



**DISTRES PSIKOLOGIK PADA *PRIMARY FAMILY CAREGIVER*  
PENDERITA SKIZOFRENIA DI WILAYAH PUSKESMAS  
PERKOTAAN KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh  
**Rofiqoh Noer**  
**NIM 142110101093**

**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2019**



**DISTRES PSIKOLOGIK PADA *PRIMARY FAMILY CAREGIVER*  
PENDERITA SKIZOFRENIA DI WILAYAH PUSKESMAS  
PERKOTAAN KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat  
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Rofiqoh Noer**

**NIM 142110101093**

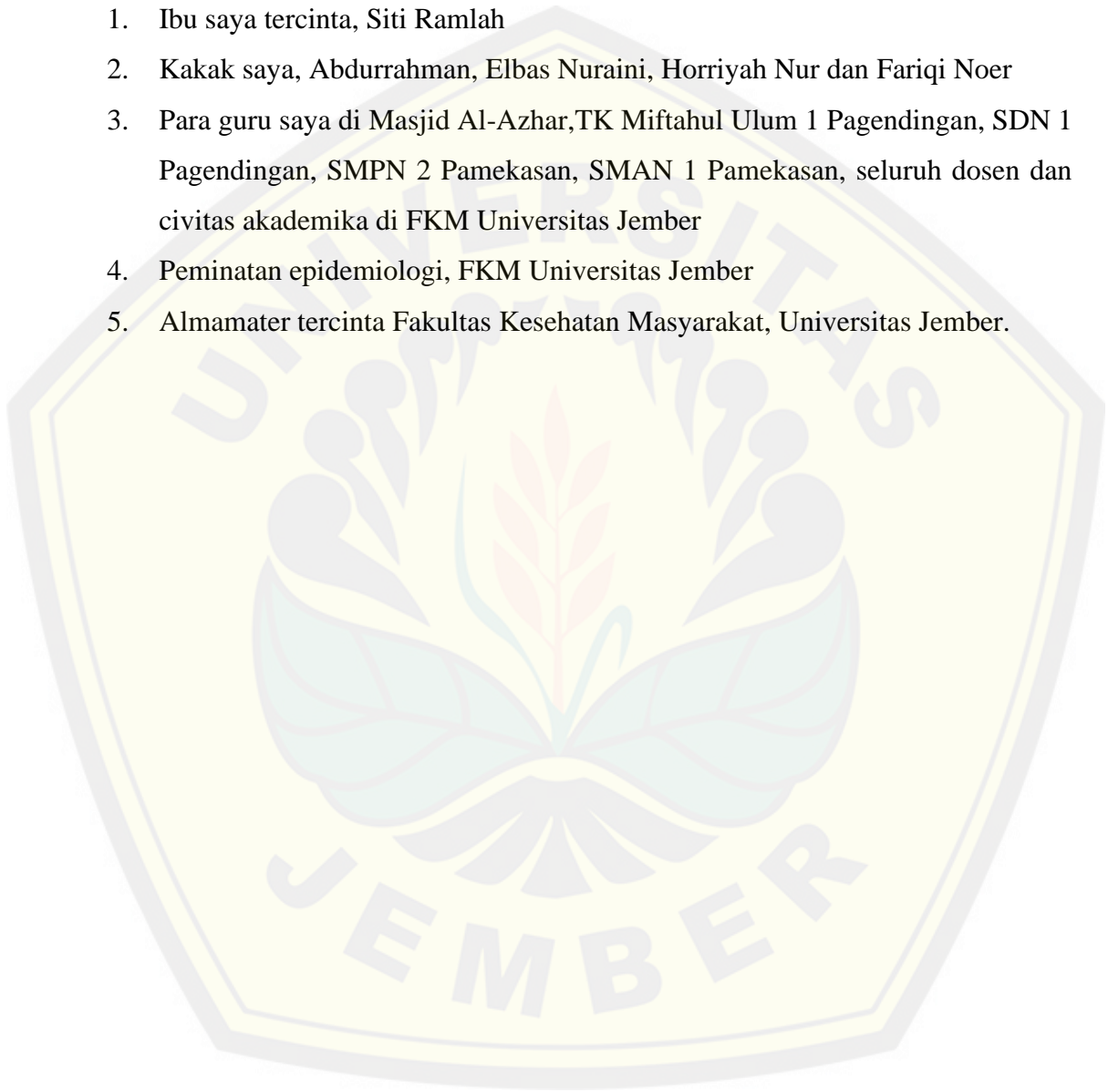
**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2019**

**PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

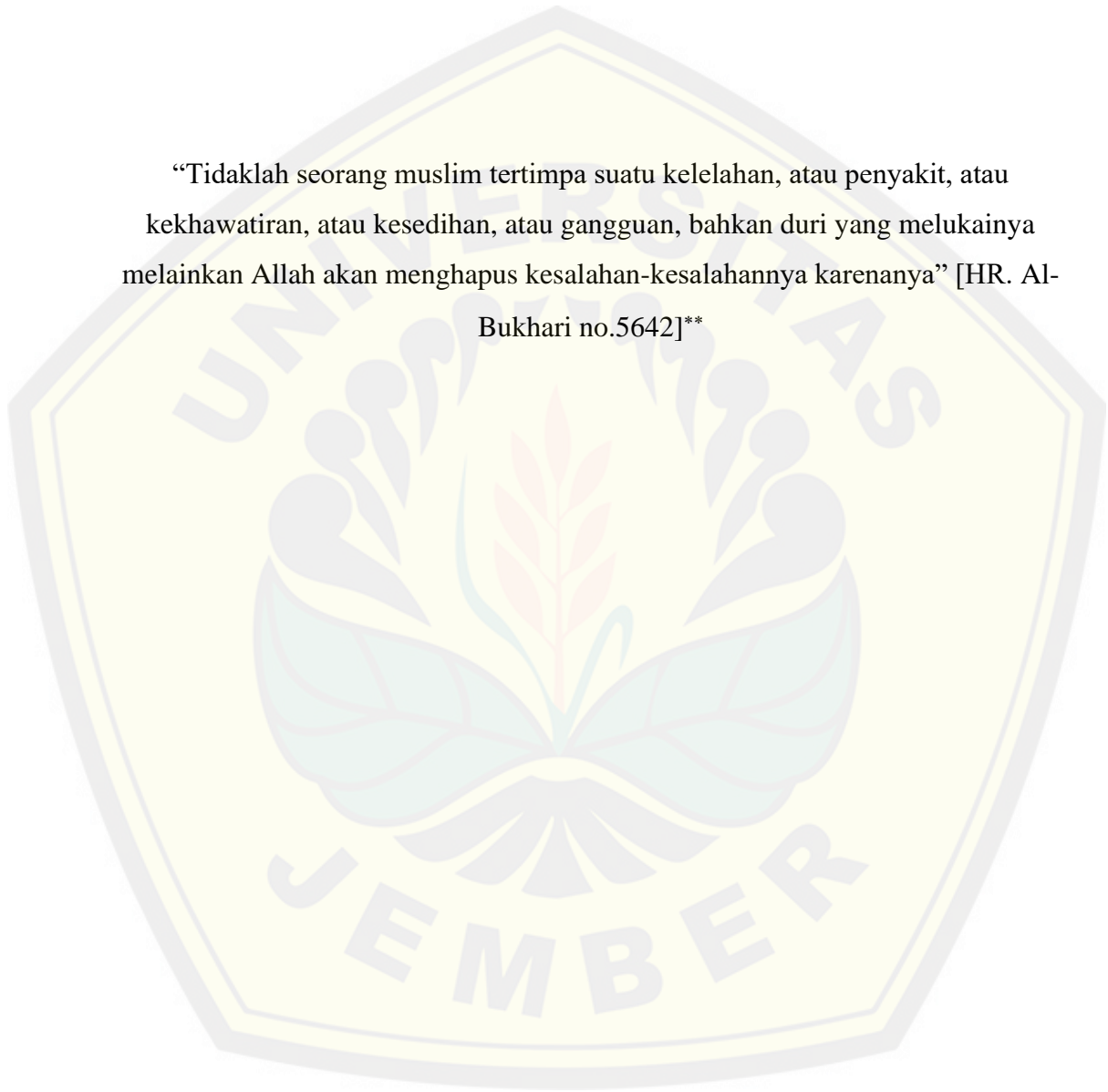
1. Ibu saya tercinta, Siti Ramlah
2. Kakak saya, Abdurrahman, Elbas Nuraini, Horriyah Nur dan Fariqi Noer
3. Para guru saya di Masjid Al-Azhar, TK Miftahul Ulum 1 Pagendingan, SDN 1 Pagendingan, SMPN 2 Pamekasan, SMAN 1 Pamekasan, seluruh dosen dan civitas akademika di FKM Universitas Jember
4. Peminatan epidemiologi, FKM Universitas Jember
5. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.



### MOTTO

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. Ia mendapat pahala (dari kebajikan) yang diusahakannya...” [Qs. Al-Baqarah:286]\*

“Tidaklah seorang muslim tertimpa suatu kelelahan, atau penyakit, atau kekhawatiran, atau kesedihan, atau gangguan, bahkan duri yang melukainya melainkan Allah akan menghapus kesalahan-kesalahannya karenanya” [HR. Al-Bukhari no.5642]\*\*



---

\*) Maktabah Alfatih. 2016. *Mushaf Ar-Rasyid*. Jakarta: Maktabah Alfatih Rasyid Media.

\*\*\*) Abdullah Al-Yamani. 2017. *Sabar*. Jakarta: Qisthi Press.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rofiqoh Noer

NIM : 142110101093

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Distres Psikologik pada Primary Family Caregiver Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 3 September 2019

Yang menyatakan,

Rofiqoh Noer

NIM.142110101093

**PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**DISTRES PSIKOLOGIK PADA *PRIMARY FAMILY CAREGIVER*  
PENDERITA SKIZOFRENIA DI WILAYAH PUSKESMAS  
PERKOTAAN KABUPATEN JEMBER**

Oleh:

Rofiqoh Noer  
NIM. 142110101093

**Pembimbing**

Dosen Pembimbing Utama  
Dosen Pembimbing Anggota

: Dr.dr. Candra Bumi, M.Si.  
: Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “*Distres Psikologik pada Primary Family Caregiver Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 3 September 2019

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing		Tanda Tangan
1. DPU	: Dr. dr. Candra Bumi, M.Si.	
NIP.	19740608 2008011012	(.....)
2. DPA	: Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.	
NIP.	: 19831113 2010122006	(.....)

Penguji		
1. Ketua	: Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.	
NIP.	: 19800516 2003122002	(.....)
2. Sekretaris	: Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.	
NIP.	: 19770108 2005012004	(.....)
3. Anggota	: Arif Yoni Setiawan, S.KM., M.PH.	
NIP.	: 19760804 2006041015	(.....)

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.  
NIP. 198005162003122002



## RINGKASAN

***Distres Psikologik pada Primary Family Caregiver Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember***; Rofiqoh Noer; 142110101093; 2019; 113 halaman; Peminatan Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Besarnya jumlah penderita skizofrenia yang tinggal dalam perawatan *primary family caregiver* (PFC) menyebabkan peningkatan beban psikologis PFC sehingga meningkatkan risiko distres psikologik. Distres psikologik dapat meningkatkan risiko penyakit kronik, penggunaan tembakau, tindakan bunuh diri pada PFC serta berpengaruh terhadap keberhasilan proses penyembuhan penderita skizofrenia. Risiko tersebut dapat terjadi pada PFC di Kabupaten Jember yang merupakan wilayah dengan jumlah skizofrenia tertinggi di Jawa Timur. Namun hingga saat ini belum terdapat penelitian terkait prevalensi serta faktor yang berhubungan dengan distres psikologik pada PFC penderita skizofrenia di Kabupaten Jember. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan distres psikologik pada PFC penderita skizofrenia di daerah Kabupaten Jember.

Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan desain penelitian *cross-sectional* yang dilakukan pada bulan Mei hingga Juni 2019. Populasi penelitian ini adalah seluruh PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember yaitu sebanyak 295 orang dengan jumlah sampel sebanyak 107 orang yang diambil dengan teknik *multistage cluster sampling*. Tahap pertama *cluster sampling* digunakan untuk menentukan puskesmas kemudian tahap kedua untuk menentukan responden secara *random sampling* dari masing-masing puskesmas terpilih yaitu Sumber Sari, Gladak Pakem, Bangsalsari, Balung serta Puger. Variabel bebas yang diteliti terdiri dari karakteristik penderita skizofrenia (jenis kelamin, usia, jenis skizofrenia dan durasi masa sakit), karakteristik PFC (jenis kelamin, usia, status marital, status ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, status kekerabatan, tipe keluarga dan lama merawat) dan tingkat dukungan sosial keluarga, sedangkan variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat distres psikologik. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang telah



dilakukan uji validitas. Data primer dianalisis menggunakan teknik analisis univariabel dan bivariabel dengan uji *chi square* yang kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan deskripsi tertulis.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa sebagian besar penderita skizofrenia adalah laki-laki (73,8%), berusia dewasa (67,2%), menderita skizofrenia hebefrenik (63,6%) dengan durasi sakit lebih dari 1 tahun (95,3%). Mayoritas PFC adalah perempuan (81,3%), merupakan lansia (67,3%), sudah menikah (85,0%), bekerja (37,4%) dengan status ekonomi berada di bawah UMR Kabupaten Jember (76,6%), tidak/belum pernah bersekolah (43%), merupakan orang tua penderita skizofrenia (66,4%) dengan tipe keluarga nuklear (71,0%) dan telah merawat penderita skizofrenia lebih dari 1 tahun (91,6%), memiliki dukungan sosial keluarga yang cukup baik (58,9%) dan tingkat distres psikologik yang tergolong normal (56,1%). Berdasarkan hasil analisis terhadap faktor karakteristik penderita skizofrenia, karakteristik PFC dan tingkat dukungan sosial keluarga didapatkan hasil bahwa distres psikologik hanya signifikan berhubungan dengan status ekonomi PFC ( $p=0,003$ ).

Berdasarkan hasil tersebut disarankan agar keluarga penderita skizofrenia lebih terbuka dan segera melapor pada petugas kesehatan setempat sehingga skizofrenia dapat segera tertangani, menghilangkan pandangan negatif terkait penyebab serta kesembuhan skizofrenia, memberikan dukungan instrumental terhadap keluarga serta penderita skizofrenia untuk patuh dalam menjalani pengobatan. Saran untuk dinas kesehatan Kabupaten Jember untuk bekerjasama dengan dinas sosial dan ketenagakerjaan untuk memberikan pelatihan kerja serta dukungan modal atau lapangan pekerjaan kepada penderita skizofrenia yang telah sembuh atau keluarga penderita, serta menguatkan promosi kesehatan terkait program kesehatan jiwa dan dukungan sosial. Perlu untuk mengembangkan variabel serta teknik analisis untuk peneliti selanjutnya.

**SUMMARY**

***Psychological Distress in Primary Family Caregiver of Schizophrenia Patients in Health Centre Services in Urban Area of Jember Regency***; Rofiqoh Noer; 142110101093; 2019; 113 pages; Department of Epidemiology and Biostatistics of Population Faculty of Public Health, University of Jember.

A large number of schizophrenia patients who live with their primary family caregiver (PFC) cause a psychological burden of the PFC which increases the risk of psychological distress. Psychological distress increases the risk of chronic disease, tobacco utilization, suicide in PFC and influences the success of schizophrenia patient's healing process. This risk can also befall PFC in Jember Regency, which is the region with the highest number of schizophrenia in East Java. However, until now there have been no studies related to the prevalence and factors associated with psychological distress in the PFC of schizophrenia patient in Jember Regency. This study aims to identify factors associated with psychological distress in the PFC of schizophrenia patient in Jember Regency.

This study used an analytical method with a cross-sectional study design conducted from May to June 2019. The population of this study was all PFCs of schizophrenia patient in health centres service in the urban area of Jember Regency, it was the amount of 295 people and 107 people of it as a sample taken by multistage cluster sampling techniques. The first stage of cluster sampling was used to determine the health centres service and then the second stage was used to determine the respondents by random sampling from each selected health centre service. The selected health centres services were Summersari, Gladak Pakem, Bangsalsari, Balung, and Puger. The independent variables studied consisted of characteristics of schizophrenia patients (gender, age, type of schizophrenia, duration of illness), characteristics of PFCs (gender, age, marital status, economic status, employment status, education, kinship status, family type and Duration of care) and the level of family social support, while the dependent variable in this study was the level of psychological distress. The instrument in this study used a questionnaire that has been tested for validity. Primary data were analyzed using

univariable and bivariable analysis techniques with the chi-square test which was then presented in the tables form and the descriptions.

In this study, it was found that the majority of schizophrenia patients were men (73.8%), were adult (67.2%), suffered from hebephrenic schizophrenia (63.6%) with a duration of illness about more than 1 year (95.3 %). The majority of PFC were women (81.3%), were elderly (67.3%), married (85.0%), had job (37.4%), had economic status below the regional minimum wage of Jember Regency (76, 6%), no/never attended school (43%), were parent of schizophrenia patients (66.4%) with nuclear family type (71.0%) and had treated the schizophrenia patients for more than 1 year (91.6%), had a fairly good family social support and normal level of psychological distress. Based on the results of the analysis of characteristics of schizophrenia patients, characteristics of PFC and the level of family social support, it was found that psychological distress was only significantly related to economic status of PFC ( $p = 0.003$ ).

Based on these results it is suggested that families of schizophrenia patient be wide open and report to local health workers immediately so that schizophrenia can be dealt immediately, eliminating negative opinion related to treatment and causal factor of schizophrenia, providing instrumental support for schizophrenia patients and their families to adhere to the treatment. Suggestions for the Jember health department to collaborate with social and labour department to provide job training and funds support or employment to schizophrenia patients who have recovered or their families, strengthen health promotion related to mental health programs and social support. As well as the need to develop variables and analysis techniques for future researchers.

## PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Distres Psikologik pada Primary Family Caregiver Penderita Skizofrenia di Wilayah Pukesmas Perkotaan Kabupaten Jember* sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini berisi tentang faktor yang berhubungan dengan distres psikologik yang terjadi pada PFC penderita skizofrenia. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi masyarakat, khususnya seluruh instansi yang terkait dengan penanganan gangguan kesehatan mental skizofrenia serta distres psikologik pada keluarganya serta dapat berkontribusi terhadap pengembangan keilmuan. Penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan kepada pihak-pihak atas terselesaikannya skripsi ini, yaitu:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Bapak Dr. dr. Candra Bumi, M.Si. selaku dosen pembimbing utama atas segala waktu yang diluangkan untuk membimbing penulis, kesabarannya dalam menasihati dan memberikan arahan serta bimbingan yang sungguh membangun dan menambah khazanah pengetahuan penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
3. Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing anggota yang telah bersedia meluangkan waktu, membagi ilmu, saran, koreksi serta senantiasa menularkan semangat baru selama proses bimbingan hingga tugas akhir skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku penguji utama serta dosen pembimbing akademik yang dengan kesabaran dan perhatiannya telah memberikan saran dan semangat sehingga skripsi ini bisa terselesaikan dengan baik



5. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. selaku sekretaris penguji atas kesediaannya meluangkan waktu untuk memberikan semangat, koreksi serta saran yang membangun sehingga skripsi ini bisa terselesaikan dengan baik
6. Bapak Arif Yoni Setiawan selaku dosen penguji anggota atas saran dan masukan terkait perbaikan skripsi ini
7. Seluruh dosen FKM Universitas Jember yang telah sabar berbagi ilmu kepada penulis selama proses perkuliahan.
8. Seluruh keluarga dan saudara seperjuangan dakwah anggota grup *Newbe*, FSLDK Puskomda Jember Raya, serta Mentoring Raihana yang telah menguatkan dengan doa, nasihat dan semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini
9. Mas Wenda selaku koordinator program kesehatan jiwa dinas kesehatan Kabupaten Jember serta seluruh koordinator program kesehatan jiwa di Puskesmas Kabupaten Jember yang telah membantu dan memberikan pengarahan selama pengambilan data.
10. Seluruh PFC penderita skizofrenia yang telah bersedia meluangkan waktu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini,

Terima kasih telah menjadi bagian dari perjuangan selama ini. Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 3 September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>x</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xx</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI</b> .....	<b>xxi</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 Tujuan</b> .....	<b>4</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	<b>4</b>
1.3.2 Tujuan Khusus .....	<b>4</b>
<b>1.4 Manfaat</b> .....	<b>5</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	<b>5</b>
1.4.2 Manfaat Praktis .....	<b>5</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Skizofrenia</b> .....	<b>6</b>
2.1.1 Definisi dan Penyebab .....	<b>6</b>



2.1.2	Gejala .....	7
2.1.3	Jenis Skizofrenia .....	8
2.1.4	Epidemiologi .....	8
<b>2.2</b>	<b>Primary Family Caregiver (PFC) .....</b>	<b>9</b>
2.2.1	Definisi .....	9
2.2.2	Beban PFC Penderita Skizofrenia .....	10
<b>2.3</b>	<b>Distres Psikologik .....</b>	<b>11</b>
2.3.1	Definisi .....	11
2.3.2	Faktor Risiko Distres Psikologik .....	12
2.3.3	Prevalensi .....	15
2.3.4	Pengukuran Distres Psikologik .....	19
<b>2.4</b>	<b>Distres Psikologik pada PFC Penderita Skizofrenia .....</b>	<b>22</b>
2.4.1	Stresor .....	22
2.4.2	Mediator .....	23
2.4.3	Latar Belakang PFC .....	24
<b>2.5</b>	<b>Kerangka Teori .....</b>	<b>27</b>
<b>2.6</b>	<b>Kerangka Konsep .....</b>	<b>28</b>
<b>2.7</b>	<b>Hipotesis Penelitian .....</b>	<b>29</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>30</b>
<b>3.3</b>	<b>Penentuan Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>30</b>
3.3.1	Populasi Penelitian .....	30
3.3.2	Sampel Penelitian .....	31
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel Penelitian .....	32
<b>3.4</b>	<b>Variabel dan Definisi Operasional .....</b>	<b>34</b>
3.4.1	Variabel Penelitian .....	34
3.4.2	Definisi Operasional .....	34
<b>3.5</b>	<b>Data dan Sumber Data .....</b>	<b>38</b>
3.5.1	Data Primer .....	38
3.5.2	Data Sekunder .....	39

<b>3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian.....</b>	<b>39</b>
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	39
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	40
<b>3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data.....</b>	<b>41</b>
3.7.1 Teknik Pengolahan Data.....	41
3.7.2 Teknik Penyajian Data.....	41
3.7.3 Teknik Analisis Data.....	42
<b>3.8 Alur Penelitian .....</b>	<b>43</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>44</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>44</b>
4.1.1 Gambaran Karakteristik Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	44
4.1.2 Gambaran Karakteristik PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	45
4.1.3 Gambaran Tingkat Dukungan Sosial Keluarga PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	46
4.1.4 Gambaran Tingkat Distres Psikologik pada PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	47
4.1.5 Hubungan Karakteristik Penderita Skizofrenia dengan Tingkat Distres Psikologik pada PFC di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	47
4.1.6 Hubungan Karakteristik PFC dengan Tingkat Distres Psikologik pada PFC di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	49
4.1.7 Hubungan Dukungan Sosial Keluarga PFC dengan Tingkat Distres Psikologik pada PFC di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	53
<b>4.2 Pembahasan.....</b>	<b>54</b>
4.2.1 Gambaran Karakteristik Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	54
4.2.2 Gambaran Karakteristik PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	61

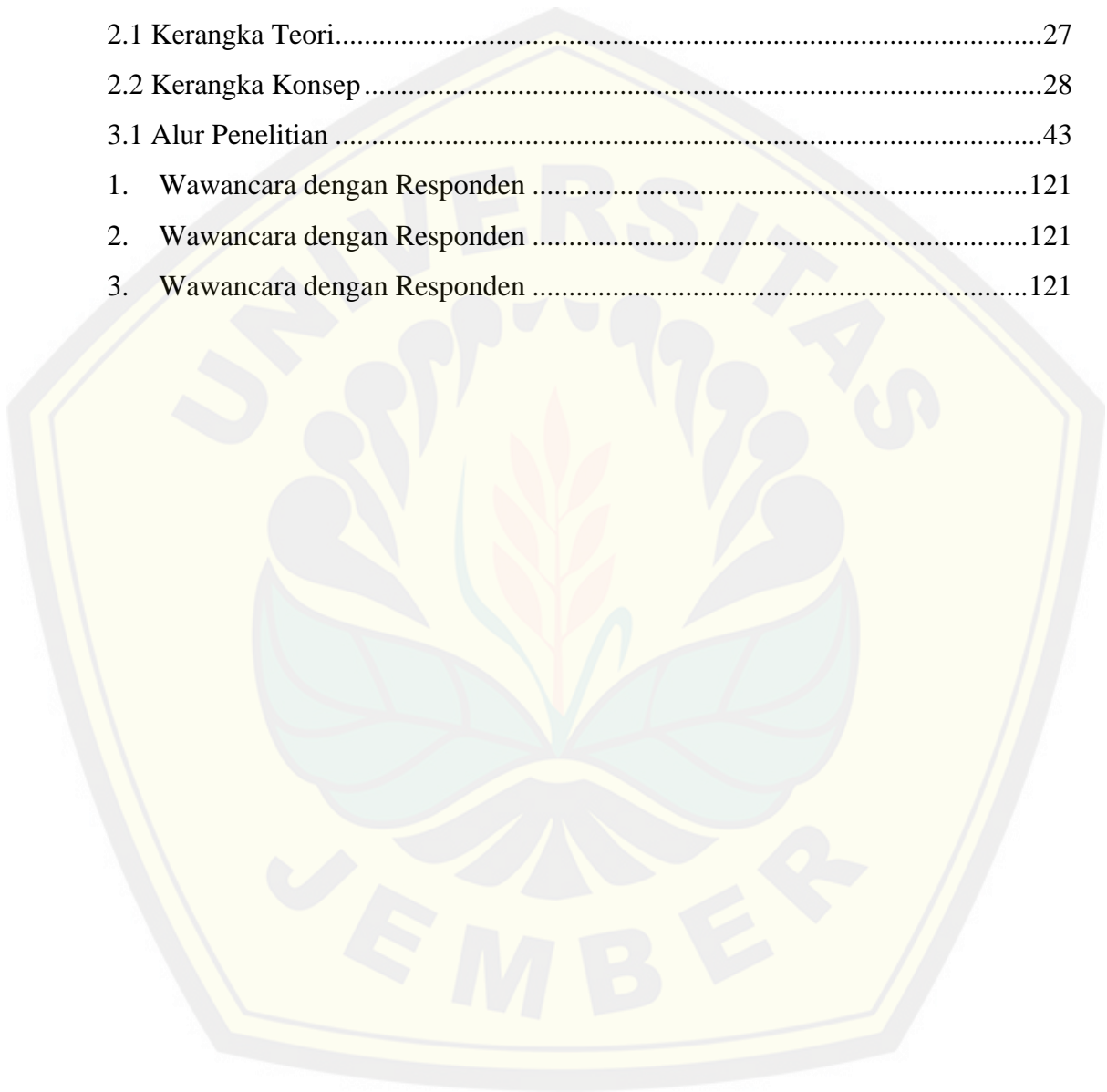
4.2.3	Gambaran Tingkat Dukungan Sosial Keluarga PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	67
4.2.4	Gambaran Tingkat Distres Psikologik pada PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	68
4.2.5	Hubungan Karakteristik Penderita Skizofrenia dengan Tingkat Distres Psikologik pada PFC di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	69
4.2.6	Hubungan Karakteristik PFC dengan Tingkat Distres Psikologik pada PFC di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	75
4.2.7	Hubungan Dukungan Sosial Keluarga PFC dengan Tingkat Distres Psikologik pada PFC di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	90
<b>4.3</b>	<b>Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>92</b>
<b>BAB 5. PENUTUP.....</b>		<b>93</b>
<b>5.1</b>	<b>Kesimpulan.....</b>	<b>93</b>
<b>5.2</b>	<b>Saran 94</b>	
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>95</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>114</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
3.1 Besar Sampel PFC .....	33
3.2 Definisi Operasional .....	35
4.1 Karakteristik Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	44
4.2 Karakteristik PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	45
4.3 Tingkat Dukungan Sosial Keluarga PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	46
4.5 Hubungan Karakteristik Penderita Skizofrenia dengan Distres Psikologik pada PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	48
4.6 Hubungan Karakteristik PFC dengan Distres Psikologik pada PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember .....	50
4.7 Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Distres Psikologik pada PFC Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember.....	53

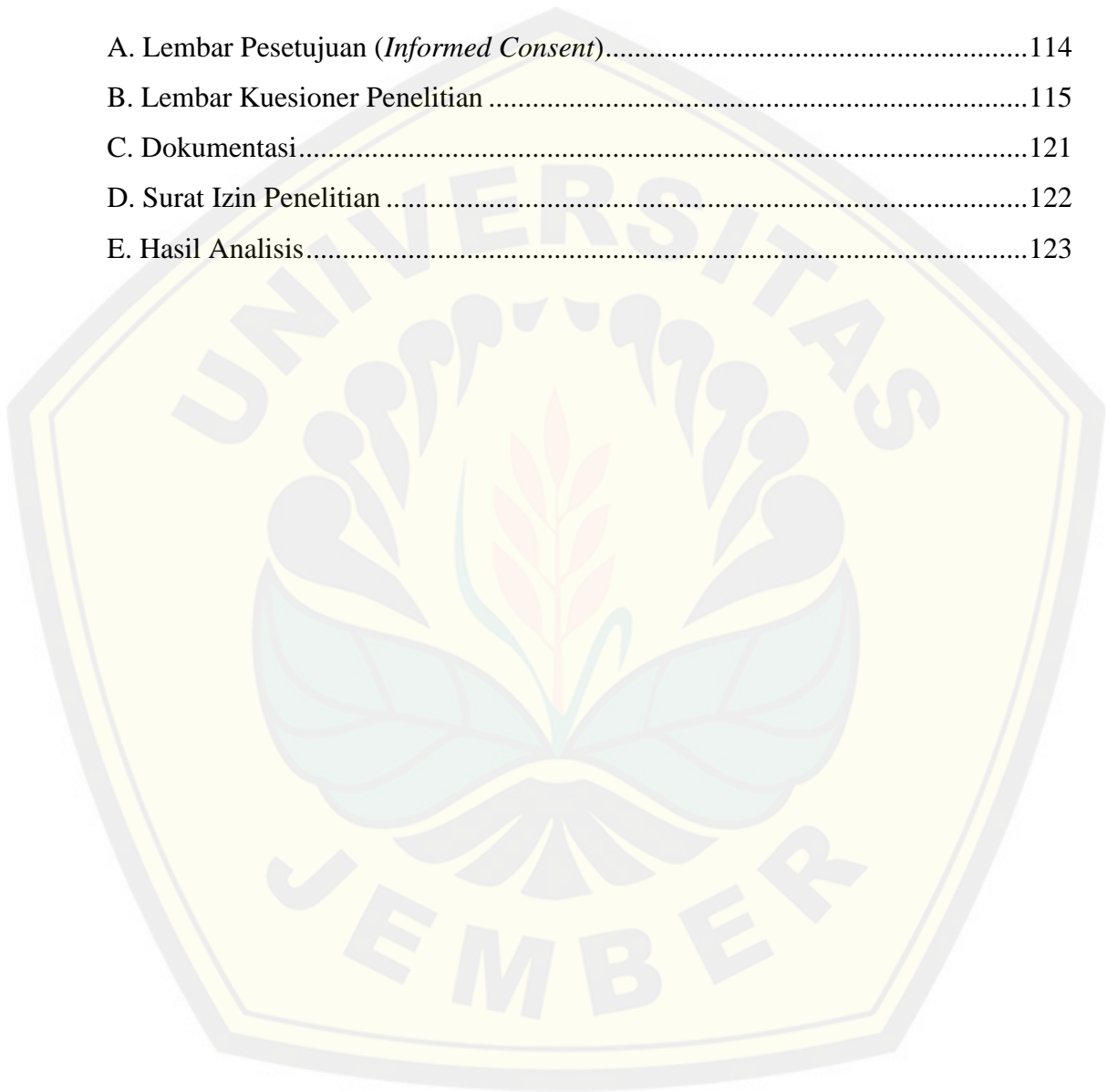
**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	27
2.2 Kerangka Konsep.....	28
3.1 Alur Penelitian.....	43
1. Wawancara dengan Responden.....	121
2. Wawancara dengan Responden.....	121
3. Wawancara dengan Responden.....	121



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Lembar Pesetujuan ( <i>Informed Consent</i> ).....	114
B. Lembar Kuesioner Penelitian .....	115
C. Dokumentasi.....	121
D. Surat Izin Penelitian .....	122
E. Hasil Analisis.....	123





## DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

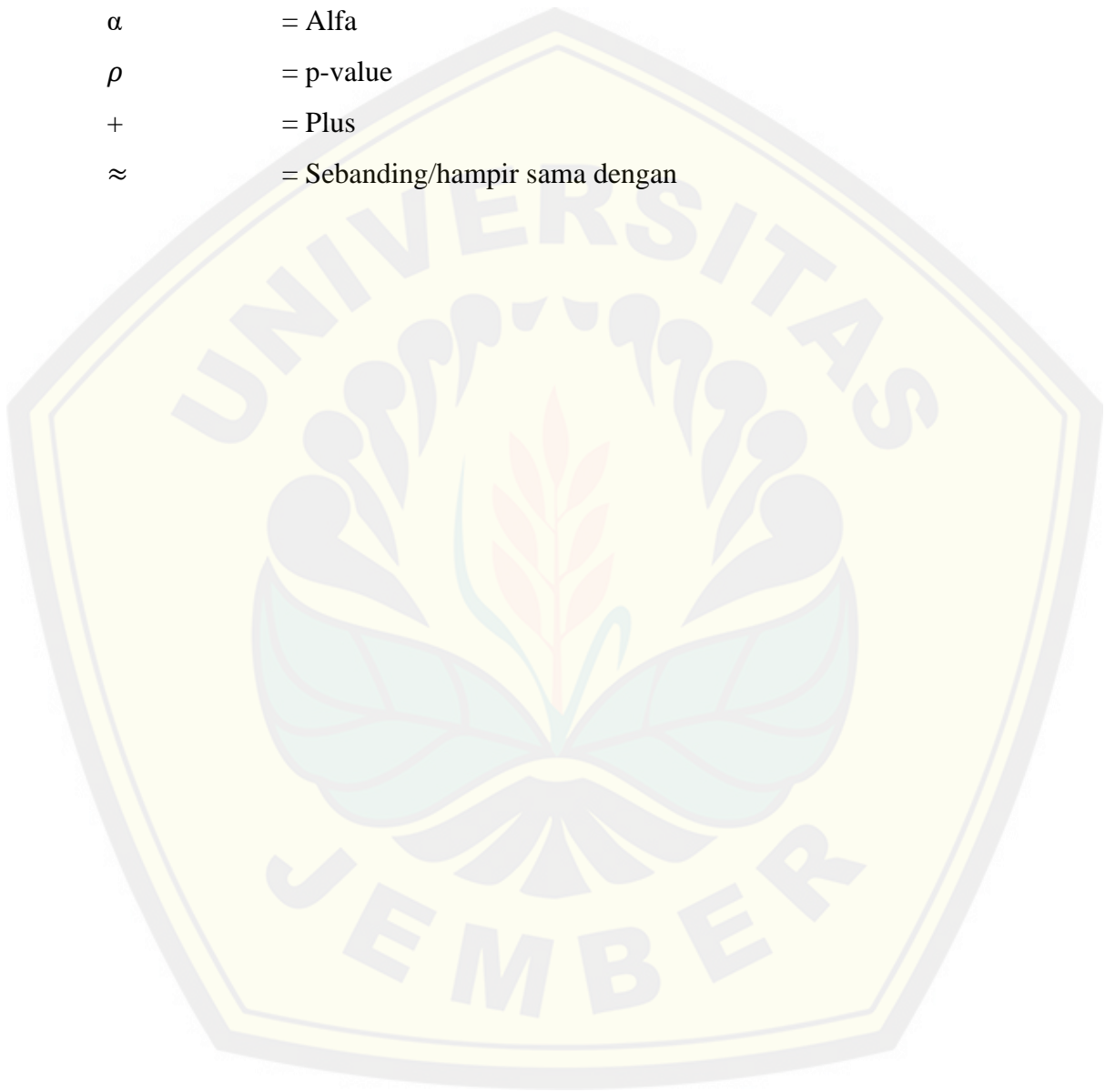
### DAFTAR SINGKATAN

BEAM	= <i>Brain Electrical Activity Mapping</i>
CAT	= <i>Computerized Axial Tomography Scan</i>
CI	= <i>Confidence Interval</i>
DIS	= <i>Diagnostic Interview Schedule</i>
DSM	= <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder</i>
EEG	= <i>Electroencephalography</i>
EOS	= <i>Early Onset Schizophrenia</i>
EMG	= <i>Electromyograph</i>
GHQ	= <i>General Health Quesioner</i>
GSR	= <i>Galvanik Skin Response</i>
K-10	= <i>Kessler Psychological Distress Scale-10</i>
MRI	= <i>Magnetic Resonance Imagine</i>
ODGJ	= <i>Orang Dengan Gangguan Jiwa</i>
OR	= <i>Odds Ratio</i>
PET	= <i>Positron Emission Tomography scan</i>
PFC	= <i>Primary Family Caregiver</i>
RP	= <i>Ratio Prevalence</i>
SAD	= <i>Schedule for Affective Disorder</i>
SCID	= <i>Structured Clinical Interview for DSM-III</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>
UMR	= <i>Upah Minimum Regional</i>

### DAFTAR NOTASI

Notasi	= Arti
-	= Sampai dengan dan edisi
%	= Persentase
/	= Per dan atau

$>$	= Lebih besar dari
$<$	= Lebih kecil dari
$\geq$	= Lebih besar dari sama dengan
$\leq$	= Lebih kecil dari sama dengan
$\alpha$	= Alfa
$\rho$	= p-value
$+$	= Plus
$\approx$	= Sebanding/hampir sama dengan



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Besarnya jumlah penderita skizofrenia yang tidak sebanding dengan jumlah kapasitas kamar untuk penderita skizofrenia di rumah sakit jiwa menjadikan sebagian besar penderita skizofrenia harus tinggal dalam perawatan keluarga mereka atau *primary family caregiver* (PFC) (Suryani, 2015:2). Terdapat sekitar 282.654 keluarga di Indonesia saat ini merawat anggota keluarganya yang mengalami skizofrenia, dan 43.890 diantaranya adalah keluarga yang berdomisili di daerah Jawa Timur (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019:222). Meskipun peran PFC sangat penting untuk mendukung kesembuhan penderita skizofrenia, namun tugas tersebut justru sering menyebabkan PFC mengalami gangguan kesehatan mental yaitu distres psikologik. Terdapat sekitar 40-50% PFC penderita skizofrenia mengalami distres psikologik (Cw *et al.*, 2013:843; Gater *et al.*, 2014:4). Distres psikologik dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan PFC terhadap penderita skizofrenia sehingga dapat berdampak pada keberhasilan proses penyembuhan penderita skizofrenia yang sebagian besar hidup dan tinggal dalam perawatan keluarga (Raj *et al.*, 2016:48). Data riset kesehatan dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa Jawa Timur termasuk enam besar wilayah dengan prevalensi skizofrenia tertinggi di Indonesia yaitu 2,2 permil dari penduduknya dengan 1,8 diantaranya tersebar di daerah perkotaan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013:126). Kabupaten Jember merupakan wilayah dengan jumlah penderita skizofrenia tertinggi dibandingkan wilayah Jawa Timur lainnya, yaitu sekitar 24,1 permil dari penduduknya (Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI, 2013:225).

Hidup bersama penderita skizofrenia dapat meningkatkan beban PFC, salah satunya adalah beban psikologis (Raj *et al.*, 2016:47). Sifat gangguan skizofrenia menyebabkan penderita mengalami keterbatasan dan penurunan fungsi tubuh. Keterbatasan tersebut berdampak pada peningkatan tuntutan kebutuhan keuangan, psikologis dan sosial keluarga penderita skizofrenia (Stanley *et al.*, 2017:137).

Hal ini menurut Stanley *et al.* (2017:138) menjadi salah satu faktor penyebab beban psikologis pada PFC. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya distress psikologik yang ditandai dengan depresi dan ansietas pada PFC penderita skizofrenia (Mathew *et al.*, 2016:3; Yusuf *et al.*, 2017:9). Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa tingkat depresi dan ansietas pada keluarga yang merawat penderita skizofrenia lebih tinggi dibandingkan individu yang tidak memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia (El-tantawy *et al.*, 2010:18; Suhita *et al.*, 2015:119). Oldridge dan Hughes (dalam Saunders, 2003:181) menyebutkan bahwa anggota keluarga yang tinggal dan mengurus anggota keluarganya yang menderita skizofrenia memiliki risiko dua kali lebih besar untuk mengalami distress psikologik dibandingkan populasi normal pada umumnya.

Terjadinya distress psikologik pada PFC penderita skizofrenia dapat bergantung pada beberapa faktor seperti karakteristik penderita skizofrenia dan PFC serta dukungan sosial terhadap PFC (Raj *et al.*, 2016:46). Karakteristik penderita skizofrenia seperti jenis kelamin, usia dan durasi sakit diketahui berhubungan dengan terjadinya distress psikologik pada PFC (Lerner *et al.*, 2015:6). Gejala khas yang berbeda-beda berdasarkan jenis skizofrenia juga dapat berhubungan dengan tingkat distress psikologik pada PFC, meskipun hingga saat ini belum terdapat penelitian mengenai hubungan jenis skizofrenia yang diderita dengan tingkat distress psikologik pada PFC penderita skizofrenia.

Karakteristik PFC misalnya usia, jenis kelamin, ekonomi, status kekerabatan dengan penderita skizofrenia juga diketahui berhubungan dengan terjadinya distress psikologik pada PFC penderita skizofrenia (Sintayehu *et al.*, 2015:8; Sharma *et al.*, 2017:260). Menurut Mitsonis *et al.* (2012:334), karakteristik PFC yang memiliki hubungan signifikan dengan terjadinya distress pada PFC hanya jenis kelamin PFC. Selain faktor internal dari penderita skizofrenia maupun PFC, tingkat distress psikologik pada PFC juga dapat berhubungan dengan faktor eksternal misalnya dukungan sosial dari keluarga terhadap PFC. Hal ini sejalan dengan temuan Raj *et al.* (2016:47) bahwa PFC dengan dukungan sosial keluarga yang baik cenderung

memiliki tingkat distres psikologik yang lebih rendah dibandingkan dengan PFC dengan dukungan sosial yang kurang baik.

Perawatan terhadap penderita skizofrenia akan memberikan hasil yang positif ketika orang yang merawat mereka tidak merasa tertekan, sehingga status kesehatan mental PFC penderita skizofrenia sangat penting untuk diperhatikan (Liu *et al.*, 2015:8). Kondisi distres psikologik pada PFC dapat mempengaruhi tindakan mereka dalam memberikan perawatan seperti tindakan kasar secara fisik maupun verbal sehingga mempengaruhi hasil perawatannya terhadap penderita skizofrenia (Smith *et al.*, 2011:587). Selain berdampak pada penderita skizofrenia yang sedang dirawatnya, distres psikologik juga dapat menimbulkan dampak negatif terhadap diri PFC. Dampak negatif distres psikologik tersebut dapat berupa peningkatan risiko mengalami penyakit kronik, penggunaan tembakau, munculnya niat bunuh diri bahkan tindakan bunuh diri (Jaisoorya *et al.*, 2017:59; Jackson dan Sudlow, 2018:5; Mclachlan dan Gale, 2018:82; Savolainen *et al.*, 2018:79).

Jumlah PFC yang mengalami distres psikologik dapat sebanding dengan jumlah penderita skizofrenia. Namun hingga saat ini masih belum ada penelitian mengenai kondisi distres psikologik pada PFC penderita skizofrenia serta faktor yang berhubungan dengan kondisi tersebut di daerah Kabupaten Jember. Hasil penelitian ini dapat digunakan dalam merancang program kesehatan keluarga penderita skizofrenia. Besarnya dampak yang dapat ditimbulkan distres psikologik menjadikan penelitian mengenai faktor yang berhubungan dengan distres psikologik pada PFC penderita skizofrenia penting untuk dilakukan.

## 1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “faktor apa saja yang berhubungan dengan distres psikologik pada PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember?”



### 1.3 Tujuan

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan distress psikologis pada PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini diantaranya untuk:

- a. Menggambarkan karakteristik penderita skizofrenia (jenis kelamin, usia, jenis skizofrenia, durasi masa sakit) di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- b. Menggambarkan karakteristik PFC penderita skizofrenia (jenis kelamin, usia, status marital, status ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, status kekerabatan, tipe keluarga dan lama merawat) di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- c. Menggambarkan tingkat dukungan sosial keluarga PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- d. Menggambarkan tingkat distress psikologis PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- e. Menganalisis hubungan karakteristik penderita skizofrenia dengan tingkat distress psikologis pada PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- f. Menganalisis hubungan karakteristik PFC dengan tingkat distress psikologis pada PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- g. Menganalisis hubungan dukungan sosial keluarga terhadap PFC dengan tingkat distress psikologis pada PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.



## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat khususnya bidang epidemiologi terkait kesehatan mental penderita skizofrenia dan keluarganya.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

#### a. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa mengenai epidemiologi terkait kesehatan mental penderita skizofrenia dan PFC yang ada di puskesmas Kabupaten Jember.

#### b. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi kajian bidang epidemiologi terkait kondisi kesehatan mental khususnya distress psikologik dan skizofrenia.

#### c. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan salah satu pertimbangan dalam pembuatan kebijakan mengenai program kesehatan mental untuk penderita skizofrenia dan keluarganya.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Skizofrenia

#### 2.1.1 Definisi dan Penyebab

Skizofrenia adalah salah satu gangguan kesehatan mental. Kesehatan mental menurut WHO (dalam World Federation for Mental Health, 2014:12) adalah sebuah kondisi sejahtera dimana individu menyadari kemampuannya, mampu mengatasi stres yang normal terjadi dalam kehidupan, mampu bekerja secara produktif dan mampu berkontribusi terhadap komunitasnya. Selain itu, undang-undang nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Sedangkan gangguan kesehatan mental adalah semua perilaku atau kondisi emosional yang dapat menyebabkan seseorang menderita, perilaku atau emosional yang merusak diri sendiri, menyebabkan penurunan kemampuan seseorang dalam bekerja atau berinteraksi dengan orang lain, perilaku atau kondisi emosional yang membahayakan orang lain atau komunitas (Wade dan Travis, 2007:322).

Istilah Skizofrenia pertama kali muncul pada tahun 1911 oleh seorang psikiater Swiss bernama Eugen Bleuler. Istilah ini berasal dari bahasa Yunani *schistos* yang berarti “terpotong” atau terpecah serta *phren* yang berarti “otak”. Berdasarkan akar kata tersebut, skizofrenia dapat diartikan sebagai kondisi terpisahnya fungsi otak yang mempengaruhi fungsi kognisi, respon perasaan dan tingkah laku (Nevid *et al.*, 2003:135). Faktor penyebab skizofrenia hingga saat ini masih belum dapat diketahui secara pasti, namun menurut Nevi *et al.* (2003:136) interaksi antara faktor biologis maupun faktor psikososial dapat mendukung berkembangnya skizofrenia. Faktor biologis yang dapat meningkatkan risikoterjadinya skizofrenia adalah genetik, terjadinya ketidak teraturan dalam

sistem neurotransmitter pada otak, kerusakan struktural jaringan otak, dan adanya infeksi virus yang mempengaruhi perkembangan otak pada masa prenatal atau selama masa awal kehidupan. Sedangkan faktor psikososial yang dapat berpotensi mendukung berkembangnya skizofrenia adalah pengalaman hidup yang penuh stresor.

### 2.1.2 Gejala

Kode penentuan diagnosis skizofrenia hingga saat ini terus berkembang dan semakin spesifik. Berdasarkan pedoman diagnosis gangguan kesehatan jiwa DSM IV, terdapat empat ciri utama yang ditunjukkan oleh individu yang mengalami gangguan skizofrenia yaitu:

#### a. Gangguan Pikiran

Gangguan pikiran yang dapat dikenali dari penderita skizofrenia adalah adanya waham dan halusinasi. Waham adalah keyakinan yang salah yang menetap dalam pikiran seseorang tanpa mempertimbangkan adanya dasar dan bukti pendukung dari keyakinan tersebut. Waham cenderung tidak dapat tergoyahkan meskipun telah dihadapkan pada bukti yang bertentangan. Waham pada penderita skizofrenia memiliki beberapa bentuk diantaranya adalah waham persekusi, waham referensi, waham dikendalikan serta waham kebesaran.

#### b. Gangguan Pembicaraan

Gangguan dalam organisasi, pemrosesan dan kendali pikiran yang terjadi pada penderita skizofrenia menyebabkan pembicaraan penderita menjadi tidak teratur dan tidak koheren. Pembicaraan penderita cenderung melompat dari satu topik ke topik lain yang tidak memiliki keterkaitan satu sama lain. Gangguan berbicara lainnya yang terjadi pada penderita skizofrenia adalah *neologisme* yaitu kata-kata yang tidak memiliki makna bagi orang lain, *perseverasi* yaitu pengulangan kata terus-menerus, *clanging* yaitu merangkai kata secara bersamaan hingga membentuk rima tertentu namun tidak memiliki makna, serta *blocking* yaitu berhentinya pembicaraan secara tiba-tiba. Gangguan berbicara ditemukan lebih sering dan lebih parah terjadi pada penderita usia muda.

### c. Gangguan Persepsi

Gangguan persepsi berupa halusinasi adalah gambaran yang dipersepsi tanpa adanya stimulus dari lingkungan sehingga penderita sulit untuk membedakannya dengan kenyataan. Halusinasi dapat berupa halusinasi auditoris seperti mendengar suara, halusinasi taktil seperti ada sensasi digelitik, tersengat listrik atau terbakar. Selain itu juga terdapat halusinasi visual seperti melihat sesuatu yang tidak ada serta halusinasi gustatoris seperti merasakan sesuatu yang tidak ada dengan lidah)

### 2.1.3 Jenis Skizofrenia

Jenis skizofrenia menurut DSM-IV terbagi menjadi tiga jenis yaitu tipe tidak terorganisasi, tipe katatonik serta tipe paranoid. Tipe tidak terorganisasi biasanya ditandai oleh perilaku yang tidak terkontrol hiperaktif, waham yang bertema religius, mengabaikan penampilan dan kebersihan personal. Sedangkan tipe katatonik ditandai dengan penurunan perilaku motorik yaitu *waxy flexibility* yaitu kondisi dimana penderita berada pada posisi tetap dalam waktu yang lama. Tipe skizofrenia paranoid memiliki ciri fokus terhadap satu atau lebih waham serta adanya halusinasi auditoris. Merujuk pada PPDGJ-III dan DSM-5, Maslim (2013) menambahkan adanya jenis skizofrenia baru yaitu skizofrenia hebefrenik. Skizofrenia hebefrenik adalah jenis skizofrenia yang biasanya ditegakkan pada individu dengan gejala skizofrenia pada usia remaja atau dewasa awal (15-25 tahun). Ciri khusus dari individu yang menderita skizofrenia jenis ini adalah memiliki kepribadian premorbid seperti pemalu, senang menyendiri serta munculnya tindakan-tindakan yang tidak memiliki tujuan yang jelas.

### 2.1.4 Epidemiologi

Badan kesehatan dunia menyebutkan bahwa terdapat sekitar 23 juta penduduk dunia saat ini menderita skizofrenia (World Health Organization, 2018). Gejala skizofrenia biasanya mulai terjadi pada usia remaja akhir dan usia sekitar 30



tahun. Beberapa penelitian menunjukkan adanya perbedaan proporsi, waktu *onset* dan keparahan berdasarkan gender. Laki-laki memiliki risiko 2 kali lebih besar untuk mengalami skizofrenia dibandingkan perempuan (Zahnia dan Sumekar, 2016:161). Hal ini terjadi dimungkinkan karena laki-laki memiliki peran sebagai penopang utama rumah tangga sehingga memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami tekanan, sedangkan perempuan yang memiliki kecenderungan lebih mampu menerima situasi kehidupannya menjadikan perempuan memiliki risiko yang lebih rendah dibandingkan laki-laki (Erlina *et al.*, 2010:76). Meskipun demikian, Ayano (2016:3) menyebutkan bahwa tidak terdapat perbedaan prevalensi skizofrenia pada laki-laki maupun perempuan.

Perbedaan antara skizofrenia pada laki-laki dan perempuan juga terlihat berdasarkan waktu *onset*. Waktu *onset* pada laki-laki cenderung lebih awal dibandingkan pada perempuan, yaitu pada usia 20-24 tahun pada laki-laki dan 29-32 tahun pada perempuan (Stilo dan Murray, 2010:306; Ayano, 2016:3). Hal ini kemungkinan terjadi karena adanya pengaruh aktivitas *antidopaminergic* dari estrogen pada perempuan (Falkenburg dan Tracy, 2012:3). Waktu *onset* yang lebih awal pada laki-laki menurut Stilo dan Murray (2010:306) berkontribusi pada meningkatnya kerentanan kerusakan neuron pada laki-laki sehingga menyebabkan skizofrenia pada laki-laki cenderung lebih parah dibandingkan pada perempuan. Selain itu juga terdapat variasi kejadian skizofrenia berdasarkan tempat atau wilayah. Stilo dan Murray (2010:308) menyebutkan bahwa skizofrenia lebih banyak terjadi pada masyarakat di perkotaan, yaitu di daerah dengan tingkat kohesi yang rendah dan tingkat isolasi sosial yang tinggi.

## **2.2 Primary Family Caregiver (PFC)**

### **2.2.1 Definisi**

*Primary family caregiver* menurut Houtven (2015:105) memiliki arti yang sama dengan *informal caregiver* atau *caregiver*, yaitu pengasuh informal utama (kerabat, teman atau tetangga yang memiliki hubungan pribadi dengan penerima perawatan) yang memberikan perawatan secara intensif. PFC menurut *National*

*Health Committee* (dalam Goodhead dan McDonald, 2007:13) adalah seseorang yang melakukan perawatan terhadap seorang teman, anggota keluarga, atau tetangga karena sakit, lemah, dan cacat sehingga tidak mampu menjalani hidup tanpa bantuan orang lain. Houtven menambahkan bahwa PFC sebagian besar merupakan pegasuh informal artinya tidak mendapatkan bayaran atas perawatan yang diberikannya dan sebagian besar tidak terlatih. Sedangkan menurut Zarit dan Zarit (2015:21), PFC adalah seseorang atau anggota keluarga yang memberikan bantuan atau perawatan kepada anggota keluarganya yang mengalami gangguan kesehatan atau yang membutuhkan pengawasan secara rutin. Berdasarkan definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa PFC adalah individu yang memberikan perawatan secara intensif dan tanpa upah kepada anggota keluarga, teman maupun kerabatnya yang menderita penyakit atau cacat.

### 2.2.2 Beban PFC Penderita Skizofrenia

PFC dapat mengalami pengalaman negatif selama merawat penderita skizofrenia. Pengalaman negatif tersebut dapat memberikan dampak negatif terhadap diri PFC. Dampak negatif yang dialami oleh keluarga penderita skizofrenia sebagai konsekuensi dari peran mereka sebagai PFC secara umum disebut sebagai beban (Lippi, 2016:2). Lippi (2016:2) menyebutkan bahwa beban adalah sejauh mana PFC memandang kesehatan emosional, fisik, keuangan, dan kehidupan sosial mereka berada pada kondisi menderita sebagai akibat dari merawat kerabat mereka yang mengalami gangguan kesehatan kronik. Beban dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu beban objektif dan subjektif. Beban objektif berkenaan dengan kesulitan atau dampak negatif yang dapat diamati dan terukur secara konkrit seperti perubahan rutinitas rumah tangga, perubahan ekonomi dan biaya kesehatan yang harus dikeluarkan dan lain-lain. Sedangkan beban subjektif berkenaan dengan sejauh mana PFC merasa terbebani disebabkan situasi yang sedang dihadapinya sehingga menghasilkan reaksi psikologis dan mempengaruhi kesejahteraannya.

PFC penderita skizofrenia memiliki beban objektif dan subjektif yang lebih tinggi dibandingkan PFC penderita penyakit fisik kronik atau penyakit kejiwaan



lainnya (Lippi, 2016:2). Beban objektif yang terjadi pada PFC diantaranya adalah beban finansial, terganggunya aktivitas rutin keluarga, terganggunya interaksi keluarga, terganggunya kesehatan fisik dan mental keluarga, serta berkurangnya waktu luang atau istirahat PFC. Beban finansial merupakan beban paling berat yang terjadi pada sekitar 90% PFC, sedangkan gangguan kesehatan fisik merupakan beban PFC dengan tingkat terendah (Lasebikan dan Ayinde, 2013:63). Mandal *et al.* (2014:345) menyebutkan bahwa PFC laki-laki diketahui memiliki tingkat beban yang lebih tinggi dibandingkan PFC perempuan. Namun demikian, beberapa penelitian lainnya menemukan hal sebaliknya (Thunyadee *et al.*, 2015:416; Yazici *et al.*, 2016:99). Selain itu, PFC yang merupakan orang tua dari penderita skizofrenia juga diketahui memiliki tingkat beban yang lebih tinggi dibandingkan PFC yang merupakan pasangan dari penderita skizofrenia (Lasebikan dan Ayinde, 2013:64; Thunyadee *et al.*, 2015:415). Namun dalam penelitian lainnya diketahui PFC yang merupakan pasangan dari penderita skizofrenia justru memiliki tingkat beban yang lebih tinggi (Stanley *et al.*, 2017:137).

## 2.3 Distres Psikologik

### 2.3.1 Definisi

Distres psikologik atau gangguan mental emosional adalah kondisi gangguan emosional yang ditandai dengan gejala depresi dan ansietas serta beberapa gejala gangguan somatik akibat kemampuan koping terhadap stresor yang tidak adekuat (Drapeau *et al.*, 2012:105). Selain itu, distres psikologik juga didefinisikan sebagai kondisi emosional yang tidak menyenangkan yang dialami oleh individu sebagai bentuk responnya terhadap stresor atau tuntutan tertentu yang kemudian dapat menyebabkan dampak negatif yang bersifat temporal maupun permanen terhadap individu tersebut (Ridner, 2004:537). Berdasarkan beberapa pendapat ahli di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa distres psikologik adalah gangguan emosional dengan gejala depresi dan ansietas yang bersifat temporal maupun permanen yang terjadi akibat *coping* stres yang tidak adekuat.

Berdasarkan definisi distres psikologik yang telah dijelaskan sebelumnya, dapat diketahui bahwa terdapat dua aspek utama yang dibutuhkan dari kondisi distres psikologik yaitu (Drapeau *et al.*, 2012:105) :

a. Ansietas

Ansietas atau kecemasan merupakan pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan mengenai kekhawatiran atau ketegangan yang diekspresikan dalam bentuk perasaan cemas, tegang, gelisah, marah dan takut (Ghufron dan S., 2017:142). Shah (dalam Ghufron dan S., 2017:144) menyebutkan bahwa terdapat tiga aspek yang dapat digunakan untuk mengenali tanda-tanda ansietas yaitu komponen fisik yang muncul dalam bentuk ketegangan motorik seperti pusing, gemetar, sakit perut, tangan berkeringat, perut mual, mulut kering, dan grogi. Komponen kedua adalah aspek emosional yang ditandai dengan terjadinya kepanikan serta rasa takut. Sedangkan aspek ketiga adalah aspek kognitif berupa gangguan perhatian dan memori, kekhawatiran, kesulitan untuk konsentrasi serta ketidak teraturan dalam berpikir atau bingung.

b. Depresi

Depresi adalah kondisi yang identik dengan suasana hati yang tertekan dan biasanya ditandai dengan perasaan sedih, suram dan kehilangan semangat, hilangnya kepercayaan diri dan merasa tidak berharga. Individu yang mengalami depresi juga dapat mengalami gangguan pola tidur, kehilangan nafsu makan dan berkurangnya minat untuk terlibat dalam kegiatan sehari-hari. Pada kondisi yang lebih parah, depresi dapat disertai dengan perasaan putus asa yang mungkin dapat mengarah pada keinginan untuk bunuh diri. Diagnosis terjadinya depresi pada individu dapat ditegakkan membutuhkan waktu minimal dua minggu (Maslim, 2013).

### 2.3.2 Faktor Risiko Distres Psikologik

Terdapat beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya gangguan distres psikologik pada individu. Faktor-faktor tersebut adalah (Notosoedirdjo dan Latipun, 2011:62):

#### a. Faktor Biologis

Beberapa kondisi biologis individu seperti kondisi genetik yang diturunkan dari orang tua, gangguan perkembangan otak dan gangguan fisik seperti gangguan sensori dapat menjadi stresor. Otak merupakan pusat dari keseluruhan gerak badan dan sensasi (Corner dalam Notosoedirdjo dan Latipun, 2011:62). Fungsi otak mengalami perkembangan sejak pembentukannya pada triwulan kedua dalam masa kandungan hingga matur. Perkembangan fungsi otak tersebut bervariasi sesuai dengan stimuli yang diperoleh oleh individu khususnya stimuli gizi dan psikososial. Stimuli yang baik dapat menyebabkan perkembangan yang baik pula. Oleh karena itu, terdapat kesesuaian antara kondisi fungsional otak dengan kondisi mental seseorang. Terjadinya kerusakan pada otak baik karena kecacatan kongenital maupun karena adanya trauma dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental individu.

Sebagai alat penangkap stimuli dari luar, sensori merupakan aspek yang penting dari manusia. Adanya gangguan sensori dapat menghambat penerimaan informasi secara baik. Altrocchi (dalam Notosoedirdjo dan Latipun, 2011:75) menyebutkan bahwa gangguan kesehatan mental emosional seperti paranoid yang ditandai dengan kekhawatiran dan kecurigaan berlebihan salah satunya disebabkan oleh terganggunya fungsi sensori pendengaran. Selain kondisi otak dan sensori, Rismalinda (2017:269) juga menambahkan bahwa kondisi biologis lainnya seperti terdapatnya penyakit kronis yang tidak bisa disembuhkan juga dapat menjadi stresor pada individu. Namun demikian, karakteristik individu seperti faktor usia dan jenis kelamin individu dapat mempengaruhi respon individu terhadap stresor.

#### b. Faktor Sosial

Faktor sosial yang dapat menjadi stresor merupakan faktor berasal dari kondisi lingkungan sosial tempat individu berinteraksi. Peristiwa yang tidak menyenangkan seperti kehilangan anggota keluarga, perceraian, tindakan kekerasan, perubahan kondisi sosial dan faktor ekonomi (Henderson dan Martin, 2014:8; Matthews, 2016:222). Perubahan sosial seperti migrasi menurut Notosoedirdjo dan Latipun (2011:109) dapat menjadi stresor terjadinya

gangguan distres psikologik sebab individu dituntut untuk menyesuaikan diri dengan sistem lingkungan sosial yang baru. Status ekonomi yang rendah misalnya individu yang tidak bekerja dapat mengalami peningkatan tekanan psikologis sehingga menjadi lebih rentan untuk mengalami distres psikologik (Mirowsky dan Ross, 2002:89). Meskipun demikian masih terdapat perbedaan pendapat mengenai peran kondisi ekonomi sebagai penyebab gangguan kesehatan mental atau sebagai akibat yang ditimbulkan karena terjadinya gangguan kesehatan mental tersebut. Selain itu, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan mental atau *family psychiatric illness* juga dapat menjadi stresor distres psikologik. Hal ini karena keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat dengan individu sehingga menurut pandangan psikodinamika dapat memberikan pengaruh langsung terhadap kondisi mental individu (Notosoedirdjo dan Latipun, 2011:107). Matthews (2016:222) menambahkan bahwa dukungan sosial dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk dapat menangani tekanan yang berasal dari lingkungan sosial.

#### c. Stresor Lingkungan Fisik

Manusia tidak dapat melepaskan diri dari berinteraksi dengan alam sekitarnya. Interaksi tersebut, dapat memberikan dampak pada kondisi kesehatan manusia. Kondisi lingkungan yang sehat akan mendukung kesehatan yang baik pula pada manusia, sedangkan lingkungan yang tidak sehat akan dapat mengganggu kesehatan manusia termasuk dalam hal ini adalah kesehatan fisik dan mental (Notosoedirdjo dan Latipun, 2011:107). Hal ini menjelaskan bahwa terdapat sejumlah lingkungan kita yang potensial menjadi *hazard* bagi kesehatan manusia. Lingkungan yang potensial menjadi stresor pada kesehatan mental manusia misalnya lingkungan tempat kerja, terjadinya bencana alam dan tidak adanya tempat rekreasi (Matthews, 2016:220).

Individu akan memberikan respon yang bersifat sementara terhadap stresor yang terjadi. Respon tersebut dapat berupa respon secara psikologik misalnya pengembangan strategi *coping* maupun fisiologi. Sheridan dan Radmacher (1937:152) menyebutkan bahwa jika individu tidak memiliki sumberdaya yang



cukup untuk mengatasi stresor maka individu dapat mengalami distres. Sumberdaya tersebut dapat berupa sumberdaya yang berasal dari internal individu (sumberdaya material, sumberdaya fisik, sumberdaya intrapersonal, sumberdaya informasi dan edukasi serta sumberdaya kultural) maupun dari eksternal misalnya dukungan sosial. Selain itu, kemampuan individu untuk mengatasi stresor juga dapat dipengaruhi oleh karakteristik dari individu tersebut misalnya usia, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaannya (Carod-Artal, 2017:43).

### 2.3.3 Prevalensi

Hingga saat ini telah banyak penelitian yang dilakukan untuk mengetahui tren dari prevalensi distres psikologik berdasarkan tempat, orang dan waktu. Secara umum, terdapat perbedaan prevalensi distres psikologik berdasarkan usia, jenis kelamin, sosio-ekonomi dan dukungan sosial (Drapeau *et al.*, 2012:111).

#### a. Usia

Secara umum, kejadian distres psikologik berdasarkan usia memiliki pola berbentuk “U” dengan puncak tertinggi berada pada usia dewasa awal (18-22 tahun) dan usia 88-99 tahun. Sedangkan puncak terendahnya berada pada usia 40-58 tahun (Mirowsky dan Ross, 2002:140). Hal ini sejalan dengan survei distres psikologik nasional yang dilakukan di Irlandia (Doherty dan Moran, 2008:27). Prevalensi distres psikologik cenderung meningkat pada masa remaja dan mencapai puncaknya pada usia dewasa awal (Caron dan Liu, 2011:324). Meningkatnya prevalensi distres psikologik dari awal masa remaja menurut (World Health Organization Regional Office of Europe, 2012:4) dapat terjadi karena menurunnya dukungan sosial dari teman sebaya. Hal ini sejalan dengan hasil survei perilaku kesehatan berbasis sekolah tahun 2009/2010 (dalam (World Health Organization Regional Office of Europe, 2012:34) bahwa terjadi penurunan jumlah teman dekat pada remaja usia 11-15 tahun.

Tingginya distres psikologik pada usia dewasa awal menurut Mirowsky dan Ross (2002:141) dapat terjadi karena pada masa tersebut merupakan masa



peralihan dimana individu akan membangun keluarga dan memiliki tanggungjawab untuk segera mendapatkan pekerjaan sehingga dapat memenuhi kebutuhannya yang semakin meningkat. Kondisi tersebut dapat menimbulkan tekanan yang besar pada diri individu. Mirowsky menjelaskan bahwa seiring dengan bertambahnya usia, tingkat distres kemudian akan menurun karena kematangan emosi serta semakin baiknya kondisi ekonomi individu, hal tersebut berlangsung hingga mencapai usia 48-52 tahun. Setelah itu, distres psikologik akan kembali meningkat karena pengaruh keterbatasan fisik yang mulai menurun dan meningkatnya risiko mengalami penyakit kronik seiring dengan bertambahnya usia sehingga dapat menjadi pemicu terjadinya distres psikologik pada usia ini.

b. Jenis Kelamin

Pada sebagian besar negara, prevalensi distres psikologik pada perempuan lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki (Suryaputri *et al.*, 2013:100; Hamblin, 2016:9). Perbedaan prevalensi tersebut kemungkinan dapat terjadi karena tiga faktor yaitu kondisi biologis, kerentanan perempuan serta kedudukan peran dalam sosial (Drapeau *et al.*, 2012:114). Faktor biologis perempuan misalnya kondisi perubahan hormonal yang berkaitan dengan siklus menstruasi serta kondisi kesehatan reproduktif lainnya dapat meningkatkan risiko perempuan untuk mengalami distres psikologik (Sr *et al.*, 2015:56). Namun demikian, hasil penelitian Dennerstein *et al.* (dalam World Health Organization, 2001:8) menunjukkan bahwa kondisi emosional pada perempuan menopause justru berhubungan dengan kondisi kesehatannya secara umum, kondisi psikososial, dan gaya hidup namun tidak memiliki hubungan signifikan dengan status menopause atau tingkat hormon mereka. Perempuan juga lebih mudah terpapar atau lebih rentan terhadap faktor risiko distres psikologik yang berasal dari sosial budaya misalnya perempuan lebih rentan mengalami pelecehan dibandingkan laki-laki (Nurullah, 2010:31). Selain itu, perbedaan sosial budaya mengenai norma, peran serta tanggung jawab masing-masing gender dalam masyarakat menjadikan adanya perbedaan dalam cara mengekspresikan emosi. Laki-laki cenderung mengekspresikan emosi dalam bentuk perilaku lahiriah atau

*externalizing* seperti perilaku agresif serta beberapa perilaku tidak terkontrol lainnya, sedangkan perempuan cenderung mengekspresikan emosi dalam hati atau *internalizing* seperti depresi, ansietas, menarik diri dari sosial dan sensitivitas yang berlebihan (Hamblin, 2016:19).

c. Sosio-ekonomi

Sosio-ekonomi adalah salah satu faktor yang memiliki implikasi terhadap etiologi gangguan kesehatan mental (Murray dan Lopez, 2013:453), begitu pula terhadap etiologi distres psikologik. Secara keseluruhan, distres psikologik lebih banyak terjadi pada individu yang berada pada tingkat sosio-ekonomi rendah (Mirowsky dan Ross, 2002:78). Namun Erdem *et al.* (2016:7) menyebutkan bahwa dari delapan survei epidemiologi distres psikologik diketahui bahwa distres psikologik memiliki pola tertentu pada setiap aspek dari sosio-ekonomi misalnya dalam aspek pendapatan, pendidikan dan status pekerjaan.

Kessler juga menyebutkan bahwa terdapat variasi pola yang terbentuk pada masing-masing gender dan status pekerjaan. Ia menjelaskan bahwa pada laki-laki angkatan kerja, pendapatan menjadi prediktor paling kuat terhadap terjadinya distres psikologik. Sedangkan pada perempuan angkatan kerja dan ibu rumah tangga, pendidikan menjadi aspek yang paling kuat sebagai prediktor distres psikologik. Selain itu, distres psikologik menurut Mirowsky dan Ross (2002:87) juga memiliki pola tertentu berdasarkan status marital individu yaitu jumlah individu yang menikah lebih sedikit mengalami distres psikologik dibandingkan individu yang tidak menikah atau tidak memiliki pasangan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Darghouth *et al.* (2015:13) bahwa individu dengan status marital belum menikah, bercerai, hidup terpisah memiliki tingkat distres psikologik yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang menikah. Namun dalam penelitian tersebut, Darghouth *et al.* (2015:15) menekankan distres psikologik berdasarkan status marital hanya terjadi pada perempuan, namun tidak pada laki-laki.

Individu yang telah menikah menurut Mirowsky memiliki dukungan ekonomi yang lebih baik sebab mereka mengalami peningkatan pendapatan keluarga. Meskipun terdapat kemungkinan keluarga mengalami kesulitan

ekonomi karena adanya anak dalam keluarga tersebut, namun secara keseluruhan pernikahan mampu mengurangi persentase frekuensi kesulitan ekonomi terutama bagi perempuan. Tingginya tingkat pendapatan keluarga dan rendahnya tekanan ekonomi pada individu yang menikah dapat menjadi penjelasan rendahnya tingkat distres psikologik pada individu yang telah menikah.

Lokasi tempat tinggal individu juga menjadi aspek penting yang juga diperhatikan dalam banyak penelitian mengenai distres psikologik. Berdasarkan hasil survei nasional yang dilakukan di Irlandia diketahui bahwa tingkat distres psikologik pada penduduk yang tinggal di daerah perkotaan lebih tinggi daripada penduduk yang tinggal di daerah pedesaan (Doherty dan Moran, 2008:29). Hal ini juga sejalan dengan beberapa penelitian lainnya yang menyebutkan bahwa prevalensi distres psikologik pada individu yang tinggal di perkotaan lebih tinggi daripada di daerah pedesaan (Gunther *et al.*, 2017:10). Namun, penelitian yang dilakukan oleh Sticklely *et al.* (2015:145) dengan sampel dari 9 negara pecahan dari Uni Soviet diketahui bahwa prevalensi distres psikologik di daerah pedesaan lebih tinggi daripada di daerah perkotaan. Ia menjelaskan adanya kemungkinan kondisi pedesaan seperti infrastruktur yang tidak sebaik perkotaan, kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan serta aspek budaya dapat menjadi faktor pemicu distres psikologik pada penduduk pedesaan.

#### d. Dukungan Sosial

Sebagian besar penelitian mengenai dukungan sosial dan kesehatan jiwa menemukan bahwa individu dengan dukungan sosial yang baik memiliki tingkat risiko yang lebih rendah untuk mengalami masalah kesehatan mental terutama distres psikologik (Caron dan Liu, 2011:328). Hal ini sejalan dengan penelitian Canadian Institute for Health Information (2012:6) bahwa perempuan dengan dukungan sosial yang baik memiliki tingkat distres yang lebih kecil dibandingkan dengan perempuan dengan dukungan sosial yang kurang baik. (Thoits, 2011:147) menjelaskan kemungkinan peran dukungan sosial terutama yang berasal dari dukungan keluarga dalam meningkatkan risiko distres psikologik terjadi karena dukungan sosial memudahkan strategi *coping* individu saat melalui masa krisis atau kesulitan, namun hingga saat ini masih belum

sepenuhnya jelas efek langsung dari pengaruh dukungan sosial terhadap kesehatan mental. Caron dan Liu (2011:328) juga menambahkan bahwa perbedaan kondisi sosio-ekonomi dan demografi juga menghasilkan perbedaan dukungan sosial yang akan diterima oleh individu tersebut.

#### 2.3.4 Pengukuran Distres Psikologik

Pendekatan ilmiah untuk memahami gangguan kesehatan mental memerlukan penyelidikan yang mendalam dan objektif. Diagnosis yang ideal mengenai gangguan tingkah laku harus mempertimbangkan aspek pribadi secara keseluruhan yaitu interaksi yang terjadi antara tubuh dan jiwa melalui gejala maupun penyebab gejala yang dapat diamati (Semiun, 2006:274). Oleh karena itu, terdapat beberapa teknik yang dapat digunakan untuk mendiagnosis gangguan kesehatan mental menurut Seminum (2006:275) diantaranya:

##### a. Wawancara Klinis

Teknik ini dilakukan dengan hubungan tatap muka antar pasien dengan ahli klinis. Wawancara klinis dilakukan oleh tenaga ahli yang telah mendapatkan pelatihan, sebab teknik ini membutuhkan keterampilan khusus untuk membantu menumbuhkan kepercayaan pasien terhadap ahli klinis. Selain itu, tenaga ahli klinis juga harus mampu menafsirkan tingkah laku verbal maupun nonverbal yang dapat dijadikan sebagai dasar untuk penentuan status kesehatan mental pasien seperti penampilan pasien, ingatan, tingkat konsentrasi, kontak mata, cara berbicara dan pemahaman pasien serta tanda lainnya. Salah satu sarana yang dapat digunakan untuk mendapatkan informasi klinis mengenai kondisi pasien adalah panduan wawancara terstruktur yang memuat pertanyaan baku yang telah didasarkan pada sistem DSM dan skema diagnostik standar lainnya. Beberapa panduan teknik wawancara baku diantaranya adalah *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*, *Schedule for Affective Disorder (SAD)* dan *Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)*.



#### b. Pemeriksaan Medis dan Tes Fisiologis

Teknik pemeriksaan ini dapat dilakukan oleh psikiater maupun dokter. Pemeriksaan medis dan tes psikologi dilakukan untuk mengetahui adanya kerusakan pada kondisi fungsi pada sistem organ maupun organ tubuh pasien misalnya dengan pemeriksaan kondisi otak atau saraf tulang belakang, kondisi kerja jantung, kondisi sistem metabolisme dan endokrin, serta kondisi lainnya. Pemeriksaan medis dan fisiologi dapat dilakukan melalui beberapa teknik seperti tes mekanisme refleks, analisis biokimia cairan otak dan sumsum tulang belakang, teknik *Galvanik Skin Response* (GSR), *Electromyograph* (EMG), *Electroencephalography* (EEG), *Ventriculography* atau *Pneumoencephalography*, *Computerized Axial Tomography* (CAT) Scan, *Positron Emission Tomography* (PET) scan, *Brain Electrical Activity Mapping* (BEAM), serta *Magnetic Resonance Imagine* (MRI).

#### c. Tes Psikologis

Tes psikologis adalah metode penilaian yang digunakan untuk mengukur fungsi dan kapasitas psikologik oleh dokter maupun tenaga psikolog klinis. Penggunaan teknik ini perlu untuk menjaga tingkat validitas dan reliabelitas alat ukur. Struktur pelaksanaan tes ini diatur sedemikian rupa sehingga hasil tes dapat ditafsirkan secara lebih objektif dibandingkan dengan teknik wawancara. Selain itu, respon terhadap tes dapat diukur dengan mudah sehingga penilaian tentang reliabelitas dan validitas juga dapat dilakukan dengan mudah.

Selain teknik pengukuran distress psikologik oleh tenaga psikolog maupun tenaga klinis atau dokter klinis yang telah disebut di atas, pengukuran distress psikologik juga dapat dilakukan oleh tenaga non-medis maupun psikolog dengan prinsip penggunaan instrumen yang didasarkan pada konsep definisi distress psikologik (Drapeau *et al.*, 2012:107). Sebagai instrumen pengukuran kondisi yang berkaitan dengan klinis, maka instrumen pengukuran distress psikologik harus memenuhi standar kualitas yang baik misalnya validitas dan reliabelitas (Hidayat dan Primasari, 2011). Berikut beberapa instrumen pengukuran distress psikologik yang memenuhi standar kualitas dan sering digunakan sebagai metode pengukuran dalam penelitian (Drapeau *et al.*, 2012:108).



a. *General Health Questionnaire*

*General Health Questionnaire* (GHQ) dirancang untuk mendeteksi distress psikologik dalam survei populasi, studi epidemiologi dan untuk menyaring gangguan mental non-psikotik secara klinis (Goldberg dan Hillier, 1979). Instrumen ini awalnya terdiri dari 60 item pertanyaan yang berisi gambaran kondisi depresi, ansietas, gejala somatik dan gangguan sosial. Namun saat ini telah berkembang menjadi beberapa versi yang disesuaikan dengan jumlah item yang diukur seperti GHQ-30, GHQ-28, GHQ-20, serta GHQ-12. GHQ-12 merupakan versi terbaru dan versi yang paling sering digunakan dalam studi epidemiologi maupun survei populasi. Skala GHQ-12 telah divalidasi pada sampel klinis dan non-klinis (Nerdrum *et al.*, 2006:101; Segopolo *et al.*, 2009:152). Meskipun demikian, penelitian (Hankins, 2008:4) menunjukkan bahwa terdapat bias respon pada instrumen ini sehingga perlu untuk dipertimbangkan dalam menganalisis hasil pengukuran menggunakan instrumen ini.

b. *Kessler Psychological Distress Scale*

Instrumen pengukuran ini merupakan instrumen yang dirancang untuk mengukur distress psikologik dalam survei populasi. Hingga saat ini, telah tersedia 2 versi yaitu K-6 yang berisi 6 item dan K-10 yang berisi 10 item yang berkenaan dengan gejala ansietas dan depresi yang dialami responden dalam 30 hari terakhir. Masing-masing item memiliki skala 1 (tidak pernah) hingga 5 (selalu) dan skor total hasil evaluasi tersebut digunakan sebagai penentuan tingkat distress psikologik. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa tidak ada bias substansial berkaitan dengan jenis kelamin, pendidikan, usia (O'Connor dan Parslow, 2010:266). Versi K-10 dinilai lebih baik dibandingkan K-6 dalam mendeteksi gangguan distress psikologik, namun kedua versi instrumen ini dinilai lebih baik jika dibandingkan dengan GHQ-12 (Furukawa *et al.*, 2003:358). Drapeau *et al.* (2012:122) menyebutkan bahwa sejauh ini tidak ada bias budaya yang berarti dalam penggunaan instrumen ini.

## 2.4 Distres Psikologik pada PFC Penderita Skizofrenia

Telah banyak penelitian yang dilakukan terkait PFC penderita skizofrenia. Sebagian besar menemukan bahwa PFC penderita skizofrenia mengalami peningkatan beban hidup (Cw *et al.*, 2013:843; Yazici *et al.*, 2016:98). Beban yang dihadapi oleh PFC menjadikannya rentan untuk mengalami distres psikologik. Hal ini didukung dengan banyaknya hasil penelitian yang menunjukkan bahwa PFC skizofrenia mengalami distres psikologik. PFC yang memiliki tingkat beban yang tinggi menurut Stanley *et al.* (2017:138) diketahui juga memiliki tingkat distres psikologik yang tinggi pula.

Proses terjadinya distres psikologik pada PFC dapat dipengaruhi oleh 3 komponen diantaranya (Pearlin *et al.*, 1990:585; Yates *et al.*, 1999:13):

### 2.4.1 Stresor

Stresor yang menjadi penyebab terjadinya distres psikologik pada PFC penderita skizofrenia dapat berasal kondisi objektif yang dihadapi oleh PFC. Kondisi tersebut dapat diketahui melalui pengukuran terhadap kondisi penderita skizofrenia yang sedang dirawatnya misalnya tingkat keparahan penyakit, tingkat keterbatasan yang dialami oleh penderita (Yates *et al.*, 1999:14). Tingkat keparahan skizofrenia yang diderita oleh individu dapat diukur dengan mengetahui perkembangan penyakit tersebut berdasarkan usia, jenis kelamin penderita dan jenis skizofrenia yang diderita serta durasi masa sakit.

Lerner *et al.* (2015:6) menyebutkan bahwa usia penderita skizofrenia dan lama sakit memiliki hubungan yang signifikan dengan terjadinya distres psikologik pada PFC penderita skizofrenia. Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa PFC yang merawat penderita berusia muda memiliki tingkat distres psikologik lebih tinggi. Selain itu, PFC yang merawat penderita skizofrenia yang telah menderita skizofrenia kurang dari 5 tahun memiliki tingkat distres psikologik yang lebih tinggi dibandingkan dengan PFC yang merawat penderita skizofrenia yang telah menderita skizofrenia lebih dari 5 tahun ( $p \leq 0,01$ ). Distres psikologik menurut Yusuf dan Nuhu (2011:13) juga diketahui memiliki hubungan yang signifikan ( $p=0,008$ ) dengan jenis kelamin penderita skizofrenia. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa 90% dari PFC yang merawat penderita skizofrenia

laki-laki mengalami distress psikologik sedangkan PFC yang merawat penderita skizofrenia perempuan hanya 70% darinya yang mengalami distress psikologik.

Fitrikasari *et al.* (2012:122) menyatakan bahwa jenis skizofrenia yang berbeda juga memiliki tingkat keparahan yang berbeda, semakin parah gangguan yang ditimbulkan akan semakin memperbesar tingkat distress psikologik PFC. Dalam penelitian tersebut Fitrikasari *et al.* (2012:122) menyebutkan bahwa penderita skizofrenia hebefrenik merupakan jenis skizofrenia yang memiliki gangguan paling parah dan memberikan beban yang paling besar sebab gejala pada jenis ini timbul pada saat usia muda dan penderita biasanya memiliki tingkat keterbatasan dan ketergantungan yang lebih besar pula dibandingkan penderita jenis skizofrenia lainnya. Sedangkan jenis skizofrenia dengan efek beban terkecil pada PFC adalah jenis skizofrenia katatonik, hal ini karena penderita skizofrenia katatonik biasanya hanya diam, menarik diri dan biasanya jarang mengganggu/agresif pada anggota keluarga lainnya.

Durasi masa sakit berdasarkan penelitian Lerner *et al.* (2015:6) memiliki hubungan yang signifikan dengan terjadinya distress psikologik pada PFC penderita skizofrenia ( $p \leq 0,01$ ). Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa tingkat distress psikologik semakin tinggi pada PFC yang merawat penderita yang baru terdiagnosis skizofrenia kurang dari 5 tahun dibandingkan pada penderita yang telah didiagnosis lebih dari 5 tahun. Namun hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Sharma *et al.* (2017:260) yang menyebutkan bahwa tingkat distress psikologik semakin meningkat pada PFC pada penderita terdiagnosis skizofrenia lebih dari 1 tahun. Hal ini terjadi karena menurut Sharma *et al.* (2017:261), lamanya durasi sakit mempengaruhi lamanya durasi perawatan yang diberikan oleh PFC. Lamanya masa perawatan dapat menimbulkan beban PFC seperti burnout dan masalah keuangan yang dapat berkontribusi pada terjadinya distress psikologik.

#### 2.4.2 Mediator

Seringkali stresor yang sama dapat mempengaruhi PFC dengan cara yang berbeda-beda sehingga menghasilkan dampak yang berbeda pula. Hal ini menurut

Pearlin *et al.* (1990:589) terjadi karena adanya peran mediator misalnya strategi *coping* dan tingkat dukungan sosial yang memungkinkan *outcome* yang berbeda pada masing-masing PFC. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Ong *et al.* (2016:214) yang menunjukkan bahwa beberapa strategi *coping* seperti penggunaan obat-obatan, pencarian dukungan sosial dan menyalahkan diri sendiri memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat distres psikologik pada PFC.

Dukungan sosial menurut Sarafino dan Smith (2011:81) adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan dan bantuan yang dirasakan oleh individu yang didapatkannya dari orang lain atau sekelompok orang. Dukungan sosial tersebut dapat ditunjukkan dalam beberapa bentuk yaitu dukungan emosional (empati, kepedulian, perhatian, rasa hormat dan dukungan), dukungan instrumental (memberikan bantuan langsung, meminjamkan uang), dukungan informasi (memberikan nasihat, arahan, saran, atau tanggapan terhadap tindakan individu) dan dukungan *companionship* (meluangkan waktu untuk menemani). Lerner *et al.* (2015:7) dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa dukungan sosial terhadap PFC penderita skizofrenia berhubungan negatif ( $r = -0,16$ ) dengan tingkat distres psikologik PFC. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat dukungan sosial terhadap PFC semakin kecil tingkat distres psikologik pada PFC penderita skizofrenia. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Wulandari *et al.* (2016:134) bahwa PFC dengan tingkat dukungan sosial dari keluarga yang tinggi memiliki tingkat distres psikologik yang rendah, hal ini menunjukkan adanya hubungan negatif antara dukungan sosial keluarga dengan distres psikologik pada PFC ( $r = -0,363$ ).

#### 2.4.3 Latar Belakang PFC

Latar belakang PFC menurut Pearlin *et al.* (1990:585) seperti usia, jenis kelamin, etnis, lama pendidikan, status pekerjaan, status ekonomi, durasi interaksi PFC dengan penderita, status hubungan PFC dengan penderita dapat mempengaruhi faktor mediator dan tingkat distres psikologik PFC. Penelitian yang dilakukan oleh Shah *et al.* (2015:27) menunjukkan bahwa usia PFC memiliki



hubungan yang signifikan dengan terjadinya distres psikologik ( $p < 0.004$ ). Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa PFC berusia muda memiliki tingkat distres psikologik yang lebih tinggi. Hal ini terjadi kemungkinan karena tanggungjawab dan peran PFC yang berusia muda lebih banyak dibandingkan dengan PFC yang berusia tua sehingga meningkatkan beban PFC muda, beban yang tinggi dapat menjadi pencetus terjadinya distres psikologik pada PFC berusia muda (Shah *et al.*, 2015:29). Hal ini didukung oleh hasil penelitian Gupta *et al.* (2015:73) yang menunjukkan usia PFC memiliki hubungan signifikan dengan tingkat beban ( $p = 0.02$ ;  $r = 0.3341$ ).

Karakteristik jenis kelamin PFC juga memiliki peran dalam terjadinya distres psikologik pada PFC. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Raj *et al.* (2016:46) yang menunjukkan adanya perbedaan kejadian distres psikologik yang signifikan ( $p < 0,05$ ) berdasarkan jenis kelamin, yaitu distres psikologik pada PFC perempuan lebih tinggi dibandingkan PFC laki-laki. Hal ini kemungkinan dapat terjadi karena perbedaan dalam cara mengekspresikan emosi yaitu laki-laki cenderung mengekspresikan emosi dalam bentuk perilaku lahiriah atau *externalizing* seperti perilaku agresif serta beberapa perilaku tidak terkontrol lainnya, sedangkan perempuan cenderung mengekspresikan emosi dalam hati atau *internalizing* seperti depresi, ansietas, menarik diri dari sosial dan sensitivitas yang berlebihan (Hamblin, 2016:19). Selain itu, Shah *et al.* (2010:3) juga menambahkan bahwa kedudukan laki-laki dalam norma sosial yang memberikan kesempatan pada laki-laki untuk menghindari dari situasi yang dapat memicu stres dengan cara menyerahkan urusan tersebut pada orang lain juga dapat menjadi salah satu alasan tingkat distres psikologik pada laki-laki lebih ringan dibandingkan pada perempuan.

Karakteristik tingkat pendidikan PFC juga memiliki peran dalam terjadinya distres psikologik pada PFC. Penelitian yang dilakukan Sharma *et al.* (2017:260) menunjukkan bahwa 90% (27 orang) dari PFC dengan tingkat pendidikan hingga SMA mengalami distres sedangkan PFC dengan tingkat pendidikan sarjana yang mengalami distres hanya sebesar 64,2% (45 orang). Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ( $p = 0,006$ ) antara tingkat pendidikan dengan terjadinya distres psikologik pada PFC. Status pekerjaan PFC



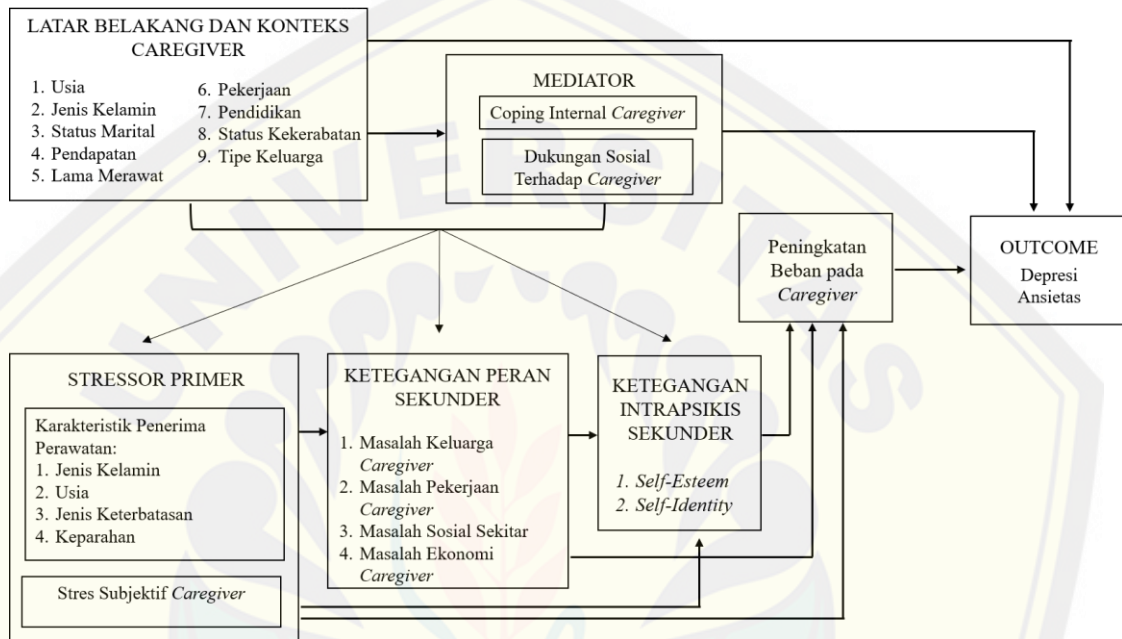
menurut Lerner *et al.* (2015:6) memiliki hubungan yang signifikan dengan dengan terjadinya distress pada PFC ( $p \leq 0,001$ ). Dalam hasil penelitian tersebut diketahui bahwa PFC yang bekerja memiliki tingkat distress psikologik yang lebih tinggi dibandingkan PFC yang tidak bekerja. Jenis pekerjaan PFC terutama sebagai petani menurut Sintayehu *et al.* (2015:8) cenderung mengalami distress psikologik.

Status marital PFC menurut Sharma *et al.* (2017:260) berhubungan signifikan dengan distress psikologik pada PFC penderita skizofrenia ( $p=0,001$ ). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa 70% (66 orang) dari PFC yang telah menikah mengalami distress, sedangkan PFC yang tidak menikah yang mengalami distress hanya sekitar 35,9% (7 orang). Selain itu, status kekerabatan menurut Yusuf dan Nuhu (2011:13) memiliki hubungan yang signifikan dengan terjadinya distress psikologik pada PFC penderita skizofrenia ( $p=0,004$ ). Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa PFC yang merupakan orang tua penderita memiliki risiko 1,29 kali lebih besar untuk mengalami distress psikologik dibandingkan PFC yang merupakan saudara penderita. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Sintayehu *et al.* (2015:8) yang menunjukkan bahwa risiko terjadinya distress psikologik pada PFC yang merupakan pasangan penderita skizofrenia (OR= 1.925) lebih tinggi dibandingkan PFC yang merupakan orang tua (OR= 1.515) maupun saudara (OR=1). Hal ini didukung dengan penelitian Gupta *et al.* (2015:73) yang menunjukkan bahwa PFC yang merupakan pasangan penderita memiliki tingkat beban yang paling tinggi kemudian diikuti dengan beban pada PFC orang tua dan beban saudara sebagai PFC yang paling rendah.

Tipe keluarga yang ditunjukkan dengan jumlah anggota keluarga menurut Yusuf dan Nuhu (2011:13) memiliki hubungan yang signifikan dengan terjadinya distress psikologik pada PFC penderita skizofrenia ( $p=0,001$ ). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa 85,3% dari PFC yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari 5 orang mengalami distress psikologik sedangkan PFC yang memiliki jumlah anggota keluarga kurang dari 5 orang yang mengalami distress psikologik hanya sebesar 30%.

## 2.5 Kerangka Teori

Berikut adalah kerangka teori dari beberapa ahli yang digunakan dalam penelitian gangguan distress psikologik:

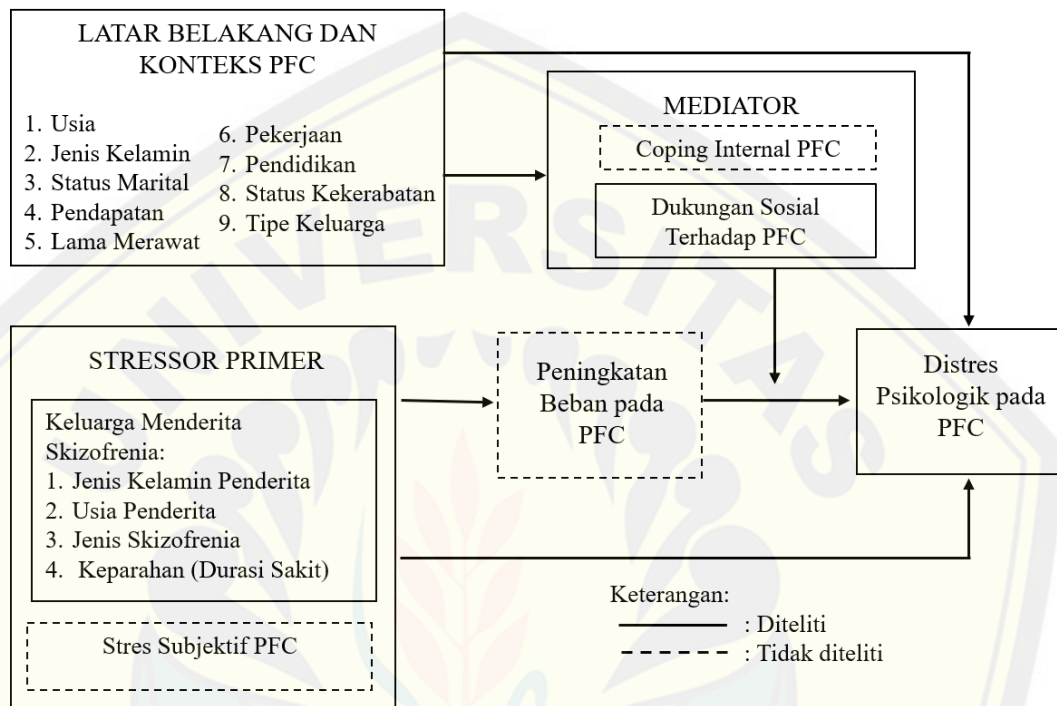


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Diadaptasi dari Model proses-stres Pearlin pada caregiver oleh Pearlin *et al.* (1990:586) dan Yates *et al.* (1999:13)

## 2.6 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang telah dipaparkan, berikut kerangka konsep yang diambil untuk penelitian ini:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan teori yang telah dipaparkan sebelumnya terdapat beberapa faktor yang dapat stresor terjadinya distres psikologik, namun dalam penelitian ini, peneliti berfokus pada stresor *family psychiatric illness* yaitu anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Karakteristik anggota keluarga yang menderita skizofrenia (usia, jenis kelamin, jenis skizofrenia, keparahan yang dilihat dari durasi sakit) dapat menimbulkan adanya peningkatan beban terhadap PFC. Peningkatan beban tersebut dapat menyebabkan PFC mengalami distres psikologik. Tingkat distres psikologik bergantung pada faktor mediator yaitu dukungan sosial keluarga dan tingkat *coping* PFC. Karakteristik PFC (usia, jenis kelamin, status marital, status ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, status keekerabatan dan tipe keluarga)

memiliki peran terhadap terjadinya distress psikologis pada PFC penderita skizofrenia secara langsung maupun tidak langsung melalui faktor mediator.

## 2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah dugaan sementara terhadap hubungan, perbedaan atau pengaruh suatu variabel atau antavariabel yang didasarkan pada hasil kajian yang dilakukan oleh peneliti melalui berbagai sumber baik teori, hasil penelitian sebelumnya, temua lapangan ataupun logika (Periantalo, 2016:51). Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

- a. Terdapat hubungan antara karakteristik penderita skizofrenia (usia, jenis kelamin, jenis skizofrenia, durasi sakit) dengan tingkat distress psikologis pada PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- b. Terdapat hubungan antara karakteristik PFC (jenis kelamin, usia, status marital, status ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, status kekerabatan, tipe keluarga dan lama merawat) dengan tingkat distress psikologis pada PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.
- c. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap PFC dengan tingkat distress psikologis pada PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember.

## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian analitik. Penelitian dengan pendekatan kuantitatif adalah penelitian yang menghasilkan data berupa angka yang kemudian diolah secara statistik untuk diambil keputusan (Nazir, 2014:75). Sedangkan penelitian analitik adalah metode yang digunakan dengan tujuan mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Nazir, 2003:89). Penelitian ini dilakukan dengan desain penelitian *cross-sectional*, sebab pengukuran seluruh variabel dalam penelitian ini dilakukan hanya satu kali pada satu saat (Sastroasmoro, 2011:130).

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kabupaten Jember. Waktu pelaksanaan penelitian dilakukan mulai bulan April tahun 2019 hingga selesai.

### 3.3 Penentuan Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi diartikan sebagai sekelompok objek atau subjek dengan karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dikaji kemudian ditarik kesimpulannya (Notoatmodjo, 2010:116; Sugiyono, 2014:80). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh PFC yaitu salah satu anggota keluarga penderita skizofrenia yang memberikan perawatan internsif terhadap penderita yang hingga bulan Januari 2019 teregristrasi merawat anggota keluarganya yang menderita skizofrenia di 16 puskesmas di Kabupaten Jember yang dikategorikan perkotaan berdasarkan Peraturan Kepala Badan Pusat Statistika nomor 37 tahun 2010 tentang klasifikasi perkotaan dan perdesaan di Indonesia. Puskesmas yang termasuk puskesmas dalam wilayah perkotaan Jember terdiri dari



Puskesmas Kencong, Puskesmas Puger, Puskesmas Ambulu, Puskesmas Jenggawah, Puskesmas Rambipuji, Puskesmas Balung, Puskesmas Karangduren, Puskesmas Rowotengah, Puskesmas Bangsalsari, Puskesmas Kaliwates, Puskesmas Mangli, Puskesmas Jember Kidul, Puskesmas Sumbersari, Puskesmas Gladak Pakem, Puskesmas Patrang, dan Puskesmas Banjarsengon. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember mencatat terdapat 295 orang PFC yang hingga bulan Januari 2019 tercatat merawat anggota keluarganya yang menderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan di Kabupaten Jember.

Subjek yang termasuk dalam penelitian ini harus memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang perlu untuk dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo,2010:130). Berikut kriteria inklusi dari penelitian ini:

- a. Merupakan PFC dari yang hingga bulan Januari 2019 tercatat merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia.
- b. PFC sedang berdomisili di Kabupaten Jember saat dilakukan studi pendahuluan

Sedangkan kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah PFC atau responden saat dilakukan penelitian sudah tidak berdomisili di Kabupaten Jember.

### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian populasi yang diteliti dan dianggap mampu mewakili populasi tersebut (Notoatmodjo,2010:115). Sampel dari penelitian ini adalah PFC penderita skizofrenia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Besar sampel dalam penelitian ini didapatkan melalui penghitungan menggunakan rumus yang dikembangkan oleh Lemeshow (1997:54) yaitu:

$$n = \frac{NZ_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

$$n = \frac{295 \times 3,8416 \times 0,5 (1 - 0,5)}{(295 - 1) \times 0,0025 + 3,8416 \times 0,5 (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{283,318}{2,6558} = 106,67 \approx 107 \text{ orang}$$

Keterangan :

$n$  = Jumlah sampel minimal

$N$  = Jumlah populasi

$Z_{1-\alpha/2}$  = Nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada  $\alpha$  tertentu ( $1,96^2=3,8416$ )

$P$  = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi (jika tidak diketahui=0,5)

$d$  = Derajat penyimpangan yang dapat ditoleransi yaitu 5% (0.05)

Berdasarkan perhitungan tersebut, diketahui bahwa besar minimal sampel minimal dalam penelitian ini adalah sebanyak 107 responden.

### 3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian

Responden yang akan digunakan sebagai sampel dalam penelitian ini didapatkan dengan menggunakan teknik *probability sampling* dengan metode *multi stage cluster sampling*. Teknik ini dilakukan secara bertahap untuk mendapatkan sampel yang diinginkan dengan probabilitas yang sama (Notoadmodjo, 2010: 123). Teknik *cluster sampling* adalah metode pengambilan sampel yang digunakan bila populasi penelitian tidak dibedakan menjadi individu-individu, melainkan dibedakan menjadi kelompok-kelompok individu atau *cluster* yang biasanya dikelompokkan berdasarkan wilayah geografis (Margono, 2004:127; Lemeshow, 1997:107). Pengambilan sampel dalam penelitian ini terdiri dari dua tahap. Tahap pertama adalah menentukan *Primary Sample Units* (PSU) yaitu sampel puskesmas primer yang diambil secara acak sederhana menggunakan undian dengan *sample fraction* sebesar 30%. Nazir (2003:314) menyatakan bahwa jumlah PSU dalam sampel dicari dengan rumus sebagai berikut.

$$f = \frac{m}{M}$$

$$m = f \cdot M$$

$$m = 0,3 \times 16$$

$$m = 4,8 \text{ Puskesmas} \approx 5 \text{ Puskesmas}$$

Keterangan:

f = sampel fraction

m = jumlah sampel puskesmas (PSU)

M = jumlah total Puskesmas

Maka jumlah PSU yang dipilih pada tahap pertama adalah 5 puskesmas. Adapun hasil sampling pada tahap pertama adalah puskesmas Balung, Puskesmas Sumbersari, Puskesmas Bangsalsari dan Puskesmas Gladak Pakem dan Puskesmas Puger.

Tahap kedua adalah menentukan anggota sampel di setiap sub populasi yang terpilih dengan menggunakan teknik acak sederhana menggunakan undian. Besar sampel pada masing-masing sub populasi ditentukan secara alokasi proporsional dengan menggunakan rumus:

$$n_h = n \frac{N_h}{N}$$

Keterangan:

n = ukuran (total) sampel

$N_h$  = ukuran strata populasi

N = ukuran (total) populasi

$n_h$  = ukuran strata sampel

Tabel 3.1 Besar Sampel PFC

No	Puskesmas	Populasi	Perhitungan	Besar Sampel
1.	Balung	31	$31 \frac{107}{149} = 22,261$	22
2.	Sumbersari	11	$11 \frac{107}{149} = 7,899$	8
3.	Bangsalsari	21	$21 \frac{107}{149} = 15,08$	15
4.	Gladak Pakem	12	$12 \frac{107}{149} = 8,617$	9
5.	Puger	74	$74 \frac{107}{149} = 53,14$	53
Total		149		107

### **3.4 Variabel dan Definisi Operasional**

#### **3.4.1 Variabel Penelitian**

Variabel menurut Sugiyono (2014:38) adalah suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Adapun variabel dalam penelitian ini adalah variabel bebas yang terdiri dari sosiodemografi PFC (jenis kelamin, usia, status marital, status ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, status kekerabatan dan tipe keluarga serta lama merawat), karakteristik penderita skizofrenia (jenis kelamin, usia, jenis skizofrenia, dan durasi masa sakit), dukungan sosial keluarga PFC, dan variabel terikat yaitu tingkat distres psikologik PFC.

#### **3.4.2 Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, atau memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut (Nazir, 2003:126). Adanya definisi operasional yang tepat, ruang lingkup atau pengertian variabel yang diteliti menjadi lebih terbatas dan penelitian akan lebih berfokus (Notoatmodjo, 2010:111). Berikut definisi operasional dari variabel penelitian ini.

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Teknik Pengambilan Data	Kategori
1	2	3	4	5	
<b>A. Variabel Terikat</b>					
1.	Distres Psikologik	Gangguan emosional dengan gejala depresi dan ansietas yang dirasakan oleh responden	Ordinal	Wawancara dengan kuesioner	Diukur dengan 12 pertanyaan dengan Skor jawaban: a. Tidak Pernah = 1 b. Jarang = 2 c. Kadang-kadang = 3 d. Hampir selalu = 4 e. Selalu = 5 <u>Kategori Skor:</u> 0 = Distres Psikologik (>22) 1 = Normal (≤ 22)
<b>B. Variabel Bebas</b>					
<b>Karakteristik PFC</b>					
1.	Jenis Kelamin	Ciri genital responden yang didapat sejak lahir	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. Perempuan 2. Laki-laki
2.	Umur	Lama masa hidup responden yang dihitung sejak ia lahir hingga waktu dilakukannya penelitian yang dinyatakan dalam satuan tahun	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. Remaja (12-25 tahun) 2. Dewasa (26-45 tahun) 3. Lansia (>45 tahun)  (Sumber: Depkes RI, 2009)
3.	Status Marital	Predikat perkawinan responden selama merawat penderita skizofrenia	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. Belum Menikah 2. Menikah 3. Berceraai
4.	Status ekonomi	Predikat tingkat ekonomi yang dilihat berdasarkan rata-rata penghasilan keluarga responden setiap bulan	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. ≤ 1.916.983 2. > 1.916.983  (Sumber: UMR Kabupaten Jember 2018)



No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Teknik Pengambilan Data	Kategori
1	2	3	4	5	
5.	Status Pekerjaan	Predikat ada atau tidaknya pencaharian yang menjadi sumber penghasilan utama responden	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. Tidak bekerja 2. Bekerja
6.	Pendidikan	Status jenjang pendidikan formal tertinggi yang ditamatkan oleh responden	Ordinal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. Tidak/belum pernah sekolah 2. SD/MI/Sederajat 3. SMP/MTS/Sederajat 4. SMA/MA/Sederajat 5. Perguruan Tinggi  (Badan Pusat Statistik, 2017:9)
7.	Status Kekerabatan	Status hubungan kekerabatan reponden dengan penderita skizofrenia	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. Orang Tua 2. Saudara Kandung 3. Anak 4. Pasangan 5. Kerabat lainnya
8.	Tipe Keluarga	Jenis keluarga responden berdasarkan jumlah anggota keluarga yang hidup bersama dalam satu rumah	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. Keluarga Nuklear = hanya terdiri dari keluarga utama 2. Keluarga Join= terdiri dari $\geq 3$ generasi
9.	Lama Merawat	Durasi responden memberikan perawatan sejak pertamakali merawat hingga waktu penelitian	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: <input type="checkbox"/> $\leq 1$ tahun <input type="checkbox"/> $>1$ tahun  (Mirza dan Kurniawan, 2015:184)
10.	Dukungan Sosial Keluarga	Bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga responden baik	Ordinal	Wawancara dengan kuesioner yang dikembangkan oleh Husnul	Diukur dengan 21 pertanyaan <u>Penilaian Pernyataan</u> <i>favorable</i> (nomor 3,

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Teknik Pengambilan Data	Kategori
1	2	3	4	5	5
		berupa bantuan secara emosional, instrumental, penghargaan dan informasi.		Khatimah (2018)	6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21) dengan Skor jawaban a. Sangat tidak sesuai (STS) = 1 b. Tidak sesuai (TS) = 2 c. Sesuai (S) = 3 d. Sangat sesuai (SS) = 4 Pernyataan <i>unfavorable</i> (nomor 1, 2, 4, 5, 7, 11,12,17,19) dengan Skor jawaban a. Sangat sesuai (SS) = 1 b. Sesuai (S) = 2 c. Tidak sesuai (TS) = 3 d. Sangat tidak sesuai (STS) = 4  <u>Penentuan skor:</u> Nilai maksimum:84 Nilai minimum:21 Rentang: 63 <u>Kategori</u> 0 = kurang baik (<42) 1 = cukup baik (42-62) 2 = Sangat baik (≥63)
<b>Karakteristik Penderita Skizofrenia</b>					
1.	Jenis Kelamin	Ciri genital penderita skizofrenia yang didapat sejak lahir	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. Laki-laki 2. Perempuan
2.	Umur	Lama masa hidup penderita skizofrenia yang dihitung sejak ia lahir hingga waktu dilakukannya penelitian yang dinyatakan	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: 1. Remaja (12-25 tahun) 2. Dewasa (26-45 tahun) 3. Lansia (>45 tahun)

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Teknik Pengambilan Data	Kategori
1	2	3	4	5	5
		dalam satuan tahun			(sumber: Depkes RI,2009)
3.	Tipe Skizofrenia	Jenis skizofrenia yang diderita yang dilihat dari gejala dominan yang terjadi pada penderita skizofrenia yang diketahui dengan bertanya pada PFC maupun langsung pada penderita	Nominal	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Katatonik= gangguan dominan pada motorik (stupor, mutisme, rigiditas, dan gaduh)</li> <li><input type="checkbox"/> Paranoid= gangguan dominan berupa waham dan atau halusinasi perintah yang bersifat mengancam diri penderita</li> <li><input type="checkbox"/> Heberfrenik= gangguan dominan pada kemampuan berfikir dan tindakan tidak bertanggung jawab serta pemalu.</li> </ul>
4.	Durasi Sakit	Lama waktu penderita mengalami skizofrenia sejak munculnya gejala awal hingga waktu penelitian (bulan)	Nomina	Wawancara dengan kuesioner	Dikategorikan menjadi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\leq</math> 1 tahun</li> <li>2. <math>&gt;</math>1 tahun</li> </ol> <p>(Sharma <i>et al.</i>, 2017:260)</p>

### 3.5 Data dan Sumber Data

#### 3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber utama melalui angket, wawancara, jejak pendapat dan lain-lain (Notoadmodjo, 2010:131). Data primer yang digunakan dalam penelitian meliputi karakteristik sosiodemografi

(jenis kelamin, usia, status marital, status ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, status kekerabatan, ukuran keluarga dan lama merawat), tingkat dukungan sosial keluarga dan tingkat distres psikologik dari PFC penderita skizofrenia serta karakteristik penderita skizofrenia (jenis kelamin, usia, durasi masa sakit dan jenis skizofrenia yang diderita).

### 3.5.2 Data Sekunder

Data Sekunder merupakan data yang diperoleh dengan cara membaca, mempelajari, memahami melalui media yang bersumber dari buku, literatur, dan dokumen perusahaan (Sugiyono, 2011:137). Data sekunder dalam penelitian ini berupa data mengenai penderita skizofrenia dan PFC dari jurnal penelitian sebelumnya serta jumlah PFC penderita skizofrenia di Kabupaten Jember yang mengacu pada data jumlah penderita skizofrenia yang didapatkan dari Dinas Kesehatan kabupaten Jember.

## 3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian

### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara dan dokumentasi.

#### a. Wawancara

Wawancara adalah teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data. Penggunaan teknik tersebut menurut Notoadmodjo (2010:139) akan membantu peneliti untuk mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang yang menjadi sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini adalah wawancara langsung kepada responden untuk memperoleh data-data mengenai karakteristik sosiodemografi (jenis kelamin, usia, status marital, status ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, status kekerabatan dan ukuran keluarga), tingkat dukungan sosial keluarga dan tingkat distres



psikologik dari PFC penderita skizofrenia serta karakteristik penderita skizofrenia (jenis kelamin, usia, durasi masa sakit).

b. Dokumentasi

Teknik dokumentasi dilakukan dengan cara mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa transkrip, catatan, buku, majalah, notulen rapat, agenda, presensi, surat kabar, dan sebagainya (Arikunto, 2006:67). Teknik dokumentasi yang dilakukan dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh jumlah PFC penderita skizofrenia yang ada di Kabupaten Jember.

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner. Menurut Sugiyono (2015:142) kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Lembar kuesioner dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam penelitian. Kuesioner dalam penelitian ini meliputi kuesioner yang berisi pertanyaan mengenai karakteristik sosiodemografi (jenis kelamin, usia, status marital, status ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, status kekerabatan dan ukuran keluarga), tingkat dukungan sosial keluarga dan tingkat distres psikologik dari PFC serta karakteristik penderita skizofrenia (jenis kelamin, usia, durasi masa sakit).

Instrumen yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga dalam penelitian ini diadopsi dari kuesioner dukungan keluarga yang dikembangkan dalam penelitian Khatimah (2018:100). Alat ukur ini berisi 21 pertanyaan mengenai dukungan keluarga terhadap PFC penderita skizofrenia yang ditunjukkan dengan skala respon 1 sampai 4. Instrumen ini telah dinyatakan valid dan reliabel dengan hasil uji koefisien reabilitas sebesar 0,775. Sedangkan instrumen yang digunakan untuk mengukur kondisi distres psikologik dalam penelitian ini merupakan modifikasi dari *Kessler Psychological Distress Scale (K10)* yang dikembangkan oleh Kessler dan Mroczek yang telah diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia oleh Putri (2012:36) dan dinyatakan valid dan reliabel dengan hasil uji koefisien

reabilitas sebesar 0,881. Alat ukur dalam penelitian ini berisi 12 pertanyaan mengenai kondisi emosional yang ditunjukkan dengan skala respon 1 sampai 5.

### 3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

#### 3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul kemudian akan diolah dengan tahapan berikut:

##### a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Proses pemeriksaan (*editing*) adalah upaya yang dilakukan untuk memeriksa kembali kebenaran data atau instrumen penelitian yang telah diisi data responden. *Editing* dapat dilakukan saat pengumpulan data atau saat data telah terkumpul.

##### b. Pengkodean (*Coding*)

*Coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori (Hidayat,2010:95).

##### c. Tabulasi (*Tabulating*)

Tabulasi merupakan kegiatan memasukkan data pada tabel tertentu, mengatur angka-angka dan menghitungnya (Hidayat, 2010:95). Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang didapat ke dalam tabel yang sesuai dengan variabel penelitian.

#### 3.7.2 Teknik Penyajian Data

Notoatmodjo (2010:188) menjelaskan bahwa terdapat beberapa bentuk teknik penyajian data yaitu seperti tabel, grafik dan diskripsi tertulis dari analisis yang didapatkan dari hasil penelitian. Data hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel frekuensi yang kemudian dijelaskan dalam bentuk narasi. Penyajian dalam bentuk tabel banyak digunakan dalam penulisan laporan agar pembaca laporan lebih mudah mendapatkan gambaran rinci mengenai hasil penelitian yang dilakukan (Hidayat, 2010:101).

### 3.7.3 Teknik Analisis Data

Setelah data penelitian terkumpul dan telah dilakukan tabulasi, peneliti selanjutnya melakukan analisis data yang merupakan bagian penting untuk mencapai tujuan penelitian. Analisis data adalah kegiatan menginterpretasikan data penelitian yang telah tersedia melalui tahap pengelompokan data seluruh responden, mentabulasi data, menyajikan data, melakukan penghitungan hingga menghasilkan sebuah makna yang mampu menjawab rumusan masalah yang telah diajukan serta mencapai tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2010:180; Sugiyono, 2015:147). Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan bantuan *software* pengelola data. Berikut teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya:

#### a. Analisis Univariabel

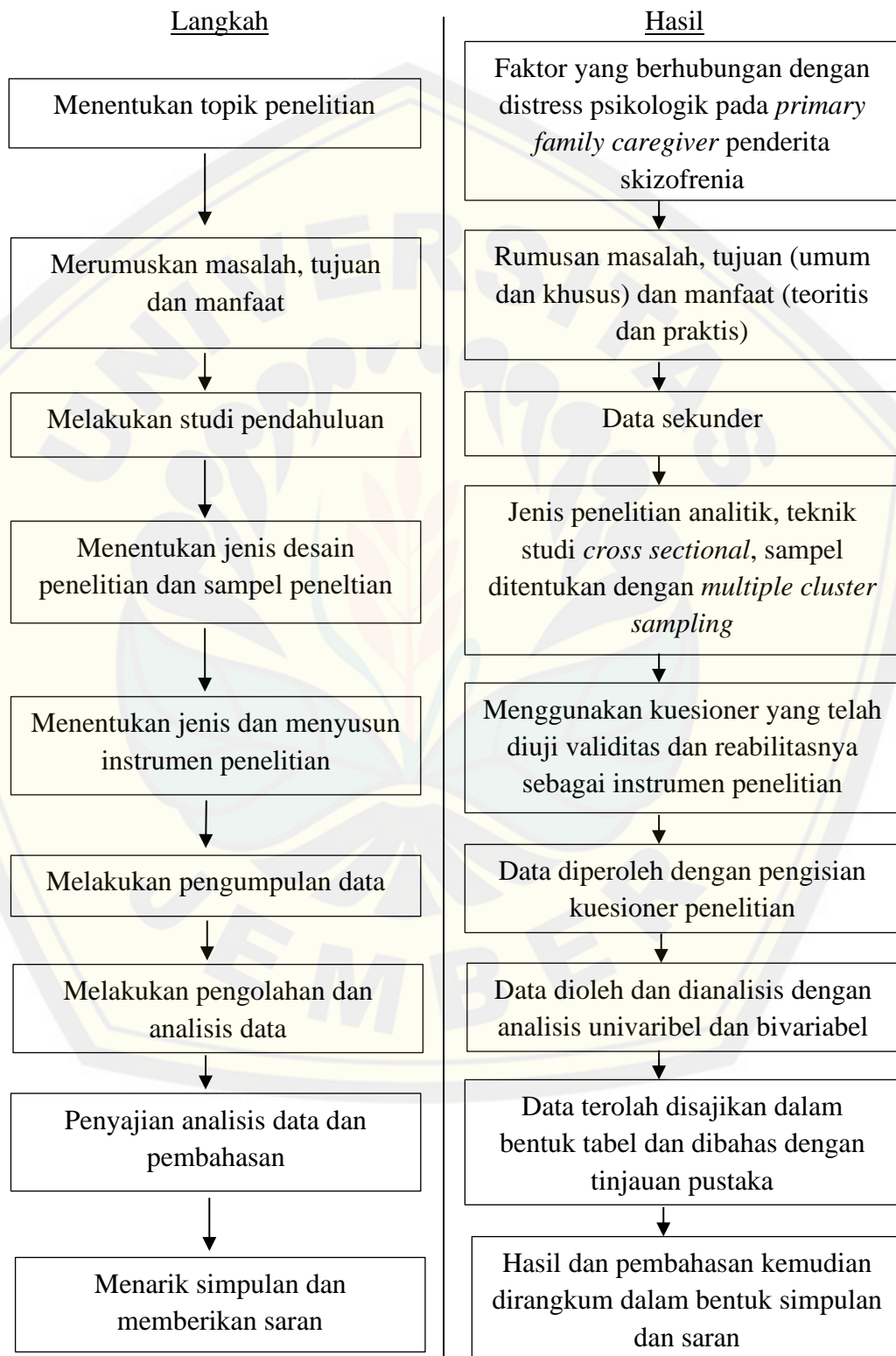
Analisis univariabel adalah analisis yang digunakan untuk menggambarkan distribusi responden dan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010:182). Bentuk analisis ini menyesuaikan dengan bentuk data yang tersedia, misalnya untuk data numerik dapat menggunakan nilai *mean* atau rata-rata, median atau nilai tengah serta standar deviasi. Dalam penelitian ini dapat dihasilkan data distribusi dari setiap variabel yang diteliti.

#### b. Analisis Bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas yang terdiri dari karakteristik penderita skizofrenia (jenis kelamin, usia, lama sakit dan jenis skizofrenia), dan *primary family caregiver* (jenis kelamin, usia, status marital, status ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, status kekerabatan dan tipe keluarga serta lama merawat) dan dukungan keluarga terhadap variabel terikat yaitu kondisi distres psikologis PFC. Jenis skala data pada variabel dalam penelitian ini bertipe nominal hingga ordinal sehingga jenis uji yang digunakan untuk menganalisis adalah *Chi-square* pada derajat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Dasar pengambilan keputusan hipotesis adalah  $H_0$  diterima jika  $p\text{-value} \geq \alpha$  (0,05) dan  $H_0$  ditolak jika  $p\text{-value} < \alpha$  (0,05).

### 3.8 Alur Penelitian

Urutan langkah-langkah penelitian dan hasil dari masing-masing langkah diuraikan dalam gambar berikut:



Gambar 3.1 Alur Penelitian



## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan mengenai distress psikologik pada PFC penderita skizofrenia di wilayah puskesmas perkotaan Kabupaten Jember dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Sebagian besar penderita skizofrenia dalam penelitian ini adalah laki-laki, berusia dewasa (26-45 tahun), menderita skizofrenia hebefrenik dengan durasi sakit sebagian besar lebih dari 1 tahun.
- b. Sebagian besar PFC dalam penelitian ini adalah perempuan, berusia lansia, telah menikah, aktif berkerja dengan status ekonomi <UMR Kabupaten Jember, tidak pernah sekolah, memiliki keluarga tipe nuklear, merupakan orang tua penderita skizofrenia dan telah merawat penderita skizofrenia lebih dari 1 tahun.
- c. Sebagian besar PFC mendapatkan dukungan sosial keluarga yang cukup baik.
- d. Sebagian besar PFC memiliki tingkat distress psikologik normal.
- e. Tidak terdapat hubungan antara karakteristik penderita skizofrenia dengan terjadinya distress psikologik pada PFC.
- f. Terdapat hubungan antara status ekonomi PFC dengan distress psikologik PFC, sedangkan karakteristik PFC lainnya tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan terjadinya distress psikologik pada PFC.
- g. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat dukungan sosial keluarga dengan terjadinya distress psikologik pada PFC.

## 5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan peneliti dari hasil penelitian ini antara lain:

### a. Bagi Masyarakat

Hendaknya lebih terbuka dan segera melapor pada petugas kesehatan setempat jika memiliki kerabat yang menunjukkan gejala skizofrenia sehingga dapat segera tertangani, menghilangkan pandangan negatif terkait penyebab serta kesembuhan skizofrenia, memberikan dukungan instrumental terhadap keluarga serta penderita skizofrenia untuk patuh dalam menjalani pengobatan.

### b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

- 1) Bekerjasama dengan dinas sosial maupun dinas ketenagakerjaan untuk memberikan pelatihan kerja serta dukungan modal atau lapangan pekerjaan kepada penderita skizofrenia yang telah sembuh serta anggota keluarga yang merawat peenderita skizofrenia.
- 2) Pentingnya untuk menguatkan promosi kesehatan terkait program kesehatan jiwa pada masyarakat.
- 3) Pentingnya memberikan edukasi pada masyarakat dan keluarga penderita skizofrenia terkait dukungan sosial terhadap keluarga penderita skizofrenia.

### c. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat meneliti faktor *coping*, penilaian PFC terhadap beban yang dihadapi, intensitas perawatan dalam sehari, status pendidikan dan status pekerjaan penderita, faktor determinan terjadinya skizofrenia, faktor yang menyebabkan lamanya durasi sakit penderita skizofrenia dengan cakupan wilayah yang lebih luas (perkotaan maupun pedesaan) serta pengembangan metode penelitian yang lebih baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Abdel, W., H. Nasser, I.I. Mohamed, A. Ezzat, dan A. Elnaser. 2011. Burden and coping strategies in caregivers of schizophrenic patients. *Journal of American Science*. 7(5): 802–811.
- Adeosun, I. I., 2013. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*: 1–7.
- Arikunto, S., 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Bina Aksara.
- Aruan, T. N. R. dan S. P. Sari. 2018. Gambaran beban ibu sebagai caregiver anak dengan skizofrenia di poliklinik rawat jalan rumah sakit jiwa. *Jurnal Jurusan Keperawatan*:1–8.
- Aryani, F. dan O. Sari. 2015. Gambaran pola penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia di ruang rawat inap rumah sakit jiwa. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. 6(1): 35–40.
- Auks, M. B., M. Jakovljević, Z. Furjan, B. Margetić, dan V. B. Maršanić. 2013. Quality of life of key caregiver of schizophrenia patients and association with kinship. *Central European Journal of Public Health*. 21(4): 220–223.
- Ayano, G. 2016. Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management. *Journal of Schizophrenia Research*. 3(2): 1–7.
- Badan Pusat Statistik. 2014. *Statistika Pemuda Indonesia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. 2017. *Potret Pendidikan Indonesia, Statistik Pendidikan 2017*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Banks, E., J.E. Byles, R. E. Gibson, B. Rodgers, I. K. Latz, I. A. Robinson, A. B. Williamson, dan L. R. Jorm. 2010. Is psychological distress in people living

with cancer related to the fact of diagnosis, current treatment or level of disability? Findings from a large Australian study. *MJA*. 193(5): 62–67.

Bo, S. dan U. H. Haahr. 2016. Early-onset psychosis and child and adolescent schizophrenia. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 4(1): 1–3.

Brännlund, A. dan A. Hammarström. 2014. Higher education and psychological distress: a 27-year prospective cohort study in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 42:155–162.

Canadian Institute for Health Information. 2012. *The Role of Social Support in Reducing Psychological Distress*:1–19.

Carod-Artal, F. J. 2017. Global Mental Health: Prevention and Promotion. Dalam *Global Mental Health: Prevention and Promotion*: Springer International Publishing.

Caron, J. dan A. Liu. 2011. Factors associated with psychological distress in the canadian population: a comparison of low-income and non low-income. *Community Ment Health Journal*. 47: 318–330.

Chan, S. W. 2011. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 25(5): 339–349.

Corrigan, P. W., F. E. Miller, dan A. C. Watson. 2006. Blame , shame , and contamination : the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*. 20(2): 239–246.

Cw, P., L. Petrus, dan N. Christopher. 2013. Burdens and psychological health of family caregivers of people with schizophrenia in two chinese metropolitan cities: Hong Kong and Guangzhou. *Community Mental Health Journal*. 49: 841–846.

Darghouth, S., L. Brody, dan M. Alegría. 2015. Does marriage matter? Marital status, family processes, and psychological distress among latino men and women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*: 1–21.

Day, A. L. dan H. A. Livingstone. 2003. Gender differences in perceptions of



stressors and utilization of social support among university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 35(2): 73–8.

Dewi, G. K. 2018. Pengalaman caregiver dalam merawat klien skizofrenia di kota sungai penuh. *Jurnal Endurance*. 3(1): 200–212.

Doherty, D. T., R. Moran, dan Y. K. O’Doherty. 2008. Psychological distress, mental health problems and use of health services in Ireland. *Health Research Board*.

Drapeau, A., A. Marchand, dan D. Beaulieu-Prevost. 2012. Epidemiology of Psychological Distress. Dalam LAbate, L. (ed.) *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*. IntechOpen:105–134.

El-tantawy, A. M. A., Y. M. Raya, dan A. M. K. Zaki. 2010. Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Current Psychiatry*. 17(3): 40–46.

Emsley, R., B. Chiliza, L. Asmal, dan B. H. Harvey. 2013. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 50(13): 1–8.

Erdem, Ö., F. J. V. Lenthe, R.G. Prins, dan T.A. J. J. Voorham. 2016. Socioeconomic inequalities in psychological distress among urban adults : the moderating role of neighborhood social cohesion. *PLoS ONE*. 11(6): 1–15.

Erlina, S. dan D. Pramono. 2010. Determinan terhadap timbulnya skizofrenia pada pasien rawat jalan di rumah sakit jiwa Prof. HB Saanin Padang Sumatera Barat. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 26(2): 71–80.

Erwina, I., R. P. Gustya, dan Monalisaa. 2016. Faktor-faktor yang berhubungan dengan distress emosional pada caregiver perempuan dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. *Ners Jurnal Keperawatan*. 12(1): 28–37.

Fahrul., A. Mukaddas, dan I. Faustine. 2014. Rasionalitas penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia di instalasi rawat inap jiwa rsd madani provinsi Sulawesi Tengah periode Januari-April 2014. *Online Jurnal of Natural Science*. 3:18–28.



- Falkenburg, J. dan D. K. Tracy. 2012. Sex and schizophrenia: a review of gender differences. *Psychosis*: 1–9.
- Fitrikasari, A., A. Kadarman, dan S. Woroasih. 2012. Gambaran beban caregiver penderita skizofrenia di poliklinik rawat jalan RSJ amino gondohutomo Semarang. *Medica Hospitalia*. 1(2): 118–122.
- Fitryasari, R., N. Nursalam, A. Yusuf, R. Hargono, dan C. Chan. 2018. Predictors of family stress in taking care of patients with schizophrenia. *Jurnal Ners*. 13(1).
- Fu, D., K. Wong, A. Yuk, K. Lam, S. K. Chan, dan S. F. Chan. 2012. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens and satisfaction with psychiatric services. *Health and Quality of Life Outcomes*. 10(15): 1–9.
- Furukawa, T. A., R. C. Kessler, T. Slade, dan G. Andrews. 2003. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being: 357–362.
- Gater, A., D. Rofail, C. Tolley, C. Marshall, L. Abetz-webb, S. H. Zarit, C. G. Berardo, H. Place, F. Way, W. G. City, dan H. Al. 2014. "Sometimes it's difficult to have a normal life": results from a qualitative study exploring caregiver burden in schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*: 1–13.
- Goldberg, D. P. dan V. F. Hillier. 1979. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 9(1): 139–145.
- Goodhead, A. dan J. McDonald. 2007. *Informal Caregivers Literature Review: a Report Prepared for The National Health Committee*. Wellington: Health Services Research Centre of Victoria University of Wellington.
- Gruebner, O., M. A. Rapp, M. Adli, U. Kluge, S. Galea, dan A. Heinz. 2017. Cities and mental health. *Deutsches Ärzteblatt International*. 114:121–127.
- Gunther, P., M. Sanches, CCF. Smits, dan ISK. Krishnadath. 2017. Prevalence of psychological distress in suriname in urban and rural areas: the Suriname health study. *Journal of Human Psychology*. 1(1): 8–17.

- Gupta, A., RK. Solanki, GD. Koolwal, dan S. Gehlot. 2015. Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 4(1): 70–76.
- Gupta, S., G. Isherwood, K. Jones, dan V. K. Impe. 2015. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*. 15(1): 1–11.
- Häfner, H. 1988. *Gender Differences in Schizophrenia*.
- Hajebi, A. 2014. *Burden Experienced By Families of Patients with Schizophrenia and Its Related Factors*. Nova De Lisboa.
- Hamblin, E. 2016. *Gender and Children and Young People's Emotional and Mental Health: Manifestations and Responses A Rapid Review of The Evidence*. London: National Children's Bureau.
- Hankins, M. 2008. Clinical Practice and Epidemiology Executive function abnormalities in pathological gamblers. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 6: 1–6.
- Hardiyanti, D., S. Usman, dan R. Yusuf. 2015. Kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. 3:172–182.
- Hartono, D. dan D. Ehrmann. 2001. *The Indonesian Economic Crisis and its Impact on Educational Enrolment and Quality*. Institute of Southeast Asian Studies.
- Hegelstad, V., K.S. Bronnick, H. E.Barder, J. H. Evensen, U. Haahr, dan I. Joa. 2016. Preventing poor vocational functioning in psychosis through early intervention. *Psychiatric Services*. (8): 1–4.
- Henderson, S. W. dan A. Martin. 2014. Case Formulation and Integration of Information in Child and Adolescent Mental Health. Dalam Martin, A. dan Volkma, F. (eds) *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Washington, D.C.
- Henigsberg, N. dan V. Folnegović-Šmalc. 2000. Frequency and length of schizophrenia admissions: analysis by ICD-10 defined subtypes. *Društvena*

*istraživanja*. 1(57): 113–131.

Herbert, H. S., M. Manjula, dan M. Philip. 2013. Original article growing up with a parent having schizophrenia: experiences and resilience in the offsprings. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 35(2): 148–154.

Hidayat, A. A., 2010. *Metode Penelitian Kesehatan: Paradigma Kuantitatif*. Surabaya: Health Books Publishing

Hidayat, R. dan I. Primasari. 2011. Metodologi Penelitian Psikodiagnostika. *Buletin Psikologi*. 19(2): 81–92.

Houtven, C. H. V. 2015. Informal Care and Economic. *Family Caregiving in the New Normal*. Elsevier: 105–134.

Husain, N., N. Chaudhry, F.Jafri, B. Tomenson, I. Surhand, I. Mirza, dan I. B. Chaudhry. 2014. Prevalence and risk factors for psychological distress and functional disability in urban Pakistan. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 3(2): 8–17.

Imai, A., N. Hayashi, A. Shiina, N. Sakikawa, dan Y. Igarashi. 2014. Factors associated with violence among japanese patients with schizophrenia prior to psychiatric emergency hospitalization: a case-controlled study. *Schizophrenia Research*.160:27–32.

Immonen, J., E. Jääskeläinen, H. Korpela, dan J. Miettunen. 2017. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*. 11: 453–460.

International Labour Organization. 2018. *The Occupied Palestinian Territory*. Beirut: International Labour Office.

Iseselo, M. K., L. Kajula, dan K. I. Yahya-Malima. 2016. The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in dar Es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*. 16(1): 1–12.

Jackson, C. A. dan C. L. M. Sudlow. 2018. Psychological Distress and Risk:1–11.

- Jaisoorya, T. S., D. Geetha, K. V. Beena, M. Beena, K. Ellangovan, dan K.Thennarasu. 2017. Prevalence and correlates of psychological distress in adolescent students from India. *East Asian Arch Psychiatry*. 27(2): 56–62.
- Juwarti, W., E. W. dan M. Z. A'la. 2018. Hubungan self compassion dengan stres family caregiver orang dengan skizofrenia (ODS) di wilayah kerja puskesmas mumbulsari kabupaten Jember. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*. 6(2): 298–304.
- Kageyama, M., P. Solomon, dan K. Yokoyama. 2016). Archives of psychiatric nursing psychological distress and violence towards parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*:1–6.
- Kashmir University Sociology Undergraduate Course. 2015. *Sociology*:1–33.
- Kate, N., S. Grover, P. Kulhara, dan R. Nehra. 2013. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*. 6(5): 80–388.
- Kaushik, P. dan M. Shatia. 2013. Burden and quality of life in spouses of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Delhi Psychiatry Journal*. 18(1): 83–89.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Buku 2 Riskesdas dalam Angka Indonesia Tahun 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 tahun 2015. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*. 26 Februari 2015. HK.02.02. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. *Laporan nasional RISKESDAS 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Dalam Angka Provinsi Jawa Timur 2013*. Jakarta: Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes.
- Kessler, R. C. 2000. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future



directions. *Bulletin of the World Health Organization*. 78(4):464–74.

Khatimah, H. 2018. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Caregiver Burden pada Family Caregiver Pasien Stroke. *Skripsi*. Yogyakarta: Program Studi Psikologi.

Komara, G. A., K. G. Swasti, dan W. Ekowati. 2015. Perbedaan kecemasan keluarga pasien gangguan jiwa saat rawat inap dan menjelang pulang di RSUD Banyumas. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari*. 2(2): 20–33.

Koschorke, M., R. Padmavati, S. Kumar, A. Cohen, H. A. Weiss, S. Chatterjee, J. Pereira, S. Naik, S. John, H. Dabholkar, M. Balaji, A. Chavan, M. Varghese, R. Thara, V. Patel, dan G. Thornicroft. 2017. Social science & medicine experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. *Social Science & Medicine*. 178: 66–77.

Koujalgi, S. R. dan S. R. Patil. 2013. Comparison of the demographic profile among caregivers of schizophrenia and depression. *Journal of the Scientific Society*. 40(3):143–147.

Kreager, P. dan E. Schröder-butterfill. 2008. Indonesia against the trend? Ageing and inter-generational wealth flows in two Indonesian communities. *Demographic Research*. 119(52).

Lasebikan, V. O. dan O. O. Ayinde. 2013. Family burden in caregivers of schizophrenia patients: prevalence and socio demographic correlates. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 35(1): 60–67.

Lawrie, S. M., Hall, J. dan E. C. Johnstone. 2010. Schizophrenia and Related Disorders. in *Companion to Psychiatric Studies*. Edisi 8: Elsevier.

Lemeshow, S., 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gajag Mada University.

Lêng, C. H., M.H. Chou, S. Lin, Y. K. Yang, dan J. Wang. 2016. Estimation of life expectancy, loss of-life expectancy, and lifetime healthcare expenditures for schizophrenia in Taiwan. *Schizophrenia Research*. 171: 97–102.

Lerner, D., H. Chang, W. H. Rogers, C. Benson, M. C. Lyson, dan L. B. Dixon.



2015. Psychological distress among caregivers of individuals with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services in Advance*: 1–10.
- Lippi, G. 2016. Schizophrenia in a member of the family: burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. *South African Journal of Psychiatry*. 22(1): 1–7.
- Liu, C., L. Wang, dan Q. Zhao. 2015. Factors related to health-related quality of life among chinese psychiatrists: occupational stress and psychological capital. *BMC Health Services Research*. 15(20):1–10.
- Lohacheewa, S., Y. Sitthimongkol, Y. Sirapo-ngam, dan C. Viwatwongkasem. 2016. Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2(3): 183–195.
- Lomholt, L. H., D. V. Andersen, C. S. Jacobsen, C. M. Özdemir, C. Graff, O. Schjerning, S. E. Jensen, S. Puggard, V. Straszek, R. W. Licht, S. Grøntved, dan R. E. Nielsen. 2019. Mortality rate trends in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide study with 20 years of follow up. *International Journal of Bipolar Disorders*. 7(6): 4–11.
- Magaña, S. M., J. I. R. García, M. G. Hernández, dan R. Cortez. 2007. Caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*. 58(3): 378–384.
- Magliano, L., G. Fadden, M. Economou, T. Held, M. Xavier, M. Guarneri, C. Malangone, C. Marasco, dan M. Maj. 2000. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the biomed I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 5: 109–115.
- Mandal, P., S. Prakash, dan R. Sagar. 2014. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and its correlates. *Delhi Psychiatry Journal*. 17(2): 343–348.
- Mao-sheng, R., X. Yunyu, H. K. Chui-cheryl, H. Xian-zhang, Y. Yue-hui, P. Man-man, M. Wen-jun, L. Bo, C. E. Yu-hai, dan C.C. Lai-wan. 2018. Duration of untreated psychosis (dup) and outcome of people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study. *Psychiatry Research*. 267: 340–345.

- Marchand, A., A. Drapeau, dan D. Beaulieu-Prévost. 2011. Psychological distress in Canada: the role of employment and reasons of non-employment. *International Journal of Social Psychiatry*. 58(6): 596–604.
- Marchira, C. R., I. Supriyanto, dan B. J. Good. 2016. The association between duration of untreated psychosis in first psychotic episode patients and help seeking behaviors in Jogjakarta, Indonesia. *International Journal of Culture and Mental Health*. 9(2): 120–126.
- Margono, 2004. *Metode Penelitian Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Maslim, R., 2013. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM- 5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya.
- Mathew, K. J., A. Pathak, S. Rai, dan S. J. Sangeeta. 2016. Risk of psychological distress among individuals living with a mentally ill person: a study from a backward state of India and its implications. *Online Journal of Health and Allied Sciences*. 15(4): 1–7.
- Mathew, K. J. 2017. Need for care to caregivers: Psychological distress and its socio-demographic correlates among the relatives of persons with mental illness. Abhijit Pathak. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 21(2): 3–12.
- Matthews, G. 2016. Distress. Dalam *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress*. Elsevier Inc.
- Matud, M. P., J. M. Bethencourt, dan I. Ibáñez. 2015. Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*. (2): 1–9.
- Mcauliffe, R. 2014. Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 21: 145–153.
- Mclachlan, K. J. J. dan C. R. Gale. 2018. The effects of psychological distress and its interaction with socioeconomic position on risk of developing four chronic diseases. *Journal of Psychosomatic Research*. 109: 79–85.

- Mirowsky, J. dan C. E. Ross. 2003. *Social causes of psychological distress*. Edisi Kedua. New York: Walter de Gruyter, Inc.
- Mirza, R. dan H. Kurniawan. 2015. Hubungan lamanya perawatan pasien skizofrenia dengan stres keluarga. *Jurnal kedokteran Syaih Kuala*.15(3): 179–189.
- Mitsonis, C., E. Voussoura, dan N. Dimopoulos. 2012. Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 47: 331–337.
- Mura, G., D. R. Petretto, K. M. Bhat, dan M. G. Carta. 2012. Schizophrenia: from epidemiology to rehabilitation. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 8: 52–66.
- Murray, C. J. L. dan A. D.Lopez. 2013. Measuring the global burden of disease. *The New England Journal Of Medicine*. 5(369): 448–457.
- Murthy, R. S. 2016. Caregiving and caregivers : challenges and opportunities in India. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 32(1): 10–18.
- National Collaborating Centre for Mental Health. 2013. *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People*. Great Britain: The British Psychological Society.
- National Institute on Drug Abuse. 2018. *Substance Use in Women*. National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Nazir, M., 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Nazir, M., 2014. *Metode Penelitian*. Bogor: Gahlia Indonesia.
- Nerdrum, P. T. Rustøen, dan M. H. Rønnestad. 2006. Student psychological distress: a psychometric study of 1750 norwegian 1st-year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 50(1): 95–109.
- Nevid, J. S., S. A. Rathus, dan B. Greene. 2003. *Abnormal Psychology in a Changing World*. 2 ed. Jakarta: Penerbit Erlangga.

- Notoatmodjo, S., 2010. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notosoedirdjo, M. dan Latipun, 2011. *Kesehatan Mental Edisi Keempat*. Malang: UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang.
- Novitayani, S., 2016. Karakteristik pasien skizofrenia dengan riwayat rehospitalisasi. *Idea Nursing Journal*. 7(2): 23–29.
- Nurlena. 2010. *Hubungan Perubahan Finansial dan Status Sosial dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Pensiunan di BTPN Makassar Pensiun*. Universitas Islam Negeri Alaudin Makassar.
- Nurullah, A. S., 2010. Gender differences in distress: the mediating influence of life stressors and psychological resources. *Asian Social Science*. 6(5): 27–35.
- O'Connor, D. W. dan R. A. Parslow. 2010. Mental health scales and psychiatric diagnoses: Responses to GHQ-12, K-10 and CIDI across the lifespan. *Journal of Affective Disorders*. 121(3): 263–267.
- Ochoa, S., X. Labad, J. Kulkarni, dan J. Usall. 2012. Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophrenia Research and Treatment*: 1–10.
- Odinka, P. C., M. Oche, A. C. Ndukuba, R. C. Muomah, M. U. Osika, M. O. Bakare, Agomoh, A. O. dan R. Uwakwe. 2014. The socio-demographic characteristics and patterns of help-seeking among patients with schizophrenia in South-East Nigeria. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 25(1): 180–191.
- Ong, H. C., N. Ibrahim, dan S. Wahab. 2016. Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychology Research and Behavior Management*. 9: 211–218.
- Ozlu, A., M. Yildiz, dan T. Aker. 2015. Burden and burden-related features in caregivers of schizophrenia patients. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 28(2): 147–153.
- Palacios-lopez, A., L. Christiaensen, dan T. Kilic. 2017. How much of the labor in african agriculture is provided by women?. *Food Policy*. 67: 52–63



- Pearlin, L. I., J. T. Mullan, S. J. Semple, dan M. M. Skaff. 1990. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 30(5): 583–594.
- Perälä, J. 2013. *Epidemiology of Psychotic Disorders*. National Institute for Health and Welfare.
- Periantalo, J., 2016. *Penelitian Kuantitatif untuk Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Putri, M. C. R. 2012. Hubungan Antara Coping dan Psychological Distress pada Istri yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga. *Skripsi*. Depok: Fakultas Psikologi.
- Rafiyah, I. dan W. Sutharangsee. 2011. Review: burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia and its related factors. *Nurse Media Journal of Nursing*.1(1): 29–41.
- Raj, E. A., S. Shiri, dan K. V. Jangam. 2016. Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 32(1): 42–49.
- Rakhmawati, T. 2016. Jenis kelamin sebagai variabel moderasi dalam hubungan kualitas pelayanan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dan kepercayaan pasien: sebuah model konseptual. *QMR*. 1(1): 30–58.
- Ran, M., L. H. Yang, Y. Liu, D. Huang, W. Mao, F. Lin, J. Li, dan C. L. Chan. 2017. The family economic status and outcome of people with schizophrenia in Xinjin, Chengdu, China: 14-year follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*: 1–9.
- Rapoport, J., J. Giedd, dan N. Gogtay. 2012. Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol Psychiatry*. 17(12): 1228–1238.
- Ribé, J. M., M. Salamero, C. Pérez-testor, J. Mercadal, C. Aguilera, dan M. Cleris. 2017. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*: 1–10.



- Ridner, S. H. 2004. Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 45(5): 536–545.
- Rismalinda, 2017. *Buku Ajar Psikologi Kesehatan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Rodríguez-Madrid, M. N., M. Río-Lozano, R. Fernandez-Peña, J. Jiménez-Pernett, L. G. M. A. Lupiañez-Castillo, dan M. M. García-Calvente. 2019. Gender differences in social support received by informal caregivers: a personal network analysis approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(91): 1–15.
- Rohmatin, Y. K., S. Limantara, dan S. Arifin. 2016. Gambaran kecenderungan depresi keluarga pasien skizofrenia berdasarkan karakteristik demografi dan psikososial. *Berkala Kedokteran*. 12(2): 239–253.
- Ruggeri, M., A. Lasalvia, P. Santonastaso, F. Pileggi, E. Leuci, M. Miceli, S. Scarone, S. Torresani, S. Tosato, K. D. Santi, D. Cristofalo, C. Comacchio, dan S. Tomassi. 2017. Family burden, emotional distress and service satisfaction in first episode psychosis. Data from the GET UP trial. *Frontiers in Psychology*. 8(721): 1–11.
- Sarafino, E. P. dan T. W. Smith. 2011. *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction*. Edisi 7. United States of America: John Wiley & Sons, Inc.
- Sastroasmoro, S., 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. 5 ed. Jakarta: Sagung Seto.
- Saunders, J. C. 2003. Families Living with Severe Mental Illness: A literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*. (24):175–198.
- Savolainen, I., M. Kaakinen, A. Sirola, dan A. Oksanen. 2018. Addictive behaviors reports addictive behaviors and psychological distress among adolescents and emerging adults: a mediating role of peer group identification. *Addictive Behaviors Reports*. 7: 75–81.
- Segopolo, M. T., M. M. Selemogwe, I. E. Plattner, N. Ketlogetswe, dan A. Feinstein. 2009. A screening instrument for psychological distress in Botswana: Validation of the Setswana version of the 28-item General Health Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*. 55(2): 149–156.

- Semiun, Y., 2006. *Kesehatan Mental 3*. Yogyakarta: Kanisius.
- Shah, A. J., O. Wadoo, dan J. Latoo. 2010. Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*. 3(3): 1–8.
- Shah, S. T. H., S. M. Sultan, M. Faisal, dan M. Irfan. 2015. Psychological distress among caregivers of patients with schizophrenia. *Ayub Med Coll Abbottabad Journal*. 25(3): 27–30.
- Shair, N. A. 2013. *Burden of Caregivers of Schizophrenic individuals in Gaza Strip*. The Islamic University-Gaza.
- Sharma, N., S. Chakrabarti, dan S. Grover. 2016. Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*. 6(1): 7–17.
- Sharma, R., S. C. Sharma, dan S. N. Pradhan. 2017. Assessing caregiver burden in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Kathmandu medical college. *Journal of Nepal Health Res Counc*. 15(3): 258–263.
- Shiraishi, N. dan J. Reilly. 2018. Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*: 1–14.
- Sheridan, C. L. dan S. A. Radmacher. 1937. *Health Psychology: Challenging The Biomedical Model*. Canada: John Wiley & Sons Inc.,.
- Sintayehu, M., H. Mulat, Z. Yohannis, T. Adera, dan M. Fekade. 2015. Prevalence of mental distress and associated factors among caregivers of patients with severe mental illness in the outpatient unit of amanuel hospital , addis ababa , ethiopia , 2013 : cross-sectional study. *Journal of Molecular Psychiatry*. 3(9):1–10.
- Smith, G. R., G. M. Williamson, L. S. Miller, dan R. Schulz. 2011. Depression and quality of informal care: a longitudinal investigation of caregiving stressors. *Psychology and Aging*. 26(3): 584–591.
- Sr, Q., V.B. Waghachavare, A. D. Gore, G.B. Dhumale. 2015. Are menstrual

problems associated with the mental health? A cross sectional study among the graduation college girls. *The International Medical Journal Malaysia*.14(2): 53–60.

Stanley, S., S. Balakrishnan, dan S. Ilangovan. 2017. Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 26(2): 134–144.

Stevens, L. dan I. Rodin. 2011. *Psychiatry, An Illustrated Colour Text*. Elsevier Ltd.

Stickley, A., A. Koyanagi, B. Roberts, dan M. Mckee. 2015. Urban-rural differences in psychological distress in nine countries of the former soviet union. *Journal of Affective Disorders*. 178:142–148.

Stilo, S. A. dan R. M. Murray. 2010. The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 12(3):305–315.

Sugihara, Y., H. Sugisawa, H. Shibata, dan K. Harada. 2008. Productive roles, gender, and depressive symptoms: evidence from a national longitudinal study of late-middle-aged Japanese. *Journal Of Gerontology: Psychological Sciences*. 63(4): 227–234.

Sugiyono, 2011. *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono, 2015. *Petode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Suhita, B. M., S.Siyoto, dan U. W. Catherine. 2015. The identification of families stress level with adversity quotient in caring schizophrenia family members in Kediri city. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*. 5(12): 106–113.

Suryani. 2015. Caring for a family member with schizophrenia: the experience of family carers in Indonesia. *Malaysia Journal of Psychiatry*. 24: 1–11.

Suryaputri, I. Y., B. C. Rosha, dan K. Sari. 2013. Gender and other factors and risk of mental emotional problems among students in Indonesia. *Health Science Indonesia*. 4(2): 98–102.

- Sutinah dan Maulani. 2017. Hubungan pendidikan, jenis kelamin dan status perkawinan dengan depresi pada lansia. *Journal Endurance*. 2(2): 209–216.
- Thara, R. dan S. Kamath. 2019. Women and schizophrenia. *Indian J Psychiatry*. 57: 246–251.
- Thoits, P. A. 2011. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*. 52(2): 145 –161
- Thomas, C., M. Benzeval, dan S. Stansfeld. 2007. Psychological distress after employment transitions: the role of subjective financial position as a mediator. *Epidemiol Community Health Journal*. 61: 48–52.
- Thunyadee, C., Y. Sitthimongkol, S. Sangon, T. Chai-Aroon, dan K. M. Hegadoren. 2015. Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences*. 17: 412–419.
- To'meh, H. 2013. Family Burden among Caregivers of Mentally Ill Patients in Nablus District. *Tesis*. Nablus: Masters of Community Mental Health Nursing.
- Ukpong, D. 2012. Burden and psychological distress among nigerian family caregivers of schizophrenic patients: the role of positive and negative symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*: 1–6.
- Vasudeva, S., C. K. Sekhar, dan P. G. Rao. 2013. Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: a sectional study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 35(4): 352–257.
- Villeneuve, L., G. Trudel, L. Dargis, M. Prévile, R. Boyer, dan J. Bégin. 2014. Marital functioning and psychological distress among older couples over an 18-month period. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 40(3): 193–208.
- Wade, C. dan C. Travis. 2007. *Psikologi*. edisi 9. Jakarta: Erlangga.
- Weller, B. E., M. Faulkner, O. Doyle, S. S. Daniel, dan D.B. Goldston. 2015. Impact of patients psychiatric hospitalization on caregivers: a systematic review. *Psychiatric Services*. 66(5): 527–535.



Widakdo, G. dan Besral. 2013. Efek penyakit kronis terhadap gangguan mental emosional. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 7: 309–316.

World Federation for Mental Health. 2010. *Caring for Caregiver: Why Your Mental Health Matters When You Are Caring for Others*. World Federation for Mental Health.

World Federation for Mental Health. 2014. *Living with Schizophrenia*. Occoquan: World Federation for Mental Health.

World Health Organization, 2018. *World Health Organization*. [Online] Available at: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/schizophrenia> [Accessed 20 1 2019].

World Health Organization. 2001. *Gender Disparities in Mental Health World*. Department of Mental Health and Substance Dependence:1-25

World Health Organization. no date. *Information Sheet: Premature Death Among People with Severe Mental Disorders*.

World Health Organization Regional Office of Europe. 2012. *Social Determinants Of Health And Well-Being Among Young People: Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2009/2010 Survey*: World Health Organization.

Wulandari, Y. Y., Herawati dan A. Setyowati. 2016. Dukungan sosial keluarga dengan tingkat stres anggota keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa. *Dunia Keperawatan*. 4(2): 133–137.

Yamashita, C. H., F. Amendola, dan J. C. Gaspar. 2013. Association between social support and the profiles of family caregivers of patients with disability and dependence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*.47(6): 1357–1364.

Yates, M. E., S. Tennstedt, dan B. Chang. 1999. Contributors to and Mediators of Psychological Well-Being for Informal Caregivers. *Journal of Gerontology*. 54(1):12–22.

Yazici, E., Ü. Karabulut, M. Yildiz, S. B. Tekeş, E. İnan, U. Çakir, Ş. Boşgelmez,



- dan C. Turgut. 2016. Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. *Arch Neuropsychiatr.* 53: 96–101.
- Yin, Y., W. Zhang, Z. Hu, F. Jia, Y. Li, H. Xu, S. Zhao, dan J. Guo. 2014. Experiences of stigma and discrimination among caregivers of persons with schizophrenia in China : a field survey. *Cent Eur J Public Health.* 9(9): 220–223.
- Young, L., L. Murata, C. Mcpherson, J. Daniel, dan A. Digel. 2019. Archives of psychiatric nursing exploring the experiences of parent caregivers of adult children with schizophrenia: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing.* 33(1): 93–103.
- Yu, Y., Z. Liu, B. Tang, M. Zhao, X. Liu, dan S. Xiao. 2017. Reported family burden of schizophrenia patients in rural China. *PLoS ONE.* 9: 1–18.
- Yusuf, A. J. dan F. T. Nuhu. 2011. Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 46(1): 11–16.
- Yusuf, A., PK, R. F. dan H. E. Nihayati. 2017. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa.* Jakarta: Salemba Medika.
- Zahid, M. A. dan J. U. Ohaeri. 2010. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 10(71):1-11.
- Zahnia, S. dan D. W. Sumekar. 2016. Kajian epidemiologis skizofrenia epidemiologic study of schizophrenia. *Majority.* 5(5): 160–166.
- Zarit, S. H. dan J. M. Zarit. 2015. Family Caregiving. Dalam *Psychology and Geriatrics:* Elsevier Inc.,
- Zuhdi, S., 2018. Membincang peran ganda perempuan dalam masyarakat industri. *Jurisprudence Journal.* 8(2): 81–86.

**LAMPIRAN**

Lampiran A. Lembar Pesetujuan (*Informed Consent*)

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Nama PFC :

Nama Resipien Caregiving :

Alamat :

No.Responden :

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan persetujuan menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Distres Psikologik pada *Primary Family Caregiver* Penderita Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Perkotaan Kabupaten Jember” yang dilakukan oleh Rofiqoh Noer Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Peneliti bersedia menjamin kerahasiaan hasil wawancara dan hal-hal yang berhubungan dengan privasi saya. Demikian pernyataan ini dibuat agar digunakan dengan semestinya.

Jember, April 2019

Responden

(-----)

## Lampiran B. Lembar Kuesioner Penelitian

**LEMBAR KUESIONER PENELITIAN****DISTRES PSIKOLOGIK PADA *PRIMARY FAMILY CAREGIVER* PENDERITA SKIZOFRENIA DI WILAYAH PUSKESMAS PERKOTAAN KABUPATEN JEMBER****A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

<b>No</b>	<b>Variabel</b>	<b>Kategori</b>
1.	Umur	(tgl/bln/tahun)= ...../...../.....
2.	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
3.	Status marital	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Bercerai
4.	Pendapatan Keluarga Perbulan	<input type="checkbox"/> Tidak Memiliki Pendapatan <input type="checkbox"/> ≤1.916.983 <input type="checkbox"/> > 1.916.983
5.	Status Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Bekerja
6.	Pendidikan terakhir responden	<input type="checkbox"/> Tidak/belum pernah sekolah <input type="checkbox"/> SD/MI/Sederajat <input type="checkbox"/> SMP/MTS/Sederajat <input type="checkbox"/> SMA/MA/Sederajat <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi
7.	Status Kekerabatan responden dengan penderita Skizofrenia	<input type="checkbox"/> Orang Tua <input type="checkbox"/> Saudara Kandung <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Kerabat lainnya
8.	Ukuran keluarga yang tinggal bersama dengan responden	<input type="checkbox"/> Keluarga Nuklear = hanya terdiri dari keluarga utama <input type="checkbox"/> Keluarga Join= terdiri dari ≥ 3 generasi
9.	Lama Merawat	----- Bulan <input type="checkbox"/> ≤ 1 tahun <input type="checkbox"/> >1 tahun

## B. KARAKTERISTIK PENDERITA SKIZOFRENIA

1. Tanggal lahir penderita skizofrenia	(tgl/bln/tahun) = ...../...../.....
2. Jenis gangguan dominan	<input type="checkbox"/> Katatonik: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Stuppor (wajah datar/tidak berekspresi)</li> <li><input type="checkbox"/> Mutisme (tidak mampu berbicara)</li> <li><input type="checkbox"/> Rigiditas (kaku/diam dalam waktu lama)</li> <li><input type="checkbox"/> Gaduh/tidak mampu berdiam diri</li> </ul> <input type="checkbox"/> Paranoid <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Merasa terancam atau mengancam</li> <li><input type="checkbox"/> Ketakutan</li> </ul> <input type="checkbox"/> Hebefrenik <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gangguan dalam berpikir (pembicaraan yang tidak bermakna)</li> <li><input type="checkbox"/> Pemalu</li> <li><input type="checkbox"/> Memiliki perilaku tidak bertanggung jawab (seperti anak kecil)</li> </ul>
Jenis Skizofrenia	
3. Jenis Kelamin penderita skizofrenia	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4. Durasi sudah berapa lama penderita mengalami skizofrenia hingga	----- Bulan <input type="checkbox"/> ≤ 1 tahun <input type="checkbox"/> >1 tahun



## C. DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA

Berilah tanda checklist (√) pada kolom pilihan yang sesuai jawaban responden setelah pernyataan dibacakan.

No	Pertanyaan	Pilihan			
		Sangat Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Sangat Sesuai
1.	Apakah keluarga anda tidak melibatkan anda jika mereka mengadakan acara keluarga?				
2.	Apakah anda mengurus kebutuhan penderita skizofrenia sendirian?				
3.	Apakah keluarga mengajak anda untuk turut hadir dalam acara kumpul keluarga				
4.	Apakah keluarga anda sering mengabaikan perasaan anda?				
5.	Apakah keluarga anda beranggapan bahwa perawatan penderita skizofrenia ini merupakan tanggungjawab anda sepenuhnya?				
6.	Apakah keluarga bersedia bergantian menjaga dan merawat penderita skizofrenia?				
7.	Apakah keluarga anda tidak mengucapkan terimakasih ketika anda membantu merawat penderita skizofrenia?				
8.	Apakah keluarga menanyakan perkembangan kondisi penderita skizofrenia?				
9.	Apakah anda dilibatkan dalam mempersiapkan acara kumpul keluarga?				
10.	Apakah keluarga membantu anda untuk memandikan, menggantikan baju, menyuapi ketika makan atau kebutuhan penderita <i>skizofrenia</i> lainnya?				
11.	Apakah keluarga jarang mengunjungi anda dan penderita skizofrenia?				
12.	Apakah hanya anda yang menemani penderita skizofrenia menjalani pengobatan rutin?				
13.	Apakah keluarga memberikan informasi mengenai hal yang tidak boleh dilakukan dalam perawatan penderia skizofrenia?				

14.	Apakah keluarga memberi bantuan dana untuk biaya pengobatan penderita skizofrenia?				
15.	Apakah keluarga mendengarkan keluhan atau curhatan anda terkait pengasuhan penderita skizofrenia?				
16.	Apakah keluarga sering meluangkan waktu untuk berinteraksi dan bersenda gurau dengan anda?				
17.	Apakah keluarga jarang mengajak anda berbincang?				
18.	Apakah keluarga bersedia meminjamkan sejumlah uang untuk biaya pengobatan penderita skizofrenia jika anda membutuhkannya?				
19.	Apakah keluarga memberikan tanggapan yang kurang berkenan di hati anda saat anda mengungkapkan keluhan anda?				
20.	Apakah keluarga memberikan dukungan atau menguatkan anda ketika anda merasa lelah berkenaan dengan kondisi anda saat ini?				
21.	Apakah keluarga memberikan informasi terkait perawatan pasien skizofrenia yang baik?				

Total Skor :

## D. DISTRES PSIKOLOGIK

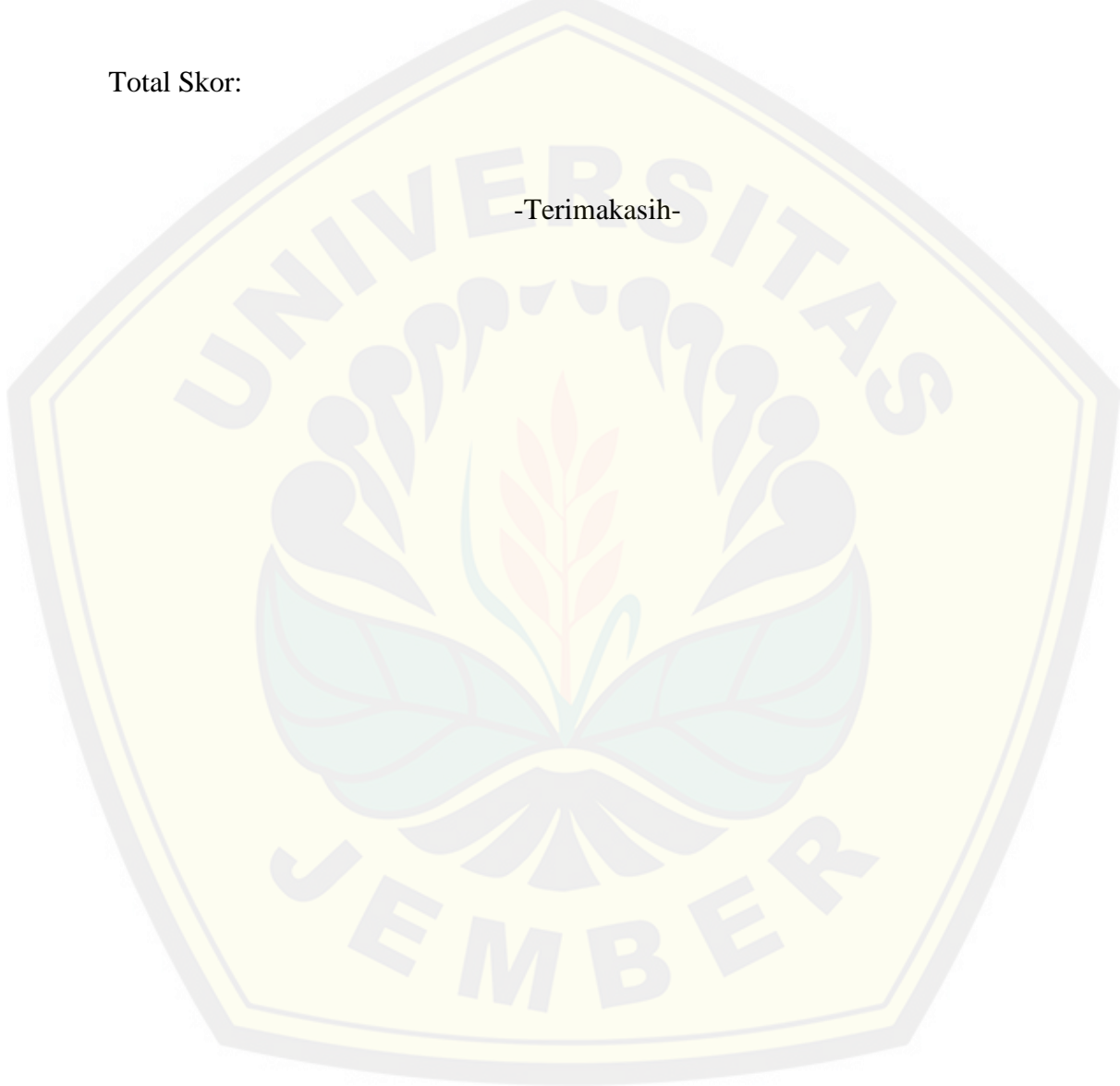
Berilah tanda checklist (√) pada kolom pilihan yang sesuai jawaban responden setelah pernyataan dibacakan.

No	Pernyataan	Pilihan				
		Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Hampir selalu	Selalu
1.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasakan lelah tanpa sebab yang jelas?					
2.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa gelisah/cemas/khawatir/gugup?					
3.	Selama 4 minggu terakhir ini, berapa sering anda merasa begitu gelisah/cemas/khawatir/gugup tanpa ada hal yang dapat menenangkan anda?					
4.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa putus asa atau tidak memiliki harapan lagi?					
5.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa tidak bersemangat untuk melakukan sesuatu?					
6.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa begitu resah atau tidak tenang hingga tidak dapat duduk diam atau tidak dapat santai?					
7.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa depreso (tertekan)?					
8.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa bahwa segala sesuatu memutuhkan usaha yang berat?					
9.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa sangat sedih dan tidak ada yang dapat menghibur anda?					
10.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa diabaikan dan tidak dianggap penting/ tidak berarti?					

11.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa tidak dapat tidur nyeyak?					
12.	Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering anda merasa tidak percaya diri saat berkumpul dengan orang lain?					

Total Skor:

-Terimakasih-





Lampiran C. Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara dengan Responden




Gambar 2. Wawancara dengan Responden



Gambar 3. Wawancara dengan Responden

## Lampiran D. Surat Izin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAI: (0331) 425222  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id)  
E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id), [dinkesjemberkab@gmail.com](mailto:dinkesjemberkab@gmail.com)

**JEMBER**

Kode Pos 68111  
Jember, 8 April 2019

---

Nomor : 440 /17951/311/ 2019  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr

1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Plt. Kepala Puskesmas Sumber Sari
3. Plt. Kepala Puskesmas Balung
4. Plt. Kepala Puskesmas Gladakpakem
5. Plt. Kepala Puskesmas Bangsalsari

di  
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/869/415/2019, Tanggal 02 April 2019, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :


Nama : Rofiqoh Noer  
NIM : 142110101093  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Terkait :  
➤ Distres Psikologik Pada Primay Family Caregiver Penderita Skizofrenia di Puskesmas Wilayah Urban Kabupaten Jember  
Waktu Pelaksanaan : 8 April 2019 s/d 8 Juni 2019

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

  
**dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat

## Lampiran E. Hasil Analisis

## a. Analisis Univariabel Dukungan Sosial Keluarga PFC Penderita Skizofrenia

1) Jawaban Pertanyaan *Favorable*

Nomor Soal	Jenis Dukungan	Jumlah Jawaban Pertanyaan <i>Favorable</i>				Total
		Sangat Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Sangat Sesuai	
3	<i>Companionship</i>	1	4	93	9	107
6	Intrumental	5	16	73	13	107
8	Emosional	6	19	64	18	107
9	<i>Companionship</i>	3	3	88	13	107
10	Intrumental	8	45	47	7	107
13	Informasi	15	46	41	5	107
14	Intrumental	18	37	41	11	107
15	Emosional	3	9	86	9	107
16	Emosional	1	15	86	5	107
18	Intrumental	7	29	56	15	107
20	Emosional	0	10	85	12	107
21	Informasi	9	12	76	10	107

2) Jawaban Pertanyaan *Unfavorable*

Nomor Soal	Jenis Dukungan	Jumlah Jawaban Pertanyaan <i>Unfavorable</i>				Total
		Sangat Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Sangat Sesuai	
1	<i>Companionship</i>	44	44	16	3	107
2	Intrumental	20	50	29	8	107
4	Emosional	37	59	7	4	107
5	Emosional	14	61	28	4	107
7	<i>Companionship</i>	9	60	35	3	107
11	Emosional	21	49	31	6	107
12	Intrumental	23	42	36	6	107
17	<i>Companionship</i>	27	60	17	3	107
19	Emosional	44	27	33	3	107



b. Analisis Bivariabel Karakteristik Penderita Skizofrenia Terhadap Distres Psikologik

1) Analisis Jenis Kelamin dengan Distres Psikologik

**Crosstab**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Jenis Kelamin Penderita	Laki-Laki	Count	37	42	79
		Expected Count	34,7	44,3	79,0
	Perempuan	Count	10	18	28
		Expected Count	12,3	15,7	28,0
% within Jenis Kelamin Penderita			46,8%	53,2%	100,0%
Total	Laki-Laki	Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
	Perempuan	Count	10	18	28
		Expected Count	12,3	15,7	28,0
% within Jenis Kelamin Penderita			43,9%	56,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,038 <sup>a</sup>	1	,308		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,636	1	,425		
Likelihood Ratio	1,051	1	,305		
Fisher's Exact Test				,378	,213
Linear-by-Linear Association	1,028	1	,311		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,30.

b. Computed only for a 2x2 table



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin Penderita (Laki-Laki / Perempuan)	1,586	,651	3,863
For cohort Distres Psikologik = Distres	1,311	,757	2,272
For cohort Distres Psikologik = Normal	,827	,586	1,168
N of Valid Cases	107		

2) Analisis Usia dengan Distres Psikologiks

**Umur Penderita \* Distres Psikologik Crosstabulation**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Umur Penderita	Remaja	Count	13	6	19
		Expected Count	8,3	10,7	19,0
		% within Umur Penderita	68,4%	31,6%	100,0%
	Dewasa	Count	27	45	72
		Expected Count	31,6	40,4	72,0
		% within Umur Penderita	37,5%	62,5%	100,0%
	Lansia	Count	7	9	16
		Expected Count	7,0	9,0	16,0
		% within Umur Penderita	43,8%	56,3%	100,0%
Total		Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
		% within Umur Penderita	43,9%	56,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,836 <sup>a</sup>	2	,054
Likelihood Ratio	5,856	2	,054
Linear-by-Linear Association	2,525	1	,112
N of Valid Cases	107		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,03.

**Risk Estimate**

	Value
Odds Ratio for Umur Penderita (Remaja / Dewasa)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

a) Usia Remaja dan Lansia Terhadap Distres Psikologik

**Umur Penderita \* Distres Psikologik Crosstabulation**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Umur Penderita	Remaja	Count	13	6	19
		Expected Count	10,9	8,1	19,0
		% within Umur Penderita	68,4%	31,6%	100,0%
	Lansia	Count	7	9	16
		Expected Count	9,1	6,9	16,0
		% within Umur Penderita	43,8%	56,3%	100,0%
Total		Count	20	15	35
		Expected Count	20,0	15,0	35,0
		% within Umur Penderita	57,1%	42,9%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,159 <sup>a</sup>	1	,142		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,269	1	,260		
Likelihood Ratio	2,175	1	,140		
Fisher's Exact Test				,182	,130
Linear-by-Linear Association	2,097	1	,148		
N of Valid Cases	35				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,86.

b. Computed only for a 2x2 table

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur Penderita (Remaja / Lansia)	2,786	,699	11,101
For cohort Distres Psikologik = Distres	1,564	,830	2,948
For cohort Distres Psikologik = Normal	,561	,255	1,238
N of Valid Cases	35		

## b) Usia Dewasa dan Lansia Terhadap Distres Psikologik

## Umur Penderita \* Distres Psikologik Crosstabulation

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Umur Penderita	Dewasa	Count	27	45	72
		Expected Count	27,8	44,2	72,0
		% within Umur Penderita	37,5%	62,5%	100,0%
	Lansia	Count	7	9	16
		Expected Count	6,2	9,8	16,0
		% within Umur Penderita	43,8%	56,3%	100,0%
Total	Count	34	54	88	
	Expected Count	34,0	54,0	88,0	
	% within Umur Penderita	38,6%	61,4%	100,0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,216 <sup>a</sup>	1	,642		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,033	1	,857		
Likelihood Ratio	,213	1	,644		
Fisher's Exact Test				,778	,423
Linear-by-Linear Association	,213	1	,644		
N of Valid Cases	88				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,18.

b. Computed only for a 2x2 table

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur Penderita (Dewasa / Lansia)	,771	,258	2,310
For cohort Distres Psikologik = Distres	,857	,456	1,610
For cohort Distres Psikologik = Normal	1,111	,696	1,774
N of Valid Cases	88		

## 3) Analisis Jenis Skizofrenia dengan Distres Psikologik

## Tipe Skizofrenia \* Distres Psikologik Crosstabulation

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Tipe Skizofrenia	Katatonik	Count	12	17	29
		Expected Count	12,7	16,3	29,0
		% within Tipe Skizofrenia	41,4%	58,6%	100,0%
	Paranoid	Count	4	6	10
		Expected Count	4,4	5,6	10,0
		% within Tipe Skizofrenia	40,0%	60,0%	100,0%
	hebefrenik	Count	31	37	68
		Expected Count	29,9	38,1	68,0
		% within Tipe Skizofrenia	45,6%	54,4%	100,0%
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within Tipe Skizofrenia	43,9%	56,1%	100,0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,215 <sup>a</sup>	2	,898
Likelihood Ratio	,216	2	,898
Linear-by-Linear Association	,170	1	,680
N of Valid Cases	107		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,39.



**Risk Estimate**

	Value
Odds Ratio for Tipe Skizofrenia (Katatonik / Paranoid)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

## a) Jenis Katatonik dan Hebefrenik Terhadap Distres Psikologik

**Tipe Skizofrenia \* Distres Psikologik Crosstabulation**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Tipe Skizofrenia	Katatonik	Count	12	17	29
		Expected Count	12,9	16,1	29,0
		% within Tipe Skizofrenia	41,4%	58,6%	100,0%
hebefrenik		Count	31	37	68
		Expected Count	30,1	37,9	68,0
		% within Tipe Skizofrenia	45,6%	54,4%	100,0%
Total		Count	43	54	97
		Expected Count	43,0	54,0	97,0
		% within Tipe Skizofrenia	44,3%	55,7%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,146 <sup>a</sup>	1	,702		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,025	1	,874		
Likelihood Ratio	,146	1	,702		
Fisher's Exact Test				,824	,438
Linear-by-Linear Association	,144	1	,704		
N of Valid Cases	97				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,86.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tipe Skizofrenia (Katatonik / hebefrenik)	,843	,350	2,031
For cohort Distres Psikologik = Distres	,908	,548	1,504
For cohort Distres Psikologik = Normal	1,077	,740	1,568
N of Valid Cases	97		

b) Jenis Paranoid dan Hebefrenik Terhadap Distres Psikologik

**Tipe Skizofrenia \* Distres Psikologik Crosstabulation**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Tipe Skizofrenia	Paranoid	Count	4	6	10
		Expected Count	4,5	5,5	10,0
		% within Tipe Skizofrenia	40,0%	60,0%	100,0%
hebefrenik		Count	31	37	68
		Expected Count	30,5	37,5	68,0
		% within Tipe Skizofrenia	45,6%	54,4%	100,0%
Total		Count	35	43	78
		Expected Count	35,0	43,0	78,0
		% within Tipe Skizofrenia	44,9%	55,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,110 <sup>a</sup>	1	,740		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,111	1	,739		
Fisher's Exact Test				1,000	,507
Linear-by-Linear Association	,109	1	,742		
N of Valid Cases	78				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,49.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tipe Skizofrenia (Paranoid / hebefrenik)	,796	,206	3,076
For cohort Distres Psikologik = Distres	,877	,393	1,957
For cohort Distres Psikologik = Normal	1,103	,636	1,913
N of Valid Cases	78		

## 4) Analisis Durasi Masa Sakit dengan Distres Psikologik

**Crosstab**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Durasi Sakit ≤1 tahun	Count	2	3	5	
	Expected Count	2,2	2,8	5,0	
	% within Durasi Sakit	40,0%	60,0%	100,0%	
>1 tahun	Count	45	57	102	
	Expected Count	44,8	57,2	102,0	
	% within Durasi Sakit	44,1%	55,9%	100,0%	
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within Durasi Sakit	43,9%	56,1%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,033 <sup>a</sup>	1	,856		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,033	1	,856		
Fisher's Exact Test				1,000	,615
Linear-by-Linear Association	,033	1	,857		
N of Valid Cases	107				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

b. Computed only for a 2x2 table

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Durasi Sakit ( $\leq 1$ tahun / $> 1$ tahun)	,844	,135	5,271
For cohort Distres Psikologik = Distres	,907	,303	2,712
For cohort Distres Psikologik = Normal	1,074	,514	2,242
N of Valid Cases	107		

## c. Analisis Bivariabel Karakteristik PFC Terhadap Distres Psikologik

## 1) Analisis Jenis Kelamin dengan Distres Psikologik

## Crosstab

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Jenis Kelamin PFC	Perempuan	Count	40	47	87
		Expected Count	38,2	48,8	87,0
		% within Jenis Kelamin PFC	46,0%	54,0%	100,0%
	Laki-laki	Count	7	13	20
		Expected Count	8,8	11,2	20,0
		% within Jenis Kelamin PFC	35,0%	65,0%	100,0%
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within Jenis Kelamin PFC	43,9%	56,1%	100,0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,796 <sup>a</sup>	1	,372		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,412	1	,521		
Likelihood Ratio	,809	1	,369		
Fisher's Exact Test				,458	,262
Linear-by-Linear Association	,788	1	,375		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,79.

b. Computed only for a 2x2 table



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin PFC (Perempuan / Laki-laki)	1,581	,575	4,344
For cohort Distres Psikologik = Distres	1,314	,693	2,489
For cohort Distres Psikologik = Normal	,831	,571	1,210
N of Valid Cases	107		

2) Analisis Usia dengan Distres Psikologik

**umur PFC \* Distres Psikologik Crosstabulation**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
umur PFC	Remaja	Count	2	0	2
		Expected Count	,9	1,1	2,0
		% within umur PFC	100,0%	0,0%	100,0%
	Dewasa	Count	13	20	33
		Expected Count	14,5	18,5	33,0
		% within umur PFC	39,4%	60,6%	100,0%
	Lansia	Count	32	40	72
		Expected Count	31,6	40,4	72,0
		% within umur PFC	44,4%	55,6%	100,0%
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within umur PFC	43,9%	56,1%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,836 <sup>a</sup>	2	,242
Likelihood Ratio	3,576	2	,167
Linear-by-Linear Association	,080	1	,778
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,88.

RECODE Umur (1 thru 2=1) (ELSE=2) INTO Reumur.

**Crosstab**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Recode Umur PFC	Tidak Produktif	Count	32	40	72
		Expected Count	31,6	40,4	72,0
		% within Recode Umur PFC	44,4%	55,6%	100,0%
	Produktif	Count	15	20	35
		Expected Count	15,4	19,6	35,0
		% within Recode Umur PFC	42,9%	57,1%	100,0%
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within Recode Umur PFC	43,9%	56,1%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,024 <sup>a</sup>	1	,877		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,024	1	,877		
Fisher's Exact Test				1,000	,522
Linear-by-Linear Association	,024	1	,877		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,37.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Recode Umur PFC (Tidak Produktif / Produktif)	1,067	,472	2,410
For cohort Distres Psikologik = Distres	1,037	,654	1,645
For cohort Distres Psikologik = Normal	,972	,683	1,385
N of Valid Cases	107		

## 3) Analisis Status Marital dengan Distres Psikologik

Status Marital \* Distres Psikologik Crosstabulation

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Status Marital	Belum Menikah	Count	2	3	5
		Expected Count	2,2	2,8	5,0
		% within Status Marital	40,0%	60,0%	100,0%
	Menikah	Count	37	54	91
		Expected Count	40,0	51,0	91,0
		% within Status Marital	40,7%	59,3%	100,0%
	Bercerai	Count	8	3	11
		Expected Count	4,8	6,2	11,0
		% within Status Marital	72,7%	27,3%	100,0%
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within Status Marital	43,9%	56,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,130 <sup>a</sup>	2	,127
Likelihood Ratio	4,171	2	,124
Linear-by-Linear Association	2,907	1	,088
N of Valid Cases	107		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

RECODE Marital (1=1) (ELSE=2) INTO Remarital.

**Crosstab**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Recode	Tidak	Count	2	3	5
Marital	Menikah	Expected Count	2,2	2,8	5,0
		% within Recode Marital	40,0%	60,0%	100,0%
		menikah	Count	45	57
		Expected Count	44,8	57,2	102,0
		% within Recode Marital	44,1%	55,9%	100,0%
Total		Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
		% within Recode Marital	43,9%	56,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,033 <sup>a</sup>	1	,856		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,033	1	,856		
Fisher's Exact Test				1,000	,615
Linear-by-Linear Association	,033	1	,857		
N of Valid Cases	107				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Recode Marital (Tidak Menikah / menikah)	,844	,135	5,271
For cohort Distres Psikologik = Distres	,907	,303	2,712
For cohort Distres Psikologik = Normal	1,074	,514	2,242
N of Valid Cases	107		



## 4) Analisis Status Ekonomi dengan Distres Psikologik

Crosstab

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
status ekonomi	≤UMR	Count	43	39	82
		Expected Count	36,0	46,0	82,0
		% within status ekonomi	52,4%	47,6%	100,0%
	>UMR	Count	4	21	25
		Expected Count	11,0	14,0	25,0
		% within status ekonomi	16,0%	84,0%	100,0%
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within status ekonomi	43,9%	56,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,328 <sup>a</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8,902	1	,003		
Likelihood Ratio	11,286	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	10,232	1	,001		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,98.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for status ekonomi (≤UMR / >UMR)	5,788	1,826	18,350
For cohort Distres Psikologik = Distres	3,277	1,304	8,237
For cohort Distres Psikologik = Normal	,566	,426	,753
N of Valid Cases	107		

## 5) Analisis Status Pekerjaan dengan Distres Psikologik

Crosstab

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Status Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	11	16	27
		Expected Count	11,9	15,1	27,0
		% within Status Pekerjaan	40,7%	59,3%	100,0%
	Bekerja	Count	36	44	80
		Expected Count	35,1	44,9	80,0
		% within Status Pekerjaan	45,0%	55,0%	100,0%
Total		Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
		% within Status Pekerjaan	43,9%	56,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,149 <sup>a</sup>	1	,700		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,026	1	,872		
Likelihood Ratio	,149	1	,699		
Fisher's Exact Test				,823	,438
Linear-by-Linear Association	,147	1	,701		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Pekerjaan (Tidak Bekerja / Bekerja)	,840	,347	2,036
For cohort Distres Psikologik = Distres	,905	,541	1,516
For cohort Distres Psikologik = Normal	1,077	,744	1,560
N of Valid Cases	107		

## 6) Analisis Pendidikan dengan Distres Psikologik

Pendidikan \* Distres Psikologik Crosstabulation

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Pendidikan	Tidak/belum pernah	Count	23	23	46
		Expected Count	20,2	25,8	46,0
		% within Pendidikan	50,0%	50,0%	100,0%
SD/MI/Sederajat		Count	15	16	31
		Expected Count	13,6	17,4	31,0
		% within Pendidikan	48,4%	51,6%	100,0%
SMP/MTS/Sederajat		Count	4	7	11
		Expected Count	4,8	6,2	11,0
		% within Pendidikan	36,4%	63,6%	100,0%
SMA/MA/Sederajat		Count	5	8	13
		Expected Count	5,7	7,3	13,0
		% within Pendidikan	38,5%	61,5%	100,0%
Perguruan Tinggi		Count	0	6	6
		Expected Count	2,6	3,4	6,0
		% within Pendidikan	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
		% within Pendidikan	43,9%	56,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,053 <sup>a</sup>	4	,195
Likelihood Ratio	8,294	4	,081
Linear-by-Linear Association	4,159	1	,041
N of Valid Cases	107		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,64.

RECODE Pendidikan (5=3) (1 thru 2=1) (3 thru 4=2) INTO RePendidikan.

Recode Pendidikan PFC \* Distres Psikologik Crosstabulation

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Recode Pendidikan PFC	Rendah	Count	38	39	77
		Expected Count	33,8	43,2	77,0
		% within Recode Pendidikan PFC	49,4%	50,6%	100,0%
		<hr/>			
	Menengah	Count	9	15	24
		Expected Count	10,5	13,5	24,0
		% within Recode Pendidikan PFC	37,5%	62,5%	100,0%
		<hr/>			
	Tinggi	Count	0	6	6
		Expected Count	2,6	3,4	6,0
		% within Recode Pendidikan PFC	0,0%	100,0%	100,0%
		<hr/>			
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within Recode Pendidikan PFC	43,9%	56,1%	100,0%	
	<hr/>				

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,022 <sup>a</sup>	2	,049
Likelihood Ratio	8,263	2	,016
Linear-by-Linear Association	5,202	1	,023
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,64.

RECODE Pendidikan (1 thru 3=1) (4 thru 5=2) INTO RePendidikan2.

Crosstab

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Recode 2 pendidikan	Rendah	Count	42	46	88
		Expected Count	38,7	49,3	88,0
		% within Recode 2 pendidikan	47,7%	52,3%	100,0%
	Tinggi	Count	5	14	19
		Expected Count	8,3	10,7	19,0
		% within Recode 2 pendidikan	26,3%	73,7%	100,0%
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within Recode 2 pendidikan	43,9%	56,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,908 <sup>a</sup>	1	,088		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,104	1	,147		
Likelihood Ratio	3,037	1	,081		
Fisher's Exact Test				,126	,072
Linear-by-Linear Association	2,881	1	,090		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,35.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Recode 2 pendidikan (Rendah / Tinggi)	2,557	,848	7,707
For cohort Distres Psikologik = Distres	1,814	,828	3,970
For cohort Distres Psikologik = Normal	,709	,508	,991
N of Valid Cases	107		



## 7) Analisis Status Keekerabatan dengan Distres Psikologik

Status keekerabatan \* Distres Psikologik Crosstabulation

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Status keekerabatan	Orang Tua	Count	33	38	71
		Expected Count	31,2	39,8	71,0
		% within Status keekerabatan	46,5%	53,5%	100,0%
Saudara Kandung		Count	7	10	17
		Expected Count	7,5	9,5	17,0
		% within Status keekerabatan	41,2%	58,8%	100,0%
Anak		Count	1	4	5
		Expected Count	2,2	2,8	5,0
		% within Status keekerabatan	20,0%	80,0%	100,0%
Pasangan		Count	4	3	7
		Expected Count	3,1	3,9	7,0
		% within Status keekerabatan	57,1%	42,9%	100,0%
Kerabat lainnya		Count	2	5	7
		Expected Count	3,1	3,9	7,0
		% within Status keekerabatan	28,6%	71,4%	100,0%
Total		Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
		% within Status keekerabatan	43,9%	56,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,569 <sup>a</sup>	4	,632
Likelihood Ratio	2,700	4	,609
Linear-by-Linear Association	,489	1	,484
N of Valid Cases	107		

a. 6 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

RECODE Keekerabatan (1=1) (4=2) (ELSE=3) INTO ReKerabat.

**Status kekerabatan \* Distres Psikologik Crosstabulation**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Status kekerabatan	Orang Tua	Count	33	38	71
		Expected Count	31,2	39,8	71,0
		% within Status kekerabatan	46,5%	53,5%	100,0%
Saudara Kandung		Count	7	10	17
		Expected Count	7,5	9,5	17,0
		% within Status kekerabatan	41,2%	58,8%	100,0%
Anak		Count	1	4	5
		Expected Count	2,2	2,8	5,0
		% within Status kekerabatan	20,0%	80,0%	100,0%
Pasangan		Count	4	3	7
		Expected Count	3,1	3,9	7,0
		% within Status kekerabatan	57,1%	42,9%	100,0%
Kerabat lainnya		Count	2	5	7
		Expected Count	3,1	3,9	7,0
		% within Status kekerabatan	28,6%	71,4%	100,0%
Total		Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
		% within Status kekerabatan	43,9%	56,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,734 <sup>a</sup>	2	,420
Likelihood Ratio	1,752	2	,416
Linear-by-Linear Association	,998	1	,318
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,07.

RECODE Kekerabatan (1=1) (ELSE=2) INTO ReKerabat2.

**Crosstab**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Recode 2 Kerabat	Orang Tua	Count	33	38	71
		Expected Count	31,2	39,8	71,0
		% within Recode 2 Kerabat	46,5%	53,5%	100,0%
Kerabat Lainnya		Count	14	22	36
		Expected Count	15,8	20,2	36,0
		% within Recode 2 Kerabat	38,9%	61,1%	100,0%
Total		Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
		% within Recode 2 Kerabat	43,9%	56,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,559 <sup>a</sup>	1	,455		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,293	1	,588		
Likelihood Ratio	,562	1	,454		
Fisher's Exact Test				,538	,295
Linear-by-Linear Association	,553	1	,457		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,81.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Recode 2 Kerabat (Orang Tua / Kerabat Lainnya)	1,365	,603	3,087
For cohort Distres Psikologik = Distres	1,195	,740	1,931
For cohort Distres Psikologik = Normal	,876	,624	1,229
N of Valid Cases	107		

## 8) Analisis Tipe Keluarga dengan Distres Psikologik

Crosstab

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Tipe Keluarga	Nuklear	Count	36	40	76
		Expected Count	33,4	42,6	76,0
		% within Tipe Keluarga	47,4%	52,6%	100,0%
	Join	Count	11	20	31
		Expected Count	13,6	17,4	31,0
		% within Tipe Keluarga	35,5%	64,5%	100,0%
Total		Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
		% within Tipe Keluarga	43,9%	56,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,263 <sup>a</sup>	1	,261		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,826	1	,363		
Likelihood Ratio	1,278	1	,258		
Fisher's Exact Test				,290	,182
Linear-by-Linear Association	1,251	1	,263		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,62.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tipe Keluarga (Nuklear / Join)	1,636	,691	3,877
For cohort Distres Psikologik = Distres	1,335	,785	2,269
For cohort Distres Psikologik = Normal	,816	,582	1,143
N of Valid Cases	107		

## 9) Analisis Lama Merawat dengan Distres Psikologik

Crosstab

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Lama Merawat	≤ 1 tahun	Count	3	6	9
		Expected Count	4,0	5,0	9,0
		% within Lama Merawat	33,3%	66,7%	100,0%
	>1 tahun	Count	44	54	98
		Expected Count	43,0	55,0	98,0
		% within Lama Merawat	44,9%	55,1%	100,0%
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within Lama Merawat	43,9%	56,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,448 <sup>a</sup>	1	,503		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,101	1	,750		
Likelihood Ratio	,458	1	,498		
Fisher's Exact Test				,728	,381
Linear-by-Linear Association	,443	1	,505		
N of Valid Cases	107				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,95.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Lama Merawat (≤ 1 tahun / >1 tahun)	,614	,145	2,595
For cohort Distres Psikologik = Distres	,742	,287	1,919
For cohort Distres Psikologik = Normal	1,210	,737	1,985
N of Valid Cases	107		



## d. Analisis Bivariabel Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Distres Psikologik

Dukungan Keluarga \* Distres Psikologik Crosstabulation

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Dukungan Keluarga	Kurang Baik	Count	3	1	4
		Expected Count	1,8	2,2	4,0
		% within Dukungan Keluarga	75,0%	25,0%	100,0%
	Cukup Baik	Count	28	35	63
		Expected Count	27,7	35,3	63,0
		% within Dukungan Keluarga	44,4%	55,6%	100,0%
	Sangat Baik	Count	16	24	40
		Expected Count	17,6	22,4	40,0
		% within Dukungan Keluarga	40,0%	60,0%	100,0%
Total	Count	47	60	107	
	Expected Count	47,0	60,0	107,0	
	% within Dukungan Keluarga	43,9%	56,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,825 <sup>a</sup>	2	,401
Likelihood Ratio	1,853	2	,396
Linear-by-Linear Association	,998	1	,318
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

RECODE Dukungan (0-1=0) (ELSE=1) INTO ReDukungan.

**Recode Dukungan \* Distres Psikologik Crosstabulation**

			Distres Psikologik		Total
			Distres	Normal	
Recode Dukungan	Cukup Baik	Count	31	36	67
		Expected Count	29,4	37,6	67,0
		% within Recode Dukungan	46,3%	53,7%	100,0%
	Sangat Baik	Count	16	24	40
		Expected Count	17,6	22,4	40,0
		% within Recode Dukungan	40,0%	60,0%	100,0%
Total		Count	47	60	107
		Expected Count	47,0	60,0	107,0
		% within Recode Dukungan	43,9%	56,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,400 <sup>a</sup>	1	,527		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,186	1	,667		
Likelihood Ratio	,401	1	,527		
Fisher's Exact Test				,553	,334
Linear-by-Linear Association	,396	1	,529		
N of Valid Cases	107				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,57.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Recode Dukungan (Cukup Baik / Sangat Baik)	1,292	,584	2,858
For cohort Distres Psikologik = Distres	1,157	,731	1,830
For cohort Distres Psikologik = Normal	,896	,639	1,254
N of Valid Cases	107		