Kegiatan ini dilaksanakan setiap bulan dengan koordinator pemegang program kesehatan jiwa dinas kesehatan kabupaten.
- 3) Pengembangan SDM melalui pendalaman materi bagi dokter dan paramedis baik di Puskesmas maupun rumah sakit umum daerah. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan bagi dokter dan paramedis dalam mendiagnosa kasus gangguan jiwa di

puskesmas sehingga tujuan meningkatkan cakupan gangguan jiwa yang dapat dideteksi di puskesmas. Dalam pendalaman materi ini telah dilatih dokter dan paramedis terutama pemegang program kesehatan jiwa yang berada di seluruh puskesmas di Kabupaten Sleman.

4) *Workshop* penyusunan tarif pelayanan psikologi di puskesmas

Sebagai tindak lanjut dari adanya petugas psikolog yang ada di puskesmas, dan untuk menyamakan persepsi mengenai tarif pelayanan psikologi di puskesmas karena masyarakat menganggap bahwa tarif yang ditetapkan oleh puskesmas terlalu tinggi dan para psikolog yang ditempatkan di puskesmas menganggap tarif tersebut terlalu rendah. Sedangkan untuk menunjang penegakan diagnosis gangguan jiwa di puskesmas tenaga psikolog sangat diperlukan dalam pengukuran-pengukuran psikologis. Maka diperlukan *workshop* penyusunan tarif pelayanan psikologi di puskesmas. Diharapkan dengan adanya *workshop* ini dapat dihasilkan rekomendasi/saran sebagai dasar untuk menentukan tarif pelayanan psikologi yang sesuai dengan keinginan masyarakat dan psikolog.

Workshop tersebut dihadiri oleh seluruh kepala puskesmas yang ada di Kabupaten Sleman dan lintas sektoral seperti : Badan Pengelolaan Keuangan dan Kekayaan Daerah (BPKKD), bagian organisasi, hukum dan bagian Humas dari Kantor Bupati Kab. Sleman, Lembaga Konsumen Yogyakarta, Biro konsultasi psikologi, Badan Kepegawaian Daerah (BKD), kalangan akademisi yang mempunyai fakultas psikologi, Bappeda Kab. Sleman, Dinas Pendidikan Kab. Sleman, HIMPSI wilayah DIY, Dinas Sosial Kab. Sleman dan lintas program pada Dinas Kesehatan Kab. Sleman.

5) Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM)

Tujuan dibentuknya TPKJM dalam melaksanakan program kesehatan jiwa masyarakat adalah untuk melakukan promotif dan preventif agar berbagai pelayanan lain turut serta dalam sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dititik beratkan kepada kerjasama lintas sektoral, menjalankan kegiatan konseling dan yang bersifat intervensi, mengusahakan peningkatan peran serta masyarakat, dan berusaha untuk mampu mengidentifikasi permasalahan kesehatan jiwa masyarakat.

Bentuk kegiatan dari TPKJM ini adalah berupa koordinasi dan evaluasi pertemuan, rapat kerja dan pembekalan kesehatan jiwa bagi anggota.

Sedangkan susunan personalia TPKJM dibagi menjadi 2 bidang yaitu bidang I (upaya promotif dan preventif kesehatan jiwa masyarakat) dan Bidang II (upaya kuratif dan rehabilitatif kesehatan jiwa masyarakat) yang berasal dari lintas program dan lintas sektoral.

6) Pelatihan stimulasi kesehatan jiwa pra lahir bagi ibu hamil

Dalam menyiapkan kesehatan bayi, tidak cukup hanya dengan memberikan asupan gizi selama bayi berada dalam kandungan, tetapi juga dengan memberikan stimulasi kejiwaan pralahir agar bayi yang dilahirkan memberikan kecerdasan yang tinggi. Berdasarkan pemikiran tersebut diharapkan dengan adanya pelatihan stimulasi kejiwaan pralahir yang diikuti oleh ibu hamil dengan usia kehamilan kurang dari 18 minggu sebanyak 40 yang diwakili oleh tiap kecamatan se Kabupaten Sleman dapat memberikan stimulasi pralahir bagi bayi yang dikandungnya.

Dalam pelatihan ini, narasumber berasal dari Ikatan bidan Indonesia (IBI) cabang Kab. Sleman, Dinas Tenaga kerja, Sosial dan KB, Kantor Departemen Agama Kab. Sleman, serta spesialis obstetri dan ginekologi,

- 7) Pendataan gangguan jiwa pada penderita TB Paru dengan sasaran minimal 120 kasus penderita TB Paru yang tersebar di 24 Puskesmas se Kabupaten Sleman.

Penyakit TB merupakan penyakit kronis dan untuk menyembuhkannya membutuhkan jangka waktu lama dan obat yang berbagai macam. Disamping itu stigma di masyarakat yang memandang rendah sampai mengucilkan penderita sehingga sering menimbulkan *drop out* pengobatan bagi penderita. Dengan penelitian ini diharapkan didapatkan titik terang kemungkinan mengenai penyebab *drop out* pengobatan. Penelitian ini dilaksanakan di seluruh puskesmas yang ada di Kabupaten Sleman.

Dari hasil penelitian ditemukan bahwa dari 120 responden yang menderita TB Paru didapatkan bahwa 38,4% (46 orang) tidak depresi, 25,8% (31 orang) menderita depresi ringan, 20,8% (25 orang) menderita depresi sedang dan 15% (18 orang) menderita depresi berat.

3. Reliabilitas kuesioner

Uji coba kuesioner BDI dan SF-36 dilaksanakan pada tanggal 26 Januari tahun 2008 pada lokasi yang mempunyai karakteristik yang sama dengan lokasi penelitian yaitu Kecamatan Piyungan Kabupaten Bantul. Subyek yang dilakukan ujicoba kuesioner ini berjumlah 30 orang didesa yang berbatasan dengan Kecamatan Prambanan yaitu desa Wonosari.

a. Kuesioner BDI (*Beck Depression Inventory*)

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan estimasi reliabilitas Cronbach's α (alpha) maka nilai reliabilitasnya adalah 0,788.

Sedangkan nilai masing-masing item pada kuesioner BDI adalah sebagai berikut :

Tabel 7. Nilai estimasi reliabilitas (Cronbach's α) masing-masing item pertanyaan pada kuesioner *Beck Depression Inventory (BDI)* di Kecamatan Piyungan Kabupaten Bantul tahun 2008

Item pertanyaan	Cronbach's Alpha
BDI 01	0.792
BDI 02	0.785
BDI 03	0.780
BDI 04	0.784
BDI 05	0.788
BDI 06	0.786
BDL07	0.771
BDI 08	0.783
BDI 09	0.790
BDI 10	0.782
BDI 11	0.781
BDI 12	0.776
BDI 13	0.779
BDI 14	0.753
BDI 15	0.773
BDI 16	0.771
BDI 17	0.755
BDI 18	0.778
BDI 19	0.808
BDI 20	0.765
BDI 21	0.783

Dari tabel 7 terlihat bahwa secara umum tiap item pertanyaan sudah mempunyai nilai yang lebih kecil dibandingkan dengan nilai reliabilitas secara keseluruhan (Cronbach's α = 0,788). Sehingga dapat disimpulkan bahwa item-item pertanyaan tersebut sangat reliabel artinya mempunyai konsistensi internal yang baik dan dapat dipakai sebagai instrumen penelitian, pada item pertanyaan nomer 5 (merasa

berdosa/bersalah) nilai reliabilitasnya sama dengan nilai reliabilitas keseluruhan tetapi item pertanyaan tersebut masih bisa dipakai dan reliabel. Namun ada beberapa item pertanyaan yang nilai reliabilitasnya lebih besar dibanding dengan nilai reliabilitas secara keseluruhan (item pertanyaan no. 1, 9 dan 20), artinya item pertanyaan tersebut gugur dan tidak reliabel.

b. Kuesioner MOS SF-36 (*Medical outcomes study Short form-36*)

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan estimasi reliabilitas Cronbach's α (alpha) maka nilai reliabilitasnya adalah 0,723. Pada tabel 7 dapat dilihat bahwa tidak semua item pertanyaan item pertanyaan mempunyai nilai reliabilitas lebih kecil dari nilai reliabilitas item keseluruhan, ada beberapa item yang mempunyai nilai reliabilitas lebih besar dibanding nilai reliabilitas (item SF01, SF02, SF20, SF21, SF22, SF25, SF33, SF34, SF35 dan SF36) , artinya item pertanyaan tersebut tidak mempunyai konsistensi internal yang baik.

Tabel 8. Nilai Cronbach's α masing-masing item pertanyaan pada kuesioner *Medical outcomes study short form-36* (MOS SF-36) di Kecamatan Piyungan Kabupaten Bantul tahun 2008

Item pertanyaan	Cronbach's Alpha
SF01 (1)	0.741
SF02 (2)	0.742
SF03 (3a)	0.710
SF04 (3b)	0.693
SF05 (3c)	0.695
SF06 (3d)	0.697
SF07 (3e)	0.709
SF08 (3f)	0.692
SF09 (3g)	0.696
SF10 (3h)	0.699
SF11 (3i)	0.699
SF12 (3j)	0.713
SF13 (4a)	0.708
SF14 (4b)	0.710
SF15 (4c)	0.708
SF16 (4d)	0.712
SF17 (5a)	0.719
SF18 (5b)	0.720
SF19 (5c)	0.717
SF20 (6)	0.745
SF21 (7)	0.737
SF22 (8)	0.730
SF23 (9a))	0.715
SF24 (9b)	0.716
SF25 (9c)	0.728
SF26 (9d)	0.702
SF27 (9e)	0.718
SF28 (9f)	0.710
SF29 (9g)	0.710
SF30 (9h)	0.722
SF31 (9i)	0.707
SF32 (10)	0.714
SF33 (11a)	0.735
SF34 (11b)	0.744
SF35 (11c)	0.739
SF36 (11d)	0.732

Peneliti tetap menggunakan item-item yang gugur tersebut dengan cara memodifikasi dan memperjelas pertanyaan dan pilihan

jawaban serta memberikan pengarahannya kepada surveiyor terutama pada item-item yang telah dimodifikasi.

4. Analisis univariabel

a. Karakteristik subyek penelitian

Penelitian dilaksanakan selama satu bulan penuh pada bulan februari tahun 2008 yang dilaksanakan di kecamatan yang mempunyai kerusakan paling parah pada saat terjadi gempa bumi pada tanggal 26 Mei 2006 yaitu kecamatan Berbah, Kalasan dan Prambanan. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh 3(tiga) orang surveiyor yang telah dilakukan pelatihan terlebih dahulu.

Sampel diambil secara *purposive* yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi pada masing-masing kecamatan. Apabila ada yang menolak menjadi subyek penelitian maka diganti dengan subyek penelitian yang lain yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Dari hasil survei ditemukan 721 subyek penelitian dengan karakteristik sebagai berikut :

Dari tabel 9 dapat dilihat bahwa proporsi laki-laki (52,6%) lebih banyak dibanding perempuan (47,4%) dan didominasi oleh Kelompok umur produktif (18-49 tahun) yaitu sebesar 60,7%. Sebagian besar subyek penelitian sudah kawin (90,6%), bekerja sebagai buruh, dagang, tani, swasta, guru, pegawai negeri dan tentara (75,4%) sedangkan yang tidak bekerja (ibu rumah tangga, pensiun, pelajar dan tidak mempunyai pekerjaan) sebesar 24,6%. Bila dilihat dari tingkat pendidikan kebanyakan subyek penelitian tamat/tidak tamat SMP/SMU (59,9%) dan memiliki penghasilan diatas Upah Minimum Regional DIY yakni lebih dari Rp. 500.000,- .

Tabel 9. Karakteristik subyek penelitian di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008

Karakteristik	Jumlah	%
Kecamatan		
- Berbah	211	29.3
- Kalasan	285	39.5
- Prambanan	225	31.2
Jenis Kelamin		
- laki-laki	378	52.4
- perempuan	343	47.6
Status perkawinan		
- kawin	653	90.6
- tidak kawin	32	4.4
- janda/duda	36	5.0
Pekerjaan		
- Bekerja	544	75.4
- Tidak bekerja	177	24.6
Pendidikan		
- TS/Tmt/Tdk tmt SD	263	36.5
- Tmt/Tdk tmt SMP/SMU	432	59.9
- S1/S2/S3	26	3.6
Pendapatan		
- <500.000	290	40.2
- >500.000	431	59.8

Dari tabel 10 dapat diuraikan bahwa tingkat depresi yang dihasilkan berdasarkan kuesioner BDI paling banyak adalah depresi ringan sebesar 32,7%, sebanyak 16,2 % subyek penelitian mendapat trauma fisik (luka) pada saat gempa bumi terjadi dengan keadaan luka paling banyak adalah luka ringan (88,9%), sedangkan keluarga yang mendapat trauma sebesar 21,4% dengan keadaan luka paling banyak adalah luka ringan (80,5%). Sedangkan 3,1% dari subyek penelitian mempunyai keluarga yang meninggal pada saat peristiwa gempa bumi terjadi.

Tabel 10. Peristiwa traumatik subyek penelitian di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008

Karakteristik	Jumlah	%
Mengalami gempa bumi		
a. Ya	721	100
b. Tidak	0	0
Trauma fisik saat gempa bumi		
a. Ya	117	16,2
b. Tidak	604	83,8
Keadaan luka		
a. Luka ringan	104	88,9
b. Luka berat dengan operasi	12	10,3
c. Cacat tetap	1	0,8
Keluarga yang trauma		
a. Ya	154	21,4
b. Tidak	567	78,6
Keadaan luka keluarga		
a. Luka ringan	124	80,5
b. Luka berat dengan operasi	26	16,9
c. Cacat tetap	4	2,6
Keluarga yang meninggal		
a. Ya	22	3,1
b. Tidak	699	96,9
Keadaan rumah responden		
a. Rusak ringan	6	0,8
b. Rusak sedang	146	20,2
c. Rusak berat	394	54,6
d. Rata dengan tanah	171	23,7
e. Tidak apa-apa	4	0,6
Depresi		
- Ringan	236	32,7
- Sedang	93	12,9
- Berat	10	1,4
- Normal	382	53,0

b. Distribusi data

Tabel 11. *Mean/median/mode*, Standar deviasi dan nilai *min-max* pada umur, interaksi sosial, depresi, dan kualitas hidup subyek penelitian di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008

Variabel	Mean/Median/Mode	Std. Deviasi	Min-max
Umur	46,69/47/50	12,83	20,00 - 87,00
Interaksi sosial	3,91/4,00/4,00	0,25	2,00 - 4,67
Tingkat depresi	2,20/0,00/0	3,49	0,00 - 24,00
Kualitas hidup	65,13/72,69/74	13,59	28,00-78,13

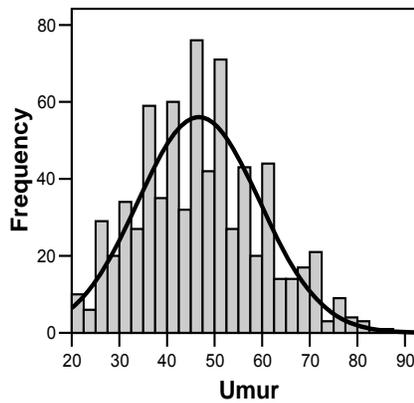
Dari tabel diatas dapat dilihat standar deviasi umur subyek penelitian adalah 12,83. Hal ini berarti bahwa umur subyek penelitian cukup bervariasi dengan umur yang paling rendah 20 tahun dan yang tertinggi 87 tahun. Interaksi sosial subyek penelitian mempunyai standar deviasi 0,25 yang berarti bahwa variasi nilai skor interaksi sosial kurang bervariasi, dengan nilai terendah 2 dan nilai tertinggi 4,67. Tingkat depresi pada subyek penelitian yang diukur dengan kuesioner BDI mempunyai standar deviasi 3,49 yang berarti bahwa nilai skor BDI pada subyek penelitian cukup bervariasi dengan nilai terendah 0 dan nilai tertinggi 24. Sedangkan kualitas hidup yang diukur dengan kuesioner SF-36 mempunyai standar deviasi 13,59, yang berarti bahwa variasi nilai skor kualitas hidup subyek penelitian cukup tinggi dengan nilai terendah 28 dan nilai tertinggi 78,13. Nilai *mean*, *median* dan *mode* pada variabel umur, interaksi sosial, tingkat depresi dan kualitas hidup mempunyai nilai yang tidak sama sehingga dapat disimpulkan bahwa masing-masing data tersebut tidak berdistribusi normal.

Hal ini dapat pula dilihat pada tabel 12, berdasarkan uji kolmogorov-smirnov menunjukkan secara statistik bermakna dan nilai skewness dibagi standar error menghasilkan nilai >2, sehingga dapat pula

disimpulkan bahwa semua data pada variabel umur, interaksi sosial, depresi dan kualitas hidup tidak berdistribusi normal.

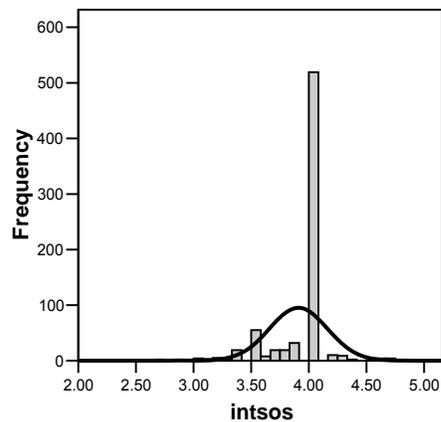
Tabel 12. Nilai Skewness, Standar error dan uji kolmogorov-smirnov pada umur, tingkat depresi, interaksi sosial, dan kualitas hidup subyek penelitian di daerah bencana pasca gempa bumi Kabupaten Sleman tahun 2008

Variabel	Skewness	Std.Error	Skewness/Std.Error	Kolmogorov-smirnov
Umur	0,283	0,091	3,11	0,000
Interaksi sosial	-2,025	0,091	0	0,000
Tingkat depresi	2,269	0,091	24,93	0,000
Kualitas hidup	-1,372	0,091	15,07	0,000



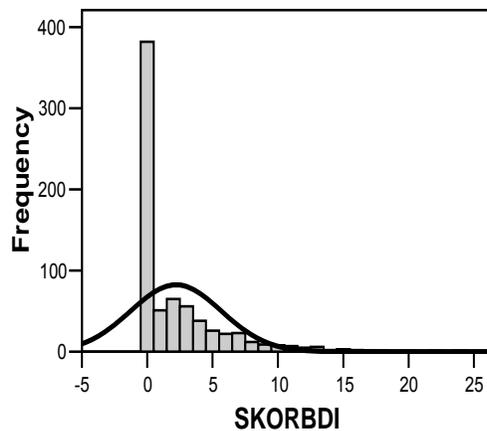
Gambar 5. Diagram histogram distribusi umur pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008

Pada gambar diatas dapat dilihat bahwa distribusi kelompok umur pada subyek penelitian terlihat tidak berdistribusi normal.



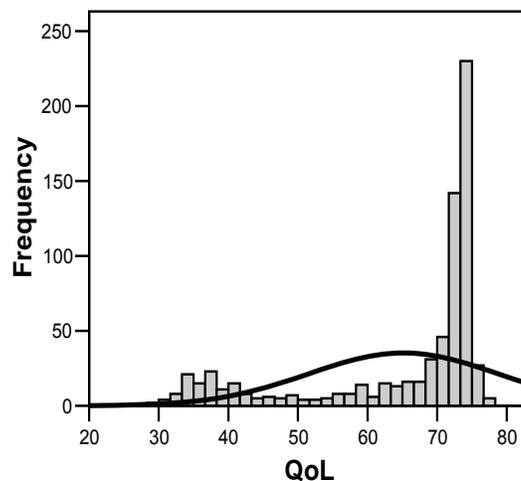
Gambar 6. Diagram histogram distribusi interaksi sosial pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008

Pada gambar diatas dapat dilihat nilai interaksi sosial pada subyek penelitian terlihat tidak berdistribusi normal.



Gambar 7. Diagram histogram distribusi nilai skor tingkat depresi pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008

Dari gambar 7 dapat dilihat bahwa nilai skor tingkat depresi yang diukur dengan BDI pada subyek penelitian terlihat tidak berdistribusi normal.



Gambar 8. Diagram histogram distribusi nilai skor kualitas hidup pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008

Pada gambar diatas dapat dilihat nilai interaksi sosial pada subyek penelitian terlihat tidak berdistribusi normal.

5. Analisis bivariabel

Untuk mengetahui ada atau tidak dan derajat/keeratan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat maka digunakan analisis bivariabel. Analisis bivariabel diuji dengan menggunakan analisis statistik uji regresi linier sederhana (*simple linear regression*).

a. Hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup

Tabel 13. Deskripsi hasil analisis korelasi regresi tingkat depresi dengan kualitas hidup subyek penelitian pada daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008

Variabel penelitian	r	R ²	Persamaan garis	P value
Tingkat depresi	-0,561	0,314	K=69,932-2,184* Tkt depresi	0,000

Pada tabel 13 diperoleh hasil bahwa antara kualitas hidup dengan tingkat depresi pada subyek penelitian menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin tinggi nilai skor tingkat depresi maka semakin buruk kualitas hidupnya ($r=-0,561$). Nilai koefisien determinasi yang dimiliki pada hasil analisis regresi linier adalah sebesar 31,4% yang berarti bahwa persamaan garis yang diperoleh hanya mampu menerangkan 31,4% variasi kualitas hidup atau persamaan garis regresi yang diperoleh cukup baik untuk menjelaskan variabel kualitas hidup ($R^2=0,314$), namun pada hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup ($P\text{ value}=0,000$).

b. Hubungan antara faktor lain yang berhubungan dengan kualitas hidup pada daerah bencana pasca gempa bumi

Pada tabel 14 dapat dilihat bahwa hasil bahwa antara kualitas hidup dengan faktor umur pada subyek penelitian menunjukkan hubungan yang sangat lemah dan berpola negatif artinya semakin bertambah usia maka semakin buruk kualitas hidupnya ($r=-0,042$). Nilai koefisien determinasi yang dimiliki pada hasil analisis regresi linier adalah sebesar 0,2% yang berarti bahwa persamaan garis yang diperoleh hanya mampu menerangkan 0,2% variasi kualitas hidup atau

persamaan garis yang diperoleh kurang baik untuk menjelaskan variabel kualitas hidup ($R^2=0,002$), hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor umur dengan kualitas hidup ($P\text{ value}=0,201$).

Tabel 14. Deskripsi hasil analisis bivariabel hubungan antara faktor-faktor dengan kualitas hidup subyek penelitian pada daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008

Variabel penelitian	r	R ²	Persamaan garis	P value
Umur	0,042	0,002	K=67,201-0,44*umur	0,261
Jenis Kelamin (Pr=1/Lk=0)	0,126	0,016	K=66,762-3,432*JK	0,001*
Status (Tdk kawin=1/Kawin=0)	0,116	0,014	K=65,639-5,398*Status	0,002*
Pendidikan (TT/TS SD/SMP=1/SMA/S1/S2/S3=0)	0,003	0,000	K=65,163-0,092*Pddk	0,931
Pendapatan (< Rp. 500.000=1/ ≥ Rp. 500.000=0)	0,092	0,008	K=66,156-2,552*Pdpt	0,013*
Trauma fisik (Ya=1/Tdk=0)	0,045	0,002	K=65,392-1,646*TF	0,231
Interaksi sosial (Buruk=1/Baik=0)	0,171	0,029	K=28,996+9,242*Insos	0,000*

*) Bermakna dengan nilai $P < 0,05$

Hubungan antara kualitas hidup dengan faktor jenis kelamin pada subyek penelitian menunjukkan hubungan yang lemah dan berpola negatif artinya pada perempuan mempunyai kualitas hidup lebih buruk dibanding dengan laki-laki ($r=0,126$). Nilai koefisien determinasi yang dimiliki pada hasil analisis regresi linier adalah sebesar 1,6% yang berarti bahwa persamaan garis yang diperoleh hanya dapat menjelaskan 1,6% variasi kualitas hidup atau persamaan garis yang diperoleh kurang baik untuk menjelaskan variabel kualitas hidup ($R^2=0,016$), namun pada hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup ($P\text{ value}=0,001$).

Status perkawinan pada subyek penelitian menunjukkan hubungan yang lemah dan berpola negatif pada kualitas hidup, artinya mereka yang kualitas hidup akan semakin buruk pada mereka yang berstatus

tidak kawin dibanding dengan mereka yang kawin ($r=0,012$). Nilai koefisien determinasi yang dimiliki pada hasil analisis regresi linier adalah sebesar 1,4% yang berarti bahwa persamaan garis yang diperoleh mampu menerangkan 1,4% variasi kualitas hidup atau persamaan garis yang diperoleh kurang baik untuk menjelaskan variabel kualitas hidup ($R^2=0,014$), namun pada hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan kualitas hidup ($Pvalue =0,002$).

Hubungan antara faktor pendidikan dengan kualitas hidup pada subyek penelitian menunjukkan hubungan yang sangat lemah dan berpola negatif artinya mereka yang mempunyai pendidikan yang tidak tamat/tamat Sekolah Dasar/SMP (SD) cenderung mempunyai kualitas hidup yang buruk dibanding dengan mereka yang termasuk dalam kelompok berpendidikan tamat/tidak tamat SMA/S1/S2/S3 atau sederajat ($r=0,003$). Nilai koefisien determinasi yang dimiliki pada hasil analisis regresi linier adalah sebesar 0% yang berarti bahwa persamaan garis yang diperoleh mampu menerangkan 0% variasi kualitas hidup atau persamaan garis yang diperoleh kurang baik untuk menjelaskan variabel kualitas hidup ($R^2= 0,000$), namun pada hasil uji statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor pendidikan dengan kualitas hidup ($Pvalue =0,931$).

Hubungan antara faktor pendapatan dengan kualitas hidup pada subyek penelitian menunjukkan hubungan yang lemah dan berpola negatif artinya mereka yang mempunyai pendapatan dibawah UMR (<Rp.500.000,-) akan mempunyai kualitas hidup yang semakin buruk dibanding dengan mereka yang berpenghasilan diatas UMR (\geq Rp. 500.000,- ($r=0,092$). Nilai koefisien determinasi yang dimiliki pada hasil analisis regresi linier adalah sebesar 0,8% yang berarti bahwa

persamaan garis yang diperoleh mampu menerangkan 0,8% variasi kualitas hidup atau persamaan garis yang diperoleh kurang baik untuk menjelaskan variabel kualitas hidup ($R^2= 0,008$), namun pada hasil uji statistik didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara faktor pendidikan dengan kualitas hidup ($Pvalue =0,013$).

Faktor trauma fisik sebagai akibat langsung dari bencana gempa bumi yang terjadi pada tanggal 26 Mei 2006 lalu mempunyai hubungan yang lemah dengan kualitas hidup dan berpola negatif artinya mereka yang mempunyai trauma fisik (luka) cenderung mempunyai kualitas hidup yang buruk dibanding dengan mereka yang tidak mempunyai trauma fisik ($r=0,045$). Nilai koefisien determinasi yang dimiliki pada hasil analisis regresi linier adalah sebesar 0,2% yang berarti bahwa persamaan garis yang diperoleh mampu menerangkan 0,2% variasi kualitas hidup atau persamaan garis yang diperoleh kurang baik untuk menjelaskan variabel kualitas hidup ($R^2= 0,002$), namun pada hasil uji statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara faktor trauma fisik dengan kualitas hidup ($Pvalue =0,231$).

Hubungan antara faktor interaksi sosial dengan kualitas hidup pada subyek penelitian menunjukkan hubungan yang lemah dan berpola positif artinya mereka yang mempunyai interaksi sosial yang rendah cenderung mempunyai kualitas hidup yang buruk ($r=0,171$). Nilai koefisien determinasi yang dimiliki pada hasil analisis regresi linier adalah sebesar 2,9% yang berarti bahwa persamaan garis yang diperoleh mampu menerangkan 2,9% variasi kualitas hidup atau persamaan garis yang diperoleh kurang baik untuk menjelaskan variabel kualitas hidup ($R^2= 0,029$), namun pada hasil uji statistik didapatkan bahwa ada hubungan antara faktor interaksi sosial dengan kualitas hidup ($Pvalue =0,000$).

6. Analisis multivariabel

Analisis multivariat merupakan suatu model yang digunakan untuk melihat kemaknaan hubungan dari beberapa variabel independen (*predictor variabels*) dengan variabel dependen (*outcome variabel*). Analisis multivariat menggunakan uji regresi linier ganda (*multiple linear regression*) yang merupakan perluasan analisis *simple linear regression* (regresi linier sederhana) suatu model yang kompleks dari model hubungan statistik. Dalam analisis regresi linier ganda syarat yang dipenuhi oleh variabel dependen adalah harus berskala numerik sedangkan variabel independennya boleh semuanya numerik dan boleh juga campuran dari numerik dan kategorik (Leech *et al*, 2005)

Metode yang dipakai dalam memasukkan variabel independen dalam analisis multivariat regresi linier ganda adalah dengan menggunakan metode *forward* yaitu dengan memasukkan satu persatu variabel independen dari hasil pengkorelasian variabel dan memenuhi kriteria kemaknaan statistik untuk masuk kedalam model. Variabel yang pertama kali masuk adalah variabel yang mempunyai korelasi parsial terbesar dengan variabel dependen. Setelah dikontrol variabel independen lainnya. Kriteria masuknya variabel tersebut atau *P-in* adalah 0,05 artinya variabel yang dapat masuk kedalam model apabila variabel tersebut mempunyai nilai P lebih kecil atau sama dengan 0,05.

Setelah dilakukan analisis dengan metode *forward*, ternyata variabel independen yang masuk dalam model regresi linier ganda adalah faktor tingkat depresi, interaksi sosial dan jenis kelamin.

Pada model 1, dengan satu variabel independen yang memenuhi syarat mempunyai nilai koefisien determinasi yang sudah dicocokkan sebesar 0,313 yang berarti model 1 yang diperoleh dapat menjelaskan 31,3% variasi variabel dependen kualitas hidup. Atau dengan kata lain

variabel tingkat depresi mampu menjelaskan variasi variabel kualitas hidup sebesar 31,3%. Dari nilai toleransi terlihat bahwa semua variabel terjadi hubungan kolinearitas yang tinggi pada model ini ($\text{tolerance} > 1 - R^2$).

Tabel 15. Deskripsi hasil analisis multivariabel Hubungan antara tingkat depresi dan faktor lain dengan Kualitas hidup pada daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008

Variabel penelitian	B	t	Tolerance	P value
Model 1				
<i>Constant</i>	69,932	141,048		0,000
Tingkat depresi	-2,184	-18,148	1,000	0,000
Adjusted R² = 0,313	(1 - R²) = 0,686			
Model 2				
<i>Constant</i>	41,567	6,406		0,000
Tingkat depresi	-2,149	-18,036	0,995	0,000
Interaksi sosial (Buruk=1/Baik=0)	7,235	4,384	0,995	0,000
Adjusted R² = 0,330	(1 - R²) = 0,668			
Model 3				
<i>Constant</i>	43,578	6,675		0,000
Tingkat depresi	-2,128	-17,860	0,989	0,000
Interaksi sosial (Buruk=1/Baik=0)	6,942	4,206	0,990	0,000
Jenis Kelamin (Pr=1/Lk=0)	-1,913	-2,299	0,987	0,022
Adjusted R² = 0,334	(1 - R²) = 0,663			

Namun pada model 2, setelah menambahkan faktor lain yang memenuhi kriteria yaitu faktor interaksi sosial, maka koefisien determinan yang sudah dicocokkan naik menjadi 0,330, artinya variabel yang masuk dalam model 2 (faktor tingkat depresi dan interaksi sosial) mampu menjelaskan 33,0% variasi variabel dependen kualitas hidup. Semua variabel pada model tersebut terjadi multikolinearitas yang tinggi ($\text{tolerance} > 1 - R^2$).

Pada model terakhir (model 3), setelah menambahkan satu faktor lagi yang memenuhi kriteria yaitu faktor jenis kelamin, maka koefisien determinan yang sudah dicocokkan bertambah besar menjadi 0,334, artinya variabel yang masuk dalam model 3 (faktor tingkat depresi, interaksi sosial dan jenis kelamin) mampu menjelaskan 33,4% variasi

variabel dependen kualitas hidup. Semua variabel pada model ini terjadi multikolinearitas yang tinggi ($\text{tolerance} > 1 - R^2$).

Agar persamaan garis yang digunakan untuk memprediksi menghasilkan angka yang valid, maka persamaan yang dihasilkan harus memenuhi asumsi yang disyaratkan uji regresi linier ganda. Uji asumsi yang harus dipenuhi antara lain :

a. Asumsi ekstensi

Asumsi ini berkaitan dengan teknik pengambilan sampel dengan cara melakukan analisis deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan adanya mean dan sebaran (varian atau standar deviasi) data maka asumsi ekstensi terpenuhi.

Pada hasil uji statistik memperlihatkan bahwa residual dari model mempunyai nilai 0,000 dengan standar deviasi 11,062 dengan demikian asumsi ekstensi terpenuhi.

b. Asumsi independensi

Suatu keadaan dimana masing-masing nilai Y bebas satu sama lain dan nilai dari tiap individu saling berdiri sendiri. Tidak diperbolehkan nilai observasi yang berbeda yang diukur dari satu individu lebih dari 2 kali. Untuk mengetahui asumsi ini dilakukan dengan cara mengeluarkan uji Durbin Watson. Bila nilai Durbin Watson -2 sampai dengan $+2$ berarti asumsi terpenuhi. Dari hasil uji statistik memperlihatkan bahwa asumsi independensi terpenuhi yang berarti bahwa masing-masing nilai Y bebas satu sama lain dan tiap individu saling berdiri sendiri (Durbin-Watson = 1,611).

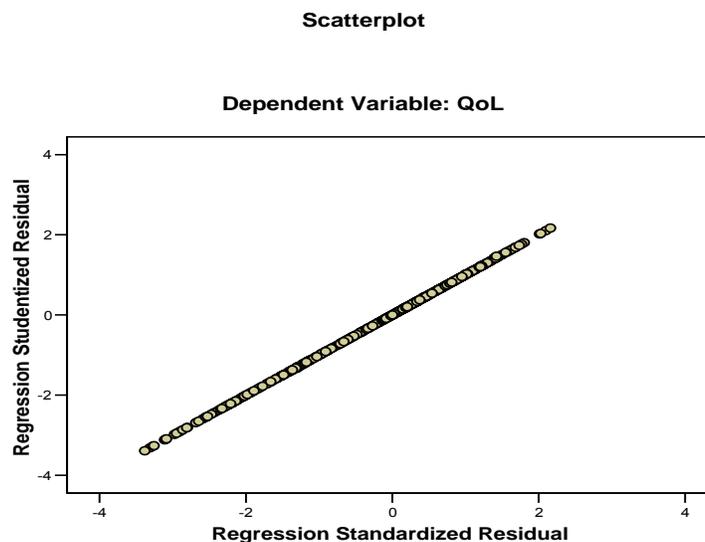
c. Asumsi linieritas

Untuk mengetahui asumsi linieritas dapat diketahui dengan uji ANOVA (*overall F test*) bila hasilnya signifikan ($P\text{value} < \alpha$) maka model

persamaan berbentuk linier. Pada model persamaan ini terlihat bahwa nilai uji anova adalah 0,000, berarti asumsi linieritas terpenuhi.

d. Asumsi homoscedascity

Dari gambar dibawah ini dapat dilihat bahwa titik tebaran membentuk pola tertentu yaitu mengikuti garis diagonal dan tidak mengelompok pada garis tengah 0, sehingga diduga variannya terjadi heterocedascity.

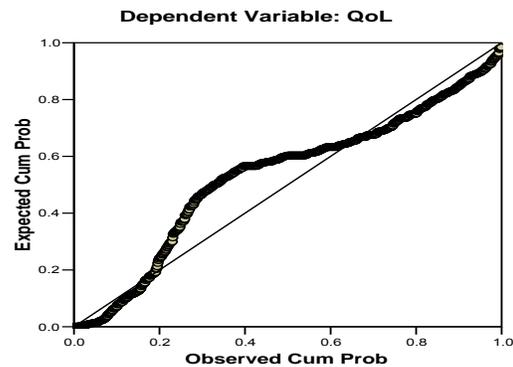


Gambar 9. Diagram *Scatterplot* persamaan garis regresi pada analisis multivariabel

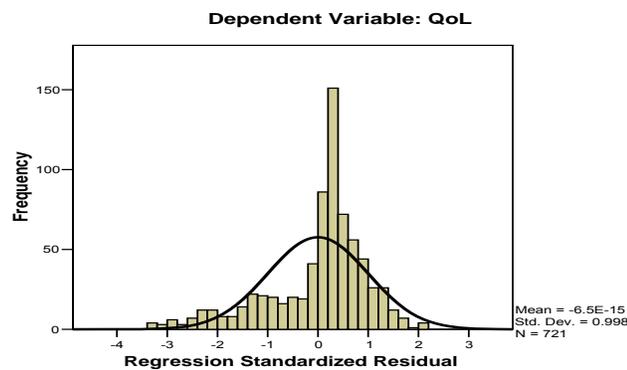
e. Asumsi normalitas

Dari gambar 10 dapat dilihat bahwa data menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal dan pada gambar 11 terlihat bahwa data terdistribusi normal, sehingga dapat disimpulkan bahwa asumsi normalitas terpenuhi.

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Gambar 10. Diagram *Normal P-P plot* persamaan garis regresi pada analisis multivariabel

Histogram



Gambar 11. Diagram histogram persamaan garis regresi pada analisis multivariabel

Persamaan regresi yang diperoleh pada model 3 adalah sebagai berikut :

$$\text{Kualitas hidup} = 43,578 - 2,128 \cdot \text{tingkat depresi} + 6,942 \cdot \text{interaksi sosial} - 1,913 \cdot \text{perempuan}$$

Dalam model persamaan ini , dapat memperkirakan kualitas hidup pada masyarakat di daerah bencana pasca gempa bumi dengan menggunakan

variabel tingkat depresi interaksi sosial dan jenis kelamin. Artinya berdasarkan persamaan diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup akan menjadi baik (berubah) apabila nilai skor tingkat depresinya semakin rendah, interaksi semakin tinggi dan berjenis kelamin laki-laki. Apabila menggunakan nilai koefisien B untuk masing-masing variabel adalah sebagai berikut :

- a. Kualitas hidup pada masyarakat yang berada di daerah bencana pasca gempa bumi akan bertambah baik apabila hasil skor tingkat depresi yang diukur dengan BDI turun sebesar 2,128 point setelah dikontrol variabel interaksi sosial dan jenis kelamin.
- b. Interaksi sosial pada masyarakat yang berada di daerah bencana pasca gempa bumi akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik sebesar 6,942 point setelah dikontrol variabel kualitas hidup, tingkat depresi dan jenis kelamin.
- c. Masyarakat yang berjenis kelamin perempuan akan mempunyai kualitas hidup yang kurang baik (turun) sebesar 1,913 setelah dikontrol variabel kualitas hidup, tingkat depresi dan interaksi sosial .

7. **Exploratory Data analysis (EDA)**

Sampai saat ini peneliti belum menemukan referensi yang dapat dipakai sebagai dasar untuk menentukan batas kualitas hidup yang baik maupun yang buruk. Untuk menentukan batas kualitas hidup yang baik dan buruk maka digunakan exploratory data analysis (EDA) dengan cara menghubungkan faktor risiko (depresi) dengan kualitas hidup.

Acuan yang dipakai dalam EDA adalah dengan melihat variabilitas nilai *odds ratio* (OR) dan koefisien determinasi (R^2) dari faktor risiko dan *outcome*.

Dari gambar 7 dapat dilihat bahwa distribusi nilai skor kualitas hidup pada daerah penelitian terlihat tidak terdistribusi dengan normal,

namun dari gambar tersebut dapat diperkirakan bahwa batas nilai skor kualitas hidup yang perlu dilihat nilai OR dan R^2 adalah antara ≤ 35 sampai dengan ≤ 60 .

Tabel 16. Distribusi nilai *odds ratio* dan koefisien determinasi nilai skor kualitas hidup pada masyarakat daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman tahun 2008

Skor QoL	OR	CI95%	χ^2	r	R^2
≤ 35	21,9	5,22-91,68	0,000	0,436	0,190
≤ 36	18,8	5,79-61,28	0,000	0,524	0,274
≤ 37	9,3	4,14-20,75	0,000	0,520	0,270
≤ 38	9,1	4,44-18,63	0,000	0,570	0,325
≤ 39	9,3	4,72-18,5	0,000	0,583	0,339
≤ 40	8,5	4,50-15,89	0,000	0,580	0,337
≤ 41	7,6	4,26-13,42	0,000	0,597	0,356
≤ 42	6,2	3,67-10,46	0,000	0,592	0,350
≤ 43	5,7	3,42-9,38	0,000	0,585	0,342
≤ 44	5,7	3,45-9,27	0,000	0,603	0,363
≤ 45	5,0	3,12-8,03	0,000	0,588	0,345
≤ 46	4,7	2,96-7,42	0,000	0,578	0,334
≤ 47	4,5	2,85-6,91	0,000	0,567	0,321
≤ 48	4,5	2,89-7,01	0,000	0,569	0,324
≤ 49	4,5	2,89-6,92	0,000	0,576	0,331
≤ 50	4,1	2,69-6,27	0,000	0,563	0,317
≤ 51	4,1	2,73-6,36	0,000	0,563	0,317
≤ 52	4,1	2,73-6,31	0,000	0,562	0,315
≤ 53	3,8	2,52-5,69	0,000	0,550	0,303
≤ 54	3,6	2,43-5,42	0,000	0,543	0,295
≤ 55	3,9	2,54-5,65	0,000	0,544	0,295
≤ 56	3,4	2,30-5,02	0,000	0,530	0,281
≤ 57	3,2	2,19-4,69	0,000	0,518	0,268
≤ 58	3,1	2,13-4,52	0,000	0,513	0,263
≤ 59	3,1	2,12-4,43	0,000	0,502	0,252
≤ 60	2,7	1,91-3,88	0,000	0,484	0,235

Dari tabel diatas dapat dilihat, pada skor ≤ 44 mempunyai koefisien determinasi 0,363 ($R^2=0,363$) yang berarti bahwa persamaan garis yang diperoleh mampu menerangkan 36,3% variasi kualitas hidup atau persamaan garis yang diperoleh kurang baik untuk menjelaskan

variabel kualitas hidup dan merupakan koefisien yang paling tinggi dibandingkan dengan penghitungan dengan memakai skor lain. Nilai $OR=5,7$ berarti bahwa seseorang yang mempunyai kualitas hidup dengan nilai skor ≤ 44 berisiko 5,7 kali lebih besar untuk menderita depresi dibanding mereka yang mempunyai kualitas hidup dengan nilai skor >44 . Sehingga dapat disimpulkan bahwa nilai skor ≤ 44 merupakan skor yang paling baik untuk menentukan batas yang menyebabkan depresi

B. Pembahasan

1. Hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup

Kesehatan mental seseorang ditunjukkan oleh fungsi mental yang baik dengan menghasilkan produktifitas dan perasaan yang sehat, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain.

Salah satu bentuk gangguan jiwa yang sering terjadi pada masyarakat pasca bencana adalah depresi. Biasanya depresi atau gangguan jiwa lainnya yang berhubungan dengan adanya bencana adalah sebagai akibat dari akibat yang ditimbulkan oleh bencana tersebut. Depresi ditandai dengan adanya perasaan sedih, murung dan iritabilitas. Orang yang mengalami distorsi kognitif seperti mengkritik diri sendiri, timbul perasaan bersalah, perasaan tidak berharga, kepercayaan diri turun, pesimis dan putus asa. Terdapat rasa malas, tidak bertenaga, retardasi psikomotor dan menarik diri dari hubungan sosial. Gangguan depresi dapat menurunkan kualitas pekerjaan dan kualitas hidup penderitanya (Amir, 2005).

Tingkat depresi secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap kualitas hidup pada subyek penelitian. Dari hasil penelitian tingkat depresi mempunyai pola hubungan yang negatif dengan

kualitas hidup dimana semakin baik kualitas hidup seseorang maka skor yang dihasilkan dalam pengukuran depresi dengan menggunakan BDI akan semakin rendah. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Michalak *et al* (2005) yang melakukan studi literatur terhadap penderita depresi (*bipolar disorder*) dengan berbagai macam instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup cenderung mempunyai kualitas hidup yang buruk.

Apabila dilihat secara keseluruhan faktor depresi mempunyai hubungan yang sangat kuat dengan kualitas hidup yang buruk (*P value* <0,05). Hal ini sesuai dengan penelitian kualitas hidup di daerah cina bagian utara pasca gempa bumi bahwa ada hubungan yang bermakna antara depresi dengan kualitas hidup (Wang, *et al*, 2000). Hal ini juga dapat dilihat pada beberapa artikel yang telah dikumpulkan oleh Michalak, *et al* (2005) bahwa ada hubungan yang signifikan antara depresi dengan kualitas hidup yang buruk.

Penelitian serupa juga terdapat pada survei kualitas hidup di Taiwan 3 tahun pasca gempa bumi Chi-Chi, bahwa mereka yang mempunyai gangguan mental terutama *Mood depression* mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibanding gangguan mental yang lainnya seperti *anxietas*, *panic disorder*, *alcohol abuse/dependence*, dan lain-lain (Wu *et al*, 2006).

2. Hubungan antara faktor lain dengan kualitas hidup

Faktor umur menunjukkan hubungan yang sangat lemah dan berpola negatif dengan kualitas hidup, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umur hanya merupakan faktor risiko terbatas pada kasus yang diteliti, artinya dengan bertambahnya umur subyek penelitian maka akan mempunyai kualitas hidup yang buruk meskipun secara statistik tidak ada hubungan yang signifikan. Namun pada beberapa penelitian

menyimpulkan bahwa semakin tua umur seseorang maka kualitas hidupnya akan cenderung menjadi buruk (Wu, *et al*, 2006; Zahran, *et al*, 2005).

Tidak bermaknanya hubungan antara faktor umur dengan kualitas hidup kemungkinan disebabkan oleh distribusi umur yang tidak mempunyai variasi, dimana proporsi umur subyek penelitian lebih banyak terdapat pada umur antara 18-49 tahun dibandingkan dengan kelompok umur yang lain.

Secara statistik jenis kelamin menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kualitas hidup, dari hasil penelitian hubungan jenis kelamin berpola negatif terhadap kualitas hidup. Hal ini senada dengan hasil surveilans kualitas hidup yang dilaksanakan di Amerika Serikat (1993-2002), bahwa persentase kualitas hidup yang buruk lebih banyak terjadi pada perempuan dibanding laki-laki (Zahran, *et al*, 2005). Dan hasil survei kualitas hidup di Taiwan 3 tahun setelah terjadi gempa bumi Chi-Chi bahwa perempuan mempunyai kualitas hidup lebih buruk dibanding laki-laki (Wu *et al*, 2006).

Kualitas hidup yang buruk lebih sering terjadi pada perempuan. Adanya dugaan perempuan mempunyai kualitas hidup lebih buruk disebabkan oleh karena perempuan lebih sering terpajan dengan stresor lingkungan dan ambangnya terhadap stressor lebih rendah bila dibandingkan dengan pria.

Status perkawinan menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan kualitas hidup. Pola hubungan dalam persamaan regresi linier adalah negatif, artinya mereka yang berstatus tidak kawin cenderung mempunyai kualitas hidup yang buruk. Namun pada penelitian yang dilakukan di Taiwan 3 tahun pasca gempa bumi Chi-Chi malah menunjukkan hal kebalikannya bahwa mereka yang telah menikah

cenderung mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk dibanding yang belum menikah (Wu *et al*, 2006). hal ini kemungkinan disebabkan oleh budaya yang dianut oleh budaya timur yang menganggap bahwa suatu keharusan untuk segera menikah apabila usia sudah cukup sehingga menimbulkan rasa rendah diri dari mereka yang apabila dilihat dari segi usia sudah saatnya menikah namun belum menemukan pasangan hidup, akhirnya terjadi penurunan kualitas hidup pada domain tertentu.

Faktor pendidikan dalam penelitian ini juga tidak ada hubungan dengan kualitas hidup, karena secara statistik tidak bermakna (P value > 0,05), namun mempunyai hubungan yang sangat lemah dengan kualitas hidup. Pada survei kualitas hidup di Amerika Serikat menghasilkan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan semakin buruk kualitas hidup seseorang (Zahran *et al*, 2005).

Pendapatan yang berada dibawah UMR Provinsi Yogyakarta mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup dan mempunyai pola negatif artinya semakin rendah pendapatan seseorang maka kualitas hidupnya cenderung akan semakin buruk pula. Pendidikan yang rendah berhubungan erat dengan rendah/tingginya pendapatan serta akan berdampak pada kehidupan sosial ekonomi dalam sebuah keluarga, hal ini merupakan faktor risiko munculnya keadaan psikososial yang tidak sehat sehingga menurunkan kualitas hidup (McFarlene, 2005).

Trauma fisik yang terjadi pada subyek penelitian mempunyai hubungan yang lemah dengan kualitas hidup dan berpola negatif, artinya mereka yang mempunyai trauma fisik cenderung mempunyai kualitas hidup yang buruk dibanding mereka yang tidak mempunyai trauma fisik. Dari 16,2% mereka yang mengalami trauma fisik, 88,9% diantaranya mempunyai luka ringan, 10,3% mempunyai luka berat dengan operasi dan 0,8% mempunyai cacat tetap.

Interaksi sosial pada subyek penelitian secara statistik berhubungan dengan kualitas hidup (P value $< 0,05$), pada hasil penelitian ini interaksi sosial mempunyai hubungan yang lemah dan berpola positif yang berarti bahwa mereka yang berinteraksi sosial baik maka kualitas hidupnya pun akan menjadi baik. Penelitian ini mirip dengan penelitian yang dilakukan di New Orleans (Louisiana) terhadap petugas pemadam kebakaran pasca badai Katrina dan Rita, bahwa sebagian besar dari mereka yang kehilangan interaksi sosial (buruk) mempunyai kualitas hidup yang buruk (Tak *et al*, 2006).

3. Interaksi antara tingkat depresi dan faktor lain dengan kualitas hidup

Setelah melakukan analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi linier ganda, yaitu dengan cara mengendalikan faktor risiko satu persatu.

Pada model 1-3 dapat dilihat bahwa faktor status perkawinan, pendapatan, pendidikan, trauma fisik dan umur terkoreksi setelah mengendalikan faktor tersebut satu persatu yang berarti bahwa setelah dilakukan uji multivariat faktor status perkawinan, pendapatan, pendidikan, trauma fisik dan umur tidak mempunyai hubungan dengan kualitas hidup. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian di Taiwan bahwa status perkawinan, pendapatan, trauma fisik dan umur mempunyai hubungan yang sangat kuat sebagai faktor risiko terhadap kualitas hidup (Wu *et al*, 2006).

Tidak bermaknanya status perkawinan ini kemungkinan disebabkan oleh kuatnya interaksi faktor risiko yang masuk dalam beberapa model sehingga menyebabkan beberapa dari faktor tersebut diatas menjadi terkendali.

Dari hasil model yang dilakukan analisis, pada model 3 dapat dilihat bahwa hanya faktor tingkat depresi, interaksi sosial dan jenis

kelamin yang merupakan faktor risiko terhadap kualitas hidup masyarakat pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian bahwa faktor gangguan mental (depresi), interaksi sosial dan jenis kelamin mempunyai hubungan yang sangat kuat terhadap kualitas hidup (Wu *et al*, 2006; Michalak *et al*, 2005; Rapaport, 2005; Wang *et al*, 2005).

4. Faktor pendukung kegiatan program yang berhubungan dengan hasil penelitian

Program kesehatan jiwa di Kabupaten Sleman secara struktural berada di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dibawah seksi Kesehatan Jiwa yang berada pada bidang Perlindungan Kesehatan Masyarakat. Meskipun program kesehatan jiwa di puskesmas dibawah koordinator petugas pengelola program kesehatan jiwa puskesmas, namun dalam pelaksanaan kegiatan di lapangan bekerjasama dengan dokter dan tenaga psikolog yang termasuk dalam tim pelaksana program sehingga kegiatan tersebut berjalan dengan baik. Disamping tenaga dokter yang sudah dilatih tentang hal-hal yang berkaitan dengan gangguan kejiwaan di masyarakat, adanya tenaga psikolog diharapkan mampu menunjang diagnosis gangguan kejiwaan terutama hal-hal yang berkaitan dengan pengukuran-pengukuran psikologis yang hanya dapat dilakukan oleh tenaga psikolog. Sehingga hal ini merupakan nilai tambah untuk menjaring kasus gangguan jiwa di wilayah kerjanya masing-masing. Diharapkan adanya kerjasama tim mampu meningkatkan kunjungan pelayanan di puskesmas terutama meningkatkan cakupan kunjungan kasus gangguan jiwa.

Ada beberapa kegiatan yang membantu para sesama keluarga penderita gangguan jiwa dalam bertukar pikiran/berdiskusi seperti *family gathering* dan bantuan pojok bermain, namun kegiatan tersebut hanya

bantuan stimulan. Sehingga kegiatan tersebut kurang efektif dalam mendukung program kegiatan kesehatan jiwa di masyarakat.

5. Hasil penentuan batas kualitas hidup

Setelah dilakukan analisis data dengan melihat nilai OR dan koefisien determinasi, maka nilai skor yang paling cocok untuk menentukan batas kualitas hidup yang buruk adalah nilai skor ≤ 44 . Hal ini dapat dilihat bahwa meskipun nilai OR lebih rendah dibanding nilai skor ≤ 35 , tetapi mempunyai koefisien determinasi lebih tinggi ($R^2=0,363$) yang berarti bahwa persamaan garis yang diperoleh mampu menerangkan 36,3% variasi kualitas hidup. Sedangkan nilai OR yang diperoleh adalah 5,7 yang berarti seseorang yang menderita depresi mempunyai risiko 5,7 kali lebih besar untuk mempunyai kualitas hidup yang buruk dibanding mereka yang tidak depresi.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diambil kesimpulan bahwa faktor depresi mempunyai hubungan yang kuat dengan kualitas hidup dan berpola negatif, artinya semakin tinggi skor depresi yang diukur dengan *Beck Depression Inventory (BDI)* maka akan semakin buruk kualitas hidup pada masyarakat daerah bencana pasca gempa bumi yang terjadi pada tanggal 26 Mei 2006. Faktor lain sebagai faktor risiko seperti jenis kelamin, status perkawinan, pendapatan dan interaksi sosial mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kualitas hidup. Sedangkan faktor umur, pendidikan dan trauma fisik hanya sebatas faktor risiko namun tidak berhubungan dengan kualitas hidup. Setelah dilakukan analisis multivariabel hanya depresi, interaksi sosial dan jenis kelamin berperan sebagai faktor risiko yang paling berhubungan dengan kualitas hidup, namun status perkawinan, pendapatan, umur, pendapatan dan trauma fisik tidak mempunyai hubungan terhadap kualitas hidup.

Kegiatan program kesehatan jiwa yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada masyarakat di Kabupaten Sleman berjalan dengan baik, hal ini dapat dilihat adanya tim pelaksana program di puskesmas yang melibatkan pengelola program, dokter dan tenaga psikolog. Namun ada beberapa kegiatan hanya sebagai bantuan stimulan seperti *family gathering* dan pokok bermain, sehingga upaya peningkatan pelayanan kesehatan jiwa di sarana pelayanan menjadi tidak maksimal.

B. Saran

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman melakukan advokasi terhadap *stake holder* baik di Pemerintah Kabupaten, puskesmas, lintas program maupun lintas sektor untuk mendukung program kesehatan jiwa di wilayah kerja puskesmas yang terkena bencana gempa bumi beberapa tahun lalu.
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman maupun Puskesmas perlu meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat mengenai kesehatan jiwa terutama tentang faktor risiko yang berhubungan dengan kualitas hidup, termasuk pentingnya memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan terdekat apabila terdapat faktor risiko yang berhubungan dengan kualitas hidup.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten perlu melakukan skrining secara berkala terhadap faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan jiwa sebagai dasar untuk melakukan perencanaan lebih lanjut.
4. Puskesmas melakukan pendekatan terhadap kaum perempuan baik melalui penyuluhan maupun pendekatan psikologis melalui posyandu, pengajian, kelompok PKK dan mentradisikan *family gathering* sebagai program yang rutin dilaksanakan di wilayah kerja yang terkena bencana gempa bumi.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten perlu melakukan *mapping* faktor risiko terutama yang berhubungan dengan depresi pada daerah bencana pasca gempa bumi agar intervensi kegiatan selanjutnya tepat sasaran dan efisien.
6. Dinas Kesehatan atau Pemerintah Kabupaten Sleman dapat memfasilitasi kerjasama lintas sektor/instansi terkait maupun LSM, dalam upaya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kepedulian terhadap masalah kesehatan jiwa terutama yang berhubungan dengan kasus gangguan jiwa pasca bencana.

7. Batas kualitas hidup yang buruk yang disarankan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman terutama pengelola program kesehatan jiwa untuk mengintervensi faktor risiko depresi adalah mereka yang mempunyai nilai skor ≤ 44 .

DAFTAR PUSTAKA

- ADB. (2006) *Report on the Yogyakarta-Central Java earthquake Disaster* [internet] Available from: <<http://www.adb.org/Document/RAs/INO/yogyakarta-central-java.pdf>> [diakses tanggal 6 Juli 2007].
- Azwar, S., (2007) *Reliabilitas dan validitas*. Cetakan ketujuh. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Amir, N. (2005) *Depresi aspek neurobiologi diagnosis dan tatalaksana*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.
- Chìò, A., Gauthier, A., Montuschi A., Calvo, A., Di Vito, N., Ghiglione, P., Mutani, R. (2004) A cross sectional study on determinants of quality of life in ALS. *JNNP online*, 75, 1597-1601.
- Badan Informasi Daerah Pemerintah Kota Yogyakarta. (2007) *Gempabumi Yogyakarta 27 Mei 2006*. *Ayodya*, Edisi I, Yogyakarta, Available from <http://www.jogja.go.id> [diakses tanggal 10 Juli 2007].
- Blackburn, I, M., Davidson, K. (1994) *Terapi kognitif untuk depresi dan kecemasan suatu petunjuk bagi praktisi*. Cetakan kesatu, Semarang: IKIP Semarang Press, , 3-15.
- Brennan, C,J. & Steele, R,J. (1999) *Measurement of quality of life in surgery*. *Edinbrug: J.R Coll*, 44: 252-259.
- Davidson, J, R, T., McFarlane, A, C. (2006) The extent and impact of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatry*, 9-14.
- Demura, S., Sato, S. (2002) Relationship between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly : A comparison between gender and age group, *Journal of psychological anthropology and applied human science*.
- Depkes RI. (2004) *Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Dasar di Puskesmas*, Ditjen Binkesmas, Jakarta.

- Depkes RI. (2005) Pedoman Umum : *Pelaksanaan Kegiatan Kesehatan Jiwa Masyarakat Bagi Lintas program dan Lintas Sektor*, Ditjen Binkesmas, Jakarta.
- Donald, A. (2003) What is quality of life ? [internet], *Hayward medical communications*, vol 1 No. 9 [internet] Available from: <<http://www.Evidence-based-medicine.co.uk>> [diakses tanggal 10 April 2007].
- Fayers, P, M., Machin, D. (2000) *Quality of life – Assessement, Analisis and interpretation*, John Wiley & Sons Ltd, Chapter 1, 19.
- Fullerton, C, S., Ursano R, J. (2005) Psychological and psychopathological consequences of disasters , In : Ibor, J, J, L., Christodolou, G., Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. *Disaster and mental health*. John wiley & sons Ltd, Chapter 2, 14-30.
- Gordis, L. (2004) *Epidemiology*, 3rd Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Kaplan, H, I., Sadock, B, J., Grebb, J, A. (1997) *Kaplan dan Sadock synopsis psikiatri ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara, edisi ketujuh, 777-857.
- Kilic, E, Z., Özgüven, H, D., Sayil, I. (2003) The psychological effects of parental mental health on children experiencing disaster : The experience of Bolu earthquake in Turkey. *Family Process*, Vol 42, No.4, 488-489.
- Keuhner, C, Beurger, C. (2005) Determinants of subjective quality of life in depressed patients : The role of self esteem, respon styles, and social support, *Journal of affective disorder*, Elsevier, vol 86, 205-213.
- Leech, N, L., Barret, K, C., Morgan, G, A. (2005) *SPSS or intermediate statistics use and interpretation*, LEA Publishers, 2nd Ed, New Jersey, 110-118.
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D, W., Klar, J., Lwanga, S, K. (1997) *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Cetakan ke 1. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 21.
- Maramis, W, F. (1994) *Ilmu kedokteran jiwa*. Cetakan ke 6, Srabaya: Airlangga university press, 134.

- Masalha, S. (2003) A manual and mental health : Stress management programme diagnosis and intervention mechanisms. *ECHO*.
- Maslim, R. (2002) Buku saku : *Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III*, Jakarta.
- McDowell, I., Newell, C. (2000) *Measuring Health : a guide to rating scales and questionnaires* . New York: Oxford university press, 446-454.
- Mc Farlane A, C. (2005) Psychiatric morbidity following disasters : Epidemiology, risk and protective factors, In : Ibor, J, J, L., Christodolou, G., Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. *Disaster and mental health*. John wiley & sons Ltd, Chapter 3, 37-63.
- Michalak, E, E., Yatham, L, N., Lam, R, W. (2005) Review quality of life in bipolar disorder : A review of the literature. *Biomed central Ltd* [internet]. Health and quality of life outcomes. Available from: <<http://www.hqlo.com>> [diakses tanggal 15 Mei 2007].
- Nebraska Behavioral health. (2006). *Disaster behavioral concept* [internet], Nebraska, available from: <<http://www.disastermh.nebraska.edu>> [diakses tanggal 10 Juli 2007].
- Noji, E, K. (2005) Public health disaster consequences of disaster, *Paper presented at the International Conference on disaster medicine* , New Haven,CT x[internet], Available from: <<http://www.yalenewhavenhealth.org/>> [diakses tanggal 10 Juli 2007].
- Operasionalisasi program penanganan bencana alam. (2007) *Bidang Penataan Ruang* [internet], Available from: <<http://www.penataanruang.net>>, [diakses tanggal 10 Juli 2007].
- PAHO. (2006) Bencana alam : *Perlindungan kesehatan masyarakat*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran, Cetakan ke I, halaman 4 – 8.
- Panzarino, P, J. (2007) *Depression* [internet], available from: <<http://www.adepression.com>> [diakses tanggal 25 Mei 2007].
- Pignone, M, P., Gaynes, B, N., Rushton, J, L., Burchell, C, M., Orlean, T., Mulrow, C, D., Lohr, K, N. (2002) Screening for depression in adult : A summary of evidence, *Ann Intern Med*, 136 (10), 765-776.

- Rapaport, M, H., Clary, C., Fayyad, R, Endicott, J. (2005) Quality of life impairment in depressive an anxiety disorder, *Amj Psychiatry*, 162:6, 1171-1178.
- Schlesselman, J.J. (1982) *Case control Studies; Design, conduct, analysis*. New York: Oxford University Press.
- Soewadi. (1999) *Simtomatologi dalam psikiatri*. cetakan ke 1. Yogyakarta: Medika FK UGM, , 3-8.
- Tak, S., Dowell, C, H (2006) Health hazard evaluation report 2006-0023-3003 New Orleans fire department, *Department of health and services, CDC NIOSH*[internet], Available from :<http://www.cdc.gov/niosh/hhe/report> [diakses tanggal 17 April 2007].
- Wang, X., Gao, L., Zhang, H., Zhao, C., Shen, Y., Shinfuku, N. (2000) Post-earthquake quality of life and psychological well-being : Longitudinal evaluation in a rural community sample in northern china, *Psychiatry and clinical neurosciences*, vol 54, 427-433.
- Ware, J, E.(2000) *SF-36 Healthy survey update* [internet], SPINE, Vol 25 No. 24, Available from <http://www.sf-36.com/The SF Community - SF-36® Health Survey Update.htm>, [diakses tanggal 10 April 2007].
- WHO. (2001) *Burden of mental and behavioural Disorder* [internet], Available from:<<http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>>[diakses tanggal 10 April 2007].
- WHO. (2005) *WHO framework for mental health and psychosicoal support after the tsunami*, WHO South-East-Asia.
- WHO. (2006) *WHO report Yogyakarta and Central Java earthquake* [internet], Available from: <<http://www.who.or.id>> [diakses tanggal 17 April 2007].
- Wu, H, C., Chou, P., Chou, F, H., Su, C, Y., Tsai, K, Y., Yang, W, C, O., Su, T, T, P., Chao, S, S., Sun, W, J., Chen, M, C. (2006) Survey of quality of life and related risk factors for Taiwanese village population 3 years post-earthquake, *Journal compilation*, The royal australian and new zealend college of psychiatrists.
- Yayasan IDEP (2007) Paduan umum : *Penanggulangan Bencana Berbasis Masyarakat* [internet], Edisi ke 2, Yayasan IDEP, Bali, Available from:

http://www.ldepfondation.org/download_files/pbbm/01_pendahuluan.pdf [diakses tanggal 10 Juli 2007].

Zahran, H, S., Kobau, R., Moriarty, D, G., Zack, M, M., Holt, J., Donehoo, R., (2005) Health-related quality of life surveillance – united states, 1993-2002, MMWR, Vol 54, 1-35.

**KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN DEPRESI DENGAN KUALITAS HIDUP
DI DAERAH BENCANA PASCA GEMPABUMI
DI KABUPATEN SLEMAN
TAHUN 2008**

A. IDENTITAS RESPONDEN

NO. ID										A01
NAMA										A02
JENIS KELAMIN	1. Laki-laki	2. Perempuan								A03
UMUR	tahun								A04	
ALAMAT	RT : Dusun : Desa : Kecamatan :									A05
PEKERJAAN									A06
PENDAPATAN/BULAN									A07

B. PERISTIWA TRAUMATIK

Apakah anda mengalami peristiwa gempabumi	1. Ya	2. Tidak → C01		B01
Dalam peristiwa tersebut, apakah anda mengalami kecelakaan	1. Ya	2. Tidak → C01		B02
Dalam kecelakaan tersebut apakah anda mengalami luka fisik	1. Ya	2. Tidak → C01		B03
Bagaimana keadaan luka fisik anda	1. Luka ringan 2.luka berat dgn operasi 3. Cacat tetap			B04
Apakah ada anggota keluarga anda yang mengalami luka fisik	1. Ya	2. Tidak ada		B05
Bagaimana keadaan luka fisik keluarga anda	1. Luka ringan 2.luka berat dgn operasi 3. Cacat tetap			B06
Apakah ada anggota keluarga anda yang meninggal akibat gempa	1. Ya	2. Tidak ada		B07
Bagaimana keadaan rumah anda setelah terjadi gempa	1. Rusak 2. rusak ringan 3. Rusak berat 4. Rata dengan tanah 5. Tidak apa2			B08

INTERAKSI SOSIAL

C. HUBUNGAN DENGAN ORANGTUA

Apakah orangtua kandung anda pernah bercerai ?	1. Ya	2. Tidak → C03		C01
Bagaimana secara keseluruhan hubungan anda dengan ibu anda	1. Sangat buruk 4. Baik 2. Buruk 5. Sangat .baik 3. Biasa biasa saja		<input type="checkbox"/>	C02
Bagaimana secara keseluruhan hubungan anda dengan ayah anda ?	1. Sangat buruk 4. Baik 2. Buruk 5. Sangat .baik 3. Biasa biasa saja		<input type="checkbox"/>	C03

Apakah ada sudah menikah ?	1. Ya	2. Tidak →D01		C04
Secara keseluruhan bagaimana hubungan anda dengan pasangan anda	1. Sangat buruk 2. Buruk 3. Biasa biasa saja	4. Baik 5. Sangat .baik	<input type="checkbox"/>	C05

D. HUBUNGAN DENGAN ANAK-ANAK

Apakah anda mempunyai anak	1. Ya	2. Tidak →E01		D01
Secara keseluruhan bagaimana keadaan anda dengan anak anda	1. Sangat buruk 2. Buruk 3. Biasa biasa saja	4. Baik 5. Sangat .baik	<input type="checkbox"/>	D02

E. HUBUNGAN DENGAN ANGGOTA KELUARGA LAIN YANG TINGGAL SERUMAH

Apakah anda memiliki keluarga lain yang tinggal serumah	1. Ya	2. Tidak →F01		E01
Secara keseluruhan bagaimana keadaan anda dengan orang yang tinggal serumah	1. Sangat buruk 2. Buruk 3. Biasa biasa saja	4. Baik 5. Sangat .baik	<input type="checkbox"/>	E02

F. HUBUNGAN DENGAN LINGKUNGAN TEMPAT TINGGAL

Dimana anda tinggal saat ini	1. Rumah sendiri 2. Rumah keluarga	3. Kontrak 4. Kost 5. Asrama	<input type="checkbox"/>	F01
Secara keseluruhan bagaimana keadaan anda dengan lingkungan tempat tinggal anda	1. Sangat buruk 2. Buruk 3. Biasa biasa saja	4. Baik 5. Sangat .baik	<input type="checkbox"/>	F02

G. LINGKUNGAN KERJA

Apakah saat ini bekerja	1. Ya → G05	2. Tidak		G01
Secara keseluruhan bagaimana keadaan anda dengan lingkungan kerja anda	1. Sangat buruk 2. Buruk 3. Biasa biasa saja	4. Baik 5. Sangat .baik	<input type="checkbox"/>	G02

H. RIWAYAT KELUARGA

Apakah di keluarga anda ada yang mengalami gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak		H1
Kalau ya siapa			H2
Apakah anda sebelumnya juga pernah mengalami gangguan jiwa	1. Ya	2. Tidak		H3

KUALITAS HIDUP

Secara keseluruhan, bagaimana kesehatan anda saat ini	1. Sangat baik sekali 2. Baik sekali 3. Baik 4. Biasa-biasa saja 5. Buruk	<input type="checkbox"/>	SF01
Dibandingkan dengan tahun lalu, menurut anda bagaimana kondisi kesehatan anda saat ini	1. Jauh lebih baik dibanding tahun lalu 2. Sedikit lebih baik dibanding tahun lalu 3. Hampir sama dengan tahun lalu 4. Sedikit lebih buruk dibanding tahun lalu 5. Jauh lebih buruk dibanding tahun lalu	<input type="checkbox"/>	SF02

Berikut merupakan daftar aktifitas yang mungkin anda lakukan pada hari-hari tertentu, sebatas apa anda mampu melakukannya dengan tingkatan sebagai berikut :

1. Sangat terbatas 2. Sedikit terbatas 3. Tidak terbatas

Aktifitas berat seperti berlari, mengangkat beban berat, olahraga yang menguras tenaga	1	2	3	SF03
Aktifitas sedang seperti memindahkan meja, mengepel, membersihkan rumah	1	2	3	SF04
Mengangkat/membawa barang belanja harian	1	2	3	SF05
Menaiki beberapa anak tangga (<100 m)	1	2	3	SF06
Menaiki seluruh anak tangga (>100m)	1	2	3	SF07
Meringkuk, membungkuk, jongkok	1	2	3	SF08
Berjalan lebih dari 1 km	1	2	3	SF09
Berjalan beberapa ratus meter (<1 km)	1	2	3	SF10
Berjalan sejauh 100 meter	1	2	3	SF11
Mandi atau berpakaian sendiri	1	2	3	SF12

Berikut **selama 4 minggu terakhir**, anda mengalami masalah dalam bekerja maupun aktifitas sehari-hari karena kondisi fisik anda

Waktu anda bekerja dan beraktifitas lain berkurang	1. Ya	2. Tidak	SF13
Hasil pekerjaan tidak sebaik yang anda harapkan	1. Ya	2. Tidak	SF14
Jenis pekerjaan dan aktifitas lain yang anda lakukan terbatas	1. Ya	2. Tidak	SF15
Kesulitan melakukan pekerjaan (contoh; membutuhkan waktu lebih lama untuk menyelesaikan pekerjaan dari seharusnya)	1. Ya	2. Tidak	SF16

Selama 4 minggu terakhir, apakah anda mengalami masalah-masalah sebagai berikut bekerja atau aktifitas sehari-hari lainnya karena masalah emosional (misalnya cemas atau tertekan) :

Waktu anda bekerja dan beraktifitas lain berkurang	1. Ya	2. Tidak	SF17
Hasil pekerjaan tidak sebaik yang anda harapkan	1. Ya	2. Tidak	SF18
Tidak bekerja atau beraktifitas secermat biasanya	1. Ya	2. Tidak	SF19

Selama 4 minggu terakhir,

Sejauh mana kondisi fisik atau masalah emosional anda mempengaruhi aktifitas sosial anda dengan keluarga, teman, tetangga maupun lingkungan anda	1. Tidak berpengaruh 2. Sedikit mempengaruhi 3. Agak mempengaruhi 4. Cukup mempengaruhi 5. Sangat mempengaruhi	SF20
Apakah tubuh anda merasa nyeri	1. Tidak sama sekali 2. Sedikit nyeri 3. Agak nyeri 4. Cukup nyeri 5. Sangat nyeri	SF21
Berapa besar pengaruh nyeri yang anda rasakan terhadap pekerjaan dan aktifitas anda sehari-hari (ex. Dirumah atau diluar rumah)	1. Tidak berpengaruh 2. Sedikit mempengaruhi 3. Agak mempengaruhi 4. Cukup mempengaruhi 5. Sangat mempengaruhi	SF22

Mengacu pada apa yang anda rasakan, jawablah yang paling dekat dengan keadaan anda dengan skala sebagai berikut :

1. Setiap saat 2. Hampir tiap saat 3. Sering 4. Kadang-kadang 5. Jarang 6. Tidak pernah

Apakah anda sangat bersemangat/antusias dalam mengerjakan sesuatu	1	2	3	4	5	6	SF23
Apakah anda menjadi orang yang gugup	1	2	3	4	5	6	SF24
Apakah anda merasa murung sehingga tidak ada satupun hal yang dapat membuat anda ceria	1	2	3	4	5	6	SF25
Apakah anda merasa tenang dan damai	1	2	3	4	5	6	SF26
Apakah anda merasa bersemangat/pernuh energi	1	2	3	4	5	6	SF27
Apakah anda pernah merasa putus asa dan sangat sedih	1	2	3	4	5	6	SF28
Apakah anda merasa sangat lelah dan tidak berdaya	1	2	3	4	5	6	SF29
Apakah anda menjadi orang yang riang gembira	1	2	3	4	5	6	SF30
Apakah anda merasa lelah	1	2	3	4	5	6	SF31
Berapa besar pengaruh masalah kesehatan fisik atau emosional anda terhadap aktifitas sosial anda (seperti berkumpul dengan teman, tetangga, dll)	1	2	3	4	5	6	SF32

Seberapa tepat pernyataan berikut ini menggambarkan keadaan anda

1. Amat tepat 2. Tepat 3. Tidak tahu 4. Tidak tepat 5. Sangat tidak tepat

Sepertinya saya sedikit lebih mudah jatuh sakit dibanding orang lain	1	2	3	4	5	SF33
Saya sama sehatnya dengan orang-orang yang saya kenal	1	2	3	4	5	SF34
Saya merasa kesehatan saya semakin memburuk	1	2	3	4	5	SF35
Kondisi kesehatan saya sangat baik	1	2	3	4	5	SF36

BECK DEPRESSION INVENTORY

1. KESEDIHAN

Apakah anda merasa sedih setelah mengalami akibat dari gempa bumi ?

Saya tidak merasa sedih	0
Saya merasa sedih	1
Saya merasa sedih sepanjang waktu	2
Saya merasa sedih atau tidak bahagia sehingga saya tidak mampu bertahan	3

2. PESIMISME

Apakah anda berkecil hati setelah anda mengalami akibat (seperti cacat, orang terdekat jadi korban, harta benda hancur, dll) dari gempa bumi ?

Saya mempunyai harapan dengan masa depan saya	0
Saya merasa berkecil hati dengan masa depan saya	1
Saya tidak mempunyai masa depan apapun	2
Saya merasa masa depan saya tidak dapat diharapkan dan keadaan tersebut tidak dapat diperbaiki lagi	3

3. KEGAGALAN YANG LALU

Apakah anda menganggap diri anda gagal setelah menjadi korban dari gempa bumi?

Saya tidak merasa sebagai orang gagal	0
Saya merasa lebih gagal daripada kebanyakan orang	1
Jika saya melihat kembali masa lalu saya, saya dapat melihat banyak kegagalan	2
Saya merasa sebagai orang yang selalu gagal sebagai seorang manusia	3

4. KEPUASAN

Apakah anda memperoleh kepuasan setelah anda menjadi korban akibat dari gempa bumi ?

Saya merasa puas dan menikmati segala sesuatu seperti biasanya	0
Saya tidak menikmati segala sesuatu sama seperti dulu	1
Saya tidak lagi mendapat kepuasan dalam hal apapun	2
Saya merasa tidak puas dan bosan dengan apa saja	3

5. MERASA BERDOSA/BERSALAH

Apakah anda merasa berdosa/bersalah setelah anda menjadi korban akibat dari gempa bumi ?

Saya tidak merasa berdosa/bersalah samasekali	0
Saya merasa berdosa/bersalah atas segala sesuatu yang telah saya lakukan maupun yang akan saya lakukan	1
Saya merasa berdosa /bersalah hampir setiap waktu	2
Saya merasa berdosa/bersalah setiap saat	3

6. MERASA DIHUKUM

Apakah anda merasa hal ini sebagai hukuman bagi diri anda sehingga anda menjadi korban gempa bumi ini ?

Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum	0
Saya merasa mungkin saya sedang dihukum	1
Saya merasa pantas untuk mendapat hukuman	2
Saya merasa bahwa saya sedang dihukum	3

7. KECEWA TERHADAP DIRI SENDIRI

Apakah anda kecewa terhadap diri sendiri karena tidak sesuai dengan harapan setelah anda mengalami akibat dari peristiwa gempa bumi ?

Saya tidak merasa kecewa terhadap diri saya sendiri	0
Saya sedikit kecewa terhadap diri saya sendiri	1
Saya merasa kecewa terhadap diri saya sendiri	2
Saya membenci diri saya sendiri	3

8. MENCELA DIRI SENDIRI

Apakah anda menyalahkan diri sendiri sebagai penyebab anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya tidak mencela dan menyalahkan diri sendiri	0
Saya sedikit mencela diri saya sendiri atas segala yang saya perbuat	1
Saya mencela diri sendiri atas segala kesalahan saya	2
Saya menyalahkan diri sendiri atas segala keburukan yang telah terjadi	3

9. PEMIKIRAN ATAU KEINGINAN UNTUK BUNUH DIRI

Apakah anda mempunyai pikiran lebih baik mati setelah menjadi korban gempa bumi ?

Saya tidak punya keinginan untuk bunuh diri	0
Saya mempunyai pikiran untuk mati, tapi saya tidak mau bunuh diri	1
Saya lebih baik mati saja	2
Saya akan bunuh diri bila ada kesempatan	3

10. MENANGIS

Apakah anda ingin menangis setelah anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya tidak akan menangis lagi seperti biasanya	0
Saya sekarang lebih sering menangis dibanding dulu	1
Saya menangis sepanjang waktu	2
Saya merasa ingin menangis tapi saya tidak bisa	3

11. TERSINGGUNG/MUDAH MARAH

Apakah anda lebih mudah tersinggung/mudah marah setelah anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya sekarang tidak lebih marah dibanding dulu	0
Saya lebih mudah tersinggung atau marah dibanding dulu	1
Saya cukup mudah tersinggung atau mudah marah sepanjang waktu	2
Saya sangat mudah tersinggung atau mudah marah sepanjang waktu	3

12. TIDAK PEDULI/PERHATIAN/MINAT

Apakah anda kurang perhatian/tidak peduli setelah anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya masih senang bergaul dengan orang lain	0
Saya sekarang tidak begitu berminat/tertarik terhadap orang lain dibanding dengan dulu	1
Saya telah kehilangan sebagian besar minat/perhatian saya terhadap orang lain	2
Saya telah kehilangan seluruh minat/perhatian saya terhadap orang lain dan tidak peduli dengan mereka	3

13. BIMBANG

Apakah anda kesulitan mengambil keputusan untuk menentukan sesuatu setelah anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya dapat mengambil keputusan sebaik mungkin	0
Saya mencoba menunda-nunda dalam mengambil keputusan	1
Saya mengalami banyak kesulitan dalam mengambil keputusan dibanding dulu	2
Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan lagi	3

14. PERUBAHAN GAMBARAN DIRI

Apakah anda merasakan adanya perubahan kesan penampilan setelah anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya tidak merasa penampilan saya lebih buruk dibanding dulu	0
Saya merasa cemas karena saya kelihatan tua atau tidak menarik	1
Saya merasa ada perubahan tetap pada penampilan saya dan itu membuat saya tidak menarik lagi	2
Saya percaya penampilan saya jelek	3

15. KEHILANGAN SEMANGAT/ENERGI

Apakah anda merasa kemampuan kerja anda berkurang setelah anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya dapat bekerja sebaik dulu	0
Saya memerlukan usaha tambahan untuk memulai suatu pekerjaan	1
Saya mendorong diri saya dengan sangat keras untuk melakukan sesuatu	2
Saya sama sekali tidak mampu melakukan pekerjaan apapun	3

16. KESULITAN TIDUR/INSOMNIA

Apakah anda mengalami kesulitan tidur setelah anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya bisa tidur sebaik biasanya	0
Saya tidak dapat tidur sebaik dulu	1
Saya bangun 1 – 2 jam lebih cepat dari biasanya dan sulit untuk kembali	2
Setiap hari saya bangun pagi-pagi sekali dan tidak dapat tidur kembali	3

17. KELELAHAN

Apakah anda merasa kelelahan setelah anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya tidak merasa lebih lelah daripada biasanya	0
Saya merasa lebih mudah marah dibanding dulu	1
Saya menjadi lelah jika mengerjakan apapun	2
Saya terlalu lelah untuk mengerjakan apapun	3

18. BERUBAH SELERA/ANOREKSIA

Apakah anda mengalami gangguan nafsu makan setelah anda menjadi korban gempa bumi

Selera makan saya seperti biasanya	0
Selera makan saya tidak sebaik dulu	1
Selera makan saya jauh lebih buruk sekarang	2
Saya tidak mempunyai selera makan lagi	3

19. KEHILANGAN BERAT BADAN

Apakah berat badan anda turun setelah menjadi korban gempa bumi ?

Akhir-akhir ini saya tidak kehilangan berat badan	0
Saya telah kehilangan berat badan lebih dari 2,5 kg	1
Saya telah kehilangan berat badan lebih dari 5 kg	2
Saya telah kehilangan berat badan lebih dari 7,5 kg	3

20. SOMATIC PREOCCUPATION/KEKHAWATIRAN YANG BERLEBIHAN

Apakah anda mengkhawatirkan kesehatan anda setelah anda menjadi korban gempa bumi ?

Saya tidak mengkhawatirkan kesehatan saya lebih dari biasanya	0
Saya khawatir akan merasa sakit/nyeri dada atau sakit perut	1
Saya begitu khawatir akan kesehatan saya sehingga saya sulit memikirkan hal-hal lain	2
Seluruh perhatian saya tersita oleh apa yang saya rasakan	3

21. TIDAK BERGAIRAH DALAM HAL SEKS/PENURUNAN LIBIDO

Apakah anda merasa kehilangan gairah seks/hubungan suami istri ?

Saya tidak mengalami perubahan hal apapun dalam hal seks	0
Saya tidak begitu tertarik terhadap seks dibanding dulu	1
Sekarang minat saya terhadap seks jauh berkurang	2
Saya sama sekali tidak berminat terhadap seks	3

**INFORMED CONSENT
(SURAT PERNYATAAN)**

Sehubungan dengan adanya kegiatan penelitian tentang hubungan depresi dengan kualitas hidup pada daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur : Thn L / P

Pekerjaan :

Bersedia ikut dalam penelitian ini, apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam hasil penelitian ini saya berhak membatalkan surat persetujuan ini. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada unsur paksaan.

Sleman,

Yang membuat pernyataan,

.....

Terimakasih kami ucapkan, anda telah bersedia menjadi responden mengenai kegiatan penelitian tentang hubungan depresi dengan kualitas hidup pada daerah bencana pasca gempa bumi di Kabupaten Sleman, hasil data tersebut/isi dari wawancara ini kami jamin kerahasiaannya dan hanya untuk penelitian semata .

Penanggung jawab penelitian,

NURHASANAH
NIM. 18973/IKM/PS/06

SKORING SF-36

Skoring *Short Form 36* manual berdasarkan pada Medical Outcomes Trust. *How to score the SF-36 Health Survey*. Boston : Medical outcomes Trust, 1993; Appendix 211-225 adalah sebagai berikut :

A. Fungsi fisik (*physical Functioning/PF*)

Tabel 1. Skoring untuk item 3a-i (SF03-SF12)

No	Item	Pilihan Respon	Kode nilai	Nilai akhir
3a	Aktifitas berat	Sangat terbatas	1	1
3b	Aktifitas sedang	Sedikit terbatas	2	2
3c	Mengangkat/membawa barang belanja harian	Tidak terbatas	3	3
3d	Menaiki beberapa anak tangga (<100m)			
3e	Menaiki sleuruh anak tangga (>100m)			
3f	Meringkuk, membungkuk, jongkok			
3g	Berjalan >1km			
3h	Berjalan beberapa ratus meter (< 1Km)			
3i	Berjalan sejauh 100 meter			
3j	Mandi atau berpakaian sendiri			

B. Keterbatasan peran karena masalah fisik (*role limitation due to physical problem/RP*)

Tabel 2. Skoring untuk item no. 4a-4d (SF13-SF16)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
4a	Waktu anda bekerja dan beraktifitas lain berkurang	Ya	1	1
4b	Hasil pekerjaan tidak sebaik yang anda harapkan	Tidak	2	2
4c	Jenis pekerjaan dan aktifitas lain yang anda lakukan terbatas			
4d	Kesulitan melakukan pekerjaan (contoh; membutuhkan waktu lebih lama untuk menyelesaikan pekerjaan dari yang seharusnya).			

C. Nyeri tubuh (*bodily pain/BP*)

Tabel 3. Skoring untuk item no. 7 (SF21)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
7	Selama 4 minggu terakhir Apakah tubuh anda merasa nyeri	Tidak pernah	1	6
		Sangat ringan	2	5
		Ringan	3	4
		Sedang	4	3
		Berat	5	2
		Sangat berat	6	1

Tabel 4. Skoring untuk item no.8 jika no.7 dan 8 dijawab (SF22)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
8	Selama 4 minggu terakhir seberapa besar pengaruh nyeri yang anda rasakan terhadap pekerjaan dan aktifitas anda sehari-hari (contoh; dirumah atau diluar rumah)	Tidak berpengaruh	1	5
		Sedikit mempengaruhi	2	4
		Agak mempengaruhi	3	3
		Cukup mempengaruhi	4	2
		Sangat mempengaruhi	5	1

Tabel 5. Skoring untuk item no.8 jika no.7 dan 8 tidak dijawab

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
8	Selama 4 minggu terakhir seberapa besar pengaruh nyeri yang anda rasakan terhadap pekerjaan dan aktifitas anda sehari-hari (contoh; dirumah atau diluar rumah)	Tidak berpengaruh	1	6,0
		Sedikit mempengaruhi	2	4,75
		Agak mempengaruhi	3	3,5
		Cukup mempengaruhi	4	2,25
		Sangat mempengaruhi	5	1,0

D. Kesehatan umum (*general health/GH*)

Tabel 6. Skoring untuk item no. 1 (SF01)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
1	Secara keseluruhan bagaimana kesehatan anda saat ini	Sangat baik sekali	1	5,0
		Baik sekali	2	4,4
		Baik	3	3,4
		Biasa-biasa saja	4	2,0
		Buruk	5	1,0

Tabel 7. Skoring untuk item no. 11a,11c (SF33,SF35)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
11a	Sepertinya saya sedikit lebih mudah jatuh sakit dibanding orang lain	Amat tepat	1	1
		Tepat	2	2
11c	Saya merasa kesehatan saya semakin memburuk	Tidak tahu	3	3
		Tidak tepat	4	4
		Sangat tidak tepat	5	5

Tabel 8. Skoring untuk item no. 11b, 11d (SF34,SF36)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
11b	Saya sama sehatnya dengan orang-orang yang saya kenal	Amat tepat	1	5
		Tepat	2	4
11d	Saya merasa kesehatan saya semakin memburuk	Tidak tahu	3	3
		Tidak tepat	4	2
		Sangat tidak tepat	5	1

E. Vitalitas (*Vitality /VT*)

Tabel 9. Skoring untuk item no. 9a,9e (SF23,SF27)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
9a	Apakah anda sangat bersemangat/antusias dalam mengerjakan sesuatu	Setiap saat	1	6
		Hampir setiap saat	2	5
9e	Apakah anda merasa bersemangat/penuh energi	sering	3	4
		Kadang-kadang	4	3
		Jarang	5	2
		Tidak pernah	6	1

Tabel 10. Skoring untuk item no. 9g,9i (SF29, SF31)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
9g	Apakah anda merasa lelah dan tidak berdaya	Setiap saat	1	1
9i	Apakah anda merasa lelah	Hampir setiap saat	2	2
		sering	3	3
		Kadang-kadang	4	4
		Jarang	5	5
		Tidak pernah	6	6

F. Fungsi sosial (*Social functioning/SF*)

Tabel 11. Skoring untuk item no.6 (SF20)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
6	Selama 4 minggu terakhir sejauh mana kondisi fisik atau masalah emosional anda mempengaruhi aktifitas sosial anda dengan keluarga, teman, tetangga maupun lingkungan anda	Tidak berpengaruh Sedikit	1	5
		mempengaruhi Agak	2	4
		mempengaruhi Cukup	3	3
		mempengaruhi Sangat	4	2
		mempengaruhi	5	1

Tabel 12. Skoring untuk item no. 10 (SF32)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
10	Selama 4 minggu terakhir berapa besar pengaruh masalah kesehatan fisik atau emosional anda terhadap aktifitas sosial anda (seperti berkumpul dengan teman, tetangga, dll)	Setiap saat	1	1
		Sangat sering	2	2
		Kadang-kadang	3	3
		Jarang	4	4
		Tidak pernah	5	5

G. Keterbatasan peran karena masalah emosi (*Role limitation due to emotional problem/RE*)

Tabel 13. Skoring untuk item no. 5a-5c (SF17-SF19)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
5a	Waktu anda bekerja dan beraktifitas lain kurang	Ya	1	1
5b	Hasil pekerjaan tidak sebaik yang anda diharapkan	Tidak	2	2
5c	Tidak bekerja atau beraktifitas secermat biasanya			

H. Kesehatan mental secara umum (*General mental health/MH*)

Tabel 14. Skoring untuk item no. 9b, 9c, 9f (SF24,SF25, SF28)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
9b	Apakah anda menjadi orang yang gugup	Setiap saat	1	1
9c	Apakah anda merasa murung sehingga tidak ada satupun hal yang dapat membuat anda ceria	Hampir setiap saat sering	2 3	2 3
9f	Apakah anda pernah merasa putus asa dan sangat sedih	Kadang-kadang Jarang Tidak pernah	4 5 6	4 5 6

Tabel 15. Skoring untuk item no.9d, 9h (SF26, SF30)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
9d	Apakah anda merasa tenang dan damai	Setiap saat	1	6
9h	Apakah anda menjadi orang yang riang gembira	Hampir setiap saat sering Kadang-kadang Jarang Tidak pernah	2 3 4 5 6	5 4 3 2 1

Perubahan kesehatan (*Change of health*)

Tabel 16. Skoring untuk item no. 2 (SF02)

No	Item	Pilihan respon	Kode nilai	Nilai akhir
2	Dibandingkan dengan tahun lalu, menurut anda bagaimana kondisi kesehatan anda saat ini	Jauh lebih baik dibanding tahun lalu	1	1
		Sedikit lebih baik dibanding tahun lalu	2	2
		Hampir sama dengan tahun lalu	3	3
		Sedikit lebih buruk dibanding tahun lalu	4	4
		Jauh lebih buruk dibanding tahun lalu	5	5

Formula untuk skoring dan skala transformasi

Skala	Jumlah nilai item akhir (menurut kode nilai item pada tabel)	Skor baris terendah dan tertinggi yang mungkin	Rentang skor baris yang mungkin
Fungsi Fisik (PF)	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10,30	20
Keterbatasan peran karena masalah fisik (RP)	4a+4b+4c+4d	4,8	4
Nyeri tubuh (BP)	7+8	2,12	10
Kesehatan Umum (GH)	1+11a+11b+11c+11d	5,25	20
Vitalitas (VT)	9a+9e+9g+9i	4,24	20
Fungsi sosial (PF)	6+10	2,10	8
Keterbatasan peran karena masalah emosional (RE)	5a+5b+5c	3,6	3
Kesehatan mental (MH)	9b+9c+9d+9f+9h	5,30	25

Skala	Jumlah nilai item akhir (menurut kode nilai item pada tabel)	Skor baris terendah dan tertinggi yang mungkin	Rentang skor baris yang mungkin
Fungsi Fisik (PF)	SF03+SF04+SF05+SF06+SF07+SF08+SF09+SF10+SF11+SF12	10,30	20
Keterbatasan peran karena masalah fisik (RP)	SF13+SF14+SF15+SF16	4,8	4
Nyeri tubuh (BP)	SF21+SF22	2,12	10
Kesehatan Umum (GH)	SF01+SF33+SF34+SF35+SF36	5,25	20
Vitalitas (VT)	SF23+SF27+SF29+SF31	4,24	20
Fungsi sosial (PF)	SF20+SF32	2,10	8
Keterbatasan peran karena masalah emosional (RE)	SF17+SF18+SF19	3,6	3
Kesehatan mental (MH)	SF24+SF25+SF26+SF28+SF30	5,30	25

Formula transformasi skor :

$$\frac{\{\text{Skor baris aktual} - \text{Skor baris terendah yang mungkin}\}}{\text{Rentang Skor baris yang mungkin}} \times 100$$

Rentang Skor baris yang mungkin

Ex :

Fungsi fisik skor barisnya adalah 21, dimana skor terendah yang mungkin adalah 10 dan rentang skor barisnya adalah 20 maka ditransformasi menjadi :

$$\frac{[21-10]}{20} \times 100 = 55$$

Maka nilai fungsi fisik adalah 55

**ANALISIS BIVARIABEL (REGRESI LINIER SEDERHANA) ANTARA DEPRESI
DENGAN KUALITAS HIDUP**

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	SKORBDI(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: QoL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.561(a)	.314	.313	11.258

a Predictors: (Constant), SKORBDI

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	41747.047	1	41747.047	329.359	.000(a)
	Residual	91135.100	719	126.753		
	Total	132882.147	720			

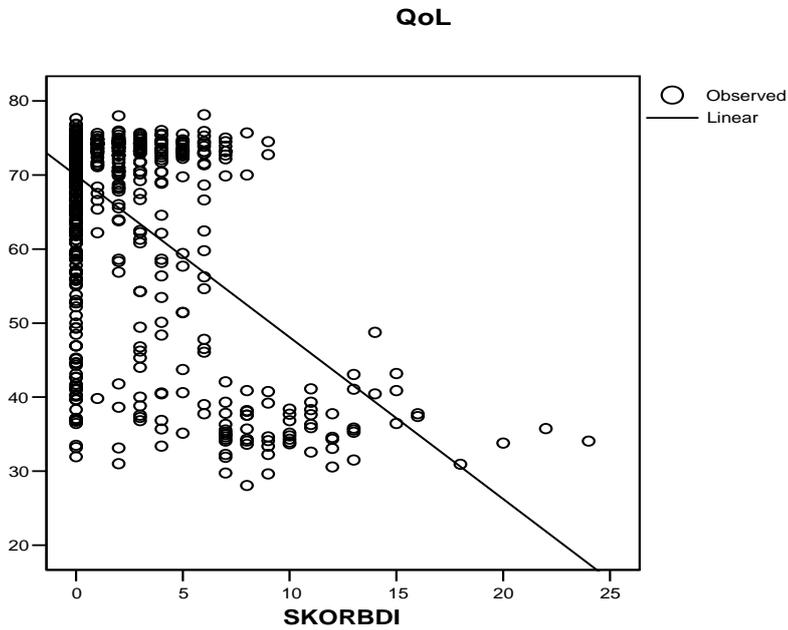
a Predictors: (Constant), SKORBDI

b Dependent Variable: QoL

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	69.932	.496		141.048	.000	68.958	70.905
	SKORBDI	-2.184	.120	-.561	-18.148	.000	-2.421	-1.948

a Dependent Variable: QoL



ANALISIS BIVARIABEL (REGRESI LINIER SEDERHANA) ANTARA FAKTOR JENIS KELAMIN, STATUS PERKAWINAN, PENDAPATAN, PENDIDIKAN, TRAUMA FISIK, INTERAKSI SOSIAL DAN UMUR.

Jenis Kelamin

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	JK(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: QoL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.126(a)	.016	.015	13.486

a Predictors: (Constant), JK

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2117.679	1	2117.679	11.644	.001(a)
	Residual	130764.468	719	181.870		
	Total	132882.147	720			

a Predictors: (Constant), JK

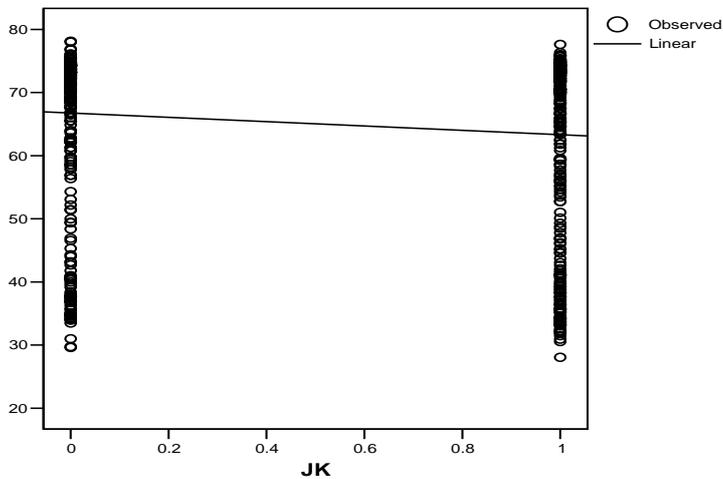
b Dependent Variable: QoL

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	66.762	.694		96.249	.000
	JK	-3.432	1.006	-.126	-3.412	.001

a Dependent Variable: QoL

QoL



Status Perkawinan

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Status(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: QoL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.116(a)	.014	.012	13.503

a Predictors: (Constant), Status

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1794.779	1	1794.779	9.844	.002(a)
	Residual	131087.368	719	182.319		
	Total	132882.147	720			

a Predictors: (Constant), Status

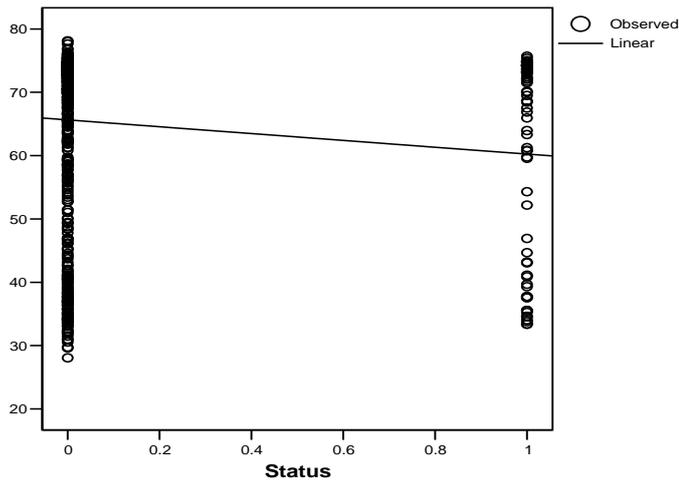
b Dependent Variable: QoL

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	65.639	.528		124.222	.000
	Status	-5.398	1.721	-.116	-3.138	.002

a Dependent Variable: QoL

QoL



Pendidikan

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Pendidikan(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: QoL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.003(a)	.000	-.001	13.595

a Predictors: (Constant), Pendidikan

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.407	1	1.407	.008	.931(a)
	Residual	132880.740	719	184.813		
	Total	132882.147	720			

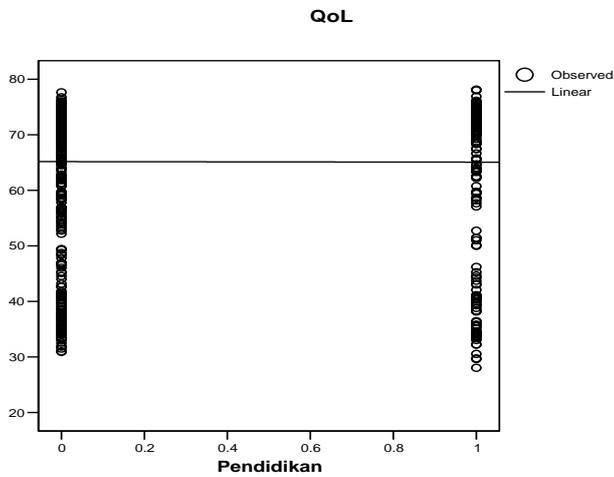
a Predictors: (Constant), Pendidikan

b Dependent Variable: QoL

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	65.163	.635		102.581	.000
	Pendidikan	-.092	1.052	-.003	-.087	.931

a Dependent Variable: QoL



Pendapatan

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Pendapatan(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: QoL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.092(a)	.008	.007	13.537

a Predictors: (Constant), Pendapatan

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1128.601	1	1128.601	6.159	.013(a)
	Residual	131753.546	719	183.246		
	Total	132882.147	720			

a Predictors: (Constant), Pendapatan

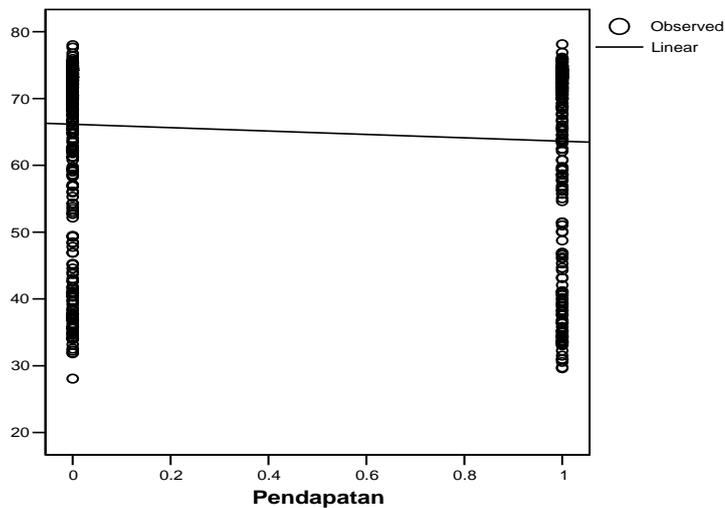
b Dependent Variable: QoL

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	66.156	.652		101.459	.000
	Pendapatan	-2.552	1.028	-.092	-2.482	.013

a Dependent Variable: QoL

QoL



Trauma Fisik

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Trauma fisik(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: QoL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.045(a)	.002	.001	13.581

a Predictors: (Constant), Trauma fisik

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	265.410	1	265.410	1.439	.231(a)
	Residual	132616.737	719	184.446		
	Total	132882.147	720			

a Predictors: (Constant), Trauma fisik

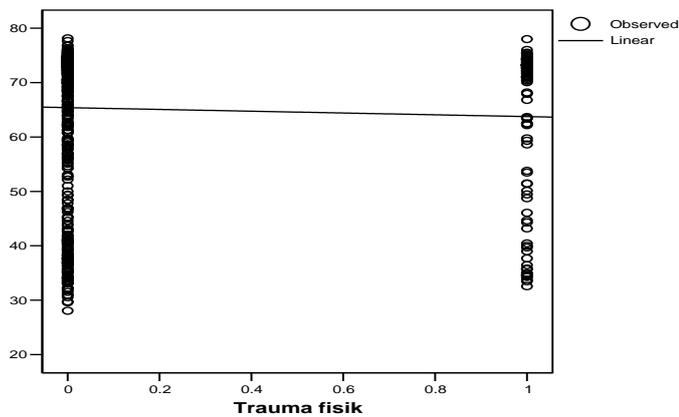
b Dependent Variable: QoL

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	65.396	.553		118.342	.000
	Trauma fisik	-1.646	1.372	-.045	-1.200	.231

a Dependent Variable: QoL

QoL



Interaksi sosial

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	intsos(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: QoL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.171(a)	.029	.028	13.394

a Predictors: (Constant), intsos

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3893.777	1	3893.777	21.704	.000(a)
	Residual	128988.370	719	179.400		
	Total	132882.147	720			

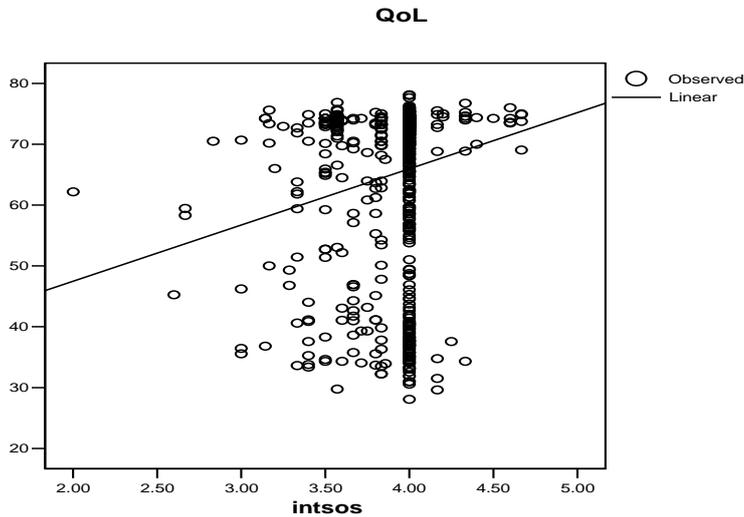
a Predictors: (Constant), intsos

b Dependent Variable: QoL

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	28.996	7.772		3.731	.000
	intsos	9.242	1.984	.171		

a Dependent Variable: QoL



Umur

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Umur(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: QoL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.042(a)	.002	.000	13.583

a Predictors: (Constant), Umur

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	233.259	1	233.259	1.264	.261(a)
	Residual	132648.888	719	184.491		
	Total	132882.147	720			

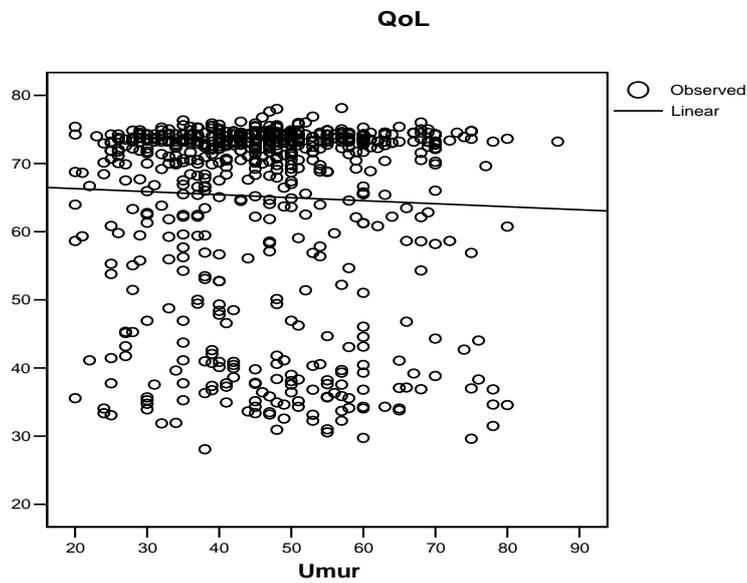
a Predictors: (Constant), Umur

b Dependent Variable: QoL

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	67.201	1.910		35.177	.000		
	Umur	-.044	.039	-.042	-1.124	.261	1.000	1.000

a Dependent Variable: QoL



ANALISIS MULTIVARIAT (REGRESI LINIER GANDA) DENGAN METODE FORWARD

Variables Entered/Removed(a)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	SKORBDI	.	Forward (Criterion: Probability -of-F-to- enter <= .050)
2	intsos	.	Forward (Criterion: Probability -of-F-to- enter <= .050)
3	JK	.	Forward (Criterion: Probability -of-F-to- enter <= .050)

a Dependent Variable: QoL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.561(a)	.314	.313	11.258
2	.576(b)	.332	.330	11.118
3	.580(c)	.337	.334	11.085

a Predictors: (Constant), SKORBDI

b Predictors: (Constant), SKORBDI, intsos

c Predictors: (Constant), SKORBDI, intsos, JK

ANOVA(d)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	41747.047	1	41747.047	329.359	.000(a)
	Residual	91135.100	719	126.753		
	Total	132882.147	720			
2	Regression	44122.452	2	22061.226	178.459	.000(b)
	Residual	88759.694	718	123.621		
	Total	132882.147	720			
3	Regression	44772.227	3	14924.076	121.446	.000(c)
	Residual	88109.920	717	122.887		
	Total	132882.147	720			

a Predictors: (Constant), SKORBDI

b Predictors: (Constant), SKORBDI, intsos

c Predictors: (Constant), SKORBDI, intsos, JK

d Dependent Variable: QoL

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	69.932	.496		141.048	.000		
	SKORBDI	-2.184	.120	-.561	-18.148	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	41.567	6.489		6.406	.000		
	SKORBDI	-2.149	.119	-.551	-18.039	.000	.995	1.005
	intsos	7.235	1.651	.134	4.384	.000	.995	1.005
3	(Constant)	43.578	6.529		6.675	.000		
	SKORBDI	-2.128	.119	-.546	-17.860	.000	.989	1.011
	intsos	6.942	1.651	.129	4.206	.000	.990	1.011
	JK	-1.913	.832	-.070	-2.299	.022	.987	1.013

a Dependent Variable: QoL

Excluded Variables(d)

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
						Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1	Umur	-.019(a)	-.622	.534	-.023	.997	1.003	.997
	JK	-.080(a)	-	.009	-.097	.993	1.007	.993
	Status	-.024(a)	-769	.442	-.029	.973	1.028	.973
	Pendapatan	-.024(a)	-.787	.432	-.029	.985	1.015	.985
	Trauma fisik	.029(a)	.928	.354	.035	.983	1.017	.983
	intsos	.134(a)	4.384	.000	.161	.995	1.005	.995
2	Umur	-.031(b)	-	.313	-.038	.990	1.010	.988
	JK	-.070(b)	-	.022	-.086	.987	1.013	.987
	Status	-.013(b)	-.434	.665	-.016	.967	1.035	.967
	Pendapatan	-.020(b)	-.642	.521	-.024	.984	1.016	.981
	Trauma fisik	.027(b)	.872	.383	.033	.983	1.018	.978
	Umur	-.043(c)	-	.164	-.052	.965	1.036	.963
3	Status	-.007(c)	-.222	.824	-.008	.958	1.044	.958
	Pendapatan	-.017(c)	-.542	.588	-.020	.982	1.018	.976
	Trauma fisik	.027(c)	.893	.372	.033	.983	1.018	.973

- a Predictors in the Model: (Constant), SKORBDI
- b Predictors in the Model: (Constant), SKORBDI, intsos
- c Predictors in the Model: (Constant), SKORBDI, intsos, JK
- d Dependent Variable: QoL

Collinearity Diagnostics(a)

Model	Dimensio n	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	SKORBDI	intsos	JK
1	1	1.534	1.000	.23	.23		
	2	.466	1.814	.77	.77		
2	1	2.401	1.000	.00	.07	.00	
	2	.597	2.005	.00	.93	.00	
	3	.002	34.257	1.00	.01	1.00	
3	1	2.967	1.000	.00	.04	.00	.04
	2	.629	2.172	.00	.93	.00	.09
	3	.402	2.716	.00	.03	.00	.86
	4	.002	38.298	1.00	.01	1.00	.01

- a Dependent Variable: QoL

Uji Asumsi Multivariabel

1. Asumsi Eksistensi

Residuals Statistics(a)

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	18.29	73.66	65.13	7.886	721
Std. Predicted Value	-5.940	1.082	.000	1.000	721
Standard Error of Predicted Value	.582	3.257	.774	.287	721
Adjusted Predicted Value	17.30	73.65	65.13	7.895	721
Residual	-37.494	23.935	.000	11.062	721
Std. Residual	-3.382	2.159	.000	.998	721
Stud. Residual	-3.389	2.168	.000	1.001	721
Deleted Residual	-37.639	24.134	.001	11.125	721
Stud. Deleted Residual	-3.414	2.174	-.001	1.003	721
Mahal. Distance	.987	61.157	2.996	4.421	721
Cook's Distance	.000	.034	.001	.003	721
Centered Leverage Value	.001	.085	.004	.006	721

a Dependent Variable: QoL

2. Asumsi Independensi

Model Summary(d)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.561(a)	.314	.313	11.258	
2	.576(b)	.332	.330	11.118	
3	.580(c)	.337	.334	11.085	1.611

a Predictors: (Constant), SKORBDI

b Predictors: (Constant), SKORBDI, intsos

c Predictors: (Constant), SKORBDI, intsos, JK

d Dependent Variable: QoL

3. Asumsi Linieritas

ANOVA(d)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	41747.047	1	41747.047	329.359	.000(a)
	Residual	91135.100	719	126.753		
	Total	132882.147	720			
2	Regression	44122.452	2	22061.226	178.459	.000(b)
	Residual	88759.694	718	123.621		
	Total	132882.147	720			
3	Regression	44772.227	3	14924.076	121.446	.000(c)
	Residual	88109.920	717	122.887		
	Total	132882.147	720			

a Predictors: (Constant), SKORBDI

b Predictors: (Constant), SKORBDI, intsos

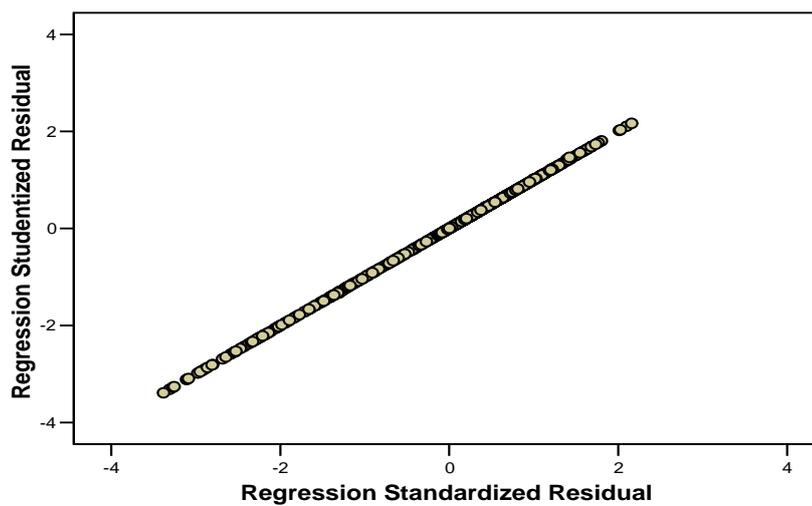
c Predictors: (Constant), SKORBDI, intsos, JK

d Dependent Variable: QoL

4. Asumsi Homoscedascity

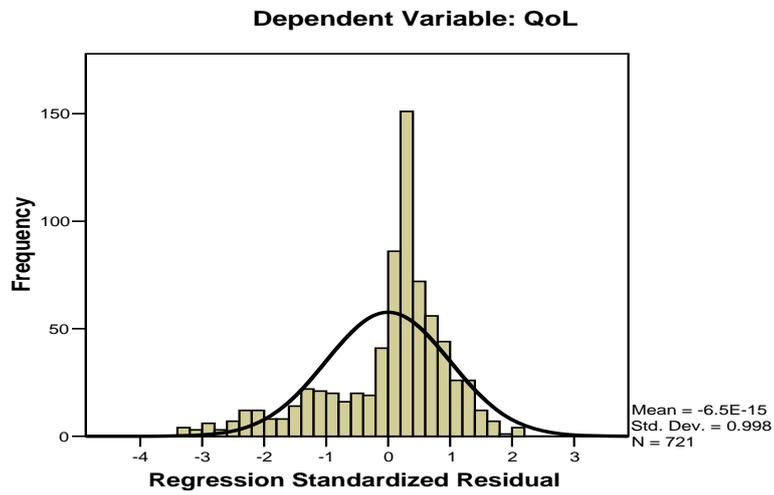
Scatterplot

Dependent Variable: QoL

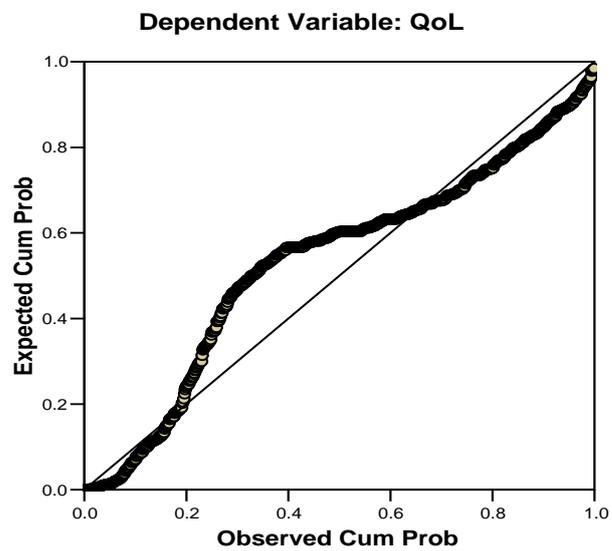


5. Asumsi Normalitas

Histogram



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



6. Uji Multikolinearitas

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	69.932	.496		141.048	.000		
	SKORBDI	-2.184	.120	-.561	-18.148	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	41.567	6.489		6.406	.000		
	SKORBDI	-2.149	.119	-.551	-18.039	.000	.995	1.005
	intsos	7.235	1.651	.134	4.384	.000	.995	1.005
3	(Constant)	43.578	6.529		6.675	.000		
	SKORBDI	-2.128	.119	-.546	-17.860	.000	.989	1.011
	intsos	6.942	1.651	.129	4.206	.000	.990	1.011
	JK	-1.913	.832	-.070	-2.299	.022	.987	1.013

a. Dependent Variable: QoL