

IDENTIFIKASI FAKTOR-FAKTOR RISIKO STRES DAN VARIABEL SOSIODEMOGRAFI BERDASARKAN SURKESDA NANGGROE ACEH DARUSSALAM 2006

Sri Idaiani,* Agustina Lubis,** Julianty Pradono,** Oster Suriani**

Abstract

Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) is a region which has faced protracted conflict following by tsunami disaster on December, 26 2004. Surkesda NAD 2006, as post tsunami health survey, was conducted in the middle of 2006 which included Self Reporting Questionnaire (SRQ) to assess mental health problem in NAD province. The identification of stress factors and socio demographic variables in NAD is a further analysis based on SRQ from Surkesda NAD 2006. The analysis covered 1210 people aged 15 years and over spread out in 21 districts/cities in NAD. The overall prevalence of neurosis in NAD in 2006 was 22,6% with prevalences by districts/cities ranged from 5% to 59%. Two districts with prevalence above 50% were Aceh Singkil and Gayo Lues, while districts/cities with prevalence below 10% belonged to Sabang and Aceh Jaya. Symptoms that most people reported were headache (51,2%), fatigue easy (37%), sleep difficulty (26%), abdominal discomfort (25.6%) and loss of appetite (21,1%). Female had risk more than one and a half to neurosis (OR=1.598; 95%CI: 1,121- 1,772). Aged \geq 55 year had risk almost two times to neurosis (OR=1,923; 95% CI: 1,592-2,323). Divorce status had risk 1.7 times (OR=1,73; 95% CI: 1.082-2.767). Living in rural had risk 1.4 times (OR=1,409; 95% CI: 1,155-1,858). Married with low socioeconomic status had risk 1.7 times (OR=1,790; 95% CI: 1,263-2,539). The study suggests that the most important region to get more attention are Aceh Singkil and Gayo Lues districts. The study also recommend of the need of mental health intervention for old group, community mental health that focus on non psychosis mental disorder identification to prevent serious mental disorder, and availability of some medicines to overcome chronic stress symptoms.

Keywords: tsunami, mental health, SRQ

Pendahuluan

Pada tanggal 26 Desember 2004, wilayah Aceh mengalami bencana alam yang sangat hebat berupa gempa bumi berskala 9,1 skala Richter disusul gelombang tsunami. Wilayah yang terparah antara lain Banda Aceh dan pesisir pantai barat provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD). Diperkirakan lebih 100.000 orang meninggal, 30.000 orang hilang, 8.500 orang cedera, 500.000 kehilangan tempat tinggal dan harus tinggal di tenda dan barak sebagai IDP (*Internally Displaced People*).¹ Jumlah populasi yang terkena dampak langsung bencana ini diperkirakan sekitar 1.000.000 orang. Mereka adalah populasi yang umumnya tinggal di sekitar

Banda Aceh dan daerah pantai Barat NAD. Populasi tersebut akan mengalami dampak psikologis mulai dari stres ringan hingga berat yang memerlukan intervensi khusus.

Sebelum terjadi bencana alam tsunami, selama 26 tahun terakhir NAD dilanda konflik berkepanjangan antara Gerakan Aceh Merdeka (GAM) melawan pemerintah Republik Indonesia khususnya Angkatan Bersenjata RI dan Polisi RI (Polri).² Konflik ini antara lain diperburuk dengan penerapan "daerah operasi militer"(DOM) oleh Tentara Nasional RI (TNI). Keadaan ini berdampak kepada rasa tidak aman yang berujung kepada kesulitan ekonomi karena masyarakat tidak dapat melakukan aktivitas secara normal

* Peneliti Puslitbang Biomedis dan Farmasi

** Peneliti Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan

akibat gangguan keamanan.³

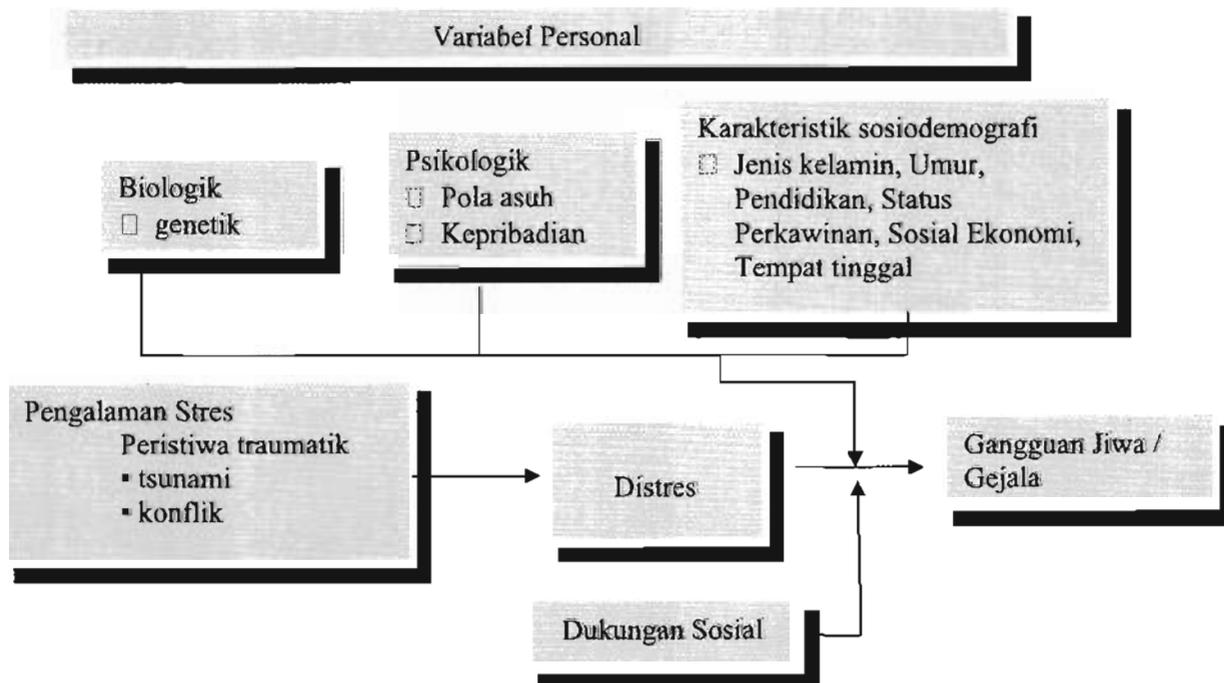
Salah satu respon terhadap situasi pasca bencana di NAD dilaksanakan Survei Kesehatan Daerah (Surkesda). Surkesda NAD 2006 antara lain memberikan informasi mengenai status kesehatan (morbiditas, cedera, disabilitas, gizi, mortalitas), ketanggapan, cakupan pelayanan kesehatan dan faktor-faktor risiko penyakit. Salah satu bagian surkesda adalah penilaian kesehatan jiwa dengan menggunakan 20 butir pertanyaan yang berasal dari *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

Pada bagan kerangka teori diperlihatkan variabel-variabel yang berperan menimbulkan gangguan jiwa baik ringan sampai dengan berat. Variabel-variabel tersebut antara lain variabel personal seperti faktor biologik berupa genetik, faktor psikologik berupa pola asuh, jenis kepribadian dan beberapa faktor psikologik lainnya. Variabel personal tersebut juga berkaitan erat dengan karakteristik sosiodemografi individu seperti jenis kelamin, umur, pendidikan, status perkawinan, pendidikan, sosial ekonomi dan tempat tinggal. Faktor lain yang sangat mempengaruhi timbulnya gangguan jiwa ialah

peristiwa-peristiwa kehidupan, terutama peristiwa yang bersifat traumatik. Sebelum terjadi gangguan jiwa, seseorang akan mengalami fase distres. Adanya distres menandakan seseorang sedang mengalami keadaan yang mengganggu psikis, akan tetapi distres belum tentu berakhir menjadi suatu gangguan. Apabila mekanisme pertahanan jiwa seseorang berfungsi baik dan seluruh faktor risiko timbulnya gangguan jiwa dapat dikendalikan, maka individu tidak mengalami gangguan jiwa. Seluruh hal tersebut di atas juga dipengaruhi oleh dukungan sosial. Dukungan sosial yang tinggi akan mengurangi risiko individu mengalami gangguan jiwa

Tujuan umum analisis ini adalah untuk menilai masalah kesehatan jiwa di provinsi NAD. Tujuan khususnya antara lain untuk mengetahui hubungan masalah kesehatan jiwa di NAD dengan variabel sosiodemografi, menggambarkan gejala kesehatan jiwa yang banyak dijumpai berdasarkan SRQ dan untuk membandingkan masalah kesehatan jiwa berdasarkan wilayah atau area (konflik/tidak konflik, terkena tsunami/tidak terkena tsunami, menjadi korban/tidak menjadi korban tsunami).

Kerangka Teori



Metodologi

Analisis ini merupakan analisis lanjut data Surkesda yang dilaksanakan pada 21 kabupaten/kota di Provinsi NAD. Surkesda dilaksanakan pada pertengahan tahun 2006 dan terintegrasi dengan Survei Sosial Ekonomi Nasional 2005 (Susenas 2005). Jumlah sampel Susenas kor 2005 di NAD adalah 11.000 rumah tangga, sedangkan jumlah rumah tangga sampel Susenas modul adalah 5000 rumah tangga. Total sampel Surkesda sekitar 19.000 orang yang berasal dari 21 kabupaten di NAD. Subyek diperoleh melalui *stratified multi stage cluster sampling*. Khusus untuk penilaian kesehatan jiwa, responden yang menjawab kuesioner ini hanya anggota rumah tangga (ART) yang berusia ≥ 15 tahun. Total subyek yang memenuhi syarat untuk penilaian kesehatan jiwa sebanyak 11.210 orang.

Penilaian kesehatan jiwa dilakukan melalui wawancara oleh petugas pewawancara dengan menggunakan kuesioner *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Kuesioner ini dikembangkan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai alat skrining gangguan jiwa yang terutama digunakan di negara berkembang.⁴ Ke-20 butir pertanyaan ini mempunyai pilihan jawaban "ya" dan "tidak". Kuesioner ini dapat diisi langsung oleh responden atau dilakukan melalui wawancara. Pada survei ini, SRQ yang digunakan adalah murni 20 butir pertanyaan. SRQ-20 terdiri dari pertanyaan per-

tanyaan mengenai gejala neurotik. Nilai batas pisah kuesioner ini bervariasi antara penelitian satu dengan lainnya, tergantung metodologi pengambilan sampel, bahasa yang dipakai serta tujuan penelitian.⁴ Pada kuesioner ini disepakati menggunakan nilai batas pisah 5/6 yang berarti apabila responden menjawab minimal 6 atau lebih jawaban "ya", maka responden tersebut diindikasikan mengalami masalah kesehatan jiwa neurosis. Nilai batas pisah 5/6 ini didapatkan sesuai penelitian uji validitas yang telah dilakukan Iwan Gani Hartono, peneliti pada Badan Litbang Depkes tahun 1995.⁵ Dalam Surkesda ini, disepakati kuesioner dibacakan oleh pewawancara dan tidak dibaca/diisi sendiri oleh responden. Seluruh data diproses dengan menggunakan komputer. Program statistik yang digunakan adalah STATA versi 8.0

Hasil dan Pembahasan

Karakteristik Demografi

Dari Tabel 1 terlihat bahwa responden dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak dibanding laki-laki. Responden lebih banyak yang berusia < 55 tahun. Pendidikan yang terbanyak adalah tingkat pendidikan tinggi. Status perkawinan responden yang terbanyak adalah kawin. Sebagian besar responden bertempat tinggal di pedesaan dan mempunyai status sosial ekonomi rendah

Tabel 1. Karakteristik Demografi Responden

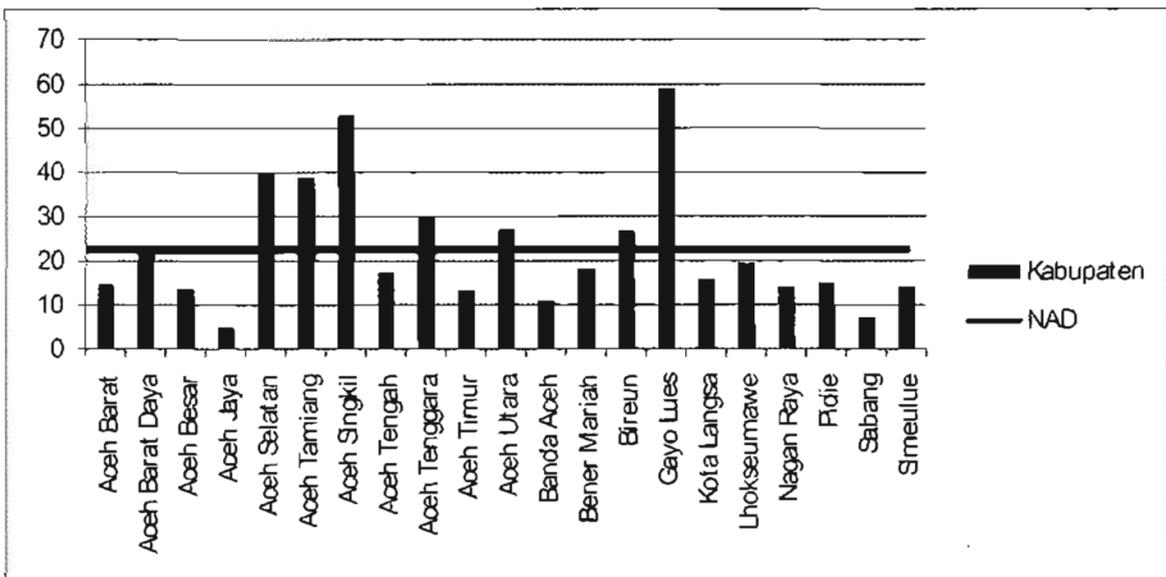
	n= 11210	%
Jenis kelamin		
- laki laki	5391	48,1
- perempuan	5818	51,9
Umur		
- 15 – 54 tahun	8319	74,2
- ≥ 55 tahun	2890	25,8
Pendidikan		
- Tinggi	5651	50,4
- Rendah	5559	49,6
Status perkawinan		
- belum kawin	3579	31,9
- kawin	6656	59,4
- cerai	975	8,7
Tempat tinggal		
- kota	2685	24
- desa	8525	76
Status sosial ekonomi		
- tinggi	4402	39,3
- rendah	6808	60,7

Prevalensi Kecenderungan Neurosis

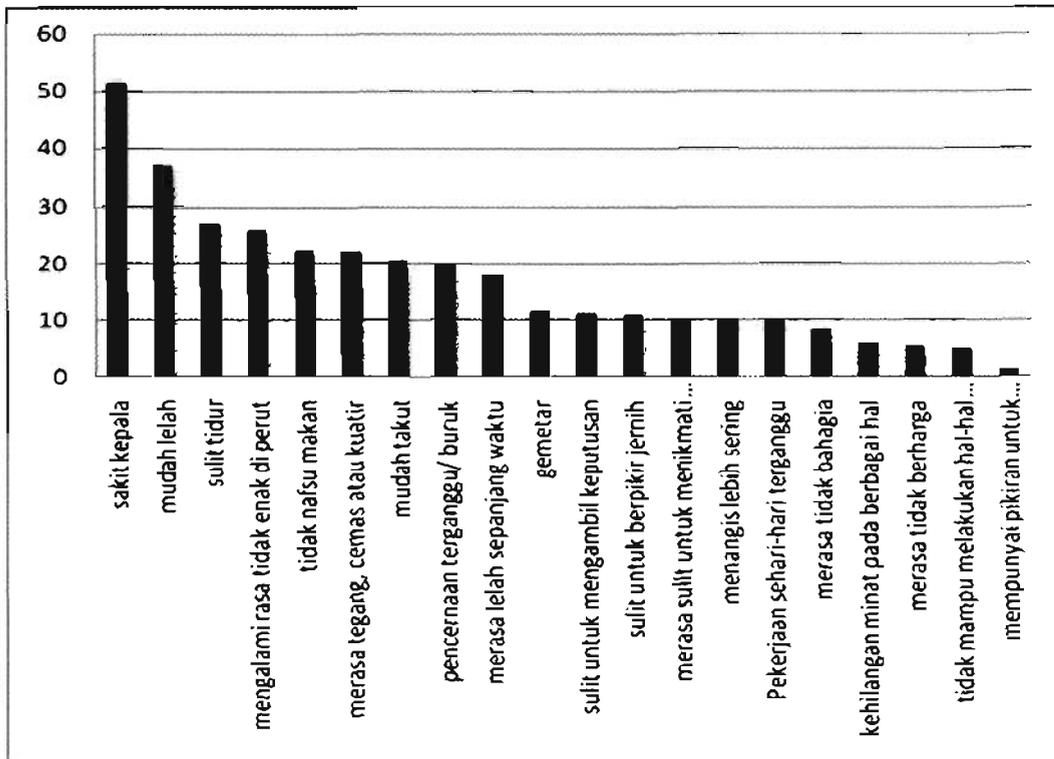
Secara umum, prevalensi masyarakat yang memiliki kecenderungan gangguan jiwa neurosis di NAD sebesar 22,6%. Di kabupaten Aceh Singkil dan Gayo Lues prevalensinya di atas 50%, sedangkan di kota Sabang dan kabupaten Aceh Jaya prevalensinya di bawah 10%. Kota Sabang dan Aceh Jaya termasuk daerah yang mengalami dampak tsunami yang cukup parah, tetapi pada penelitian ini prevalensi neurosis sangat rendah (Gambar 1). Melihat jumlah sampel di wilayah tersebut yang rendah, perlu dipertimbangkan faktor metodologi penelitian untuk dapat menjelaskan hasil tersebut. Wilayah yang prevalensi kecenderungan neurosis di atas rata-rata prevalensi neurosis di NAD (22,6%) antara lain Gayo Lues, Aceh Singkil, Aceh Selatan, Aceh Tamiang, Aceh Tenggara, Aceh Utara, Bireuen, Aceh Barat Daya.

Dengan alat ukur yang sama yaitu SRQ, pada masyarakat kota Dakka, Bangladesh mempunyai prevalensi *minor psychiatric disorder* (MPD) sebesar 28%.⁶ Pada penelitian di Suriah dengan subyek wanita di kalangan yang berpenghasilan rendah dan juga menggunakan SRQ sebagai alat ukur didapatkan prevalensi distress psikiatrik sebesar 55,6%.⁷ Apabila dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan FK UI dua bulan setelah tsunami yang

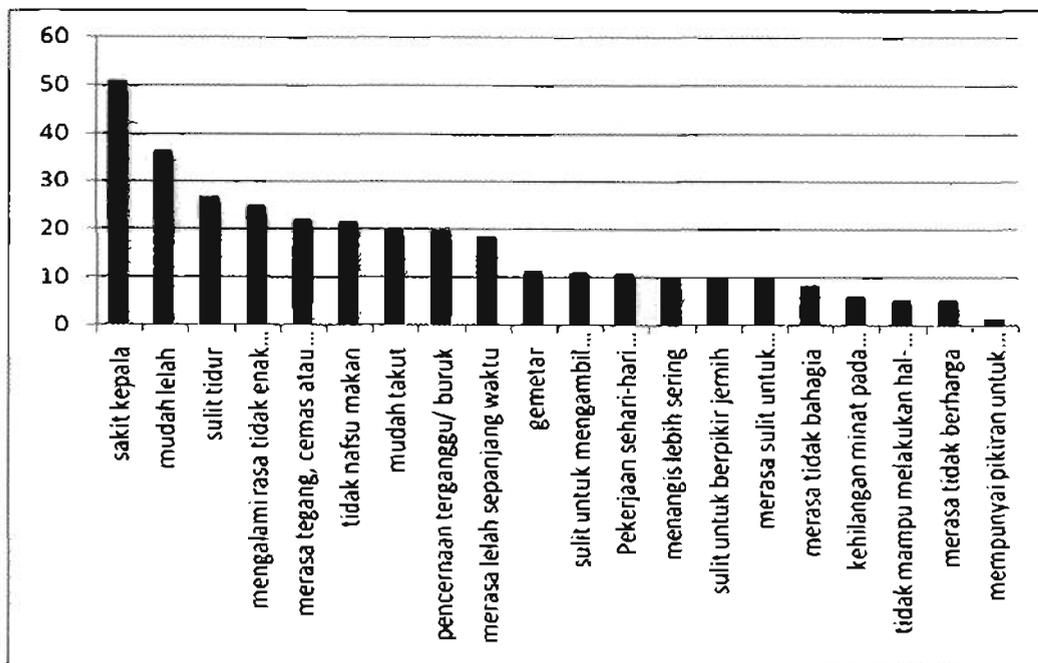
pada saat tersebut masih dalam fase tanggap darurat, juga menggunakan alat ukur yang sama didapatkan prevalensi neurosis 80% pada kelompok korban dan 60% pada kelompok kontrol.⁸ Survei yang sama dilakukan tahun 1990 di Filipina bagi korban bencana letusan gunung api Mount Pinatubo, dan didapatkan prevalensi distress emosional 1 bulan setelah bencana sebesar 97,7% di kota Tarlac, 54% di kota Cabangang Zambales dan 35% di kota San Marcelino Zambales. Setelah 9 bulan pasca bencana prevalensi distress emosional di kota Tarlac 92,3%. Survei tersebut menggunakan SRQ sebagai alat ukur dengan nilai batas pisah 4/5.⁹ Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI terhadap 65.664 rumah tangga, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional adalah 140 per 1000 anggota rumah tangga. SKRT 1995 tersebut juga menggunakan SRQ-20 sebagai alat ukur. Angka prevalensi 22,6% lebih tinggi dibandingkan hasil SKRT 1995, akan tetapi SKRT dilakukan terhadap populasi umum di Indonesia sedangkan Surkesda NAD adalah wilayah yang memiliki riwayat konflik berkepanjangan disusul bencana alam sehingga perlu dipertimbangkan adanya faktor stresor tersebut.



Gambar 1. Prevalensi Gangguan Jiwa Neurosis Menurut Kabupaten/Kota, Surkesda NAD 2006



Gambar 2. Persentase Penduduk Yang Mengalami Gangguan Menurut Jenis Gejala, Surkesda NAD 2006



Gambar 3. Persentase Penduduk Korban Tsunami Yang Mengalami Keluhan Menurut Jenis Gejala, Surkesda NAD 2006

Gejala-gejala yang Dialami Seluruh Responden Berdasarkan SRQ-20

Gambar 2 menunjukkan bahwa 5 gejala yang paling banyak dikeluhkan responden antara lain sakit kepala (51,2%), mudah lelah (37%), sulit tidur (26%), merasa tidak enak di perut (25,6%) dan tidak nafsu makan (22,1%).

Gejala-gejala yang Dialami Korban Tsunami Berdasarkan SRQ-20

Gambar 3 menunjukkan 5 gejala yang paling banyak dikeluhkan responden yang pada saat peristiwa tsunami, menjadi korban langsung dan tidak langsung peristiwa gempa/tsunami. Gejala tersebut antara lain sakit kepala (50,4%), mudah lelah (36,1%), sulit tidur (26,5%), merasa tidak enak di perut (24,6%) dan merasa cemas atau khawatir (21,7%). Gejala-gejala tersebut tidak banyak berbeda dengan gejala terbanyak yang dialami responden di NAD secara umum.

Setelah 9 bulan pasca letusan gunung Api Mount Pinatubo di Filipina tahun 1990, gejala-gejala yang terbanyak dialami para korban yaitu

merasa lelah sepanjang waktu (74,5%), sakit kepala (73,3%), merasa tegang, cemas, khawatir (73%), merasa tidak bahagia (72%) dan pekerjaan sehari-hari terganggu (71,2%).⁹ Gambaran gejala yang dialami para korban tersebut sesuai dengan reaksi terhadap stres kronik.⁹ Penelitian yang sama pernah dilakukan pada pengungsi di NAD dan Nias pasca bencana alam tsunami dan gempa awal tahun 2005, saat itu masih dalam fase tanggap darurat, menunjukkan gejala yang terbanyak dialami antara lain sakit kepala (75%), merasa tegang, cemas atau khawatir (70%), mudah lelah (68,4%), sulit tidur (67,3%) dan mudah takut (66,1%).⁸

Hubungan Variabel Sosiodemografi dengan Masalah Kesehatan Jiwa

Dari Tabel 2 terlihat bahwa kecenderungan mengalami gangguan kesehatan jiwa neurosis lebih banyak pada wanita, usia tua, pendidikan rendah, berstatus kawin dan cerai baik cerai mati maupun cerai hidup, bertempat tinggal di desa dan ekonomi rendah.

Tabel 2. Responden Yang Mengalami Masalah Kesehatan Jiwa Neurosis Menurut Karakteristik Demografi Di Seluruh NAD

	SRQ (-)		SRQ (+)		OR	95% CI	P
	n	%	n	%			
Jenis kelamin							
- laki laki	4452	82,6	940	17,4			
- perempuan	4225	72,6	1593	27,4	1,787	1,617-1,974	0,000
Umur							
- 15 – 54 thn	7703	80,7	1841	19,3			
- ≥ 55 thn	973	58,4	692	41,6	2,975	2,568-3,445	0,000
Pendidikan							
- tinggi	4807	85,1	843	14,9			
- rendah	3870	69,6	1690	30,4	2,243	1,969- 2,555	0,000
Status perkawinan							
- belum kawin	3119	87,1	460	12,9			
- kawin	5009	75,3	1647	24,7	2,232	1,914-2,603	
- cerai	549	56,3	426	43,7	5,272	4,274-6,502	0,000
Tempat tinggal							
- kota	2257	84,1	428	15,9			
- desa	6420	75,3	2105	24,7	1,730	1,418-2,11	0,000
Status sosial ekonomi							
- tinggi	3668	83,3	734	16,7			
- rendah	5009	73,6	1799	26,4	1,793	1,532-2,098	0,000

Tabel 3 Responden Yang Mengalami Masalah Kesehatan Jiwa Menurut Dampak Tsunami dan Konflik

	SRQ (-)		SRQ (+)		OR	95% CI	p
	n	%	n	%			
Korban tsunami							
- bukan korban	4631	76,7	1407	23,3			
- korban	4046	78,2	1126	21,8	0,917	0,782-1,074	0,283
Dampak Tsunami							
- Tidak ada /ringan	1767	73,3	642	26,7			
- sedang	4998	75,6	1617	24,4	1,041	0,863-1,256	0,671
- berat	1912	87,5	274	12,5	0,440	0,332-0,583	0,000
Klasifikasi daerah							
- Tidak konflik	3224	78,3	891	21,7			
- Konflik sedang	1434	71,0	586	29,0	1,047	0,857-1,280	0,652
- Konflik berat	4019	79,2	1055	20,8	0,754	0,608-0,936	0,011

Penelitian kebutuhan psikososial masyarakat yang terkena dampak konflik di kabupaten Pidie, Bireuen dan Aceh Utara tahun 2006 menyatakan bahwa kelompok wanita juga lebih rentan mengalami depresi dan gangguan stres pasca trauma dibandingkan laki-laki dan kelompok umur yang paling rentan mengalami ke-2 jenis gangguan psikiatrik tersebut adalah kelompok umur 41-53 tahun.² Pada penelitian di Brazilia yang bertujuan mengukur perkiraan *minor psychiatric disorder* (MPD) didapatkan hasil yang mirip dengan penelitian ini yaitu prevalensi pada laki-laki 17,9% sedangkan pada perempuan 26,5%. Prevalensinya meningkat sejalan dengan usia dan terdapat hubungan linear antara penghasilan dan pendidikan rendah dengan tingginya prevalensi MPD.¹⁰

Hubungan Variabel Pengalaman Stres dengan Masalah Kesehatan Jiwa

Apabila dilihat dari jenis dan intensitas stresor yang kemungkinan dialami masyarakat antara lain adanya menjadi korban bencana alam tsunami, kerusakan daerah yang dialami akibat tsunami, klasifikasi berat konflik yang pernah

dialami, terlihat prevalensi orang yang mengalami neurosis lebih banyak pada kelompok yang bukan menjadi korban tsunami dibandingkan dengan yang menjadi korban tsunami. Masyarakat di daerah yang tidak mengalami kerusakan yang berarti juga lebih banyak yang mengalami neurosis. Daerah yang dikategorikan mengalami konflik sedang juga lebih banyak yang mengalami neurosis. Secara uji statistik perbedaan ini tidak bermakna, akan tetapi kemungkinan terdapat faktor-faktor lain yang tidak diikutsertakan pada survei ini. Faktor waktu yang sudah lebih setahun perlu dipertimbangkan karena kemungkinan masyarakat sudah melakukan adaptasi secara psikologis terhadap situasi bencana alam. Adanya banyak dukungan sosial pada daerah yang terkena dampak berat bencana juga memberikan kontribusi terhadap tidak timbulnya stres pada masyarakat.

Dari tabel 2 dan 3 terlihat, faktor faktor yang memiliki hubungan yang bermakna terhadap neurosis adalah jenis kelamin, umur, pendidikan, status perkawinan, tempat tinggal, sosial ekonomi, dampak gempa/tsunami dan konflik. Apabila dilakukan analisis multivariat terlihat hasil sebagai berikut (tabel 4).

Tabel 4. Hasil Analisis Multivariat

Variabel	B	OR	95% CI	p
Jenis kelamin	0,47	1,598	1,121- 1,772	0.000
Umur	0,69	1,923	1,592-2,323	0.000
Pendidikan				
- rendah	0,46	1,56	1,343-1,802	0.000
Status Perkawinan				
- Kawin	0,17	1,232	0,928-1,637	0.149
- Cerai	0,48	1,730	1,082-2,767	0.022
Tempat tinggal	0,39	1,409	1,155-1,858	0.003
Status sosial ekonomi	-0,22	0,792	0,578-1,085	0.146
Klasifikasi daerah konflik				
- konflik sedang	-0,12	0,959	0,748-1,230	0.740
-konflik berat	-0,77	0,489	0,377-0,634	0.000
Dampak Tsunami				
- Sedang	0,22	1,272	1,016-1,592	0.036
- Berat	-0,79	0,466	0,338-0,642	0.000
Status perkawinan-sosek				
- kawin-sosek rendah	0,52	1,790	1,263-2,539	0.001
- cerai-sosek rendah	0,48	1,615	0,964-2,706	0.068
Konstanta	-2.221			

Catatan: Sebagai rujukan adalah jenis kelamin laki-laki, pendidikan tinggi, belum kawin, tinggal di kota dan sosial ekonomi tinggi

Jenis kelamin perempuan memiliki risiko lebih satu setengah kali mengalami neurosis (OR=1,598; 95%CI: 1,121- 1,772). Umur ≥ 55 tahun memiliki risiko hampir dua kali mengalami neurosis (OR=1,923; 95%CI: 1,592-2,323). Status perkawinan cerai berisiko 1,7 kali mengalami neurosis (OR=1,73; 95%CI: 1,082-2,767). Bertempat tinggal di desa berisiko 1,4 kali mengalami neurosis (OR=1,409; 95%CI: 1,155-1,858).

Dilakukan uji interaksi di antara beberapa variabel. Interaksi yang bermakna hanya ditemukan antara variabel status perkawinan dengan sosial ekonomi yaitu responden yang berstatus kawin atau bercerai, dan berasal dari status ekonomi rendah memiliki risiko 1,6-1,7 kali mengalami neurosis. Berdasarkan data-data tersebut diatas dapat disusun persamaan yaitu neurosis = - 2,22 + 0,47 (perempuan) + 0,7 (umur ≥ 55 tahun) + 0,46 (pendidikan rendah) + 0,48 (status perkawinan cerai)+ 0,17 (kawin) + 0,4 (tinggal di desa) - 0,8 (tinggal di daerah konflik

berat) + 0,2 (tinggal di daerah konflik sedang) - 0,8 (tinggal di daerah berdampak tsunami berat) + 0,5 (kawin & sosek rendah) + 0,5 (cerai&sosek rendah).

Survei sederhana di Brazilia tahun 1993 menyatakan bahwa tingkat pendidikan rendah dan kondisi perumahan, penghasilan perkapita rendah dan berstatus kerja tidak tetap yang menjadi prediktor gangguan jiwa umum atau *common mental disorder (CMD)*.¹⁰ Penelitian tersebut juga menggunakan SRQ sebagai alat ukur. Penelitian di Suriah menunjukkan prediktor gangguan tersebut antara lain pendidikan rendah, perlakuan salah pada fisik atau *physical abuse*, poligami, tempat tinggal.¹¹ Pada tahun 2006 dilakukan penelitian kebutuhan psikososial pada masyarakat yang terkena dampak konflik di 3 kabupaten yaitu kabupaten Pidie, Aceh Utara dan Bireuen didapatkan hasil bahwa wanita lebih tinggi kemungkinannya terkena diagnosis depresi dan gangguan stres pasca trauma. Kelompok umur yang rentan mengalami depresi dan GSPT adalah

usia muda dan tua, sedangkan usia produktif dan separuh baya lebih sedikit yang mengalaminya.²

Keterbatasan.

Penelitian ini adalah analisis lanjut dari data hasil Surkesda yang dilaksanakan dengan pendekatan potong lintang sehingga adanya variabel-variabel yang berhubungan erat belum dapat mengungkapkan hubungan sebab-akibat yang sesungguhnya.

Alat ukur SRQ-20 hanya dapat mengungkap stres atau kecenderungan neurosis atau *minor psychiatric disorder* sesaat. Alat ini merupakan alat pengukur yang sangat praktis, tetapi memiliki keterbatasan dalam hal sensitivitas dan spesifisitas. Akan lebih baik apabila kuesioner ini dibaca dan diisi langsung oleh responden. Pada survei ini disepakati kuesioner dibacakan oleh pewawancara dan tidak dilakukan kalibrasi terhadap mereka.

Beberapa variabel biologik dan psikologik lain tidak ditanyakan pada survei ini seperti faktor keturunan, genetik, pola asuh, kepribadian, rasa aman dan lain sebagainya.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis tersebut di atas, dapat diperoleh beberapa kesimpulan bahwa faktor risiko timbulnya stres berupa kecenderungan neurosis di NAD adalah jenis kelamin perempuan, berusia tua, pendidikan rendah, berstatus kawin atau bercerai, berstatus sosial ekonomi rendah dan tinggal di pedesaan. Dampak bencana alam tsunami dan riwayat konflik di masa lalu bukan merupakan risiko terjadinya stres pada masyarakat NAD pada saat survei dilakukan. Wilayah yang perlu mendapatkan perhatian antara lain kabupaten Gayo Lues, Aceh Singkil, Aceh Barat Daya, Aceh Selatan, Aceh Tamiang, Aceh Tenggara, Aceh Utara dan Bireun. Kabupaten tersebut memiliki prevalensi kecenderungan neurosis di atas rata-rata prevalensi kecenderungan di NAD (22,6%).

Gejala-gejala yang paling banyak dirasakan masyarakat di NAD adalah gejala stres kronik, antara lain: sakit kepala, mudah lelah, sulit tidur, merasa tidak enak di perut, dan tidak nafsu

makan.

Saran

Oleh karena prevalensi stres atau kecenderungan neurosis lebih banyak dijumpai pada wilayah pedesaan, bukan daerah yang terkena dampak tsunami berat serta bukan merupakan daerah yang di masa lalu merupakan wilayah konflik maka disarankan agar program kesehatan jiwa masyarakat di masa yang akan datang lebih di fokuskan di wilayah tersebut di atas.

Dari bidang kesehatan yang dapat dilakukan adalah sebuah program intervensi kesehatan jiwa untuk kelompok usia lanjut disamping program kesehatan yang telah ada selama ini.

Pada wilayah yang prevalensi stres tinggi diperlukan intervensi program kesehatan jiwa masyarakat yang menitikberatkan terhadap identifikasi gangguan jiwa non psikosis agar tidak berkembang menjadi gangguan jiwa yang lebih berat.

Sehubungan dengan keluhan yang terbanyak dialami masyarakat berupa gejala-gejala stres kronik seperti sakit kepala, mudah lelah, sulit tidur, rasa tidak enak di perut dan tidak nafsu makan, diharapkan puskesmas dapat melakukan deteksi dini gangguan jiwa pada pasien-pasien yang datang berulang ulang dengan keluhan gejala-gejala tersebut. Pemerintah melalui puskesmas juga diharapkan agar dapat menyediakan obat-obatan yang dapat mengatasi gejala tersebut di atas.

Daftar Pustaka

1. WHO. WHO Recommendation for Mental Health in Aceh. January 2005
2. Depkes, IOM, Unsyiah. Penelitian kebutuhan psikososial masyarakat yang terkena dampak konflik di kabupaten Pidie, Bireuen dan Aceh Utara 2006.
3. Ute Sodemann, Shinto Adelar, Tri Iswardani. Deru Angin: hasil survei tentang kondisi psikososial dan dampak tsunami terhadap anak-anak di provinsi NAD. Terre des Hommes Germany. Medan. 2006

-
4. WHO. A user's guide to the self reporting questionnaire. Geneva. 1994.
 5. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
 6. Islam MM, Ali M, Ferroni P et al . Prevalence of psychiatric disorders in Bangladesh. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Sept-Oct ; 25(5): 353-7.
 7. Maziak W, Azfar T, Msayek F, Fouad FM et al. Socio demographic correlates of psychiatric morbidity among low income women in Aleppo Syria. *Soc Sci Med*. 2002. May; 54(9): 1419-27
 8. FKUI . Research on mental health after tsunami disaster in Aceh and Nias .2005
 9. Ignaco LL, Perlas AP. From Victims to survivors. Second edition, Quezon City. SBA Printers Inc. 1995.
 10. Lima MS, Beria JU, Tomasi E et all. Stressful life event and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community based study. *Int J Psychiatry Med*. 1996; 26(2): 211-22
 11. Maziak W, Azfar T, Msayek F, Fouad FM et al. Socio demographic correlates of psychiatric morbidity among low income women in Aleppo Syria. *Soc Sci Med*. 2002. May; 54(9): 1419-27